



ЛЕКЦИЯ 22. ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИЙ И МАНИАКАЛЬНО- ДЕПРЕССИВНОЙ ЛИЧНОСТИ.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Классификация аффективных расстройств (МКБ-Х).....	2
Виды депрессий.....	2
Предметы и мишени психотерапии (ПТ) аффективных расстройств.....	2
Определение депрессии в психоанализе.....	3
Основной «депрессивный» комплекс – Депрессивная Позиция.....	3
Психодинамика депрессии.....	4
Расшифровка результатов.....	6
Как психотерапия может помочь при депрессии (АРА – American Psychological Association).....	6
Психотерапия умеренных депрессий и депрессий средней тяжести.....	7
12 основных терапевтических задач при лечении депрессии в ТА.....	7
Психотерапия при помощи поглаживаний.....	8
Психотерапия депрессии.....	9
Тактика лечение депрессий с легким и умеренным депрессивным эпизодом.....	10
Лечение большой депрессии в рамках БАР.....	11
Принципы лечения тяжелой депрессии.....	11
Что значит уметь работать в рамках взаимоотношений.....	12
Терапия пустого усилия.....	13
Приемы mindfulness – созерцания и невмешательства в работе с большими депрессиями.....	13
Нэнси Мак Вильямс.....	14
Тактика лечения тяжелых депрессий.....	14
Антидепрессанты и риск самоубийства при депрессиях.....	15
Новые виды лечения.....	16
Исходы терапии и поддерживающая терапия депрессий.....	16
Лечение маниакально-депрессивной личности.....	17
Типы БАР (Akiskal, 1983; Clerman, 1987).....	17
Основные принципы.....	17
Стадии лечения.....	17
1 стадия Ослабление защиты.....	18
2 стадия Деконтаминация.....	18
3 стадия Исключение.....	19
4 стадия Интеграция.....	19
Лечение маниакальных и гипоманиакальных клиентов.....	20
Лечение.....	20
Лечение БАР- общие принципы.....	20

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 22. Психотерапия депрессий и маниакально- депрессивной личности.

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ
2019 год.



КЛАССИФИКАЦИЯ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ (МКБ-Х)

- Рекуррентное депрессивное расстройство
- Биполярное аффективное расстройство (БАР)
- Устойчивые расстройства настроения (циклотимия, дистимия, другие устойчивые расстройства настроения)
- Другие расстройства настроения

ВИДЫ ДЕПРЕССИЙ

Общая клинико-психопатологическая оценка депрессий требует выделения по крайней мере трех ее уровней:

- невротический – изменчивость симптоматики, возможность компенсации в деятельности, относительная зависимость психовегетативных и гипотимных нарушений от ситуации; гиперреактивность;
- витальный – выраженные и устойчивые соматовегетативные симптомы; заторможенность с элементами напряженности, особым «физическим» качеством угнетенного настроения; гипореактивность;
- психотический – собственно бредовая структура депрессивных идей самообвинения, малоценности; утрата критики; депрессивные псевдокататонические расстройства (мутизм, ступор, меланхолические или тревожно-депрессивные раптусы) (Краснов В., Нац. рук-во, 2 изд)

ПРЕДМЕТЫ И МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПИИ (ПТ) АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Предмет психотерапии	Мишени психотерапии
Депрессия – переживаемый аффект тоски (печали; потери; внезапной брошенности) разной степени глубины и интенсивности	Понять внутреннюю амбивалентность потерянного объекта (любовь и ненависть направлены на один и тот же объект – мать) и преодолеть боль потери; в зависимости от интенсивности (глубины) депрессии используют различные лечебные планы; слабой и средней интенсивности депрессии лечатся в рамках краткосрочной ПТ, сильная

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 22. Психотерапия депрессий и маниакально- депрессивной личности.

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ
2019 год.



	(большая) – в рамках долгосрочной ПТ
Гипомания (мания) – аффект, развиваемый в результате отрицания подлежащей депрессии, отличен от состояния «спокойной безмятежности» (термин Akiskal, 1984)	Те же – плюс анализ и конфронтация отрицания
Биполярное аффективное расстройство (маниакально-депрессивный психоз) – БАР и его производные	Те же – плюс перевод ненависти к себе из Эго-синтонной в Эго-дистонную форму (с помощью антидепрессантов и лития) (Мак-Вильямс, 2003); формирование «безопасной базы» (термин Боулби) в долгосрочной ПТ
Циклическая (маниакально-депрессивная) личность	Конфронтация убегания и отрицания с целью интеграции 2 частей личности

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДЕПРЕССИИ В ПСИХОАНАЛИЗЕ

Депрессия рассматривается... «как патологическая форма скорби, при котором утраченным является внутренний объект (материнская грудь). Этот внутренний объект амбивалентно нагружен таким образом, что человек в состоянии депрессии чувствует свою зависимость от объекта, к которому он ... враждебен. В депрессии он воображает, что разрушил этот объект (отсюда самообвинения), но не способен выжить без него (отсюда депрессия)...Лица, подверженные депрессии, даже будучи здоровыми, находятся в состоянии неустойчивого равновесия ...» *(Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа, 1995, с.38)*

ОСНОВНОЙ «ДЕПРЕССИВНЫЙ» КОМПЛЕКС – ДЕПРЕССИВНАЯ ПОЗИЦИЯ

Состояние, по мнению Мелани Клейн, «к которому приходит ребенок (или пациент в анализе), осознав, что как его любовь, так и его ненависть направлены на один и тот же объект – мать; он понимает свою амбивалентность и озабочен тем, чтобы защитить мать от своей ненависти и осуществить репарацию за тот вред, который он, как полагает, нанес ей своей ненавистью...этот кризис играет существенную роль в развитии каждого ребенка, независимо от качества материнской заботы, а выход из кризиса определяет все



его дальнейшее развитие. Считается, что здоровые и невротики преодолевают депрессивную позицию, тогда как лица с депрессивными проблемами фиксируются на ней, а лицам с шизоидными и параноидными проблемами не удастся ее достичь...
(Райкрофт Ч. *Критический словарь психоанализа.* - ВЕИП: СПб, 1995, с.36-7)

ПСИХОДИНАМИКА ДЕПРЕССИИ

(Kapur R. *Depression: An Integration of TA and Psychodynamic Concepts*// TAJ 1987 17-2 29-34)

1. Проживают жизнь не «для себя», а для «других доминирующих персон»
2. Родительско – Детские взаимоотношения строят по принципу «сделки», где отрицание собственной автономности и значимости обменивается на принятие значимым лицом. Позднее эти отношения переносятся на терапевтические отношения с выражением пассивности и беспомощности
3. Имеют большого внутреннего Критикующего Родителя (Критикующее Суперэго), который позволяет им взять на свой счет ответственность за свои страдания
4. Несбалансированность Питающего Родителя, который хорош «для других» и поврежден «для себя». Пациенты чувствуют невозможность любить себя и заботиться о себе – образ Я всегда плохой
5. Аутентичное чувство гнева малодоступно, часто заменяется виной и печалью, и если прорывается, то часто направлено на свое Я.
6. Потерянный объект идеализируется с приписыванием ему положительных свойств, тогда как собственному Я приписываются отрицательные свойства, из-за которых их оставили.





РАСШИФРОВКА РЕЗУЛЬТАТОВ

PHQ9 score / Балл	Level of depression / Степень тяжести	Indication for treatment / Показания к лечению
0-4	Health / Человек здоров	None / Нет
5-9	Mild/subclinical / Легкая/субклиническая	Observation /Наблюдение
10-14	Moderate / Умеренная	Psychotherapy / Психотерапия
15-19	Moderately severe / Средней тяжести	Psychotherapy, medical referral /Психотерапия, направление к врачу
20-27	Severe / Тяжелая	Combined treatment / Комбинированное лечение

КАК ПСИХОТЕРАПИЯ МОЖЕТ ПОМОЧЬ ПРИ ДЕПРЕССИИ (APA – AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION)

Несколько подходов к психотерапии, в том числе когнитивно-поведенческие, межличностные и психодинамические, помогают людям с депрессией восстанавливаться.

Психотерапия предлагает людям возможность выявить факторы, которые способствуют их депрессии и эффективно справляться с психологическими, поведенческими, межличностными и ситуационными причинами.

Квалифицированные терапевты могут работать с депрессивными людьми: определить жизненные проблемы, которые способствуют их депрессии, и помочь им понять, какие аспекты этих проблем они могут решить или улучшить.

Обученный терапевт может помочь депрессивным пациентам определить варианты будущего и установить реалистичные цели, которые позволят им улучшить свое умственное и эмоциональное благополучие.

Терапевты также помогают людям определить, как они успешно справились с подобными чувствами, если они были в депрессии в прошлом.

Определить негативные или искаженные шаблоны мышления, которые способствуют ощущению безнадежности и беспомощности, которые сопровождают



депрессию, например, люди с депрессией могут иметь тенденцию к чрезмерному обобщению, то есть думать об обстоятельствах с точки зрения «всегда» или «никогда».

Обученный и компетентный терапевт может помочь выработать более позитивный взгляд на жизнь. Исследовать другие изученные мысли и поведения, которые создают проблемы и способствуют депрессии, например, терапевты могут помочь депрессивным людям понять и улучшить модели взаимодействия с другими людьми, которые способствуют их депрессии.

Помочь людям восстановить чувство контроля и удовольствия в жизни. Психотерапия помогает людям видеть выбор, а также постепенно включать в свою жизнь приятные, полноценные действия.

Наличие одного эпизода депрессии значительно увеличивает риск возникновения другого эпизода. Есть некоторые свидетельства того, что продолжающаяся психотерапия может уменьшить вероятность будущих эпизодов или уменьшить их интенсивность.

Через терапию люди могут учиться навыкам, чтобы избежать ненужных страданий от поздних приступов депрессии.

ПСИХОТЕРАПИЯ УМЕРЕННЫХ ДЕПРЕССИЙ И ДЕПРЕССИЙ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ

12 ОСНОВНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИИ В ТА

[Widdowson M. Transactional Analysis for Depression: A Step-by-Step Treatment Manual: New York: Routledge, 2016]

1. Создавайте взаимоотношения ОК+ОК+
2. Определяйте, размышляйте над происхождением и переоценивайте самокритичный диалог между эго-состояниями. Заменяйте его состраданием к себе
3. Определяйте, переоценивайте и бросайте вызов контаминациям и сценарным убеждениям, которые негативно влияют на «Я»-концепцию и ожидания от других и себя
4. Поддерживайте признание, переоценку и оспаривание самоограничительной системы мышления, поведения и переживания, которая поддерживает депрессию, пациентом (анализ системы рэкета / сценарной системы)
5. Исследуйте, обдумывайте и изменяйте паттерны поглаживаний.

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 22. Психотерапия депрессий и маниакально- депрессивной личности.

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ



- Принятие позитивных поглаживаний, позитивные самопоглаживания, уменьшение негативных самопоглаживаний / самокритицизма
- 6. Определяйте и оспаривайте обесценивание и грандиозность
- Обесценивающий внешний фактор
- Грандиозность роли «Я»
- 7. Поддерживайте рефлексию и переоценку жизненных опытов, которые лежат в основе чувства никчемности
- 8. Помогите человеку принять новое решение о том, как он/она смотрит на:
 - себя,
 - вступает в отношения с другими;
 - контактирует с миром
- 9. Способствуйте процессу деконфузии, в процессе которого человек определяет, выражает и рефлексировывает подавленные чувства
 - Подавленный гнев
 - Горе и утрата
- 10. Помогите человеку исследовать и опробовать новые, подкрепляющие самооценку способы общения с другими
- 11. Разработайте и обсудите поведенческие контракты, как например: практики осознанности, домашние задания, контракты на заботу о себе, физические упражнения, диета и контракты на гигиену сна
- 12. Стимулируйте привязанность и участие клиента в отношении жизни, других людей и мира

ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ПОМОЩИ ПОГЛАЖИВАНИЙ

[Fetsch R.J., Sprinkle R.L. Stroking Treatment Effects on Depressed Males // TAJ 1982 12-3 213-217]

Лечение состоит из 4 еженедельных 2-х часовых сессий групповой психотерапии

1 сессия (акцент делался на даче поглаживаний при помощи ряда упражнений на создание доверия, атмосферы тепла, принятия и радости. Живое обсуждение примеров негативных поглаживаний возникало по мере того как участники перечисляли способы принижения себя и способы добывания от других негативных поглаживаний.



Объяснялась концепция Штайнера об экономии поглаживаний. Желающие практиковались в даче искренних поглаживаний другим членам группы. Дома участников просили давать поглаживания другим по крайней мере 3 дня в течение недели

2 сессия (Изучение процедур запроса, отказа и получения поглаживаний. После обсуждения дефицита поглаживаний у каждого члена группы и чувств, возникающих в момент просьбы о поглаживании, участников просили в течение недели 3 раза найти человека, который скорее всего может дать им искренние позитивные поглаживания, а затем и попросить у них поглаживания. Дают инструкцию как отказываться от поглаживаний, когда им их не хочется)

3 сессия (Начиналась с лекции о «Я-концепции» и «самозаботе», за которыми следовало обсуждение важности усиления эго-состояния Питающего Родителя при помощи самопоглаживаний. На протяжении 4 недель самопоглаживания явились основным компонентом лечения из-за их важности в плане достижения автономии, адекватности и самодостаточности личности. Для усиления энергии в этом состоянии терапевт проводил гештальт-упражнения в состоянии релаксации. Основное упражнение – дача самопоглаживаний в условиях безопасной и защищающей группы. На дом участники давали себе позитивные поглаживания ежедневно и на глазах других людей в течение 3 дней в неделю)

4 сессия (Обсуждались физические поглаживания или прикосновения при помощи веселых упражнений для увеличения энергии Свободного Ребенка. Когда участники начинали чувствовать себя свободно и комфортно друг с другом, терапевт проводил массаж и лечебные касания и разминание спины. Затем обсуждался полученный опыт. На последней сессии заполнялся опросник Бека и ТА-поведения. Тм, кто хотел продолжить терапию, давали соответствующие рекомендации)

ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИИ

(Kapur R. Depression: An Integration of TA and Psychodynamic Concepts// TAJ 1987 17-2 29-34)

1 инициальная фаза

-Контакт и контейнирование реалистического Питающего Родителя (заботящегося о своем Ре)



-Поддержание высокого уровня зависимости от терапевта (симбиоза), когда терапевт становится «третьей доминантой», чтобы уйти из-под влияния «доминирующего другого»

-Развитие переноса с ощущением возможной потери терапевта и своей вины по этому поводу: анализ Игр, вербализация сопротивления и защит клиента

- «Консервация реакций избегания» – так как риск изменений не позволяет им воспользоваться заботой, безопасностью и комфортом

2 Средняя фаза – Рабочая фаза (понимание причин дистресса)

-Терапевт постепенно выходит из симбиоза, позволяя клиенту использовать своих В и Р и, в то же время, не закрывает «зонтик» своей заботы, куда клиент мог бы регрессировать

-Терапевт исследует причины, позицию ОК, предписания и проч., приглашая клиентов со средней силой депрессии сделать Перерешение в смысле Гулдингов

-Клиентов с тяжелой депрессией обеспечивают позитивными поглаживаниями, приглашая их присоединиться к интерпретациям почему они имеют такую нездоровую «Я-концепцию»

-Поясняют возможное суицидальное поведение, где терапевт должен понимать ограниченность своей ответственности за суицид клиента

-Терапевт поощряет клиента дать самому себе разрешения «любить себя» и «заботиться о себе», что послужит дальнейшей базой для личностного роста

3 финальная фаза

- Клиенты с нормально функционирующим В и разрешающим Р позволяют своему Ре вступать во взаимоотношения, исходя из своих потребностей, без игнорирования их

- Формируется новый канал коммуникаций между Питающим Родителем и Свободным Ре

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИЙ С ЛЕГКИМ И УМЕРЕННЫМ ДЕПРЕССИВНЫМ ЭПИЗОДОМ

Лечение легких депрессивных эпизодов обычно осуществляется амбулаторно, ... преимущественно используются СИОЗС, агомелатин и другие препараты новых поколений), хотя во многих случаях можно ограничиться применением



психотерапевтических, психообразовательных или социально-реабилитационных методов, а также средств растительного происхождения, например экстракта зверобоя (ВЗ) (Linde K. et al., 2008).

Лечение больных с умеренным депрессивным ...проводят амбулаторно, полустационарно или в стационаре. При депрессивном эпизоде умеренной тяжести монотерапия антидепрессантами является **первой** линией выбора. Препаратами **первого** ряда большей частью считаются СИОЗС, далее следуют мirtазапин, СИОЗСН и тетрациклики, бупропион и агомелатин (А1). ТЦА обычно рассматриваются как препараты второго выбора. ...На первом этапе используют преимущественно пероральные формы лекарственных препаратов. Тимоаналептический эффект в среднем развивается через 3-4 нед лечения, однако в некоторых случаях, особенно при применении СИОЗС, улучшение развивается более постепенно, и для достижения полноценного эффекта приходится ждать 4-6 или даже 8 нед. ... ранний ответ (через 2 нед) связан с более благоприятным прогнозом курсовой эффективности проводимого терапии. Поэтому отсутствие всякого улучшения в течение 3-4 нед является первым временным порогом для попытки смены терапии. **Психотерапию при возможности проводят в сочетании с фармакотерапией.**

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬШОЙ ДЕПРЕССИИ В РАМКАХ БАР

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ДЕПРЕССИИ

Взять социальный контроль (чтобы клиенты не убили себя намеренно или ненамеренно), содействовать восстановлению функционирования, поднять с кровати и прописать физический труд (натирать паркет!)

Осторожно увеличить банк поглаживаний, начиная с физических (касания, «горячий чай» – тепло внутри)

Установить контракт на «заботу о себе»; продвигать другие стоп-контракты (конфронтировать убежание, суицид, гомицид, психоз)

Интервенции по изменению негативных убеждений о себе (оценить суицидальный риск на этом этапе!), работать с негативными интроектами (если возможно) по принципу «Не поддерживайте Эго, а атакуйте СуперЭго!». Следует поддерживать идеализацию



терапевта (избегая самораскрытий), чтобы у клиента не было возможности закончить терапию, сказав: «Он такой же, как и я». Приглашайте клиента к долгосрочной терапии.

Параллельно с п.4 приглашать во взаимоотношения (см. след слайд), в том числе, инициируя трансфер, ожидая и считая положительным когда клиент начинает переносить критику и гнев (ранее направленные на себя) на терапевта (терпеть!), а затем и на экстериоризированный (вынесенный из Я или Эго-дистонный) реальный объект из прошлого или настоящего клиента

ЧТО ЗНАЧИТ УМЕТЬ РАБОТАТЬ В РАМКАХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ

- Терапевт должен ясно представлять все характеристики терапевтических взаимоотношений
- Терапевт нуждается в оценке собственных способностей работать с этой категорией клиентов
- Терапевт показывает открытость, подлинность и позитивное отношение без осуждения. Он работает над созданием эмпатической связи с клиентом, рассматривая мир так, как клиент видит его
- Терапевт открывает потребности клиентов в отзеркаливании, признании, оценке и идеализации как опыта, с которым необходимо работать и понимать без игнорирования
- Терапевт распознает общий опыт разочарования как часть депрессии
- Терапевт создает безопасное и содержательное пространство, в котором клиент может рассказать свою историю. Он также дает клиенту время и пространство для исследования его проблем, так что клиент может вновь открыть себя. Использует Сократический диалог
- Терапевт поощряет клиента рисковать; переработать прошлые потери и сформировать новые осознания и новые концептуализации. Терапевт и клиент вместе формируют достижимые цели. Многие мыслительные конструкты и стили, ассоциирующиеся с депрессией, были взяты из взаимоотношений с родителями в детстве; из особенностей привязанности



ТЕРАПИЯ ПУСТОГО УСИЛИЯ

«Люди попадают в ситуации **пустого усилия**, тогда, когда волевой самоконтроль кажется им наиболее кратким и эффективным путем к цели (в широком смысле к достижению большей безопасности).

Речь идет о стремлении прямым волевым усилием «сбросить с себя болезненное состояние», «прийти в себя», «собраться», «не думать о плохом».

Практически каждый раз, начиная лечить эндогенно-депрессивного пациента, мы наблюдаем, как одна только психотерапевтическая нейтрализация **пустого усилия** резко уменьшает уровень страдания, зримо улучшая самочувствие больного».

ПРИЕМЫ MINDFULNESS – СОЗЕРЦАНИЯ И НЕВМЕШАТЕЛЬСТВА В РАБОТЕ С БОЛЬШИМИ ДЕПРЕССИЯМИ

[Бурно А.М., 2015, с. 222-227]

1. Вообразить отсутствие собственного Я («нужно смотреть вокруг, представляя, что вас еще или уже нет» или «нужно смотреть вокруг, представляя, что у вас нет головы»)

2. Вообразить другое Я. Вообразить себя в роли существа, свободного от пустых усилий в принципе.

3. Вообразить «духовно нищее Я». Нужно представить, что ваши страхи о своем ужасном моральном облике – правда. И есть Высшая Сила, готовая прийти к вам на помощь и изменить вас. Но она не может вступить с вами во взаимодействие, пока вы надеетесь на свои силы»

4. Вообразить, что все на свете – единое целое, единая энергия и имеет связи (перераспределение внимания или отвлечение энергии от пустых усилий)

5. Пребывать «здесь и сейчас», концентрируя внимание на настоящем моменте (отвлечение энергии от пустых усилий) на фоне инструкции «делать все чуть медленнее» (требуется хоть какой-то моторной активности)

6. Прямая инструкция «не улучшать свои эмоции», разрешая себе «оставлять все, как есть», не вмешиваясь в природу мира и самого себя.



НЭНСИ МАК ВИЛЬЯМС

[Н. Мак-Вильямс. Психоаналитическая диагностика. -М.:Класс, 2003.- с. 309-310]

«Современная психофармакология позволяет нам работать с людьми на всех уровнях нарушений ... и дает возможность проанализировать депрессивную динамику даже у психотических пациентов. До открытия свойств лития и других химических веществ, многие пациенты с пограничной и психотической структурой были убеждены в собственных отрицательных качествах и настолько уверены в неизбежной ненависти со стороны терапевтов, что не могли вынести боли привязанности. Иногда они совершали суицид после нескольких лет лечения, потому что не могли вынести проявления чувства надежды и, следовательно, риска возможного опустошающего разочарования...

...лекарства необходимы, чтобы снизить интенсивность их депрессивных переживаний...

При использовании медикаментозной терапии состояние неумолимой и безжалостной ненависти к себе, которому подвержены пограничные и психотические пациенты, наступает не так уж часто – как если бы их депрессивная динамика была бы химическим путем сделана Эго-дистонной (чуждой Я пациента). С признаками ненависти к себе, остающимися после ... медикаментозного лечения, можно обращаться также, как если бы вы анализировали патологические интроекты пациентов невротического уровня»

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ДЕПРЕССИЙ

Лечение больных с **тяжелым депрессивным эпизодом** проводят в условиях стационара. Для максимально быстрого достижения эффекта необходимо преимущественное использование внутримышечного и/или в/в капельного способа введения антидепрессантов. **Психотерапия на первых этапах лечения такой депрессии, как правило, неэффективна.** Имеются определенные доказательства несколько большей эффективности кломипрамина, амитриптилина и венлафаксина по сравнению с СИОЗС при тяжелых депрессиях с меланхолическими чертами (DUAG, 1999; Anderson I.M., 2001 и др.) Больные с высоким суицидальным риском требуют особо тщательного надзора и специальной психологической коррекции, следует иметь в виду вероятность передозировки антидепрессанта вследствие приема большого количества препарата с



суицидальной целью (по сравнению с СИОЗС более тяжелые последствия в этом случае наблюдаются при приеме ТЦА, венлафаксина и миртазапина). При сохраняющихся суицидальных намерениях необходимо рассматривать возможность быстрого проведения ЭСТ.

Лечение **тяжелого депрессивного эпизода с психотическими симптомами** (бредовая депрессия) проводят в условиях стационара. Терапевтическая тактика направлена на быстрое достижение «обрыва» психоза. Такие больные заметно лучше реагируют на комбинированную терапию антидепрессантом с антипсихотиком, чем на терапию с использованием препаратов лишь одной из упомянутых групп (Farahani A., Correll C.U., 2012 и др.), поэтому с первых дней назначают преимущественно мощные антидепрессанты в сочетании с атипичными антипсихотиками (В3). Если прием препарата per os затруднен в связи с психическим состоянием больного, возможно в/м применение нейролептиков. В случае хорошей переносимости дозы препаратов быстро доводят до максимальных.

АНТИДЕПРЕССАНТЫ И РИСК САМОУБИЙСТВА ПРИ ДЕПРЕССИЯХ

[Courtet P., Lopez-Castroman J. // World Psychiatry 16:3, October 2017]

Риск суицидальных идей и попыток самоубийства у молодых пациентов, принимающих антидепрессанты, удваивается (4% v 2%) по сравнению с теми, кто принимал плацебо (Brent, 2016) – По данным РКИ (рандомизированных клинических исследований). Вероятно в юности сильнее связь употребления ПАВ и импульсивной агрессии с депрессией

У пожилых пациентов с депрессией антидепрессанты снижали этот риск (Stone et al., 2009)

По данным фармакоэпидемиологических исследований антидепрессанты снижали этот риск. По данным аутопсий суициды совершали чаще больные депрессией, не принимающие антидепрессанты (Isacsson, Rich, 2008)

Начало лечения с высоких (выше рекомендуемых) доз антидепрессантов повышает риск суицидальных идей и попыток



Клинический ответ на лечение антидепрессантами хуже у пациентов с суицидальными идеями или суицидальными попытками в анамнезе, вне зависимости от сопутствующих факторов или типа антидепрессанта (Lopez-Castroman et al., 2016)

НОВЫЕ ВИДЫ ЛЕЧЕНИЯ

- комбинация лития или антипсихотиков с антидепрессантами
- мгновенный и радикальный антисуицидальный эффект низких доз кетамина
- сверхмалая доза бупренорфина (агонист мю-опиоидных рецепторов) сублингвально ослабляет суицидальные идеи эффективнее плацебо (Olie, Courtet // JAMA, 2016, 316, 656-7), поскольку имеется связь (скаффолдинг-Д.Ш.) между физической болью и болью социальной отверженности)

ИСХОДЫ ТЕРАПИИ И ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИЙ

Неполная ремиссия - период, во время которого отмечается значительное улучшение, но симптомы (не достигающие синдромального единства) сохраняются.

Полная ремиссия - отсутствие каких-либо признаков аффективного расстройства на протяжении 6 мес.

Выздоровление - ремиссия длительностью более 6 мес, но также ограниченная во времени.

Обострение - возобновление симптоматики до уровня значительной степени выраженности в период ремиссии (до выздоровления).

Повторный эпизод - развитие нового депрессивного эпизода после выздоровления от предыдущего.

ВОЗ рекомендует назначать профилактическую терапию больным, у которых было два тяжелых депрессивных эпизода в течение последних 5 лет, и продолжать ее не менее двух лет после исчезновения всех симптомов депрессивного расстройства (ВОЗ, 1989).

Современные подходы к проведению профилактической терапии РДР предполагают непрерывное длительное (не менее 3-5 лет) применение антидепрессантов (преимущественно нового поколения) в стандартной дозе, оказавшейся эффективной в период купирования депрессивной фазы.

Период снижения дозы должен занимать не менее 4-6 мес, что связано с возможностью развития симптомов отмены. Обычно они транзиторны и быстро

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 22. Психотерапия депрессий и маниакально- депрессивной личности.

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ
2019 год.



купируются при повторном назначении антидепрессанта. Риск их развития тем выше, чем больше выражены антихолинергические свойства препарата, выше используемая доза и чем длительнее период приема. Среди антидепрессантов новой генерации симптомы отмены наиболее характерны для венлафаксина и СИОЗС с коротким периодом полувыведения (например, пароксетина) и менее характерны для флуоксетина (Tint A. et al., 2007). Резкая отмена ТЦА может вызвать холинергический феномен «отдачи» (гриппоподобное состояние, миал-гия, схватывающие боли в животе).

ЛЕЧЕНИЕ МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНОЙ ЛИЧНОСТИ

ТИПЫ БАР (AKISKAL, 1983; CLERMAN, 1987)

Тип I – с чередованием маниакальных и депрессивных фаз

Тип II – с чередованием гипоманиакальных (**не развивается развернутая мания**) и депрессивных фаз

Тип III – циклотимия

Тип IV – повторные эпизоды депрессии с индуцированными антидепрессантами эпизодами гипомании

Тип V – депрессии при гипертимном темпераменте

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ

1. Лечение с позиции интеграции
2. Предоставление реальной заботы (Заботливого Родителя) и конфронтация грандиозности: «Я позабочусь о Вас в разумном смысле»
3. Принцип «бумажного змея»
4. Построение приоритетов:
 - А) Работа с поведенческими нарушениями
 - Б) Работа со сценариями, влияющими на поведение
 - В) Работа со структурными интеграционными проблемами

СТАДИИ ЛЕЧЕНИЯ

1. Ослабление защиты

- установить основные контракты
- работать с поведенческими проявлениями
- достигнуть социального контроля и поддерживать его

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 22. Психотерапия депрессий и маниакально- депрессивной личности.

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ



2. Деконтаминация

- Препятствовать грандиозности и обесцениванию
- делать акцент на Взрослом решении проблем
- транзактный и ролевой анализ

3. Исключение

- работать с проблемами по развитию личности и жизненным сценарием
- обеспечить реальную заботу
- делать установки на интеграцию

4. Интеграция

- способствовать принятию решения измениться (а не адаптироваться)
- способствовать принятию решения забыть о выдуманной родительской заботе
- научить сознавать и контролировать энергетический заряд (катексис)

5. Решение проблемы

- способствовать естественному, реалистичному использованию возможностей думать, чувствовать и делать

1 СТАДИЯ ОСЛАБЛЕНИЕ ЗАЩИТЫ

Большинство клиентов представляются с **совершением или не совершением действий** – необходимо устанавливать договоренности: сократить 80-часовую неделю или пройти 3 собеседования на бирже труда

Установление основных контрактов: «Не убегать», «Никаких секретов и лжи», «Антисуицидального»

Поддержание социального контроля в форме договоренностей о социальном контроле, например, установить ограничитель скорости и др.

2 СТАДИЯ ДЕКОНТАМИНАЦИЯ

Делается акцент на Взрослом **для решения проблем** при одновременной конфронтации грандиозности и обесценивания стимулов: клиенты учатся успокаиваться (например, представить, что случится если прибыть в аэропорт и забыть паспорт) ценить важность стимулов



Новые разрешения: «Большинство проблем разрешимы», «Вы способны решить проблемы» при стимулировании гипоманиакальной деятельности на фоне депрессии и наоборот (путь к интеграции и уменьшения отрицания-отделения мании от депрессии)

Работа по анализу транзакций и играм в рамках маниакально-депрессивного сценария «Всегда один» и «Не существую» (модель, предшествующая смерти)

3 СТАДИЯ ИСКЛЮЧЕНИЕ

Основная работа – психотерапевтическая работа с первичной травмой, ранними, часто младенческими, событиями, которые клиент отрицал, например, приступы ярости родителей или периоды «внезапного прекращения заботы», предписывающие «Не живи». Полезна регрессивная терапия, которая фокусируется на появляющихся соматических симптомах, а также чувствах – боли и печали, которые клиент обесценивал. Клиент начинает чувствовать и научается заботиться о своем внутреннем Ребенке.

4 СТАДИЯ ИНТЕГРАЦИЯ

Процессу интеграции соответствует перерешение оставить выдуманного Заботливого Родителя (*этот Р необходим для тех (1), которых слишком сильно опекали, и которые никогда не проходили травму нарциссизма по поводу того, что они не являются центром вселенной; они уверены в том, что о них Р будет заботиться, несмотря ни на что, поэтому они не готовы к реальной необходимости учиться заботиться о себе в реальном, иногда враждебном мире; этот Р необходим для тех (2), о ком недостаточно заботились, поскольку он поддерживает внутреннюю фантазию, что когда-нибудь Ре сам по себе обретет желанную заботу*)

Клиенты начинают контролировать свой внутренний энергетический заряд и не расходовать его на противоборство между двумя противоположными Р2, а также и на отрицание существования двух сторон своей личности. В этот момент они чувствуют свою целостность

На 5 стадии клиенты понимают разницу между нормальным возбуждением и их первоначальными маниакальными всплесками, а также разницу между печалью при потере и их первоначальными, темными, одинокими депрессиями.



ЛЕЧЕНИЕ МАНИАКАЛЬНЫХ И ГИПОМАНИАКАЛЬНЫХ КЛИЕНТОВ

Люди наделенные маниакальной личностью обладают депрессивной организацией, которая нейтрализуется посредством защитного механизма – отрицания

Они не понимают счастья как состояния «спокойной безмятежности» (Akiskal, 1984)

Для них предпочтительно все, что отвлекает от эмоционального страдания: с помощью юмора они обесценивают любые серьезные замечания и с ними трудно войти в эмоциональных контакт. Когда у них возникает негативный аффект он проявляется не как печаль, а как гнев или в форме внезапной, неконтролируемой ненависти (Н.М-Вильямс, 2003)

ЛЕЧЕНИЕ

1. Контракт на неубегание
2. Возможно применение лития
- 3.Терапия личностной фрагментации и внутреннего соперничества
4. См. принципы при лечении БАР

ЛЕЧЕНИЕ БАР- ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ

Лечение БАР, как и лечение РДР, подчиняется трем обязательным этапам терапии:

- 1) *купирующая* терапия, целью которой является достижение ремиссии;
- 2) *поддерживающая* (продолженная) терапия, направленная на предотвращение рецидива симптоматики текущего острого эпизода и борьбу с резидуальными симптомами;
- 3) *профилактическая* терапия, целью которой является предотвращение развития повторных аффективных фаз

При БАР, независимо от фазы и этапа заболевания, препаратами первого выбора являются **нормотимики**, которые обязательно должны назначаться уже на начальных этапах с последующим непрерывным приемом на протяжении жизни. Эта группа включает в себя традиционно применяющиеся **лития карбонат, вальпроевую кислоту, карбамазепин и ламотриджин**.

Нормотимики обеспечивают, прежде всего, профилактическое действие и позволяют продлевать эутимный период.



Минимально необходимый срок для становления нормотимического действия препарата 1 год.

Комбинировать между собой можно любые нормотимики, **кроме карбамазепина и вальпроевой кислоты**, из-за их интеркуррентного взаимодействия на уровне печеночных ферментов.

Применение антидепрессантов и антипсихотиков в качестве средств купирования депрессивной, маниакальной и психотической симптоматики **является неизбежным** в периоды обострений БАР.

В отличие от тактики терапии РДР, при котором решение вопроса о проведении многолетней профилактической терапии зависит от частоты и тяжести возникающих у пациента депрессий, при БАР назначение препаратов, направленных на предотвращение развития рецидивов заболевания, должно начинаться сразу после установления диагноза. Это связано с тем, что для БАР характерна значительная частота рецидивирования. **Повторные аффективные эпизоды при БАР развиваются в среднем с интервалом 17-30 мес** (Angst J., Sellaro, 2000).

Попытка прекращения терапии возможна **не ранее 5 лет** стабильной ремиссии и только по инициативе пациента, при его настойчивом желании, **либо в случае планируемой беременности у женщин, в случае, если потенциальный риск для плода превышает пользу от продолжения терапии**. Нужно предупредить пациента о высоком риске обострения и постараться убедить в необходимости продолжения терапии неопределенно долго..