

**ПРИМЕНЕНИЕ УНИФИЦИРОВАННОГО ПРОТОКОЛА  
ДЛЯ ТРАНСДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ БОЛЬШОМ  
ДЕПРЕССИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ С КОМОРБИДНОЙ  
ТРЕВОЖНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ**

**APPLICATION OF A UNIFIED PROTOCOL FOR THE  
TRANS DIAGNOSTIC TREATMENT OF EMOTIONAL  
DISORDERS IN MAJOR DEPRESSIVE DISORDER WITH  
COMORBID ANXIETY SYMPTOMS**

*Д. В. Московченко,  
кандидат психологических наук (Россия)*

*D. V. Moskovchenko,  
PhD in Psychology (Russia)*

*Аннотация.* В статье обсуждается обоснование и концептуальная модель единого протокола трансдиагностического лечения эмоциональных расстройств (UP) и его восьми лечебных модулей. Описываются способы использования каждого модуля (UP) при лечении эмоциональных расстройств, включая большое депрессивное расстройство с коморбидной тревожной симптоматикой.

*Ключевые слова:* единый протокол трансдиагностического лечения эмоциональных расстройств; большое депрессивное расстройство

*Annotation.* The article discusses the rationale and conceptual model of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders (UP) and its eight treatment modules. It describes how to use each module (UP) in the treatment of emotional disorders, including major depressive disorder with comorbid anxiety symptoms.

*Keywords:* unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders; major depressive disorder.

Унифицированный протокол – это метод когнитивно-поведенческой терапии, который направлен непосредственно на коррекцию глубинных факторов характера, которые обуславливают развитие и сохранение эмоциональных расстройств

(например, тревога, депрессия и другие подобные расстройства). Особенно, унифицированный протокол нацелен на эмоциональные расстройства, которые возникают в результате частых и интенсивных негативных переживаний, усиленных тем, что они воспринимаются как неприемлемые. Таким образом, унифицированный протокол в первую очередь направлен на поощрение развития адаптивной реакции на различные эмоциональные переживания и снижения степени дистресса, возникающего в качестве ответа на переживание сильной эмоции. Модель терапии исходит из того, что определение и изменение проблемных реакций на эмоцию, частота и интенсивность испытываемой негативной эмоции со временем снижается. Унифицированный протокол предлагает гибкую концепцию, нацеленную на широкий спектр частых сопутствующих состояний, которые поддерживают схожие функциональные процессы. Такой подход также имеет свои потенциальные преимущества для распространения, так как терапевт может получить тренинг по одному протоколу, который может быть использован для большего числа пациентов, у которых диагностированы различные по симптомам сопутствующие заболевания. Также было выдвинуто предположение, что применение унифицированного протокола может быть более оправданным с точки зрения необходимого времени и затрат по сравнению с курсом терапии для каждого диагноза отдельно.



Рисунок 1 – Трансдиагностическая модель эмоциональных расстройств

Унифицированный протокол состоит из восьми модулей лечения. Пять из них (с 3 по 7 включительно) рассматриваются как основные; они непосредственно нацелены на достижение увеличения обратной аверсивной/обратной реакции на эмоции или мысли, которые поддерживают модель избегающего преодоления, важную для сохранения симптомов эмоциональных расстройств. Стратегии лечения унифицированного протокола не обязательно должны быть «новыми»: наоборот, каждый модуль выделяет общие теоретически обоснованные принципы в рамках принятых в когнитивно-поведенческой терапии эмпирически-обоснованных интервенций для тревоги, депрессивного и других подобных расстройств. И хотя большинство исследований рассматривало случаи, когда унифицированный протокол был проведен последовательно, от первого до восьмого модуля, все большее количество данных свидетельствуют о том, что каждый модуль может быть проведен в отрыве от остальных и в целом, модули могут быть проведены в произвольном порядке до определенной степени. Каждый модуль может быть разбит на любое количество сессий, при том, что можно вернуться к доработке модуля позже; обычно все модули состоят из одной или двух сессий, за исключением шестого и седьмого модуля (экспозиция), которая часто проводится в рамках трех и более сессий.

В рамках первого модуля унифицированного протокола применяются стратегии, увеличивающие мотивацию пациента для того, чтобы облегчить лечение и таким образом максимально увеличить потенциал пациента для изменения модели поведения. Второй модуль унифицированного протокола посвящен обучению психологической самопомощи о природе формирования эмоций и представляет собой введение в трехступенчатую модель формирования эмоций (мысли, физические ощущения и модели поведения/ поведенческие импульсы), а также события, предшествующие эмоциональным переживаниям, и их последствия. Третий модуль посвящен обсуждению концепции осознанного отношения к эмоциональному состоянию (основанному на нынешнем моменте и некатегоричному), в рамках которого пациент учится быть более

объективным наблюдателем переживаемых им эмоций с помощью коротких упражнений на осознанное восприятие собственных эмоций. Четвертый модуль посвящен формированию навыка когнитивной гибкости, в рамках которого пациенты на практике учатся определять собственные паттерны негативной оценки и вырабатывают альтернативные интерпретации ситуации, побуждающих определенные эмоции. Пятый модуль подразумевает идентификацию и видоизменение сложной для корректировки стратегии эмоционального избегания (и поведенческое, и когнитивное) и на практике учатся изменять эмоционально-обусловленные модели поведения вызывающие проблемы на адаптивные реакции, не подразумевающие избегания. В рамках шестого и седьмого модулей проводятся упражнения, подразумевающие interoцептивные/внутренние и эмоциональные экспозиции, в рамках которых пациенты применяют и укрепляют стратегии управления эмоциональным состоянием, усвоенным в рамках других модулей протокола. Восьмой модуль состоит из обзора ключевых моментов лечения, планирования будущей практики и установления долгосрочных целей.

### **Контролируемые клинические испытания для тревожных и/или депрессивных расстройств**

В рамках первого из рассматриваемых контролируемых исследований применения унифицированного протокола, Фаркьоне и его коллеги в произвольном порядке распределили амбулаторных пациентов взрослого возраста (общее количество 37) с тревожным расстройством в качестве основного диагноза в две группы: одна для прохождения лечения в рамках унифицированного протокола, вторая включалась в лист ожидания. Девять из 26 пациентов (34,6 %) в группе, которая проходила лечение в рамках унифицированного протокола, соответствовали критериям униполярного депрессивного расстройства. Из них 67 % (6 человек) не соответствовали критериям данного расстройства по итогам лечения, а 89 % (8 человек) – после прохождения курса в течение 6 месяцев. Разница оценки результата для разных состояний и по клиническим оценкам, и по оценке самого пациента были статистически значимыми, представляли собой средние или

большие показатели в абсолютных значениях. Через 24 месяца после начала терапии группа участников, которая проходила терапию в соответствии с унифицированным протоколом (15 участников), достигла еще одной контрольной точки исследования, примерно у половины из которых была сопутствующая депрессия в начале исследования. Анализ состояния участников группы продемонстрировал тенденцию к значительному снижению проявления симптомов депрессии с момента начала на протяжении 24 месяцев наблюдения (погрешность равна 0,11; [3]).

В самом крупном контролируемом клиническом исследовании унифицированного протокола к нынешнему моменту, Барлоу и его коллеги [4] изучили, является ли унифицированный протокол эквивалентом когнитивно-поведенческим «протоколам единой диагностики» (SDP), которая выступает классической для гетерогенных тревожных расстройств. Амбулаторные пациенты (число участников 223) с основным и диагнозами: *генерализованное тревожное расстройство, социальное тревожное расстройство, паническое расстройство с/без агорафобии или обсессивно-компульсивным расстройством* были распределены в произвольном порядке для прохождения курса из 12–16 еженедельных индивидуальных сессий в рамках унифицированного протокола или протокола единой диагностики, соответствующих их основному диагнозу, или попадали в лист ожидания. Из 88 пациентов, проходивших терапию по унифицированному протоколу, 12 человек (13,6 %) имели сопутствующее БДР. И хотя изменения в степени тяжести депрессивного расстройства (например, в уровне дистресса при БДР) не были даны при публикации основных результатов [4], уменьшение клинически-определенного уровня депрессии по шкале Гамильтона [5; 6] наблюдалось при сравнении исходных показателей (среднее значение 11,55; стандартная погрешность 7,02) и показателей после лечения (среднее значение 7,21, стандартная погрешность 6,12) и 6-месячного курса (среднее значение 7,57, стандартная погрешность 6,12) среди пациентов, наблюдавшихся в соответствии с унифицированным протоколом [7]. Аналогичные результаты были отмечены при оценке с помощью шкалы

самоотчета общей тяжести тревожного состояния (OASIS) при сравнении исходного уровня, уровня по окончании лечения и результатов контрольного измерения после наблюдения в течении 6 месяцев. Сравнение показателей депрессивного состояния среди участников, которые проходили терапию в рамках унифицированного протокола, и тех участников, которые попали в лист ожидания, после окончания лечения показало статистически значимые различия в пользу унифицированного протокола, от средних до значительных. Сравнение изменений состояния депрессии у пациентов, которые проходили терапию в рамках унифицированного протокола и в рамках протокола единой диагностики было незначительным. Эти результаты позволяют предположить, что терапия в рамках унифицированного протокола может оказывать сходное влияние на проявление симптомов депрессии, как и протоколы когнитивно-поведенческой терапии одного диагноза при тревожных расстройствах; тем не менее, относительно небольшой процент пациентов с сопутствующим БДР в исследовании подчеркивает необходимость дальнейших еще более масштабных исследований.

Унифицированный протокол также был переведен и опробован в контролируемых исследованиях за пределами США. Исследователи из Бразилии провели нерандомизированное контролируемое исследование групповой терапии в рамках унифицированного протокола, проведенной в течение 12 двухчасовых сеансов (количество участников 24) для сравнения эффективности с фармакологическим лечением (количество участников 24) для взрослых с униполярной депрессией или тревожным расстройством [8]. Среди пациентов, которые проходили терапию в рамках унифицированного протокола, у 83,3% был диагноз рецидивной депрессии. Симптомы депрессии были измерены до лечения и через 4 месяца после лечения; Показатели в соответствии с опросником депрессии Бека [9] снизились при сравнении уровня до начала лечения и данных, полученных после 4-месячного лечения по унифицированному протоколу (погрешность менее 0,001). Изменения показателей по

Беку в рамках терапии по унифицированному протоколу были значительно выше, чем в контрольной группе, которая проходила фармакологическое лечение. Ито и его коллеги [10] провели исследование эффективности применения унифицированного протокола среди амбулаторных больных (17 участников) с основным диагнозом – униполярная депрессия (9 из 17; 53 %) или тревожностью (8 из 17; 47 %) в Японии. В рамках унифицированного протокола было проведено 18 отдельных сессий. Авторы наблюдали значительное уменьшение числа симптомов депрессии (от среднего до высокого), по клиническим данным и результатам самоотчетов перед началом терапии, после 3-месячного наблюдения и по итогам лечения.

Унифицированный протокол также был адаптирован для подростков и, как отмечалось ранее, для детей [11]. Эти виды интервенций имеют те же теоретические обоснования и имеют схожее основное содержание, что и исходный унифицированный протокол, с соответствующими для этих уровней развития изменениями, такими, как добавление родительского модуля и уделения большего внимания расстройствам, характерным для молодых людей (например, тревожное расстройство при разлуке). Основываясь на многообещающих результатах ранних исследований меньшего масштаба [12; 13], Эренрайх-Мей и его коллеги [14] недавно провели рандомизированное исследование с контрольными листами ожидания для апробации терапии по унифицированному протоколу для подростков для амбулаторных пациентов в возрасте 12–17 лет с тревожными или депрессивными расстройствами (основными или сопутствующими). Из общей выборки (51 участник) 21,6 % имели основной диагноз БДР (11 участников), а 76,5 % имели первичное или сопутствующее депрессивное расстройство. В рамках протокола было проведено примерно 15 сеансов. Участники, которые проходили терапию по протоколу, показали результаты, превосходящие результаты участников, которые находились в списке ожидания по окончании лечения (включая основную диагностику степени испытываемого дистресса и комбинированную форму самоотчета по шкале тревоги и депрессии); тем не менее, отдельно о

результатах терапии депрессивных состояний не сообщалось. Следует отметить, что более ранний анализ графиков изменений показал, что депрессивные симптомы имели сходные скорости изменения состояния с тревожностью во время острой фазы лечения по унифицированному протоколу для подростков [15].

Унифицированный протокол был разработан для лечения невротизма, ключевой черты характера, связанной с возникновением и поддержанием большого числа эмоциональных расстройств, в том числе и депрессии. В отличие от руководств по КПТ, которые концентрируются на одном конкретном расстройстве, унифицированный протокол можно применять для лечения депрессии, тревоги и других связанных с ними расстройств, и использует схему, которая увеличивает сферу его применения при работе с пациентами с сопутствующими заболеваниями. Унифицированный протокол состоит из восьми модулей, которые, как правило, применяются последовательно, но при этом могут гибко чередоваться в соответствии с потребностями пациента. Эти модули направлены на выявление и изменение неадаптивных реакций на эмоции, которые включают в себя когнитивное, поведенческое и физиологическое избегание. Эта интервенция имеет большие шансы на широкое распространение и может снизить нагрузку на специалистов-практиков, поскольку они могут использовать этот единственный трансдиагностический метод, а не изучать многочисленные конкретные руководства.

Хотя многочисленные исследования показали положительные результаты применения унифицированного протокола, необходимы дополнительные исследования, чтобы твердо определить его эффективность в лечении депрессии. Большинство исследований, в которых изучалась эффективность унифицированного протокола, были направлены на лечение пациентов с тревожными расстройствами, некоторые из которых могли иметь сопутствующую депрессию. Поддержка его применения для пациентов с депрессивными расстройствами растет, но необходимо большее число контролируемых исследований применения унифицированного протокола для пациентов с основным диагно-



зом – депрессия. Кроме того, унифицированный протокол рассматривается как модульное лечение; тем не менее, исследования по отдельному применению модулей или гибкому комбинированию модулей необходимы для того, чтобы сделать твердый вывод о том, требуется или нет соблюдение порядка модулей или их полное использование для улучшения результатов лечения.

Наконец, клинические исследователи начали адаптировать унифицированный протокол с точки зрения формата и аудитории применения. То есть предварительные данные свидетельствуют о том, что унифицированный протокол может быть реализован как в групповом формате, так и индивидуально, что может расширить доступ к медицинской помощи для пациентов с эмоциональными расстройствами. Кроме того, унифицированный протокол был адаптирован для использования для детей и подростков с эмоциональными расстройствами. Учитывая все факты, перечисленные выше, унифицированный протокол может быть оптимальной интервенцией для лечения диагностически гетерогенных пациентов, которые часто встречаются в клинической практике.

### ***Литература***

1. Barlow, D. H. Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *Am Psychol.* 2000;55(11):1247.
2. Barlow, D. H., Allen L. B., Choate M. L.. Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behav Ther.* 2004;35(2):205–30.
3. Brown, T. A., Chorpita B. F., Barlow D. H. Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *J Abnorm Psychol.* 1998;107(2):179.
4. Brown, T. A. Temporal course and structural relationships among dimensions of temperament and DSM-IV anxiety and mood disorder constructs. *J Abnorm Psychol.* 2007;116(2):313.
5. Brown T. A., Barlow D. H. A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychol Assess.* 2009;21(3):256.

6. Griffith J. W., Zinbarg R. E., Craske M. G., Mineka, S., Rose R. D., Waters A. M., Sutton, J. M. Neuroticism as a common dimension in the internalizing disorders. *Psychol Med.* 2010;40(7):1125–36.
7. Kessler, R. C., Cox B. J., Green J. G., Ormel, J. McLaughlin, K. A., Merikangas, K. R., et al. The effects of latent variables in the development of comorbidity among common mental disorders. *Depress Anxiety.* 2011; 28(1):29–39.
8. Kasch, K. L., Rottenberg, J., Arnow B. A., Gotlib, I. H. Behavioral activation and inhibition systems and the severity and course of depression. *J Abnorm Psychol.* 2002;111(4):589.
9. Brown, T. A., Rosellini A. J.. The direct and interactive effects of neuroticism and life stress on the severity and longitudinal course of depressive symptoms. *J Abnorm Psychol.* 2011;120(4):844.
10. Clark, L. A., Watson, D. Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *J Abnorm Psychol.* 1991;100(3):316.
11. Goldberg, S. B., Tucker R. P., Greene P. A., Davidson R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., et al. Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2018;59:52–60.
12. Boswell J. F., Conklin, L. R., Oswald, J. M., Bugatti, M. The Unified Protocol for major depressive disorders. In: Farchione, T. J., Barlow, D. H., editors. *Applications of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders.* – New York: Oxford University Press; 2018. p. 67–85.
13. Boswell, J. F., Anderson L. M., Barlow D. H. An idiographic analysis of change processes in the unified transdiagnostic treatment of depression. *J Consult Clin Psychol.* 2014;82(6):1060.
14. Boswell, J. F., Bugatti, M. An exploratory analysis of the impact of specific interventions: some clients reveal more than others. *J Couns Psychol.* 2016;63(6):710.