

Ялтонская Александра Владимировна

Предикторы эффективности групповой когнитивно-поведенческой психотерапии в комплексном лечении депрессивных расстройств непсихотического уровня

14.01.06 – «Психиатрия» (мед. науки)

19.00.04 – «Медицинская психология» (мед. науки)

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2013

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России)

Научный руководитель:

Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор ЦЫГАНКОВ Борис Дмитриевич

Официальные оппоненты:

Харитонов Наталья Константиновна - доктор медицинских наук, профессор (ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского» Минздрава России, руководитель отдела судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе).

Михайлов Владимир Алексеевич - доктор медицинских наук (ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт имени В.М. Бехтерева» Минздрава России, руководитель международного отдела, главный научный сотрудник и научный руководитель отделения реабилитации психоневрологических больных).

Ведущее учреждение:

ФБГОУ ВПО «Российский университет дружбы народов» Минобрнауки России

Защита состоится «___» _____ 2013 г. в ___ часов на заседании диссертационного совета Д 208.041.05, созданного на базе ГБОУ ВПО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России по адресу: 115419, г. Москва, ул. Донская, 43.

Почтовый адрес: 127473, г. Москва, ул. Делегатская 20, стр.1.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Московского государственного медико-стоматологического университета имени А.И. Евдокимова (127206, г. Москва, ул. Вучетича, д. 10 а).

Автореферат разослан _____ апреля 2013 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета

кандидат медицинских наук, доцент

Гаджиева Уммурайсат Хизриевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Актуальность темы исследования в первую очередь связана с высоким и непрерывно возрастающим уровнем распространенности депрессивных расстройств. Исследования свидетельствуют, что ими страдает от 8% до 12% людей из общей популяции [Ustun T.B. & Sartorius N., 1995; Andrade L. et al., 2003], и более 22-33% пациентов с соматическими заболеваниями [Katon W. & Sullivan M.D., 1990; Gureje O. et al., 1998, 2007; Воробьева О.В., 2004].

Депрессивные расстройства являются одной из ведущих причин временной потери трудоспособности, имеют тяжелое «суммарное бремя болезни», выраженные последствия для самого больного, его семьи и общества [Bothwell S. & Weissman M.M., 1977; Kessler R.C. et al., 1998; NICE, 2009; WHO, 2012]. Депрессивные расстройства часто приобретают хроническое течение, склонны к рецидивированию и снижению уровня психосоциального функционирования [Winokur G.A. et al, 1993; Frances A. & Donovan S., 1998; Scott J. et al., 2000], отяжеляют течение сопутствующих соматических заболеваний [Смулевич А.Б., 2003; Вертоградова О.П., 2005], ассоциированы с повышенным уровнем смертности [Петраков Б.Д. и Цыганков Б.Д., 1996; Cuijpers P., 2002; Mykletun A., 2009], являются ведущим фактором суицидального риска [NIMH, 1998; Войцех В.Ф., 2002; WHO, 2012], склонны к «омоложению», к коморбидности с тревожными расстройствами, зависимостью от психоактивных веществ и т.д. [Гофман А.Г., 2003; Wittchen H.U. & Jacobi F., 2005].

Несмотря на существование разных подходов к лечению, проблемы терапии депрессивных расстройств трудно назвать решенными. Независимо от выбора метода лечения, примерно треть пациентов не отвечают ни на одно вмешательство [Blackburn I.M. & Moore R.G., 1997; Matsunaga M. et al., 2010]. Только у одного из трех пациентов формируется полная и стойкая ремиссия после курса лечения антидепрессантами [Keller M.B., 2004]. В свою очередь отсутствие полной ремиссии приводит к высокому риску рецидива заболевания [Thase M.E., 2000]. Эти факты диктуют необходимость поиска новых эффективных схем лечения, применения комбинированных методов, выявления факторов, связанных с высокой эффективностью лечения депрессивных расстройств.

Когнитивно–поведенческая психотерапия (КПТ) депрессии является краткосрочным, теоретически и экономически обоснованным, высоко эффективным, подтвержденным данными доказательной медицины направлением психотерапии [Холмогорова А.Б., 1998, 2006, 2011; Ballenger J., 2001; Цыганков Б.Д. и соавт. 2004; NICE 2010; MhGap Intervention Guide, 2010; Холмогорова А.Б. и Гаранян Н.Г., 2010]. В отличие от психофармакологического лечения, КПТ оказывает положительное влияние на психосоциальное функционирование [Matsunaga et al., 2011] и способствует профилактике рецидивов депрессивных расстройств [Beck A., 1979; Hollon S.D. et al., 2005; DeRubeis R.J. et al. 2005; Dobson K.S. et al., 2008; Цыганков Б.Д. и соавт., 2011, 2012]. Согласно данным последних крупных рандомизированных исследований и мета-анализов комбинированная терапия (психофармакотерапия + КПТ) является более эффективной формой лечения, чем применение каждого из этих методов в отдельности [Keller M.B. et al., 2000; Cuijpers P. et al., 2009]. Однако практика применения КПТ и комбинированной терапии в практическом здравоохранении России крайне ограничена. Кроме того, в отечественной науке, практически не проводилось экспериментальных клинических исследований эффективности КПТ и ее комбинации с фармакотерапией при лечении депрессивных расстройств.

С учетом ограниченных кадровых и финансовых ресурсов в отечественном здравоохранении, предметом внимания данного исследования стала *групповая* когнитивно-поведенческая психотерапия (гКПТ), которая является одним из наиболее экономически выгодных форм оказания психотерапевтической помощи, позволяющей охватить большее число пациентов при равных временных и организационных затратах [Antonuccio D.O. et al., 1997; Peterson A.L. & Halstead T.S., 1998; Tucker M. & Oei T.P.S., 2007].

Цель исследования

Целью диссертационной работы является исследование прогностических факторов, влияющих на результаты и эффективность групповой когнитивно-поведенческой психотерапии депрессивных расстройств, проводимой в стационаре на фоне психофармакотерапии (ФТ).

Задачи исследования

- 1.Определение клинико-психопатологических и социальных особенностей пациентов с депрессивными расстройствами непсихотического уровня и их динамики в ходе лечения и по данным катамнеза.
- 2.Определение клинико-психологических особенностей пациентов с депрессивными расстройствами непсихотического уровня и их динамики в ходе лечения и по данным катамнеза.
- 3.Разработка программы групповой когнитивно-поведенческой терапии для использования в комплексном лечении пациентов с депрессивными расстройствами непсихотического уровня, проводимой в стационаре на фоне психофармакотерапии.
- 4.Определение сравнительной эффективности сочетанной групповой когнитивно-поведенческой психотерапии и психофармакотерапии, в сравнении с лечением депрессии изолированной психофармакотерапией после завершения стационарного лечения и в отдалённом периоде (через 1 год).
- 5.Выявление предикторов эффективности и приверженности групповой КПТ в комплексном лечении пациентов с депрессивными расстройствами непсихотического уровня.

Научная новизна исследования

Новым является создание и описание авторской версии программы групповой когнитивно-поведенческой терапии для комплексного лечения депрессивных расстройств непсихотического уровня в стационаре, а так же тщательная оценка ее эффективности на русскоязычной популяции пациентов, как после окончания курса лечения, так и по данным катамнеза (через год). Впервые с помощью современных многомерных статистических методов были выделены клинические и клинико-психологические предикторы эффективности групповой КПТ, проводимой в стационаре на фоне стандартной психофармакотерапии. Разработан ряд прогностических математических моделей, позволяющих с высокой достоверностью предсказывать результаты комбинированного лечения для конкретного пациента. Выделены факторы, связанные с высоким и низким уровнем приверженности групповому психотерапевтическому лечению и с преждевременным прекращением его. Впервые был переведен и адаптирован новый психометрический инструмент, позволяющий измерять структуру мотивации к психотерапии (Client Motivation for

Therapy Scale, Pelletier L.G. et al., 1997). Кроме того были переведены и адаптированы авторские версии инструментов, измеряющие параметры субъективного восприятия депрессии (The Brief Illness Perception Questionnaire, Broadbent E. et al., 2006), и особенности, частоту возникновения негативных самоутверждений (автоматических мыслей) у пациентов с депрессией (Automatic Thoughts Questioner, Hollon, S.D. & Kendall, P.C., 1980). Полученные результаты конкретизируют, расширяют и углубляют современные представления о механизмах психологической адаптации, структуре совладающего поведения больных депрессиями, особенностях восприятия социальной поддержки. Впервые в отечественной психиатрии и медицинской психологии исследованы в динамике параметры субъективной картины депрессии, проведен анализ динамики когнитивных параметров депрессии - автоматических мыслей и дисфункциональных убеждений в ходе ФТ и комбинированного лечения (гКПТ + ФТ), а так же в катamnестическом периоде. Впервые в отечественном исследовании определена и измерена многомерная структура мотивации к групповой КПТ и показана роль внутренней и автономной внешне-внутренней мотивации как предиктора эффективности гКПТ.

Практическая значимость исследования

В рамках данного исследования была разработана оригинальная программа групповой КПТ («Совладание с депрессией»), которая позволяет повысить эффективность лечения депрессивных расстройств непсихотического уровня в стационаре, снизить число рецидивов и повторных госпитализаций. Результаты исследования могут быть использованы для получения научно-обоснованных рекомендаций по комплексному лечению депрессивных расстройств непсихотического уровня в стационаре и позволяют повысить обоснованность и точность прогноза эффективности групповой КПТ, надежно подразделять больных на приверженных и неприверженных психотерапии. Набор переведенных и первично адаптированных методик представляет ценность для исследователей и практиков, расширяет арсенал отечественных методик психодиагностики субъективных представлений о депрессии, автоматических мыслей как когнитивных параметров депрессии, позволяет измерить в статике и динамике многомерную структуру и уровень мотивации к психотерапии. Результаты диссертационной работы могут быть использованы как в практической деятельности психиатров, психотерапевтов и

медицинских психологов, так и в учебном процессе преподавателями кафедр психиатрии, психотерапии и медицинской психологии при подготовке студентов и при повышении квалификации разных групп специалистов.

Основные положения выносимые на защиту

1. Для пациентов с депрессивными расстройствами непсихотического уровня в целом характерен сниженный уровень социального функционирования, преобладание психастенических и тревожно-мнительных черт характера, достаточно высокий уровень восприятия социальной поддержки и доминирование в структуре совладающего поведения таких полярных копинг-стратегий как бегство-избегание и принятие ответственности.
2. Использование групповой когнитивно-поведенческой психотерапии в комбинации с психофармакотерапией является более эффективным методом лечения депрессивных расстройств непсихотического уровня, чем применение только психофармакотерапии. Применение комбинированного лечения в значительной степени способствует снижению числа повторных госпитализаций и снижает вероятность возникновения рецидивов депрессий.
3. Совокупность выявленных социо-демографических, клинических и клинико-психологических предикторов позволяет предсказывать результат применения разработанной программы гКПТ в комплексном лечении депрессивных расстройств в стационаре.
4. Каждый четвертый пациент преждевременно прекращает групповую когнитивно-поведенческую терапию, что связано с невысокой степенью тяжести депрессии и отсутствием ее восприятия как выраженной угрозы здоровью, личностными, семейными и социальными характеристиками пациентов.

Апробация

Основные положения диссертационного исследования были обсуждены и доложены на XXXIII Итоговой научной конференции молодых ученых МГМСУ (Москва, 16 апреля 2011 г.); на Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Клиническая психология в здравоохранении и образовании» (Москва, 24-25 ноября 2011 г.); на XXXIV Итоговой научной конференции молодых ученых МГМСУ (Москва 1-15 Мая 2012 г.) (работа заняла второе призовое место); на Ежегодном всероссийском научно-практическом

симпозиуме «Современные методы психотерапии» (Санкт-Петербург, 12-15 Апреля, 2012 г.); на Всемирном Психологическом Конгрессе – 2012 (International Congress of Psychology – 2012; ЮАР; Кейп-Таун, 20-27 Июля, 2012); на Научно-практической конференции с международным участием «Когнитивно-поведенческая психотерапия: Вчера, Сегодня, Завтра» (Санкт-Петербург, 29-30 Октября, 2012 г.); на межкафедральном совещании кафедр психиатрии, наркологии и психотерапии ФПДО и кафедры клинической психологии факультета клинической психологии МГМСУ имени А. И. Евдокимова.

Личное участие автора

Автором был разработан дизайн исследования, определена методология его проведения, проведен развернутый анализ большого массива зарубежных и отечественных источников научной литературы по теме исследования, разработана и апробирована программа гКПТ, осуществлен перевод и первичная адаптация (при участии экспертной комиссии) трех опросников. Кроме того, автором были обследованы все пациенты, принявшие участие в исследовании на всех его этапах. Автор самостоятельно провел 6 экспериментальных циклов групповой КПТ с 65 пациентами (в целом более 50 групповых сессий), осуществил ввод полученных результатов в базу данных и их статистическую обработку, анализ и изложение полученных результатов в тексте научной квалификационной работы.

Внедрение

Результаты диссертационной работы внедрены и используются в практической деятельности ГКУЗ МО «Центральная клиническая психиатрическая больница» и курируемых кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФПДО клинических отделений Научно-практического психоневрологического Центра ДЗ г. Москвы. Помимо этого они используются в лечебной, научной и педагогической деятельности кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПДО и кафедры клинической психологии ГБОУ ВПО МГМСУ имени А.И. Евдокимова.

Публикации

По материалам диссертационного исследования опубликовано 12 печатных работ, в том числе 4 – в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК Минобразования России для публикации материалов диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 272 страницах машинописного текста, состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, библиографического указателя литературы, включающего 346 источников (86 отечественных и 260 зарубежных) и приложения. Работа иллюстрирована клиническим примером, 41 таблицей и 44 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Дизайн исследования

Данная научная работа проводилась как клиническое экспериментальное проспективное исследование в период с 2010 по 2013 год на базе кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПДО МГМСУ имени А.И. Евдокимова в Научно-практическом психоневрологическом центре Департамента здравоохранения г. Москвы. Исследование состояло из 2-х этапов: подготовительного, включавшего в себя разработку программы интервенции, и основного – непосредственно экспериментального исследования.

Всего было обследовано 158 пациентов, обратившихся в клинику с симптоматикой депрессивного или тревожно-депрессивного расстройства. На предварительном этапе 18 пациентов, приняли участие в апробации программы групповой КПТ путем участия в фокус-группах. В экспериментальную часть исследования вошли 140 человек с диагностированными по МКБ-10 депрессивными и тревожно-депрессивными расстройствами умеренной и тяжелой степени тяжести без психотических симптомов, а именно с умеренным депрессивным эпизодом (F32.1), с тяжелым депрессивным эпизодом без психотических симптомов (F32.2), с рекуррентным депрессивным расстройством, текущий эпизод умеренной тяжести (F33.1), с рекуррентным депрессивным расстройством, тяжелый текущий эпизод без психотических симптомов (F 33.2), с дистимией (F 34.1) и со смешанным тревожным и депрессивным расстройством (F 41.2). Из исследования исключались пациенты с психотическими расстройствами, биполярным аффективным расстройством, шизофренией, органическим поражением головного мозга, расстройствами личности, зависимостью от психоактивных веществ, тяжелыми соматическими расстройствами

(всего исключено 9 человек), и пациенты отказавшиеся от участия в исследовании (всего исключено 10 человек).

До первичной встречи с исследователем все пациенты были случайным способом разделены на две группы – основная группа и группа сравнения. Пациенты основной группы участвовали в программе групповой КПТ на фоне стандартного психофармакологического лечения антидепрессантами (65 человек). Пациенты группы сравнения получали только стандартное психофармакологическое лечение антидепрессантами (56 человек).

Стандартное лечение антидепрессантами осуществлялось, в соответствии с Московскими городскими стандартами оказания стационарной психиатрической помощи взрослому населению с депрессивными и тревожно-депрессивными расстройствами. Оно включало в себя следующие препараты: Мапротилин (75-150 мг/сут.), Миансерин (15-45 мг/сут.), Миртазапин (15-45 мг/сут.), Эсциталопрам (10-30мг/сут.), Пароксетин (10-30 мг/сут.), Сертралин (50-100 мг/сут.). Все антидепрессанты изначально назначались в минимальной терапевтической дозе с последующим титрованием дозы до средней терапевтической. Все терапевтические дозы антидепрессантов составляли около 100-150 мг/сут. в имипраминовом эквиваленте. Для купирования выраженной тревоги назначался кратким курсом Феназепам – 1,5 мг/сут. Общий курс лечения для всех пациентов составил 45 дней. Клиническая оценка динамики состояния пациентов проводилась на всем протяжении лечения и через год после его окончания.

Описание программы групповой КПТ

Разработанная программа групповой КПТ депрессивных расстройств включает в себя протокол 8 групповых психотерапевтических сессий длительностью 2,5 часа каждая; описание предварительной и завершающей индивидуальной встречи с участниками; а так же материалы для пациентов. Программа получила рабочее название «Совладание с депрессией».

Теоретической основой программы «Совладание с депрессией» являются когнитивная модель депрессии А.Бека [Beck A.etal., 1979], транстеоретическая модель стресса и совладающего поведения Р. Лазаруса и С.Фолькман [Lazarus R.& Folcman S., 1966 -1991], теория социального научения А. Бандуры [Bandura A., 1977] и подход поведенческой активации П.Левинсона [Lewinsohn P., 1975].

Методологические подходы, используемые в программе, были разработаны на базе: а) Лечебного протокола групповой КПТ депрессий (Treatment Protocol for Group CBT for Depression), [Bieling P.J. et al., 2009]; б) Руководства по групповой когнитивно-поведенческой психотерапии большого депрессивного эпизода (Manual for Group Cognitive-Behavioral Therapy of Major Depression), [Muñoz R.F. et al., 2000]; в) Трудов А. Бека и Дж. Бек, посвященных когнитивной терапии депрессивных расстройств [Beck A., et al., 1979; Beck J., 1995].

Основными задачами программы групповой КПТ «Совладание с депрессией» являются: 1) повышение уровня знаний пациентов о депрессивных расстройствах (психообразовательный компонент), 2) формирование навыков определения своего эмоционального состояния и факторов, оказывающих на него влияние, 3) формирование навыков самостоятельного совладания с негативным эмоциональным состоянием, 4) актуализация внутренних и внешних ресурсов пациентов, а так же формирования навыков обращения к ним в сложной жизненной ситуации, 5) формирование социально-поддерживающей среды внутри группы. Работа по программе предполагает выполнение психотерапевтических домашних заданий пациентами в перерывах между сессиями, ведение дневника. Все психотерапевтические группы были закрытыми, то есть новые участники не принимались в сформированную и функционирующую группу. Число участников группы составляло 6-10 человек.

Методы исследования

Основными методами исследования были: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, экспериментально-психологический и статистический с помощью программы STATISTICA 6.1. (Statsoft Inc, США). В экспериментально-психологическом обследовании использовались следующие психометрические инструменты: Шкала депрессии Бека (BDI); Шкала тревоги Бека (BAI); Опросник автоматических мыслей (ATQ)*; Опросник дисфункциональных убеждений (DAS); Опросник восприятия болезни (BIPQ)*; Опросник восприятия социальной поддержки; Опросник стратегий совладающего поведения (WQC); Опросник мотивации к психотерапии*. Инструменты, обозначенные звездочкой, были впервые переведены и адаптированы автором по протоколу ВОЗ.

Характеристика материала исследования

Выборка из 121 пациента включала 63 мужчин (52%) и 58 женщин (48%); средний возраст составил $41,0 \pm 11,6$ лет. Средняя длительность заболевания составила $2,6 \pm 3,2$ лет. Для двух трети пациентов данная госпитализация была первичной. Структура выборки включила в себя 37,2 % пациентов с депрессивным эпизодом (F 32), 33,1% с рекуррентным депрессивным расстройством (F 33), 24,8% со смешанным тревожным и депрессивным расстройством (F 41.2) и 5% с дистимией (F 34.1). При нозологической диагностике, у более половины пациентов был диагностирован депрессивный невроз (66,9%), у 18,2% реактивная депрессия, у 8,3% монополярный тип МДП и у 6,6% эндореактивная дистимия (по Вайбрехту). Средний балл по шкале депрессии Бека составил $22,5 \pm 9,3$ балла, а по шкале тревоги Бека составил $16,9 \pm 10,2$ балла.

Основная группа и группа сравнения оказались однородными по большинству социо-демографических, клинических и клинико-психологических характеристик. При этом в основной группе оказалось больше пациентов у которых нет партнера (64,6 % vs. 41,1%, $\chi^2 (1, N = 121) = 6,7, p = 0.001$), а так же более высокий уровень тяжести депрессии по шкале Бека ($24,3 \pm 10,0$ vs. $20,3 \pm 8,1$ балла, $p = 0.04$), и уровень автоматических мыслей ($68,0 \pm 20,8$ vs. $56,8 \pm 16,3$ баллов, $p = 0.002$).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Клинико-психопатологические и клинико-психологические особенности пациентов с депрессивными расстройствами непсихотического уровня

В исследовании было установлено, что для пациентов с депрессивными расстройствами непсихотического уровня характерен сниженный уровень социального функционирования, проявляющийся частым отсутствием партнера (54% одиноки, 31% состоит в браке, 13% - в повторном браке) и отсутствием трудовой занятости (только 52% имеют работу, оставшиеся 48% - безработные) при достаточно высоком уровне образования (высшее – 48%, незаконченное высшее – 12%, среднее специальное – 36%, среднее – 5%). Кроме того для пациентов характерно наличие отягощенности семейного анамнеза психическими расстройствами в 31% случаев, чаще всего злоупотреблением алкоголем в семье (19 % - злоупотребление алкоголем и наркомания, 4% - психические заболевания и суициды, 8% - сочетание факторов).

Для пациентов, страдающих депрессивными расстройствами непсихотического уровня, типично преобладание в структуре личности психастенических (35%) и тревожно-мнительных черт (20%). Шизоидный (12%), циклоидный (8%), эпилептоидный (11%) и истероидный (14%) тип личности были представлены в меньшей степени.

Совладающее поведение пациентов с депрессивными расстройствами непсихотического уровня характеризуется использованием разнообразного спектра копинг-стратегий, интенсивность которых была умеренной. При этом обращает на себя внимание, что преобладающими стратегиями совладания со стрессом являются такие противоречивые копинг-стратегии как «бегство-избегание», «поиск социальной поддержки», «принятие ответственности», на фоне менее выраженной адаптивной копинг-стратегии «планирование решение проблем» (таб. 1).

Таблица 1

Результаты исследования совладающего поведения (в Т-баллах)

Копинг-стратегии	M ± SD
Бегство-избегание	55,4 ± 1,6
Поиск социальной поддержки	54,8 ± 1,3
Принятие ответственности	52,7 ± 1,5
Самоконтроль	49,4 ± 1,2
Дистанцирование	49,4 ± 1,6
Положительная переоценка	48,5 ± 1,1
Конфронтация	48,3 ± 0,9
Планирование решение проблемы	45,2 ± 1,4

Пациенты с депрессивными расстройствами непсихотического уровня, имеют достаточно высокий уровень восприятия социальной поддержки (выше среднего - 2,6 - 2,7 баллов из 4 возможных). Они воспринимают её равномерно, как от членов семьи ($2,6 \pm 1,4$), так и от друзей ($2,6 \pm 1,6$) и значимых других ($2,7 \pm 1,3$).

Исследование восприятия депрессии пациентами показало, что больные воспринимают депрессию как угрожающее, недостаточно им понятное и трудно контролируемое, циклически протекающее хроническое заболевание, приводящее к серьёзным последствиям. Пациенты достаточно уверенно идентифицируют депрессию по её симптомам, в целом считают её излечимой, хотя она вызывает у них сильную озабоченность и они эмоционально интенсивно реагируют на неё (таб. 2).

При качественном анализе мнения пациентов о причинах их заболевания, было выявлено, что женщины чаще связывают депрессию с проблемами в семье и

межличностными взаимоотношениями; а мужчины - с социальными факторами, связанными с успешностью и реализацией.

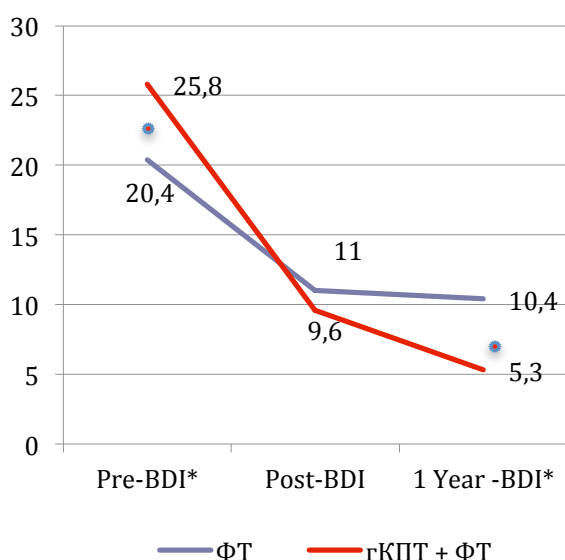
Результаты исследования, свидетельствуют о том, что в структуре мотивации к психотерапии доминирующее место занимает автономная мотивация, представленная выраженной хорошо интернализированной идентифицированной мотивацией ($23,8 \pm 3,9$ балла), и затем - внутренней (интринсивной) ($22,2 \pm 4,9$ балла) и интегрированной регуляцией поведения ($20,5 \pm 5,5$ балла). Интроективная и экстернальная (внешняя) регуляция поведения, как проявление контролируемой мотивации, занимают четвертое ($17,9 \pm 7,4$ балла) и пятое ($13,3 \pm 7,7$ балла) места в структуре мотивации к психотерапии. Непреднамеренное участие в психотерапии или случайное попадание в неё отражает отсутствие мотивации к психотерапии - *амотивацию* ($8,1 \pm 4,9$ балла). Ее вклад в структуру мотивации к психотерапии минимален.

Сравнительная оценка эффективности групповой КПТ, проводимой на фоне психофармакотерапии и применения только фармакотерапии.

В ходе лечения 26% пациентов преждевременно прекратили участие в групповой КПТ и составили подгруппу неприверженных гКПТ пациентов, которая была проанализирована отдельно. Все 100% пациентов группы сравнения прошли полный курс фармакотерапии. Сравнительная оценка динамики параметров проводилась между подгруппами пациентов прошедших полный курс того или иного лечения.

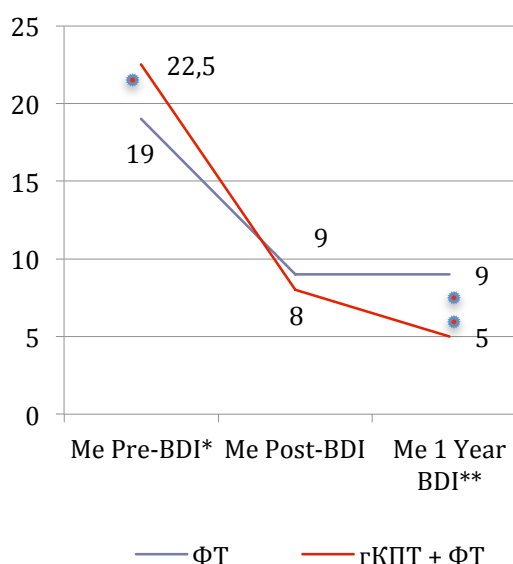
До начала лечения тяжесть депрессивной симптоматики была выше у пациентов основной группы ($25,8 \pm 9,7$ vs. $20,4 \pm 8,1$ балла, $p = 0.002$), на момент окончания лечения различий между группами выявлено не было ($9,6 \pm 6,2$ vs. $11,0 \pm 7,0$ балла). В течении года после выписки у пациентов основной группы показатели по шкале BDI продолжали снижаться. В итоге через год они оказались статистически значимо ниже, чем в группе сравнения ($5,3 \pm 1,3$ vs. $10,4 \pm 3,9$ балла, $p = 0.001$) (рис. 1). Сходные данные выявляются при анализе динамики медиан шкалы депрессии Бека в группах (рис. 2). При анализе абсолютных и относительных дельт были выявлены статистически значимые различия: в основной группе снижение за курс лечения составило $\Delta = 16,3 \pm 8,2$ балла (63%), а в группе сравнения $\Delta = 9,4 \pm 7,2$ баллов (46%) ($U = 622$, $p = 0.001$; $U = 734$, $p = 0.001$ для абсолютных и относительных значений соответственно).

С целью оценки влияния степени тяжести депрессии до начала лечения (Pre-BDI) на связь степени снижения депрессии (Δ BDI) и показателя группа был использован ковариационный анализ (ANCOVA). В результате было установлено, что в независимости от того, какова была степень тяжести депрессии до начала лечения, степень снижения за курс лечения статистически значимо выше в группе гКПТ + ФТ ($F = 9.4, p = 0.002$).



Примечание: * - $p \leq 0.005$

Рисунок 1. Сравнительная оценка средних показателей тяжести депрессии по BDI на разных этапах лечения в основной группе и группе сравнения.



Примечание: * - $p \leq 0.05$, ** - $p \leq 0.001$

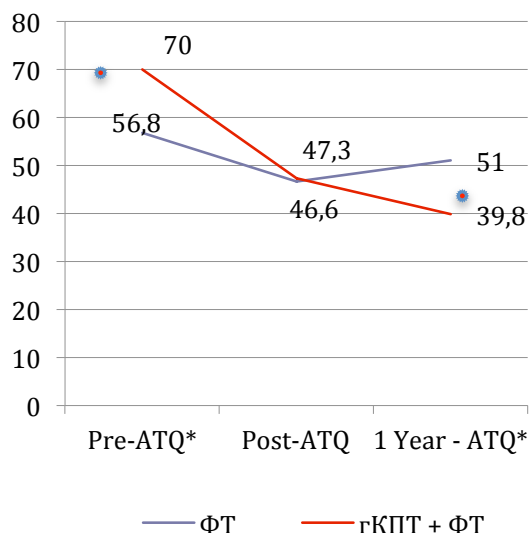
Рисунок 2. Сравнительная оценка медиан BDI на разных этапах лечения в основной группе и группе сравнения.

До начала лечения ($17,4 \pm 8,2$ vs. $15,2 \pm 10,6$ балла) и по его окончанию ($7,8 \pm 5,3$ vs. $8,0 \pm 8,3$ баллов) статистически значимых различий между группами по выраженности тревожной симптоматики выявлено не было. Однако, уровень тревоги через год был статистически значимо ниже в группе гКПТ + ФТ ($5,7 \pm 2,7$ vs. $9,6 \pm 5,1$ балла, $p = 0.001$). Сходные данные были выявлены при анализе динамики медиан по шкале тревоги Бека в группах.

Уровень автоматических мыслей был статистически значимо выше в основной группе до начала лечения ($70,0 \pm 21,0$ vs. $56,8 \pm 16,3$ балла, $p = 0.001$), их уровень оказался примерно одинаковым в группах по окончанию госпитализации ($47,3 \pm 12,1$ vs. $46,6 \pm 12,3$ балла). В течение года в основной группе этот показатель продолжал

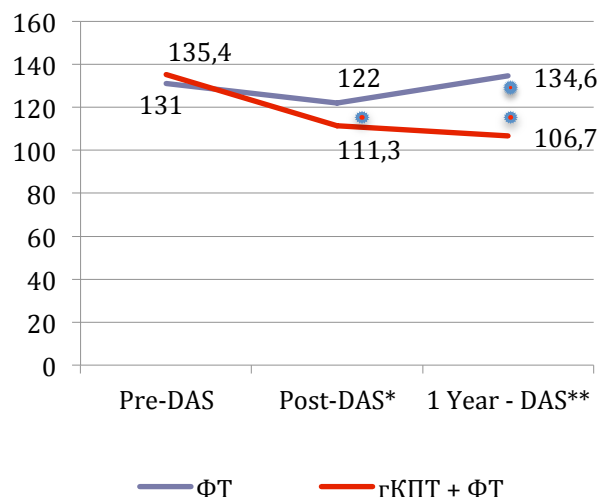
снижаться, а в группе ФТ он вырос на 2% ($39,8 \pm 5,3$ vs. $51,0 \pm 13,5$ балла, $p = 0.001$) (рис. 3). Степень снижения автоматических мыслей была статистически значимо выше в основной группе, где составила $\Delta = 22,7 \pm 15,6$ балла (29%) против $\Delta = 10,2 \pm 11,8$ (16%) за курс лечения ($U = 660$, $p = 0.001$; $U = 650$, $p = 0.001$ для абсолютных и относительных значений соответственно). За год после лечения уровень автоматических мыслей в основной группе дополнительно снизился на $\Delta = 5,7 \pm 8,6$ баллов (13,6 %), а в группе сравнения напротив повысился на $1,1 \pm 5,6$ балла ($U = 303$, $p = 0.001$; $U = 303$, $p = 0.001$ для абсолютных и относительных значений соответственно).

Уровень дисфункциональных убеждений изначально был одинаковым в обеих группах ($135,4 \pm 28,6$ vs. $131,0 \pm 24,9$ балла). Однако в ходе лечения он более интенсивно снижался в основной группе, где оказался статистически значимо ниже по окончании курса лечения ($111,3 \pm 28,3$ vs. $122,0 \pm 23,1$ балла, $p = 0.03$). Через год в группе ФТ этот показатель вновь поднялся на существовавший до начала лечения уровень, в то время как в основной группе оставался сниженным ($106,7 \pm 25,6$ vs. $134,6 \pm 22,9$ балла, $p = 0.001$). Степень снижения дисфункциональных убеждений за курс лечения была статистически значимо выше в основной группе ($\Delta = 24,1 \pm 25,2$; 17,2%), чем в группе сравнения ($\Delta = 9,0 \pm 12,1$ баллов; 6,5%), ($U = 704$, $p = 0.001$; $U = 656$, $p = 0.001$ для абсолютных и относительных значений соответственно). Через год после завершения лечения уровень дисфункциональных убеждений снизился в группе гКПТ + ФТ на $\Delta = 4,6 \pm 10,6$ баллов (2,8%), а в группе ФТ напротив поднялся на $\Delta = 14,1 \pm 19,3$ баллов (14,1%), ($U = 175$, $p = 0.001$; $U = 177$, $p = 0.001$ для абсолютных и относительных значений соответственно) (рис 4).



Примечание: * - $p \leq 0.001$

Рисунок 3. Сравнительная оценка средних показателей ATQ на разных этапах лечения в основной группе и группе сравнения.



Примечание: * - $p \leq 0.05$, ** - $p \leq 0.001$

Рисунок 4. Сравнительная оценка средних показателей DAS на разных этапах лечения в основной группе и группе сравнения (в баллах).

Изменения по показателям восприятия депрессии произошли за курс лечения в обеих группах. Однако, в отличие от группы ФТ, в группе гКПТ + ФТ отмечена позитивная динамика по параметрам «понимание депрессии» и «эмоциональное реагирование», что вероятно связано с выраженным влиянием психообразовательного компонента программы гКПТ (таб. 2).

В целом, по окончании лечения, в основной группе было статистически значимо больше респондеров, чем в группе сравнения (66,7% vs. 50%); а так же статистически значимо меньше число нон-респондеров (16,7% vs. 39,3%), (χ^2 (2, N=104) = 6.5, $p=0.03$).

Кроме того, в группе ФТ 28% пациентов сообщили о повторной госпитализации в стационар течении года после выписки. В основной группе процент регоспитализаций составил 5,6% (χ^2 (1, N=70) = 19.24, $p=0.001$). Кроме того, через год в основной группе было выявлено статистически достоверно большее число пациентов, сохранивших психическое благополучие в течение года после лечения (81,8% vs. 56%), (χ^2 (1, N=70) = 10.43, $p=0.001$).

Таблица 2

Результаты сравнительного исследования динамики восприятия депрессии до и после лечения в обследуемых группах (в баллах)

Показатели восприятия депрессии	До M±SD,	После M±SD	До M±SD,	После M±SD
	Основная группа (гКПТ + ФТ)		Группа сравнения (ФТ)	
Последствия депрессии	7,9 ± 2,0	5,3 ± 2,5*	7,4 ± 3,1	5,6 ± 3,7*
Течение во времени	7,2 ± 3,0	5,3 ± 2,8*	6,7 ± 3,6	5,1 ± 3,6*
Возможность контроля депрессии	4,4 ± 2,9	5,7 ± 2,4*	4,5 ± 3,2	6,4 ± 3,0*
Излечимость	7,8 ± 1,9	8,1 ± 2,2	8,3 ± 2,5	7,6 ± 3,0
Идентификация симптомов депрессии	8,3 ± 1,7	5,2 ± 2,3*	6,3 ± 2,7	4,6 ± 3,2*
Обеспокоенность	8,7 ± 1,8	5,5 ± 2,5*	7,0 ± 3,4	5,3 ± 3,7*
Понимание депрессии	6,7 ± 2,7	8,0 ± 2,0*	6,8 ± 3,4	7,4 ± 2,7
Эмоциональное реагирование на болезнь	8,7 ± 1,7	5,8 ± 2,4*	7,9 ± 2,9	6,2 ± 3,8
Общий балл	52,3 ± 8,7	35,0 ± 12,4*	45,6 ± 14,4	34,7 ± 17,7*

Примечание: * - $p \leq 0.05$

Предикторы эффективности групповой КПТ

С целью выявления потенциальных предикторов эффективности был проведен корреляционный анализ всех долечebных показателей с критериями эффективности. Показатели, имеющие статистически значимую корреляционную связь, были включены в факторный анализ. В результате было выделено 5 факторов, оказывающих влияние на эффективность комбинированного лечения:

1. Аффективно-амотивационный фактор, включающий показатели тяжести депрессии, тревоги, выраженности автоматических мыслей и уровень амотивации;
2. Фактор «мотивация к психотерапии», включающий измеряемые методикой варианты внутренней и внешней мотивации;
3. Фактор «восприятие депрессии», включающий ряд соответствующих показателей;
4. Фактор «избегающий стиль совладания», включающий выраженность копинг-стратегии «бегство-избегание»;
5. Фактор «социальная поддержка друзей». Переменные, вошедшие в выделенные факторы, были включены в дальнейший многомерный статистический анализ.

С целью выявления предикторов эффективности лечения по критерию «показатель тяжести депрессии по шкале Бека по окончании лечения» был проведен множественный регрессионный анализ. В результате анализа была построена адекватная регрессионная модель, объясняющая 67% изменчивости данных ($R = 0,82$; $R^2 = 0,67$; Скорр. $R = 0,47$; $F(17,29) = 3,45$; $p = 0.001$). В результате было выявлено 6 статистически значимых предикторов - выраженность депрессии до начала лечения ($\beta = 17,2$, $p = 0.03$), выраженность когнитивно-аффективной ($\beta = -11,3$, $p = 0.04$) и соматической составляющих депрессии ($\beta = -7,9$, $p = 0.03$), социальная поддержка друзей ($\beta = 0,46$, $p = 0.01$) и внутренняя мотивация ($\beta = -1,8$, $p = 0.02$) и автономная внутренне-внешняя (интегративная) мотивация ($\beta = 1,2$, $p = 0.049$).

Уравнение регрессии, позволяющие пересказывать показатели тяжести депрессии по окончании лечения, имеет вид:

$$\begin{aligned} Post\ BDI = & -14,51 + 11,16PreBDI - 10,86PreC-A\ BDI - 11,20Pre\ S-P\ BDI \\ & + 1,97BIPQ-Обеспокоенность\ болезнью + 1,97Соц.под.Друзья - 2,34Mot.Pt- \\ & Интринсивная\ мотивация + 1,34Mot.Pt\ интеграция + 0,38Mot.Pt-Интроекция. \end{aligned}$$

С целью выявления предикторов эффективности лечения по критерию «ответ на лечение» был проведен логистический регрессионный анализ, с помощью которого была построена адекватная логит-модель ($\chi^2(6) = 25,658$, $p = 0.0003$), позволяющая с вероятностью 91,7% предсказывать попадание пациента в группу «респондеров» или «нон-респондеров» по окончании лечения. Было выявлено 4 предиктора, уровень значимости которых незначительно отличался от $p = 0.05$, но был меньше $p = 0.1$. Среди них: 1) Тяжесть депрессии до начала лечения ($p = 0.06$), 2) Выраженность когнитивно-аффективной составляющей депрессии ($p = 0.07$), 3) Выраженность копинг-стратегии бегство-избегание ($p = 0.08$) и 4) Выраженность внутренней мотивации на психотерапию ($p = 0.06$).

Уравнение логит-регрессии имеет вид:

$$Y = e^Z / (1 + e^Z).$$

$$\begin{aligned} z = & 13,28 - 1,02PreBDI + 1,45PreC-A\ BDI - 0,32PreBAI + 0,78WCQ-Бегство\ избегание \\ & - 2,785Соц.под.\ Семья - 0,89Mot.Pt-Интринсивная\ мотивация \end{aligned}$$

С целью выявления качественных предикторов эффективности комбинированного лечения (степени снижения в баллах по шкале тяжести депрессии Бека) был проведен дисперсионный (ANOVA) и ковариационный анализ

(ANCOVA). Основные результаты свидетельствуют о том, что эффективность связана с такими показателями как «Социальный статус» (опосредовано, через связь с тяжестью депрессии до начала лечения) ($F = 5,6, p = 0.001$), «Уровень образования» ($F = 3,1, p = 0.04$), «Нозологический диагноз» ($F = 3,1, p = 0.02$).

Было установлено, что гКПТ + ФТ более эффективна для пациентов с *депрессивным неврозом* ($p = 0.001$) и *эндореактивной дистимией* ($p = 0.001$). Для пациентов с *реактивной депрессией* различий между типом лечения выявлено не было ($p = 0.20$). Для пациентов с *монополярным типом МДП* выявлена статистически незначимая тенденция большей эффективности ФТ ($p = 0.15$). Так же было определено, что комбинированное лечение оказывается более эффективным для лиц со средним ($p = 0.03$), средним специальным ($p = 0.01$) и высшим образованием ($p = 0.001$), для лиц с незаконченным высшим разницы между гКПТ+ФТ и ФТ выявлено не было ($p = 0.83$).

Кроме того, выявлена тенденция менее высокой эффективности гКПТ в группе пациентов со *средним специальным образованием*; более высокой эффективности для пациентов с *депрессивным эпизодом, дистимией и смешанным тревожным и депрессивным расстройством*, чем для пациентов с *рекуррентным депрессивным расстройством*; а так же более высокая эффективность для пациентов с длительностью заболевания *от 1 года до 3 лет*.

Предикторы приверженности групповой КПТ

С целью выявления предикторов приверженности гКПТ был проведен сравнительный анализ групп приверженных и неприверженных гКПТ пациентов. В результате было обнаружено, что на приверженность оказывают влияние личностные особенности пациентов ($\chi^2 (4, N = 65) = 13,7, p = 0.02$) (менее привержены лица с истерической, шизоидной или циклоидной личностной организацией), безработица или малоквалифицированная работа ($\chi^2 (4, N = 65) = 10,13, p = 0.04$), более 2 госпитализаций в анамнезе ($\chi^2 (4, N = 65) = 15,7, p = 0.003$). Кроме того, неприверженные психотерапии пациенты характеризовались невысоким уровнем тяжести депрессивной симптоматики ($U = 232, p = 0.009$), оценкой депрессии как несерьезного, не угрожающего заболевания ($U = 115, p = 0.001$), а так же достаточно высокий уровень восприятия социальной поддержки от семьи ($U = 214, p = 0.003$).

Выводы

1. Для пациентов, страдающих депрессивными расстройствами непсихотического уровня, типично преобладание в структуре личности психастенических и тревожно-мнительных черт, наличие отягощенного психическими расстройствами и злоупотреблением алкоголем семейного анамнеза, а так же сниженный уровень социального функционирования, проявляющийся частым отсутствием трудовой занятости и брачных отношений.
2. Клинико-психологические особенности пациентов с депрессивными расстройствами непсихотического уровня отражаются в структуре совладающего со стрессом поведения, во внутренней картине болезни и особенностях мотивации к психотерапии.
 - 2.1. Структура совладающего поведения больных с депрессивными расстройствами является достаточно противоречивой и характеризуется преобладанием мало адаптивной копинг-стратегии «бегство-избегание», недостаточностью развития стратегии «разрешение проблемы» в сочетании с использованием активных стратегий поиска социальной поддержки и принятия ответственности. Копинг-ресурс «восприятие социальной поддержки» достаточно высок и равномерно распределен по сферам «семья», «друзья» и «значимые другие».
 - 2.2. Субъективно депрессия воспринимается пациентами как угрожающее, недостаточно им понятное и трудно контролируемое, циклически протекающее хроническое заболевание, ведущее к серьёзным последствиям. Пациенты достаточно уверенно идентифицируют депрессию по её симптомам, в целом считают её излечимой, хотя она вызывает у них сильную озабоченность и они эмоционально интенсивно реагируют на неё.
 - 2.3. Ведущими компонентами структуры мотивации к групповой КПТ являются автономные типы внутренне-внешней мотивации (идентификационный и интегративный), собственно внутренняя мотивация и интроективный тип контролируемой внешне-внутренней мотивации.
3. Групповая когнитивно-поведенческая психотерапия, проводимая на фоне стандартной психофармакотерапии, в целом более эффективна, чем только

фармакотерапия. Комбинированное лечение, как оптимальное сочетание гКПТ и психофармакотерапии, выраженнее влияет на состояние пациентов, в большей степени воздействует на когнитивные процессы, способствует более интенсивной редукции симптомов заболевания. Оно способствует формированию более стойкой ремиссии, предупреждению рецидивов и статистически значимо более эффективно для пациентов с депрессивным неврозом и эндореактивной дистимией.

4. Под влиянием как психофармакотерапии, так и комбинированного лечения выявлена статистически значимая позитивная динамика большинства параметров восприятия депрессии. Комбинированное лечение в большей степени способствует пониманию депрессии и снижению выраженности эмоционального реагирования на болезнь.

5. Результаты катамнеза свидетельствуют о том, что тяжесть депрессии и тревоги, интенсивность автоматических мыслей и дисфункциональных убеждений продолжали снижаться или удерживались на низком уровне через год после завершения стационарного лечения. В тоже время после изолированной психофармакотерапии эти показатели повышались во время аналогичного периода. Среди пациентов, получавших только психофармакотерапию, частота повторных госпитализаций была значительно выше, чем в группе комбинированного лечения.

6. Статистически значимыми предикторами приверженности стационарной гКПТ у больных с депрессивными расстройствами непсихотического уровня являются тяжесть депрессии, восприятие её пациентами как выраженной угрозы здоровью, преобладание психастенических, тревожно-мнительных и эпилептоидных черт в структуре личности, отсутствие или минимальное число предыдущих госпитализаций, наличие работы, социальный статус служащего и относительно низкое восприятие социальной поддержки от семьи.

7. Предикторами эффективности групповой когнитивно-поведенческой психотерапии в комплексном лечении депрессивных расстройств непсихотического уровня являются: 1) степень тяжести депрессии до лечения (её когнитивно-аффективного и соматического компонентов); 2) интенсивность применения мало адаптивной копинг-стратегии «бегство-избегание» и уровень восприятия социальной поддержки от друзей; 3) преобладание внутренней и внутренне-внешней автономной мотивации (интегративной регуляции) в структуре мотивации к гКПТ.

Практические рекомендации

1. Для больных депрессивными расстройствами непсихотического уровня рекомендуется применение комплексной терапии, сочетающей фармакотерапию антидепрессантами и групповую КПТ.
2. В процессе гКПТ рекомендуется постановка и решение задач психообразования в отношении депрессивных расстройств, формирования навыков распознавания своего эмоционального состояния и совладания с ним; актуализации внутренних и внешних ресурсов в сложных жизненных ситуациях, создание социально поддерживающей среды внутри группы.
3. Апробированный в данном исследовании комплекс психодиагностических методик, направленный на измерение степени тяжести депрессии и тревоги, стратегий и ресурсов копинг-поведения, интенсивности автоматических мыслей и дисфункциональных убеждений, мотивации к психотерапии, может быть рекомендован для персональной оценки динамики состояния и прогноза комплексной терапии депрессии непсихотического уровня.
4. Для участия в программе комплексного лечения рекомендуется проводить отбор пациентов с достаточно выраженной тяжестью депрессивной симптоматики и мотивированных на психотерапию. Перед началом терапии с пациентами рекомендуется проводить разъясняющую и мотивирующую на лечение встречу.
5. Разработанная для данного исследования программа групповой КПТ может быть рекомендована для использования в комбинации с психофармакотерапией, поскольку она показала свою эффективность в проведенном исследовании.
6. В связи с тем, что стационарное комбинированное лечение оказывается более эффективным для пациентов с первичным депрессивным эпизодом, смешанным тревожным и депрессивным расстройством, дистимией, а так же для пациентов, соответствующих нозологическому диагнозу «депрессивный невроз» и «эндореактивная дистимия», рекомендуется отдавать предпочтение для участия в программе гКПТ пациентам, имеющим данные расстройства. Для пациентов с рекуррентной депрессией, большим опытом предыдущего лечения необходимы более длительные сроки проведения комбинированного лечения.

Список опубликованных по теме диссертации работ

1. Цыганков Б.Д., Волгина Т.А., Ялтонская А.В. Сравнительная эффективность психотерапевтических методов лечения небредовой ипохондрии // Сб. научн. трудов областной научн.-практ. конф. «Актуальные вопросы психотерапии и психопрофилактики» – Пенза: Ассоциация врачей психиатров, психотерапевтов, наркологов Пензенской области, 2010. – С. 98-99.
2. Цыганков Б.Д., Филиппских С.В., Ялтонская А.В. Терапия депрессий средней и тяжелой степени тяжести непсихотического уровня мелатонинэргическими антидепрессантами // Сб. научн. статей «Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии, клинической психологии», Выпуск 9. - Саратов: Изд-во Саратовского гос. мед. ун-та, 2011. – С. 284-291.
3. Цыганков Б.Д., Ялтонская А.В., Филиппских С.В. Вальдоксан (Агомелатин) в терапии тяжелых и умеренных депрессий непсихотического уровня (результаты обсервационного исследования ВРЕМЯ) // **Обозр. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. - 2011. - №1. - С. 37-40.**
4. Ялтонская А.В. Роль факторов группового процесса для групповой когнитивно-поведенческой психотерапии (по данным зарубежной литературы) // Сб. мат-лов Всеросс. научн.-практ. конф. с международным уч. «Клин. психология в здравоохранении и образовании» 24-25 ноября 2011 г. - М.: ГБОУ ВПО «МГМСУ» Минздравсоцразвития России, 2011. - С. 379-384.
5. Ялтонская А.В., Филиппских С.В. Разработка модели групповой когнитивно-поведенческой психотерапии депрессивных расстройств // **Врач скорой помощи. Избр. труды XXXIII Итоговой конф. молодых ученых МГМСУ. - 2011. - №9. - С. 149-150.**
6. Ялтонская А.В. Разработка программы групповой когнитивно-бихевиоральной психотерапии для комплексного лечения депрессивных расстройств невротического уровня в условиях психиатрического стационара // Материалы XXXIV Итоговой конференции молодых ученых МГМСУ / [CD-диск «Профессия врач»]. - Май 2012. - Выпуск № 2.
7. Цыганков Б.Д., Ялтонская А.В., Добровольская Ю.В. Групповая когнитивно-поведенческая психотерапия в комплексном лечении депрессивных расстройств // Совр. методы психотерапии: мат-лы ежегодн. Всеросс. научн.-практ. симпозиума /

Под ред. В.И. Курпатова, С.А. Осиповой. - СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2012. - С. 166-168.

8. Филиппских С.В., Ялтонская А.В. Клиника и терапия депрессий с расстройством сна // Мат-лы научн.-практ. конф. 2011-2012 гг. «Алгоритмы лечения в психиатрии». – М.: Институт психического здоровья и аддиктологии, 2012. - С. 87-90.

9. Цыганков Б.Д., Ялтонская А.В. Эффективность групповых форм работы при проведении когнитивно-поведенческой терапии депрессивных расстройств: обзор зарубежных мета-анализов и рандомизированных клинических исследований // **Журнал психиатрии и психотерапии им. П.Б. Ганнушкина. - 2012. - Т. 14, №1. - С. 30-34.**

10. Yaltonskaya A., Sirota N., Tsygankov B., Yaltonsky V. (2012) Group cognitive-behavioral psychotherapy in combined treatment of in-patient with depressive disorders // Int J of Psychology / Abstracts of the XXX International Congress of Psychology, Cape Town, South Africa, July 22-27, 2012 / Eds. M. Robert et. al., vol. 47, p. 200.

11. Цыганков Б.Д., Ялтонская А.В. Оценка эффективности краткосрочной групповой когнитивно-поведенческой терапии в комплексном лечении тревожно-депрессивных расстройств // Когнитивно-поведенческая психотерапия: вчера, сегодня, завтра: Сб. мат-лов научн.-практ. конф. с международным уч.. – СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. В.М. Бехтерева, Российская Психотерапевтическая Ассоциация, 2012. – С. 58-59.

12. Цыганков Б.Д., Ялтонская А.В. Групповая когнитивно-поведенческая психотерапия в лечении депрессивных расстройств // **Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2012. - Т. 112, №10. - С. 68-74.**