

Мар'яна Миколайчук,

кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології та психотерапії

ВНЗ «Український католицький університет».

Україна, м. Львів, e-mail: mykolaychuk@ucu.edu.ua

Тел. +38 050 2358038

ДЕПРЕСІЯ КРІЗЬ ПРИЗМУ СІМЕЙНИХ СТОСУНКІВ: ВЗАЄМВПЛИВ І МЕТОДИ ТЕРАПІЇ

***Анотація.** У статті здійснено огляд досліджень, в яких наголошено на важливості застосування сімейних інтервенцій в терапії осіб з депресивними розладами, зокрема для профілактики рецидивів. Описано ключові терапевтичні техніки згідно низки моделей сімейної терапії.*

***Ключові слова:** депресія, сім'яні стосунки, сімейна психотерапія.*

DEPRESSION AND FAMILY RELATIONSHIPS: MUTUAL INFLUENCE AND THERAPY

***Abstract.** This article provides an overview of studies that emphasized the importance of the use of family interventions in the treatment of people with depressive disorders, in particular to prevent a recurrence. Key therapeutic techniques of family therapy for depression are described.*

***Keywords:** depression, family relationships, family therapy.*

***Актуальність дослідження.** Проблема депресивних розладів впродовж останніх десятиліть не лише не втрачає актуальності, а й набуває гостроти з огляду на поширеність.*

За даними літератури розповсюдженість розладів депресивного спектру у країнах Європи і США становить на даний час близько 5-10%. Їх поширеність впродовж життя становить 16% [30]. У загальній медичній практиці частота депресій сягає 22-33% [25]. Депресивні розлади є однією з основних причин непрацездатності. За даними досліджень дане захворювання частіше розпочинається у віці від 20-ти до 30-ти років [30].

Відтак у зв'язку з поширеністю депресивних розладів, зростанням кількості рецидивуючих та резистентних до терапії форм, атипового перебігу депресій, особливо

у людей похилого віку, дана проблема виходить за рамки лише медичної чи психіатричної проблеми. Пошук ефективних методів терапії та супроводу при депресивних розладах стає одним із пріоритетних завдань психології та соціальної педагогіки.

Депресія виникає у соціальному контексті і зазвичай впливає на соціальне оточення клієнта («ідентифікованого пацієнта»). Той спосіб, в який члени сім'ї та значущі інші реагують на депресію родича, впливає на перебіг у нього депресивного епізоду. Тоді як одні сім'ї справляються з депресивним епізодом одного з членів сім'ї, інші – переживають суттєвий дистрес та ненавмисне загострюють перебіг депресії, зменшують ймовірність одужання та збільшують ймовірність рецидиву.

Тому є клінічний сенс включити сім'ю в якості частини оцінки та лікування пацієнтів з депресією.

Мета даної статті здійснити детальний огляд досліджень, які вказують на особливості перебігу депресивного розладу в контексті сімейних стосунків та сімейної психотерапії як основного чи допоміжного втручання в терапії депресивного розладу.

Сім'я як чинник депресивного розладу. Сімейне середовище має неабиякий вплив на емоційний стан та поведінку особи і може призводити до появи особистісної predisпозиції до депресії чи сприяти її загостренню.

У низці досліджень зафіксований зв'язок між браком емоційної підтримки, сварками, ворожістю в подружніх відносинах, розлученням та депресивним розладом у одного з партнерів [7, 17].

Дослідження свідчать також про те, що, окрім спадкового (біологічного) чинника, особливості сімейних взаємовідносин є фактором ризику розвитку депресії у дітей чиї батьки мають депресивні розлади. Цей факт пояснюється зокрема тим, що депресивні батьки не в змозі огорнути дітей достатнім піклуванням та емоційним теплом [1, 8]. Це призводить до того, що діти депресивних батьків мають темпераментальні проблеми, більші труднощі з регуляцією злості та настрою загалом, мають ризик не сформувати безпечної прив'язаності, більші труднощі у формуванні міжособистісних стосунків [10]. Також діти депресивних батьків мають більший ризик інтерналізованих (депресія, тривога) та екстерналізованих (зловживання хімічними речовинами) симптомів та розладів.

Стосунки депресивних батьків зі своїми дітьми являють собою замкнуте коло, у якому брак уваги та підтримки з боку батьків є чинником дистресу та дистанціювання

дітей, що, у свою чергу, може призводити до підсилення депресивної симптоматики у батьків.

«Мої діти часто мене дратують. Іноді мені просто не до них. Але бувають дні, коли мені хочеться щось спитати у доньки, чи щоб син прийшов погратися, а вони віддаляються від мене, бояться мене. Мені від цього дуже боляче, боляче усвідомлювати, що через депресію я не можу бути нормальним батьком» (з практики, В., 31 р.).

На сьогоднішній день широкого поширення набула концепція емоційної експресії (expressed emotion) в сім'ї як преморбідного чинника маніфестації психічних захворювань. Термін «емоційна експресія» (ЕЕ) вперше був запропонований групою дослідників з Великобританії (G. Brown і співавт., 1962 [6]) для позначення поведінки родичів хворих на шизофренію, яка з великою ймовірністю призводила до частіших госпіталізацій хворих. Така поведінка родичів включає, в першу чергу, критику, ворожість, вираз негативних емоцій на адресу хворого і так звану емоційну надмірну включеність, реактивність.

Вважається, що у пацієнта, що проживає з родичем з високою ЕЕ і проводить з ним більше 35 годин на тиждень, в кілька разів збільшується ймовірність рецидиву психічного захворювання.

В огляді Kavanagh D. 48% хворих з сімей з високим ЕЕ мали рецидиви протягом року в порівнянні з 21% пацієнтів з сімей з низьким ЕЕ [19]. В іншому аналітичному огляді використовувалися дані 25 досліджень (в яких брало участь більше 1300 пацієнтів по всьому світу), і були отримані подібні результати: у 75% пацієнтів з сімей з високим рівнем ЕЕ спостерігалися загострення при недотриманні медикаментозного лікування і у 51% - при дотриманні медикаментозного лікування [2]. Для пацієнтів з сімей з низьким рівнем ЕЕ відсоток рецидивів склав 28 і 18% відповідно.

Виділяють наступні параметри емоційного стилю взаємодії: підтримка, критика, індукування почуття провини, інтрузивність (звертання до родича в такий спосіб, що свідчить, що хтось знає більше про внутрішній стан родича, ніж він сам). Родичі пацієнтів з високим рівнем ЕЕ за шкалою критики частіше невербально висловлюють негативні емоції, частіше критикують і частіше пропонують негативні рішення проблеми.

Комбінація негативного емоційного стилю і висока інтенсивність вираження емоцій є чинником рецидиву психічного розладу згідно лонгітюдного дослідження (Miklowitz, 1988) [26].

Таким чином, сімейне середовище, особливості сімейних стосунків можуть бути чинниками виникнення чи погіршення, рецидиву депресивного розладу.

Вплив депресії на сім'ю. Депресивний розлад вражає не лише самого пацієнта, а й усю сім'ю, яка зазнає стигматизаційного впливу, матеріальних збитків, зокрема через втрату роботи родича, труднощів через невиконання ним сімейних ролей, підвищену агресивність. Проте саме член подружжя стає зазвичай головним опікуном хворого.

Зазвичай терапія депресивного пацієнта спрямована лише на нього та його симптоми. Родичі часто залишаються без підтримки і орієнтації в тому, як заопікуватись хворим. Як реагувати на апатію, пригніченість, пасивність, думки та наміри щодо самогубства родича.

Низка досліджень за останні 10 років підтверджують високий рівень стресу і емоційного навантаження родичів-опікунів (Reinares et al., 2006; Perlick et al., 2007; Bauer et al., 2011; Bauer, Spiessl & Helmbrecht, 2015) як в гострий період, так і період ремісії. Тому в дослідженнях фігурують дані, що 50-62% членів подружжя не наважились би на шлюб, якби знали більше про цю хворобу та її наслідки (Dore & Romans, 2001). Проте інші дослідження свідчать, що 78% партнерів хотіли б продовжувати доглядати за партнером не зважаючи на труднощі (Lam et al., 2005) і помічали не лише негативні, але й позитивні аспекти догляду (Bauer et al., 2015) [26].

Симптоми, пов'язані з найбільшим емоційним дистресом у родичів – це насильницька поведінка і суїцидальні спроби (Dore & Romans, 2001; Bauer et al., 2011), імпульсивне витрачання грошей як при біполярній депресії (Targum et. al., 1981), дратівливістю (Reinares et. al., 2006; Ostacher et. al., 2008) [26].

Більший стрес родичі переживають тоді, коли вірять, що пацієнт здатний керувати собою.

«Він може покерувати своєю депресією. Іноді мені здається, що це лінивість, а не депресія. Він вдало цим маніпулює, щоб не мати ніяких обов'язків» (з практики, дружина пацієнта В., 31 р.).

Почуття дистресу зростає також тоді, коли родичі вдаються до уникнення, маючи переконання, що вони цілком не здатні впливати на поведінку пацієнта, пов'язану з хворобою. Тому психосоціальні стратегії, спрямовані на зменшення пасивної поведінки, спричиняли редукцію депресії опікунів (Perlick, 2010) [24].

На думку Reinares M. (2016) на дистрес впливає також і якість стосунків до хвороби, оцінка пацієнта як такого, що потребує опіки, допомоги, чи поваги до

автономії і підтримки; орієнтації на батьківську, наставницьку роль, емоційно втягуючі стосунки; звинувачення пацієнта за його характер чи поведінку. Емоційні реакції доглядача будуть сильно відрізнятися залежно від цих оцінок і потребуватимуть різних інтервенцій.

Дослідження також показали, що навіть коли опікуни зменшували свій дистрес в результаті річної ремісії симптомів пацієнта, вся сімейна система продовжувала зберігати прояви проблемної поведінки. Це вказує на важливість розглядати сімейні стосунки депресивного пацієнта як терапевтичну мішень і скеровувати розвиток сім'ї за допомогою ефективних інтервенцій.

Особливості функціонування сім'ї з депресивним членом. В лонгітюдному дослідженні, що тривало 10 років та полягало в дослідженні якості подружніх стосунків в сім'ях з депресивним членом (n = 50) та контрольною групою, було з'ясовано, що такі стосунки були суттєво гіршими в групах з депресивним пацієнтом. [21]. Депресія асоційована з погіршенням сімейного функціонування в різних культурах [31].

Стосунковий дистрес та депресія становлять патологічний замкнутий цикл (див. Діаграма 1). Ці два чинники мають тенденцію хроніфікуватися. Наприклад, депресивний пацієнт може поводитись таким чином, що це дратуватиме чи відштовхуватиме членів сім'ї, спричиняючи неприйняття пацієнта. У відповідь пацієнт може селективно зосереджуватись лише на таких негативних зворотніх реакціях, що поглиблюватиме негативне глибинне переконання про себе, що є одним з чинників депресії.

«Я думаю, що моя донька зневажає мене, коли бачить, що я не можу пів дня підвестися з ліжка і приготувати щось поїсти, яка я повільна і недбала. Вона цього не каже мені, коли приїжджає мене провідати, але я бачу, як їй важко зі мною. Тому я прошу її приїжджати рідше» (з практики, Г., 56 р.).

Діаграма 1. Підтримуючий цикл
«Депресія – сімейні інтеракції»



Подружній дистрес підтримує депресію через втрату інтимності та емоційного зв'язку, в поєднанні з інтерперсональною напруженістю та ворожістю. Натомість з'ясовано, що підтримка членом подружжя спричиняє зниження частоти виникнення депресії в стресових умовах та пришвидшує одужання [5, 16]. Ремісія трапляється у невеликої кількості пацієнтів з порушеннями інтимних взаємин у порівнянні з пацієнтами, які мають задовільні подружні стосунки (34 vs 61%) [12].

Сімейна психотерапія депресивного розладу. Переконливі результати досліджень свідчать про те, що сім'я є важливим чинником у виникненні та перебігу депресивного розладу її члена, відтак розглянемо методи, процедури та ефективність застосування сімейної терапії у лікуванні депресивних розладів.

Оскільки існує багато напрямків сімейної терапії, вживаючи цей термін узагальнено, матимемо на увазі підхід, зосереджений на депресивному пацієнтові та його соціальних зв'язках більше, ніж на його індивідуальності.

Будь-яким психотерапевтичним втручанням передуює діагностика. Говорячи про сім'ю психодіагностику, йдеться про оцінювання функціонування сім'ї і визначення доцільності подальших сімейних інтервенцій чи їх глибини та тривалості.

Діагностика сім'ї може фасилітувати лікування. Члени сім'ї можуть також бути важливим джерелом інформації про симптоми пацієнта. Терапевт може отримувати інформацію про підтримку, яку члени сім'ї надають пацієнту. Для пацієнтів, які чинять спротив терапії, терапевт може залучати членів сім'ї до терапевтичної співпраці, або ж впливати на членів сім'ї, які самі чинять спротив терапії (наприклад, критикують вживання антидепресантів, вважаючи їх такими, що викликають залежність). І нарешті, сама діагностична ситуація є можливістю членам сім'ї почути переживання та труднощі один одного в безпечному середовищі, в спосіб, керований терапевтом, що неможливо здійснити самотужки.

Для початкової діагностики якщо не має можливості запросити усю сім'ю, то доречно запрошувати тих членів, з якими пацієнт має емоційно значущі взаємини. Деякі дослідники виражають це поняття у кількості годин проведених у спілкуванні на тиждень: 10 чи більше годин [20]. Важливо, щоб терапевт був відкритим до точок зору на проблему усіх членів сім'ї, тобто займав нейтральну позицію.

Зазначимо, що сімейна психотерапія не є обов'язковим продовженням діагностики. Якщо сім'я функціонує на високому рівні, достатньою буде підтримка та психоедукація.

Оцінка сімейного функціонування може містити з'ясування історії сім'ї її розвитку, того, як сім'я справлялась з кризовими періодами. Також того, як члени сім'ї функціонують під час сесії, які існують повторювані патерни взаємодії і який це має вплив на ідентифікованого пацієнта. Адже конфлікти між членами сім'ї, наприклад, батька з сином, могут бути чинником, що погіршує стан матері, яка переживає депресивний епізод тощо.

Окрім вищеописаних сімейних чинників/ модифікаторів депресії, таких як висока емоційна експресія та негативний емоційний стиль стосунку, згідно з моделлю сімейного функціонування МакМастера [27], увагу звертають ще на такі виміри:

- Здатність до вирішення проблем.
- Ефективність комунікації – обміну інформацією між членами сім'ї.
- Особливості сімейних ролей – повторювані патерни поведінки в яких члени сім'ї виконують свої функції.
- Здатність до зворотнього зв'язку – здатність проявляти інтерес і реагувати у відповідь на поведінку членів сім'ї.

- Спосіб контролю над поведінкою – спосіб, в який члени сім'ї встановлюють правила стосовно поведінки в ситуаціях, небезпечних для життя, стосовно задоволення потреб і драйвів та соціальної поведінки (див. Додаток 1).

Загальними принципами сімейної терапії є покращення інтерацій між членами сім'ї чи між підсистемами та функціонування окремого її члена в сімейних стосунках. Показаною сімейна терапія є для сімей, які важко справляються з симптомами депресії у родичів, а також для тих, в кого сімейні проблеми передували виникненню депресії [11].

Немає жодних протипоказів щодо сімейного оцінювання чи сімейної терапії. Проте, пацієнти повинні бути здатними толерувати афекти, такі як злість чи тривогу, які можуть проявлятися в ході терапії. А також застосування сімейних інтервенцій може бути проблемним, якщо терапевт припускає, що члени сім'ї і взаємодія з ними і є чинником депресивного розладу.

На сьогодні існує багато моделей сімейної терапії. Серед найбільш розповсюджених системна, емоційно фокусована, когнітивно-поведінкова терапія. Ці моделі є доказово ефективними у терапії сім'ї з депресивним членом як самі по собі, так і в поєднанні з фармакотерапією та індивідуальною терапією депресивного родича [4, 15, 18].

Проблеми, які виникають у сім'ях з депресивним членом можуть бути мішенями психотерапії. А це - збіднена комунікація, брак підтримки між членами сім'ї, невиконання батьківських ролей, брак розуміння природи депресії, обмежених можливостей пацієнта та можливостей терапії, відчуття провини чи надмірної відповідальності за виникнення розладу, звинувачення, критицизм та жорстоке ставлення до депресивного пацієнта, надмірна емоційна експресія, негативізм та пасивність, брак ефективних навичок вирішення проблем.

Викликом у психотерапії є знаходження балансу між заохоченням клієнта взяти на себе частину відповідальності та врахуванням обмежень, які виникають при депресії. Відтак передусім завданням терапевта є заохотити пацієнта та членів сім'ї встановити реалістичні цілі стосовно функцій, які депресивний член може виконувати самотужки, а в чому члени сім'ї допомагатимуть та підтримуватимуть його. Оскільки депресія часто є хронічним та рекурентним захворюванням, пацієнт та члени сім'ї повинні оволодіти навичками керування депресивними симптомами.

Іншими специфічними цілями сімейних інтервенцій для депресивного пацієнта можуть бути такі: навчити навичок прямої і прозорої комунікації, залучити до

виконання сімейних ролей, залучити до активностей в ширшому соціальному оточенні. Реалізації даних цілей може перешкоджати нон-комплаентність депресивного пацієнта та членів сім'ї, що вимагає застосування мотиваційного інтерв'ю, а також прояснення цілей та узгодження їх з усіма членами сім'ї, встановлення реалістичних цілей зважаючи на можливості клієнта.

У більшості підходів до сімейної терапії депресії, зокрема у **сімейно-системному підході**, сім'я розглядається як єдиний організм. Відтак сімейна дисфункція спричиняє чи підтримує патологічні симптоми її членів. Відповідно в терапії носія симптому робиться акцент на зміну поведінки та вирішення проблем членів сім'ї.

Пацієнт, члени сім'ї та терапевт спільно визначають цілі терапії, обговорюючи на які труднощі у сімейному функціонуванні слід спрямовувати втручання.

Наприклад, ціллю може бути сформувати кращі навички стосовно скорочення фінансових витрат через тимчасову непрацездатність депресивного члена сім'ї. Тож в терапії визначається як в сім'ї ідентифікують, обговорюють та домовляються стосовно цієї проблеми. Хто вирішує які витрати скоротити, чи як отримати нові прибутки. Хто відповідальний за уточнення необхідних кроків. І хто відповідальний за те, щоб ці кроки будуть здійснені. Сім'я вирішує які аспекти цього процесу потребують змін, покращення навичок. Отож, покращення сімейного функціонування сфокусовують на спеціальних поведінкових навичках, які легко ідентифікуються.

Емоційно орієнтовані завдання можуть стосуватися змін в тому, як члени сім'ї відповідають на почуття один одного. Наприклад, члени сім'ї можуть навчитися як емпатійно відповідати на депресивні переживання пацієнта, контролюючи роздратованість чи розчарованість.

Рекомендованою також є психоедукація, сфокусована на зміну негативних атрибутів депресії, на формування навичок коупінгу, навчання членів сім'ї про симптоми депресії, перебіг захворювання чи доречні терапевтичні втручання [14] (див. Додаток 2).

Інша модель сімейної терапії - **емоційно фокусована сімейна терапія** - це інтеграція сімейного системного підходу, експерієнтального підходу і теорії прив'язаності. В цій моделі ідентифікують негативні цикли взаємодії, сприяють усвідомленню витіснених почуттів, перефразовують проблеми, враховуючи витіснені почуття, ідентифікують незадоволені і невизнані потреби, сприяють прийняттю партнером досвіду іншого партнера, фасилітують експресію потреб і прагнень [13].

Ще одна поширена модель – це **когнітивно-поведінкова сімейна терапія**. Це короткострокова, структурована модель, в якій наголошується на змінах ставлення, поведінки та емоцій. У ній фокус робиться на зміні способу оцінювання реальності на більш об'єктивний загальом, покращенні навичок комунікації та вирішенні проблем.

У нашій практиці ми власне застосовуємо такі втручання згідно рекомендацій когнітивно-поведінкової сімейної терапії депресії та протоколу лікування депресивного розладу у груповому форматі [3]. Відтак застосовуємо такі втручання:

1. *Освітній модуль*. Родичам в присутності пацієнтів чи без них (наприклад, коли пацієнт перебуває на стаціонарному лікуванні чи отримує індивідуальну терапію) розповідається про те, що таке депресія, яка її природа, перебіг, підтримуючі цикли і процес лікування цього захворювання. У доступній формі підкреслюється взаємозв'язок стресу для пацієнта і загострення перебігу депресії. Наголошується на важливості почуття досягнення та задоволення для редукції депресивного настрою та приємних поведінкових активностей. Спільно з родичами укладається план заохочення пацієнта до таких активностей (наприклад, спільне планування розкладу дня) та позитивне підкріплення. Також здійснюється психоедукація щодо когнітивних спотворень при депресії та способів їх виявлення і модифікації (*наприклад, при озвученні думок про власну нікчемність чи безнадію родичі нагадують пацієнту, що зараз «включився голос депресії» і запитують, які б в нього виникли думки, якби не було депресії*).

Даний модуль включає також докладне інформування про медикаментозне лікування, в т. ч. з метою профілактики рецидивів. Обговорюються переваги і недоліки такого лікування, включаючи побічні ефекти і можливості їх мінімізації.

2. *Тренінг спілкування*. Очевидно, спільна поведінкова активація чи моніторинг депресивних думок вимагає неабиякої довіри у стосунку, робочого альянсу, досягненню якого сприяють якісні комунікативні навички у сім'ї. Отож, на наступному етапі сім'я вчиться ефективно висловлювати позитивні і негативні почуття через Я-повідомлення (в специфічній манері, що не принижує пацієнта), уважно вислуховувати один одного, висловлювати прохання в позитивній манері. Такий тренінг проходить у вигляді вправ і моделювання ситуацій під керівництвом терапевта, який дає оцінку, позитивно підкріплює успішне виконання завдань і дає домашні завдання на з метою закріплення отриманих навичок.

3. *Тренінг вирішення проблем*. Після того, як члени сім'ї освоюють навички ефективного спілкування, вони навчаються структурованого підходу до вирішення проблем: обговоренню суті проблеми; спільного створення списку з п'яти або більше

альтернативних рішень проблеми без взаємних оцінок цих рішень; почергового обговорення всіх «за» і «проти» кожної пропозиції; вибору кращого рішення або комбінації рішень; формулювання точного плану щодо здійснення даного рішення; подальшої оцінки успішності і виражанню вдячності членам сім'ї, чий зусилля призвели до виконання задуманого.

Оцінювання ефективності даних втручань становить перспективу наших досліджень. Проте, згідно результатів спостереження та інтерв'ювання, у членів сім'ї змінюються негативні емоційні форми взаємодії в сторону емоційно-нейтральних, орієнтованих на вирішення конкретної проблеми.

Поряд з цим в науковій літературі існують незаперечні *докази ефективності сімейної терапії у лікуванні депресії*. Зокрема метааналіз восьми рандомізованих досліджень (Барбато А. і ін., 2006) вказують на ефективність подружньої терапії (567 подружніх пар) для депресивних пацієнтів віку середньої дорослості з депресією легкого чи середнього ступеня. Дані по шкалі депресії знижувались у пацієнтів, які отримували подружню терапію в порівнянні з тими, хто не отримував жодних втручань (список очікування) і клінічний ефект був довшим. Подружня терапія була однаково ефективною в порівнянні з індивідуальною терапією (когнітивно-поведінковою чи інтерперсональною) в редукції депресивних симптомів. Реляційний дистрес був суттєво нижчим при подружній терапії [32].

Ці результати є доволі показовими, проте мають обмеження через неочевидну репрезентативність вибірки і гетерогенність цих 8-ми досліджень.

В іншому дослідженні Міллер І. (2005) з 121 пацієнтом з депресією середнього та важкого рівня проводилось порівняння ефективності фармакотерапії, фармакотерапії плюс сімейної терапії, фармакотерапії плюс індивідуальної когнітивної терапії, фармакотерапії плюс сімейної терапії плюс індивідуальної когнітивної терапії. Зниження симптомів депресії спостерігалось частіше в тих пацієнтів, які отримували компонент сімейної терапії в порівнянні з тими, хто не отримував цих втручань (45% vs 10%). Також в пацієнтів, що отримували сімейну терапію знижувався рівень суїцидальності [23].

В подібному дослідженні Дж. Боденмана і колег (2008) взяло участь 60 амбулаторних хворих з депресією середньої важкості. Хворі були залучені до подружньої терапії, індивідуальної когнітивно-поведінкової та індивідуальної інтерперсональної терапії. Результатом було однакове зниження симптомів депресії у всіх трьох групах [4].

В дослідженні Леменс Дж. І ін. (2009) брало участь 83 пацієнти з депресією. В одну групу потрапили ті, яким пропонувалась звичайна терапія, в іншій пацієнти отримували звичайну терапію та індивідуальну сімейну терапію. В третій групі пацієнтам пропонувалась звичайна терапія в поєднанні з мультисімейною груповою терапією. Більша кількість пацієнтів, що отримували мультисімейну групову чи індивідуальну сімейну терапію покращили свої результати в порівнянні з тими, хто отримував звичайну терапію (49 vs 24 vs 9 %) [22].

В дослідженні, де порівнювалась сімейна психоедукація плюс звичайна терапія депресії та лише звичайна терапія 54 пацієнти отримали цілковите чи часткове одужання від депресії. Лише члени сім'ї брали участь у чотирьох психоедукаційних групових сесіях, що склалися з дидактичних лекцій та практичних занять з формування навичок вирішення проблем. Повторний епізод депресії впродовж 9 місячного спостереження траплявся рідше в пацієнтів, чий члени сім'ї взяли участь в психоедукаційній програмі в порівнянні з контрольною групою (8 vs 50 %) [29].

У ще одному дослідженні випадково відібраних 35 депресивних пацієнтів і їхніх подружніх партнерів залучали до когнітивно-поведінкової подружньої терапії (5 сесій тривалістю 2 год.) в той час, як контрольна група не отримувала психотерапевтичних втручань (список очікування). Подружжя з дуже порушеними стосунками були виключені з експерименту. Через три місяці втручань, зниження симптомів депресії було більшим у групі, що отримували психотерапію (47 vs 8 %) [9].

Доведено, що сімейна терапія є також ефективною для пацієнтів з резистентними до терапії формами депресивних розладів. Підтвердження цьому – результати дослідження, в якому взяли участь 19 пацієнтів та членів їхніх сімей. Їм була запропонована програма менеджменту депресії з метою навчання коупінгу з симптомами депресії, не зважаючи на її стійкість. Програма складалась з 9 сесій (5 індивідуальних та 4 сімейних) тривалістю 50 хв. і була сфокусована на покращення якості життя і психосоціального та сімейного функціонування більше ніж на зниження депресивних симптомів. Результатом програми було покращення функціонування у 14 пацієнтів [28].

Таким чином, результати досліджень доводять ефективність сімейної терапії пацієнтів з депресивним розладом, спрямовану на самого пацієнта, чи одного/ кількох членів його сім'ї.

Висновки.

1. Депресивні розлади значною мірою впливають на фізичне, психічне та соціальне функціонування людини і спричиняють підвищення ризику передчасної смерті.

Члени сімей осіб із депресивними розладами мають нижчий рівень якості життя, оскільки потерпають від порушення міжособистісних стосунків, тиску економічних проблем, стигматизації і зменшення певних соціальних можливостей через витрати ресурсів на догляд та лікування своїх хворих родичів.

2. Родичі частіше схильні критикувати поведінку хворих, пов'язану з негативними симптомами: апатією, зниженням мотивації, нехтуванням правилами особистої гігієни, відсутністю навичок догляду за собою і т. д.

3. Вирішенню цих проблем сприяє залучення хворого та його сім'ї в сімейну терапію. Сімейна психотерапія розрахована на ті сім'ї, які мають труднощі в справлянні з депресією родича та коли сімені труднощі є попередниками депресії.

Багато видів сімейної терапії є ефективними в допомозі депресивним пацієнтам. Спільними методами усіх видів є: психоедукація, розвиток підтримуючого аспекту взаємин, віднова приємних взаємних активностей, покращення комунікації та навичок розв'язку проблем.

Сімейну терапію часто поєднують з індивідуальною та/чи фармакотерапією.

Немає протипоказів до сімейної терапії депресії, проте пацієнт повинен могли толерувати виявлення сильних емоцій, які можуть виникнути в процесі.

Поширеною трудностю у сімейній терапії депресії є залучення та мотивування пацієнта взяти на себе нові обов'язки, враховуючи його обмеження у зв'язку з депресією. Сімейні інтервенції можуть бути проблемою, якщо психотерапевт вважає членів сім'ї причиною депресії.

4. Сімейні інтервенції чинять суттєвий вплив на рівень дистресу опікунів хворого родича, а також на перебіг хвороби. Покращується емоційний клімат в сім'ї, зменшується страх перед захворюванням чи його рецидивом, зростає проактивна опіка.

Важливо під час сімейної терапії продовжувати моніторити симптоми депресії пацієнта та ймовірність чи наявність депресивних симптомів у інших членів сім'ї.

5. Сімейна терапія може бути завершена, коли терапевт, пацієнт чи інші члени сім'ї починають справлятися з проблемами ефективно.

6. Слід наголосити на важливості співпраці команди, залученої до терапії депресивного пацієнта: психотерапевта, лікуючого психіатра, соціального працівника тощо. Звісно у такій співпраці є переваги, бо це дозволяє об'єднати спеціалізовані

навички в короткий проміжок часу, зрозуміти хворобу в ширшому контексті. Проте є і свої труднощі: це вимагає синергії чи компліментарності роботи різних фахівців, на що слід затрачати додатковий час та енергію, при такому підході з'являється ризик порушення конфіденційності та позиції нейтральності.

7. Перспективою подальших наукових досліджень у цій галузі могло б бути з'ясування того, чи успішне лікування депресії опосередковане покращенням якості подружніх взаємин. А також, як саме впливає на функціонування сім'ї зниження депресивних симптомів у родичів. І які сімейні стратегії є найбільш ефективними у профілактиці рецидивів депресії у родичів.

Література.

1. Asarnow J.R., Carlson G.A., Guthrie D. (1987) Coping strategies, self-perception, hopelessness, and perceived family environment in depressed and suicidal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 55, pp. 361-366.
2. Bebbington P., Kuipers L. (1994). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: An aggregate analysis. *Psychological Medicine*. Vol. 24, pp.707-717.
3. Bieling P. J., McCabe R. E., & Antony, M. M. (2009). *Cognitive-behavioral therapy in group*. New York: Guilford Press.
4. Bodenmann G., Plancherel B., Beach S.R., et al. (2008) Effects of coping-oriented couples therapy on depression: a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*; 76:944.
5. Brown G.W., Harris T. O. (1978) *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorders in Women*. New York: Free Press.
6. Brown G.W., Monck E.M., Carstairs G.M., Wing J.K. (1962) Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *Brit. J. Prev. Soc. Med.* Vol. 16, pp. 55-68.
7. Bruce M.L., Kim K.M. (1992) Differences in the effects of divorce on major depression in men and women. *Am. J. Psychiatry*.— 149(7), pp. 914-917.
8. Chen X., Rubin K.H., Li B. (1995) Depressed moods in Chinese children: Relations with school performance and family environment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 63, pp. 938-947.
9. Cohen S., O'Leary K.D., Foran H. (2010) A randomized clinical trial of a brief, problem-focused couple therapy for depression. *Behav Ther*; 41:433.
10. Cumming M.E. (1995) Security, emotionality, and parental depression: A commentary. *Developmental Psychology*. Vol. 31, pp. 425-427.
11. Denton W.H., Golden R.N., Walsh S.R. (2003) Depression, marital discord, and couple therapy. *Curr Opin Psychiatry*;16:29.
12. Denton W.H., Carmody T.J., Rush A.J., et al. (2010) Dyadic discord at baseline is associated with lack of remission in the acute treatment of chronic depression. *Psychol Med*; 40:415.
13. Dessaulles A., Johnson S.M. (2003) Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. *Am J Fam Therapy*; 31:345.

14. Diamond G., Siqueland L. (2001) Current status of family intervention science. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*; 10:641.
15. Fabbri S., Fava G.A., Rafanelli C., Tomba E. (2007) Family intervention approach to loss of clinical effect during long-term antidepressant treatment: a pilot study. *J Clin Psychiatry*; 68: 1348-1351.
16. Goering PN, Lancee WJ, Freeman SJ. (1992). Marital support and recovery from depression. *Br J Psychiatry*; 160:76.
17. Gotlib I.H., Hammen C.L. (1992) Psychological aspects of depression: Toward a cognitive-interpersonal integration. New York: Wiley.
18. Hughes S., Cohen D. A systematic review of long-term studies of drug treated and non-drug treated depression. *J Affect Disord* 2009; 118:9.
19. Kavanagh D.J. (1992) Recent developments in Expressed Emotion and schizophrenia. *Br. J. Psychiatry*. Vol. 160, pp. 601-620.
20. Keitner G. Family and couples therapy for treating depressed adults. Working paper Sep 15, 2015. Available at: <http://www.uptodate.com/contents/family-and-couples-therapy-for-treating-depressed-adults> (accessed 5 May 2016).
21. Kronmüller KT, Backenstrass M, Victor D, et al (2011) Quality of marital relationship and depression: results of a 10-year prospective follow-up study. *J Affect Disord*; 128:64.
22. Lemmens GM, Eisler I, Buysse A, et al. (2009) The effects on mood of adjunctive single-family and multi-family group therapy in the treatment of hospitalized patients with major depression. A 15-month follow-up study. *Psychother Psychosom*; 78:98.
23. Miller I.W., Keitner G.I., Ryan C.E., et al. (2005) Treatment matching in the posthospital care of depressed patients. *Am J Psychiatry*; 162:2131.
24. Perlick, D. A., Miklowitz, D. J., Lopez, N., Chou, J., Kalvin, C., Adzhishvili, V., et al. (2010) Family-focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*. Vol. 12, pp. 627–637.
25. Psikhicheskoe zdorove: novoe ponimanie, novaya nadezhda /Doklad VOZ o sostoyanii zdavookhraneniya v mire 2001g. – Moscow: «Ves mir», 2001. (in Russian).
26. Reinares M., Bonnín C.M., Hidalgo-Mazzei D., Sánchez-Moreno J., Colom F., Vieta E. (2016). The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. Vol. 43, pp. 47–57.
27. Ryan C.E., Epstein N., Keitner G.I., et al. (2005). *Evaluating and Treating Families: The McMaster Approach*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
28. Ryan C.E., Keitner G.I., Bishop S. (2009) An adjunctive Management of Depression Program for difficult-to-treat depressed patients and their families. *Depress Anxiety*; 27:27.
29. Shimazu K, Shimodera S, Mino Y, et al. (2011) Family psychoeducation for major depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*; 198:385.
30. Unifikovanyj klinichnyj protokol pervynnoji, vtorynnoji (specializovanoji) ta tretynnoji (vysokospecializovanoji) medychnoji dopomoghy (UKPMD) “Depresija”. Nakaz Ministerstva okhorony zdorov'ja Ukrajinny vid 25 ghrudnja 2014 roku № 1003.

Available at: http://moz.gov.ua/docfiles/dn_20141225_1003dod.pdf (accessed 5 May 2016).

31. Wang J, Mansfield AK, Zhao X, Keitner G. (2013) Family functioning in depressed and non-clinical control families. *Int J Soc Psychiatry*; 59:561.
32. Barbato A, D'Avanzo B. (2006) Marital therapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev* :CD004188.

Додаток 1

Шкала оцінювання сімейного функціонування

| | Цілком не погоджуюсь | Частково не погоджуюсь | Частково погоджуюсь | Цілком погоджуюсь |
|---|----------------------|------------------------|---------------------|-------------------|
| 1. Нам важко планувати сімейні активності, тому що ми не розуміємо один одного. | | | | |
| 2. В час кризи ми можемо звернутись один до одного за підтримкою | | | | |
| 3. Ми не можемо обговорювати один з одним сумні почуття | | | | |
| 4. Ми приймаємо один одного такими, як ми є | | | | |
| 5. Ми уникаємо обговорювати наші страхи і сумніви | | | | |
| 6. Ми можемо виражати почуття один до одного | | | | |
| 7. У нашій сім'ї багато неприємних переживань | | | | |
| 8. Ми почуваємось прийнятими один одним просто за те, які ми є | | | | |
| 9. Прийняття рішень є проблемою у нашій сім'ї | | | | |
| 10. Ми здатні приймати рішення щодо вирішення наших проблем | | | | |
| 11. Нам не є добре один з одним | | | | |
| 12. Ми довіряємо один одному | | | | |

Переклад з Epstein, NB, Baldwin, LM, Bishop, DS. The McMaster Family Assessment Device. Journal of Marital and Family Therapy 1983; 9:171.

Додаток 2

Практичне керівництво по сімейній та подружній терапії депресії (Опис завдань)

| | |
|--|---|
| Зустріч з сім'єю | Залучення стільки членів сім'ї, скільки можуть прийти чи зацікавленні в допомозі. |
| З'ясування погляду на проблему кожного члена сім'ї | Всі члени сім'ї мають висловити своє бачення сімейних проблем, чи пов'язані вони з депресією, чи ні. |
| Оцінювання подружнього/ сімейного функціонування | Оцінювання того, як члени сім'ї комінікують між собою, вирішують проблеми, емоційно пов'язані один з одним, розподіляють сімейні обов'язки, встановлюють сімейні правила. |
| Фокусування на сімейних ресурсах | Ідентифікування і підтримання того, з чим сім'я справляється. |
| Оцінювання мотивації до зміни | З'ясування готовності членів сім'ї об'єднати зусилля для вирішення проблем та мотивування до такої готовності. |
| Оцінювання ризиків | Оцінювання ризику суїцидальності пацієнта та ризику насильства в сім'ї. |
| Психоедукація | Навчання членів сім'ї про природу депресії, |

| | |
|---|---|
| | прояви, перебіг захворювання, принципи терапії. |
| Постановка та пріоритизація цілей | З'ясування з членами сім'ї, яку проблему слід вирішувати насамперед, а яку згодом. |
| Обговорення правил | Встановлення терапевтичних правил, наприклад – активної співпраці, опрацювання поставлених завдань поміж сесіями тощо. |
| Встановлення реалістичних очікувань | члени сім'ї повинні обговорити очікувані зміни стосовно один одного. Ці зміни повинні бути реалістичні та досяжні. |
| Focus on behaviors and not feelings Фокусування на поведінці, а не на почуттях | Оскільки почуття важко піддаються оцінюванню та змінам, фокусування змін повинно відбуватися саме на об'єктивних поведінкових проявах. |
| Включення деяких загальних терапевтичних цілей | Пропонування терапевтичних цілей: пряма і прозора комунікація, підтримка у виконанні відповідних ролей (батьківських, подружніх), зменшення критики, звинувачення, жорстокості. |
| Підтримка рівня активності | Депресивний пацієнт повинен поступово підвищувати рівень активності спершу в домашніх справах, а згодом поза домом, підвищуючи рівень фізичної активності. |
| Надання зворотнього зв'язку | Інформування членів сім'ї щодо того, з чим вони справляються добре і того, над чим їм слід працювати в напрямку до змін. |