

ДИСФУНКЦІОНАЛЬНІ ПЕРЕКОНАННЯ В СИСТЕМІ ДЕПРЕСИВНО-ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ

DYSFUNCTIONAL BELIEFS IN THE SYSTEM OF ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS

У статті розглядаються результати теоретичного й емпіричного дослідження особливостей прояву та перебігу депресивно-тривожних розладів. Наведено описові характеристики поведінкових, когнітивних, соматичних симптомів депресії, тривожних розладів і їх поєднання. Описано варіанти коморбідності цих розладів, їх можливі причини й наслідки порівняно з окремими розладами. Зазначено теоретичні відомості про дисфункціональні переконання, ірраціональні установки, когнітивні схеми, їх основні види та причини їх формування в особистості. Обґрунтовано зв'язок дисфункціональних переконань з формуванням і розвитком психічних розладів, включаючи депресивно-тривожні. Зазначено важливість використання методів, направлених на зміну дисфункціональних переконань, у психотерапії депресивно-тривожних розладів. Проведене дослідження виявило наявність кореляції між дисфункціональними установками та депресивними і тривожними розладами. Результати дослідження продемонстрували у 27% досліджуваних низькі показники наявності симптомів депресії та тривожності, у 13% виявилися значимі показники депресії, у 27% – тривожності, а поєднання в різних співвідношеннях наявних показників депресивно-тривожних розладів – 33%. Високу від'ємну кореляцію встановлено між шкалою «Тривожність» і шкалами «Схвалення», «Досягнення», «Перфекціонізм», «Всеомгутність», «Катастрофізація», «Вимогливість до себе», «Фрустраційна толерантність», а також між шкалою «Депресія» та шкалами «Любов», «Мені всі повинні», «Автономія», «Вимогливість до інших», «Самооцінка». При поєднанні депресивно-тривожних симптомів виникає наявність більшості з дисфункціональних переконань, представлених у цих методиках. Обернена кореляція в цьому випадку означає, що, чим більш вираженими є симптоми депресивних і тривожних розладів, тим нижчими є показники установок, що свідчать про наявність дисфункціональних переконань.

Ключові слова: депресивні розлади, тривожні розлади, коморбідність, дисфункціональні переконання, ірраціональні установки, когнітивні схеми, когнітивно-поведінкова

терапія, раціонально-емоційно-поведінкова терапія.

The article discusses the results of a theoretical and empirical study of the features of the manifestation and course of depressive-anxiety disorders. Descriptive characteristics of behavioral, cognitive, somatic symptoms of depression, anxiety disorders and their combination are presented. Variants of comorbidity of these disorders, possible causes and consequences in comparison with individual disorders are described. Theoretical information about dysfunctional beliefs, irrational attitudes, cognitive schemes, their main types and the reasons for their formation in a person are indicated. The connection between dysfunctional beliefs and the formation and development of mental disorders, including depressive-anxious ones, has been substantiated. The importance of using methods aimed at changing dysfunctional beliefs in psychotherapy for depressive-anxiety disorders is indicated. The study revealed a correlation between dysfunctional attitudes and depressive and anxiety disorders. The results of the study demonstrated in 27% of the studied low indicators of the presence of symptoms of depression and anxiety, in 13% there were significant indicators of depression, in 27% – anxiety, and combinations in different ratios of the available indicators of depressive-anxiety disorders – 33%. A high negative correlation was established between the scale of "Anxiety" and the scales of "Approval", "Achievements", "Perfectionism", "Omnipotence", "Catastrophization", "Demanding to oneself", "Frustration tolerance", as well as between scale "Depression" and scales "Love", "Everyone owes me", "Autonomy", "Demanding to others", "Self-esteem". With a combination of depressive-anxiety symptoms, the presence of most of the dysfunctional beliefs presented in these techniques occurs. Inverse correlation in this case means that the more pronounced the symptoms of depressive and anxiety disorders, the lower the indicators of attitudes indicating the presence of dysfunctional beliefs.

Key words: depressive disorders, anxiety disorders, comorbidity, dysfunctional beliefs, irrational attitudes, cognitive schemas, cognitive behavioral therapy, rational emotive behavioral therapy.

УДК 159.9.07:616.89-008
DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.32.14>

Каневський В.І.
к.психол.н.,
доцент кафедри психології
Чорноморський національний
університет імені Петра Могили

Гур'янова А.С.
студентка 665 групи спеціальності
психологія
Чорноморський національний
університет імені Петра Могили

Стресові події, втрати й розчарування найчастіше викликають емоційну реакцію у формі тривоги та депресії. Незважаючи на те що ці стани у філогенетичному й феноменологічному аспектах являють собою абсолютно різні явища, вони часто зустрічаються разом. Тривога проявляється як стан підвищеної готовності організму до швидкої відповіді на можливі стресові фактори, тоді як депресія є станом пригніченості, що з'являється часто внаслідок усвідомлення безвихідності ситуації. Часто після тривалого стану тривоги роз-

вивається депресія через невирішені стресові обставини [6].

Депресивні та тривожні розлади є найбільш розповсюдженими серед усіх нервово-психічних захворювань. Ризик розвитку протягом життя тривожних розладів становить 24,5%, а депресивних – 17,3%. Середній вік розвитку тривожних розладів – 16,4 роки, а депресій – 23,2 [11].

Високий рівень коморбідності тривожних і депресивних розладів досліджено багатьма вченими (С. Мосолов, Р. Kessler,

J. Angst, A. Dobler-Mikola, B. Vargo, W. Coryell, N. Sartorius, H. Metcalf). Деякі з досліджень установили, що в 60% хворих на тривожні розлади виявляється депресія. Найвища частота розвитку депресії спостерігається при генералізованому тривожному розладі, агорафобії та соціофобії. За даними M. Hamilton, розгорнута депресивна симптоматика супроводжує тривожні розлади у 83% випадків, а частота зустрічальності тривоги при рекурентній депресії становить 96% [10].

Проблема правильної діагностики й адекватної терапії депресивно-тривожних розладів залишається гострою й нині через відсутність достатньої уваги до можливості їх поєднання та одночасного прояву, розмитість критеріїв, недостатню вивченість і відсутність достатньої кількості розроблених методів психологічної допомоги, які б урахували їх особливості.

Депресія відзначається сповільненням або пригніченням багатьох аспектів психічного життя: емоційного, поведінкового й інтелектуального. Е. Крепелін описав так звану меланхолічну триаду ознак: зниження настрою, ідеаторну та моторну загальмованість [10]. Депресія призводить до почуття смутку, безнадійності, до нездатності відчувати радісні переживання, зниження енергії й волі. Від звичайного смутку депресія відрізняється тим, що вона більш інтенсивна, триває довше й заважає адаптації до життєвих обставин. Серед сомато-вегетативних розладів зустрічаються безсоння, головні болі, порушення периферичного кровообігу (холодні кінцівки), утрата апетиту зі зниженням ваги, знижене слиновиділення, сухість язика (симптом В. Осипова) й інших слизових оболонок, а також кожних покровів, затримка місячних у жінок, а також триада В. Протопопова: розширення зіниць, тахікардія та спастичні запори [7].

Тривога розуміється як прояв внутрішнього напруження й занепокоєння з передчуттям загрози та песимістичними побоюваннями. Головною особливістю тривоги є її спрямованість на майбутнє, а також безпредметний характер [2]. Тривожні розлади найбільш характеризуються фізичними симптомами, такими як неспокій, м'язове напруження, втома, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, тривожні пробудження, складнощі із засинанням, пітливість, нудота, діарея, підвищення апетиту, тремор, ком у горлі тощо. Для діагностики тривожного розладу симптоми повинні тривати як мінімум 6 місяців і не бути викликані ні фізичним захворюванням, ні іншим психічним розладом [9].

Тривожна депресія відзначається переважанням тривоги, пригніченості, неконкретизованого почуття близької небезпеки, неясного занепокоєння, відчаєм, швидкою втомлюваністю, підвищеною роздратованістю,

песимістичними думками, які стають нав'язливими. Часто спостерігається погіршення стану ближче до вечора. Люди із цим розладом знаходяться в проміжному стані між збудливістю й апатією, тому їхня тривожність часто проявляється неактивно. Наприклад, вони перебирають пальцями рук або заламують їх, кусають нігті, відстукують певний ритм, мають занепокоєний погляд і постійно напружене тіло [10].

Поєднання тривоги й депресії часто пов'язане з будь-якою життєвою втратою. Це хронічне захворювання без лікування може зі змінною інтенсивністю тривати все життя. Супутні захворювання з тривожними й депресивними розладами досить великі, спостерігаються в 75% хворих [11].

Нерідке співіснування тривожності й депресії визнається в МКБ-10. Підтвердженою є складність визначення первинного афекту. Коли неможливо виявити, яке явище передувало іншому, ставиться діагноз змішаного депресивно-тривожного розладу. Крім нього, існують такі варіанти поєднання симптомів обох розладів, як коморбідність, переважання тривожного розладу з депресивною симптоматикою, переважання депресії з тривожною симптоматикою, поєднання окремих депресивних і тривожних симптомів на субсиндромальному рівні [10].

З психологічної точки зору поширеність співіснування депресивних і тривожних розладів може бути пов'язаною з існуванням «спільного невротичного фактору» (P. Tyrer), який включає такі соціально-особистісні характеристики, як почуття неповноцінності й відкинутості, підвищена чутливість до критики, сором'язливість, вразливість до дистресу (неспецифічного соціального, побутового) [6].

Тривожно-депресивні розлади зумовлюють збільшену важкість для хворого в соціальному та клінічному відношеннях. Дослідження показали, що в таких пацієнтів відзначають вищий рівень зниження працездатності та інвалідації, нижчу якість життя, збільшення суїцидального ризику й кількості депресивних епізодів зі зменшеною якістю ремісії, резистентність до терапії. Установлення діагнозу та відстеження прогресу під час терапії ускладнюється тим, що співвідношення проявів депресії та тривожності може постійно змінюватися, через що один із розладів тимчасово стає домінуючим [6].

Коморбідні тривожні розлади та депресія, а також змішані депресивно-тривожні форми являють собою значну частину випадків психічних розладів, однак нерозвиненість цього питання часто призводить до одностороннього неповного діагнозу або відсутності діагнозу взагалі, відсутності збалансованості терапії, яка направляється лише на один із розладів,

що може призвести до погіршення симптоматики.

Одними з найбільш розвинених і застосовуваних методів аналізу та психотерапії для тривожних і депресивних розладів є когнітивно-поведінкова (далі – КПТ) та раціонально-емоційно-поведінкова (далі – РЕПТ).

Згідно з теорією РЕПТ, вагомий внесок у розвиток психологічних розладів робить те, що людина мислить ірраціонально та дисфункціонально. Такі думки являють собою абсолютні вимоги до себе, інших людей і світу. Елліс запропонував ідею, що всім людям властиві як раціональні, так й ірраціональні (дисфункціональні) установки та переконання. Людина в нормі здатна усвідомлювати ірраціональність своїх думок та ідей, їх вплив на своє життя, змінювати їх на такі, які відповідають справжній ситуації. У такому випадку вона не залежить від своїх негативних переконань і може виходити з-під їх впливу [1].

Унаслідок розвитку психологічних розладів людина втрачає здатність критично оцінювати свої думки й установки, висуваючи до себе, оточуючих або світу абсолютні вимоги, невиконання яких і перебільшення негативних наслідків і призводить до формування розладу.

Вплив дисфункціональних переконань на мислення людини можна легко побачити за допомогою структури АВС, де «А» означає активізуючу подію, «В» являє собою погляд людини на цю подію, а «С» – емоційну та поведінкову реакцію людини. Хоча може здаватися, що «А» прямо викликають «С», однак «В» насправді є важливим посередником, який за допомогою когніцій, установок та ідей може викривляти сприйняття, а тому й реакцію людини на об'єктивну подію [13].

Виникнення дисфункціональних установок відбувається в дитинстві, коли людина сприймала їх, ще не володіючи навичкою критичного аналізу на когнітивному рівні, не маючи змоги спростувати їх на поведінковому рівні, оскільки не мала такого досвіду та знань, які могли б їх спростувати, або отримувала певні підкріплення від оточення [1].

Елліс уважав найбільш розповсюдженими такі групи ірраціональних установок:

1. Катастрофічні установки. Проявляються у вигляді перебільшення негативних результатів ситуацій.

2. Установки неодмінного зобов'язання (вимогливість). Виражаються у формі впевненості в існуванні загальних обов'язків, які повинні втілюватися в життя незалежно від обставин.

3. Установки обов'язкової реалізації своїх потреб. Такі переконання унеможливають досягнення задоволеності життям за відсут-

ності повного виконання власних бажань, які перетворюються на ультиматум.

4. Глобальні оціночні установки. Виражаються у вигляді переконання в тому, що за конкретними поведінковими проявами необхідно оцінювати людину в цілому.

Згідно з теорією РЕПТ, сформовані установки стають автономними й надалі підтримуються процесами, що відбуваються в теперішньому. Тому доречним є з'ясування факторів, які допомагають установкам залишатися в системі мислення людини, не змінюючись.

Тільки перетворення дисфункціональних установок провокує появу адекватного емоційного реагування. Завдяки терапії людина вчиться управляти своїми переконаннями, тоді як до цього переконання керували ними [14].

У когнітивно-поведінковій терапії установки також мають назву «когнітивні схеми». Американський психіатр А. Бек визначив когнітивну схему як відносно стабільний спосіб організації мислення та оцінки подій. Ці схеми становлять сукупність основних, часто не висловлених і несвідомих припущень про те, який я є, який світ навколо мене, що я чекаю від нього [4].

А. Бек описав когнітивні схеми, які, за його словами, можуть бути виражені у вигляді певних правил або припущень, наприклад, «Якщо в мене щось не вдасться, то я невдаха» або «Не можу бути щасливим, якщо мене не люблять інші люди». Когнітивно-поведінкова терапія також припускає, що дисфункціональні переконання створюються під впливом досвіду в ранньому дитинстві. На думку А. Бека, вони залишаються латентними, або прихованими, протягом тривалого часу, тобто можуть не впливати на психічний стан. Однак якщо вони активуються певною подією, то можуть викликати декомпенсацію особистості або актуальний психічний розлад, такий як депресія або тривожний розлад [3]. У зв'язку з тим що дисфункціональні переконання часто є несвідомими, вони, як правило, за нормальних обставин не критично переглядаються та їх достовірність не перевіряється. Проте вони формують сприйняття реальності, яке впливає на поведінку.

А. Бек розділяв установки на три групи залежно від досвіду, у якому вони найбільш застосовні:

1. Результат. Схеми, що стосуються вимог до себе та потреб успіху («Щоб я був щасливим, мені потрібно бути успішним у всьому, з чим я стикаюся», «Я маю бути найкращим у всьому, що я роблю»).

2. Прийняття. Установки, пов'язані з необхідністю бути шановним, коханим, захищеним, прийнятим іншими людьми («Щоб я був щасливим, мене повинні шанувати всі люди», «Я не можу жити без кохання»).

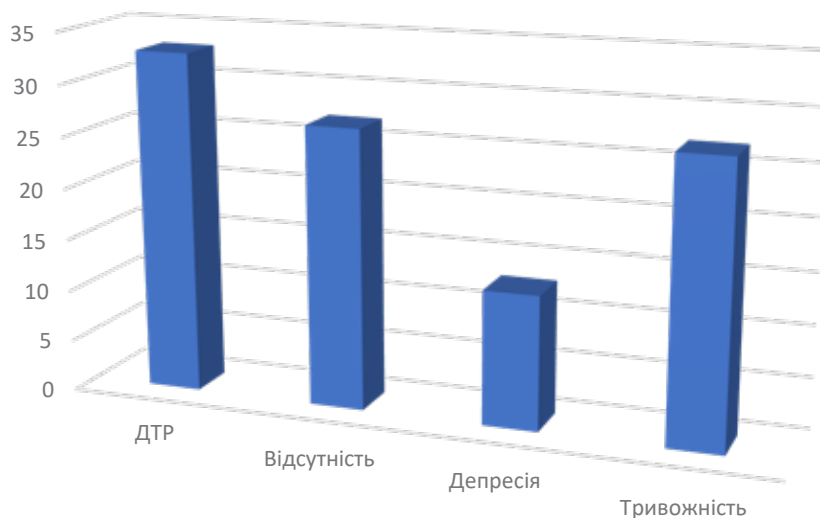


Рис. 1. Співвідношення показників депресії та тривожності досліджуваних

3. Влада. Переконавання, що стосуються необхідності контролювати події, потреби, сили, панування, контролю над своєю поведінкою та поведінкою інших, потреби в послууху та лояльності інших («Я завжди повинен бути в змозі зробити все самостійно!», «Нікому не можна вірити!», «Усі повинні постійно мене слухати») [14].

Основні схеми та похідні переконання формують особистість. Когнітивні схеми функціонують як зразок визначення й оцінки ситуації. Індивідуум обробляє інформацію способом, який відповідає його переконанням, вибирає інформацію із ситуації, яка підтверджує або знецінює його основні переконання, ігнорує та недооцінює інформацію, що свідчить про зворотне. За наявності депресивних і тривожних розладів можна говорити про існування травми, що спричинила потребу у створенні надзвичайно негативних переконань про власну особистість, оточуючих або світ узагалі [12].

Щоб людина ці переконання компенсувала або впоралася з ними, вона повинна створити ригідні правила, як розуміти ті чи інші події. Поступово вона втрачає можливість розвинути будь-які інші види поведінки, крім такої, що підпорядковується системі дисфункціональних переконань.

Процес, який перетворює реальні події в баченні їх людиною на такі, що підтверджують дисфункціональні переконання, називається асиміляцією. Малоадаптивна асиміляція відбувається в результаті когнітивних помилок (надузагальнення, знецінення позитивного, поспішні висновки, перебільшення або применшення, негативний фільтр, емоційне обґрунтування, навішування ярликів тощо). Завдяки когнітивним помилкам індивідуум

підтримує малоадаптивні емоційні реакції та форми поведінки. Люди зазвичай не знають про свої когнітивні помилки. Вони знають лише про остаточні висновки [5].

Для з'ясування актуальності проблеми депресивно-тривожних розладів, наявності дисфункціональних переконань як важливого фактору їх розвитку та перебігу опитано 100 осіб за допомогою таких методик, як «Шкала депресії» Бека, «Шкала проявів тривоги» Тейлор (адаптація Норахідзе), «Шкала дисфункціональних переконань» Вайсман, «Діагностика ірраціональних установок» Ховард Кассінове.

Результати дослідження продемонстрували у 27% випадків низькі показники наявності симптомів депресії та тривожності, у 13% виявилися значимими показники депресії, у 27% – тривожності, а найбільшу групу становили поєднання в різних співвідношеннях наявних показників депресивно-тривожних розладів – 33% (рис. 1).

За критерієм Пірсона виявлено середні позитивні взаємозв'язки між шкалою «Депресія» та шкалою «Тривожність» ($r=0,579$, $p<0,001$). Зі збільшенням показників за шкалою «Депресія» також збільшуються показники за шкалою «Тривожність».

Високу значущу від'ємну кореляцію встановлено між шкалою «Тривожність» і шкалами «Схвалення» ($r=-0,8$, $p<0,001$), «Досягнення» ($r=-0,813$, $p<0,001$), «Перфекціонізм» ($r=0,882$, $p<0,001$), «Всеомгутність» ($r=0,882$, $p<0,001$), «Катастрофізація» ($r=-0,894$, $p<0,001$), «Вимогливість до себе» ($r=-0,833$, $p<0,001$), «Фрустраційна толерантність» ($r=0,921$, $p<0,001$).

Сильну значущу від'ємну кореляцію виявлено між шкалою «Депресія» та шкалами «Любов» ($r=-0,89$, $p<0,001$), «Мені всі повинні»

($r=-0,828$, $p<0,001$), «Автономія» ($r=-0,817$, $p<0,001$), «Вимогливість до інших» ($r=-0,825$, $p<0,001$), «Самооцінка» ($r=-0,892$, $p<0,001$).

Отримані результати вказують на більшу вираженість певних дисфункціональних переконань, характерних переважно для депресивного або тривожного розладів, що зумовлює емоційну та поведінкову різницю в їх проявах. Однак за багатьма шкалами кореляція є значущою для обох розладів, але з різною частотою та вираженістю, що означає можливий частковий збіг когнітивних схем і підтверджує їх розповсюджену коморбідність.

Необхідно відзначити, що при поєднанні депресивно-тривожних симптомів виникає наявність більшості з дисфункціональних переконань, представлених у цих методиках, що явно вказує на складніший перебіг поєднаних розладів, їх більший вплив на мислення, поведінку й життя людини.

Продемонстровані підсумки дослідження свідчать про високу актуальність проблематики депресивно-тривожних розладів і наявність у їх системі дисфункціональних переконань. Існує необхідність у подальшому розгляді й вивченні цього питання, проведенні більш масштабного опитування та створенні окремих діагностичних систем і корекційно-терапевтичних програм з метою надання психологічної допомоги людям з депресивно-тривожними розладами.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Dryden W. Rational Emotive Behavior Therapy. Routledge, 2008. 144 p.
2. Аракелов Н., Шишкова М. Тривога: методи її діагностики і корекції. *Вісник МУ*. 1998. № 1. С. 18–27.
3. Бек А., Бек Д.С. Когнітивна терапія: повне керівництво. Москва, 2006. 544 с.
4. Когнітивна терапія депресії: наукове видання / А. Бек, Д. Раш, Б. Шо, Г. Емері. Санкт-Петербург, 2003. 240 с.
5. Бек Дж. Когнітивно-поведінкова терапія. Від основ до напрямів. Санкт-Петербург, 2018. 416 с.
6. Белялов Ф.І. Депресія, тривога, стрес і смертність. *Терапевтичний архів*. 2016. № 12. С. 116–119.
7. Воронова Е.І., Дубницький Е.Б. Реактивні (психогенні) депресії. *Журнал неврології і психіатрії ім. С.С. Корсакова*. 2015. № 2. С. 75–85.
9. Малкова Е.Е. Тривожність і розвиток особистості. Санкт-Петербург, 2013. 42 с.
10. Мосолов С.Н. Тривожні та депресивні розлади: коморбідність і терапія. Київ, 2007. 61 с.
11. Петрова Н.Н., Савицька К.С. Діагностика та терапія коморбідних тривожних та депресивних розладів в клінічній практиці. *Огляд психіатрії і медичної психології ім. В.М. Бехтерева*. 2021. № 1. С. 102–112.
12. Прашко Я., Можни П., Шлепецьки М. Когнітивно-біхевіоральна терапія психічних розладів. Москва, 2015. 1072 с.
13. Федоров А.П. Когнітивно-поведінкова психотерапія. Санкт-Петербург, 2002. 352 с.
14. Харитонов С.В. Посібник з когнітивно-поведінкової психотерапії. Москва, 2009. 176 с.