**Психотерапия депрессии**

(реферат)

**Виктор Каган (Даллас, США)**

**Hollon S. D., Thase M. E., Markowitz J. С. Treatment and Prevention of Depression. *(J. of American Psyc­hological Society. November 2002: v, 3.*** *#2.* ***77p.p.)*** *представляет собой монографию, объединившую усилия трех видных специалистов (двух психиатров и психолога) и опубликованную отдельным выпуском в качестве приложения к Журналу Американского Психологического Общества. Солидный список литературы (292 на­звания, в основном датированных последними 10- 15 годами, из которых 34* — *публикации авторов моногра­фии), изящная и четкая организация материала, исключающий "профессиональное местничество " подход и хороший язык* — *вот то, что можно сказать об этой работе на уровне формальных оценок.*

*Заранее прошу прощения у читателя за две вещи: 1) опущена глава о биологическом лечении депрессии, 2) вы­ход за рамки реферата в строгом смысле этого слова с привнесением элементов обсуждения и медиации.*

**Список сокращений:** *КТ*— *когнитивная терапия, КПТ*— *когнитивно-поведенческая терапия, ПДП — психодинамическая психотерапия, ПСТ*— *поведенческая супружеская терапия, ПТ*— *поведенческая тера­пия, FFT*—*family focused therapy, IPT*— *interpersonal therapy.*

Депрессия — главная причина нетрудоспособно­сти — самое распространенное из расстройств на­строения, которые, в свою очередь, наиболее распро­странены среди психических расстройств. Чаще де­прессии встречается разве что астения, и вместе они образуют не только первые регистры психопатоло­гии, но и "нейтральную полосу" между так называе­мыми нормой и патологией. Депрессия нередко эпи­зодична и проходит сама собой, но у большинства однажды переживших ее наблюдаются повторные эпизоды, постдепрессивный дистресс и многолетние

"депрессивные хвосты". Депрессия прокладывает себе путь в будущее и, как отмечают, увеличивает риск возникновения более тяжелых по сравнению с начальным эпизодом обострений.

Типология депрессии • • область достаточно сложная. Авторы ограничивают круг рассмотрения **депрессивными расстройствами** (униполярной де­прессией) — большое депрессивное, дистимическое и недифференцированное расстройства; **биполярны­ми расстройствами** — типа I и П, циклотимия, не­дифференцированное биполярное расстройство), **расстройствами настроения вследствие общеме­дицинских причин и вызванными употреблением наркотических веществ.** Дополнительные критерии диагностики: 1) хроническое (не менее 2-х лет) тече­ние; 2) меланхолия (утрата обычных интересов, клас­сические вегетативные признаки — ранние пробуж­дения, утрата аппетита и сексуального интереса); 3) атипичность: реакция симптомов депрессии на внешние события, чувствительность к отверганию другими, чувство невозможности начать действия, извращенные вегетативные признаки (сонливость, повышенный аппетит, увеличение массы тела). У сто­ронников этиопатогенетической диагностики это мо­жет вызывать непонимание и протест, но спокойный анализ показывает, что описанные критерии доста­точны для описания всех случаев, когда депрессия яв­ляется расстройством первого плана, будь она невро­тической, соматогенной, органической, сосудистой, травматической или связанной с употреблением изме­няющих состояние сознания веществ. Как мне пред­ставляется, для психолога такое изменение акцентов создает дополнительные возможности выхода за пре­делы узкой медикализации депрессии при сохранении внимания к взаимозависимости настроения и биологи­ческих факторов (соматическое заболевание или нар­котизация могут быть причиной депрессии, ее следст­вием или образовывать "порочные круги").

Обсуждая общую динамику лечения, авторы поль­зуются адаптированной ими схемой Kupfer (1991), выделяя фазы 1) превенции, 2) лечения в острой фазе (нормализации настроения), 3) лечения по выходе из острой фазы (от нормализации настроения до выздо­ровления), и 4) поддерживающего лечения (преду­преждение новых обострений). Эти фазы одинаково хорошо описывают оптимальный подход к построе­нию и психиатрического, и психологического лечения.

Опуская обсуждение биологических методов лече­ния (антидепрессанты, стабилизаторы, ЭСТ), подчерк­ну лишь, что оно видится авторами не как альтернати­ва психотерапии, но как часть комплексной терапии, в проведении которой психиатр -- паритетный член команды, а не Большой Отец. Заключая эту главу, ав­торы указывают, что, хотя биологическая терапия изу­чена больше других подходов, она не настолько эф­фективна, как можно было бы ожидать, а ее использо­вание ограничено нарушениями режима лечения и побочными эффектами.

Первыми среди психотерапевтических подходов рассматриваются межличностная и психодинамиче­ская психотерапии. Обобщая ряд данных, авторы приводят сравнительные данные, согласно которым межличностная и когнитивная терапии по эффектив­ности сравнимы с медикаментозным лечением (не­сколько выше 50%), а психодинамическая терапия не­много обгоняет медикаментозное плацебо (оба эти вида в зоне эффективности между 30% и 37 - 38%).

**Межличностная психотерапия (IPT — interper­sonal psychotherapy).** Авторы определяют ее как прагматическую, стратегическую, ограниченную во времени терапию. Разработанная в 1970-х г.г. G. Kler-man и М. Weissman на базе теорий A. Meyer, H. S. Sul­livan, J. Bowlby и др., она проверена во множестве хо­рошо поставленных клинических испытаний, но в клиническую практику начала входить лишь к сере­дине 1990-ых. Ее успешность в терапии депрессии быстро привела к тому, что она стала применяться и в других областях (семейной и групповой терапии, те­лефонном консультировании, руководствах по само­помощи), быстро распространяться за пределы США и в 2000 г. было организовано Международное Обще­ство Межличностной Психотерапии (http://www.in-terpersonalpsychotherapy.org/). IPT предполагает, что жизненные события после раннего детства влияют на последующую психопатологию. Депрессия, по мне­нию IPT-терапевтов -- медицинское состояние со сложной этиологии. Чувство вины депрессивных па­циентов в IPT смещается на неприятную болезнь, ко­торая вовсе не обязательно вырастает из их личности или ограничений. Установление связи между текущи­ми жизненными событиями и временем появления де­прессивных симптомов важно для помощи пациенту в понимании и противостоянии депрессии. Диагности­ческие категории и клинические шкалы призваны по­мочь пациенту осознать, что он имеет дело не со свои­ми "ошибками" или "недостатками", а с распростране-ным расстройством настроения, имеющим вполне предсказуемые проявления. Формально не препятст­вуя "роли больного" и самообвинениям, 1РТ-терапевт, вместе с тем, побуждает к принятию "роли пациента" и, далее, восстановлению "роли здорового".

В техническом смысле IPT эклектична, — гово­рят авторы, хотя, на мой взгляд, речь идет скорее не собственно об эклектике, а, скорее, о прагматиче­ской ориентации на реальную сложность депрессив­ного бытия и терапевтического подхода к нему, не укладывающегося в ограниченные и ригидные рам­ки какой-либо одной терапевтической школы. Опре­деление депрессии как болезни перекликается с пси­хофармакологическим подходом и создает мосты между лекарственным лечением и психотерапией в восприятии и пациента, и терапевта. IPT использует подходы супружеской терапии в работе с межлично­стными проблемами. Многие IPT-терапевты пришли из психодинамической терапии, неизбежно привнося в работу психодинамические установки. Но IPT избе­гает интерпретаций сновидений, работы с переносом, сосредоточена на настоящем и направлена не просто на осознание, но на достижение реальных жизненных изменений. Подобно КПТ (когнитивно-поведенче­ской терапии), ICT ориентировка на синдром, ограни­чена во времени, разворачивается в пространстве здесь-и-сейчас, использует ролевые игры. Но это не собственно КПТ -- меньшая структурированность, отсутствие домашних заданий, обращение не столько к когнитивной, сколько к эмоциональной стороне межличностных проблем. Все это делает IPT уникальной, но в техническом смысле неспецифической терапией.

Лечение включает в себя три стадии. **Начальная.** Несколько сессий посвящены исто­рии расстройства, но это не сбор анамнеза в медицин­ском смысле. Тщательное исследование истории пси-хотерапевтично и направлено на установление связей депрессивных симптомов с межличностной ситуа­цией пациента, которая рассматривается как проявле­ние одной из четырех проблем: 1) *Осложненное горе* в результате утраты или смерти значимого близкого человека; 2) *Ролевые разногласия* представлены борь­бой, порождаемой неудовлетворенными экспектаци-ями в отношениях со значимыми людьми; 3) *Ролевые переходы* — изменения жизненного статуса, входя­щие в конфликт с видением собственного жизненного пути; 4) *Межличностные дефициты* — приводящие к социальной изоляции трудности в установлении и поддержании отношений. Это не проблемы как тако­вые, а проблемные области, которые у многих паци­ентов могут накладываться друг на друга. Задача на­чальной стадии — выделить одну, максимум две из них, которые могут быть терапевтическим фокусом. **Средняя,** которую можно было бы обозначить как стадию проработки. На ней терапевт использует адре­суемые проблемным областям подходы. При *ослож­ненном горе* — фасилитация катарсиса скорби и по­мощь в поиске компенсирующих утрату занятий или отношений. При *ролевых разногласиях* — помощь в исследовании отношений и важных разногласий, воз­можных путей их разрешения. При *ролевых перехо­дах* — помощь в научении управлять изменениями (переживание утраты прежней роли, распознавание негативных и позитивных аспектов новой роли, овла­дение новой ролью). При *межличностной дефици-тарности* — помощь в овладении навыками межлич­ностного взаимодействия и развитии новых отношений. **Заключительная** стадия посвящена распознава­нию и организации результатов работы на первых двух стадиях и, в итоге, достижению пациентом чув­ства независимости и компетентности, подготовке к жизни без терапии. Еще одна ее цель — подготовка пациента к встрече с провоцирующими депрессию межличностными обстоятельствами и оптимальной реакции на них. В лечении обострения эта стадия тре­бует нескольких сессий, в поддерживающем лечении - нескольких месяцев. В этом контексте понятно, что 1) окончание психотерапии происходит без осо­бых — свойственных, например, ПДП -- усилий: просто как естественный ролевой переход и 2) психо­терапевт помогает пациенту в стабилизации само­оценки, подчеркивая не свою, а его роль в изменении жизненной ситуации.

Описываются особенности проведения и эффек­тивности IPT у пожилых людей, подростков с де­прессией, пациентов с биполярными расстройства­ми и депрессиями, связанными с соматическими за­болеваниями и состояниями. Эффективность ICT при депрессии, особенно в структуре комбинированного лечения, высока как при изолированном ее использо­вании, так и в комбинации с антидепрессантами. Ком­бинированное лечение чаще рекомендуется при тяже­лых и хронических депрессиях.

**Психодинамическая психотерапия (ПДП)**

Наличие в России литературы по ПДП позволяет не касаться ее истории и основных положений, рас­сматриваемых в монографии. Исследования ее эф­фективности дают неоднозначные результаты. Клинико-катамнестическое изучение не находит особых различий в эффективности краткосрочной ПДП, КПТ, тренинга социальных навыков, лечения амитриптилином. Хотя лечение в остром периоде отдает предпочтение поведенческой терапии (ПТ) по сравне­нию с ПДП, доказательств преимуществ ПТ по мино­вании острого периода не много. Поиски возможно­стей реализации терапевтического потенциала приво­дят с созданию амальгамных методов — таких, как психодинамически-межперсональная терапия, поддерживающе-экспрессивная терапия и др., но данные об их эффективности противоречивы. Авторы очень корректно анализируют возможные методологиче­ские и методические причины этой противоречивости и заключают, что ПДП сегодня страдает из-за того, что не слишком озабочена исследованием своей эф­фективности. К тому же, подчеркивают авторы, оста­ется неясным, имеем мы дело с недостаточной эффек­тивностью ПДП или неадекватностью используемых методов ее проверки. Остается неясным, насколько правомерно распространение результатов изучения эффективности краткосрочной ПДП на ПДП в целом.

**Когнитивная и поведенческая терапия**

Эти виды терапии исходят из того, что расстрой­ства настроения вызываются или обостряются выу­ченными взглядами и поведениями, а основанное на принципах научения вмешательство может пре­дупреждать и лечить их. Поскольку когнитивный и поведенческий походы часто пересекаются, их объе­диняют по названием когнитивно-поведенческой те­рапии (КПТ), хотя между ними есть существенные различия. Никакие разновидности КПТ не являются чисто когнитивными, но некоторые являются чисто поведенческими, — замечают авторы.

Далее на основе анализа работ с применением Опросника Депрессии А. Веск'а обсуждаются мето­дологические стороны изучения эффективности КПТ и, в частности, принципы подбора групп и контекста (исследование проводящегося лечения или лечение в структуре исследования, вариативность по диагнозу и тяжести депрессии и т.д.). В дальнейшем обсужде­нии авторы опираются на работы, проводившиеся в клинической ситуации, где минимизирован эффект заинтересованных экспектаций исследователя.

**Когнитивная терапия (КТ)**

Созданная А. Веск'ом в начале 1960-х гг., КТ се­годня — наиболее эмпирически разработанное вме­шательство. Beck исходил из того, что реакции на жизненные события зависят от того, как человек их интерпретирует. Депрессия связана с иррациональны­ми убеждениями и дезадаптивными стратегиями пере­работки информации. Соответственно, цель КТ при всем многообразии ветвящихся от нее подходов — на­учить пациента распознавать эти иррациональные ве­рования и дизадаптивные стратегии и контролировать свои убеждения и реакции. КТ часто инкорпорирует поведенческие техники, имеющие фоновый, служеб­ный характер. Даже при использовании поведенческих экспериментов в ее структуре пациент не собственно переделывает поведение, а использует его в качестве контроля своих когнитивных стратегий. Подчеркиват-ся, что КТ ставит реализм на место оптимизма: задача не в том, чтобы пациент начал "думать счастливые мысли", но в том, чтобы он достиг возможности иссле­довать свое поведение и восприятие мира.

В одном из исследований было показано, что КТ в фазе работы с острой депрессией уступает по эффек­тивности медикаментозному лечению тяжелых де­прессий, и это определило подход Американской Психиатрической Ассоциации к выбору лечения (2000). Однако, примерно 2/3 исследований находят, что эффективность КТ при тяжелых депрессиях по крайней не уступает эффективности антидепрессан­тов. Оценки такого рода сложны, так как всегда со­храняется вопрос о качестве применения того или иного лечения - будь оно психотерапевтическим или медикаментозным. Данные о меньшей эффективно­сти КТ, как полагают авторы, связаны с тем, что не все психотерапевты в состоянии адекватно использо­вать ее и степень неадекватности нарастает по мере увеличения тяжести депрессии.

Данные о лечении по выходе их острой фазы и под­держивающем лечении показывают, что КТ, IPT и пси­хофармакотерапия одинаково эффективны. Эти дан­ные получены в том числе и при лечении пациентов со склонностью к повторным обострениям депрессии.

*Имеет ли КТ проспективный эффект,* сохраняю­щийся и по прекращении лечения? Частота обостре­ний депрессии по прекращении КТ в два раза меньше, чем по прекращении медикаментозного лечения, и проспективный эффект КТ не уступает эффекту про­должающейся медикаментозной терапии. В работе G. Fava с соавт. (1998) 40 пациентов были выведены из депрессии медикаментозно, а затем случайно рас­пределены в группы, пользующиеся 1) психиатриче­ской поддержкой и 2) КТ, а антидепрессанты всем от­менены. Двухлетнее наблюдение показало, что в пер­вой группе заметное уменьшение числа пациентов без депрессивных симптомов было отмечено почти сразу по прекращении лечения, к 30-ти неделям де­прессии обострились у 20 %, а к 80-ти неделям — у 80 % и на этом уровне стабилизировались в последу­ющие 30 недель наблюдения. Во второй группе пер­вые ухудшения возникли примерно на 40-ой неделе, затем на протяжении 30-ти недель депрессивные симптомы появились примерно у 25 % и далее ухудше­ний не наблюдалось вплоть до конца наблюдения.

*Возрастает ли эффективность при использова­нии комбинированной терапии (КТ* + *антидепрессан­ты)?* В лечении острых депрессий отмечается воз­растание эффективности на 10-20%. И все же комбинированное лечение имеет смысл: медика­менты "работают" быстрее, а КТ имеет больший проспективный эффект. Оно полезно в лечении паци­ентов с хроническими формами депрессии. Заключе­ние авторов об эффективности КТ в стационарных условиях достаточно осторожно: она может быть по­лезным дополнением к медикаментозной терапии, но вопрос о самостоятельной ее эффективности остается открытым.

Поведенческая терапия (ПТ)

Подходы и методы в ее пределах очень разнооб­разны. Ранние подходы опирались на представление о депрессии как следствии недостаточности позитив­ных поощрений (positive reinforcement) из-за средо-вых проблем или недостаточности навыков коммуни­кации. Вмешательство предполагало контроль обсто­ятельств, тренинг социальных навыков, включая уверенность в себе, разрешение проблем и тренинг самоконтроля. В ходе клинических проверок (хотя они не были столь масштабны, как в отношении КТ) ПТ показала себя почти такой же эффективной, как другие методы психотерапии, и более эффективной, чем малые дозы лекарств.

Сравнение разных и, нередко, противоречивых оценок эффективности затруднено довольно широ­кой вариативностью ПТ, с одной стороны, и разно­родностью клинических групп, с другой. Так, в двух работах оценивалась эффективность поведенческой супружеской терапии (ПСТ) в лечении депрессии. O'Leary и Beach (1990) работали с группой пациентов с семейным дистрессом — они считают ПСТ столь же эффективной, как КТ. Jacobson с соавт. (1991) показа­ли, что ПСТ так же эффективна в снижении депрес­сии, как КТ, у пациентов с семейным дистрессом, но менее эффективна в лечении пациентов без супруже­ских проблем. Сравнение исследований показывает, что ПСТ более эффективна в снижении семейного ди­стресса, чем стандартная КТ. Но сводима ли эта разни­ца только к различиям ПСТ и КТ? Например, IPT более эффективна в снижении супружеского дистресса, ког­да проводится с обоими супругами, чем при индивиду­альной работе с каждым из них (Foley с соавт., 1989).

Отдельно рассматриваются возможности КПТ в работе с пожилыми пациентами, детьми и подростка­ми, в лечении дистимии и биполярного расстройства. При последнем, в частности, практически никто не рекомендует изолированную ПТ, рассматривая ее как важное дополнение медикаментозной терапии.

Заключая обсуждение КПТ, авторы подчеркивают ее большую лечебную эффективность и проспектив­ные эффекты по окончании лечения по сравнению с психотропными средствами в случаях, когда психоте­рапевт имеет необходимый опыт и депрессия не до­стигает очень большой тяжести. Несомненным досто­инством КПТ является отсутствие побочных эффек­тов. Особенно впечатляют данные об эффективности КПТ в предупреждении обострений, а также сведения о том, что применяемые во взрослой психиатриче­ской клинике когнитивно-поведенческие методы снижения риска обострений могут снижать риск де­бюта депрессии у детей и подростков. При этом даже самые успешные методы не гарантируют полного от­сутствия обострений у всех пациентов и далеко не всегда способны повлиять на глубокие причины де­прессии. Однако, наличие проспективных эффектов КПТ оставляет такие возможности открытыми. **Супружеская и семейная терапия** Супружеские и семейные проблемы — очень час­тые спутники депрессии, могущие быть ее триггера­ми и осложнениями.

***Традиционные методы*** супружеской и семейной терапии используются широко, но исследованы они сравнительно мало. Friedman с соавтор. (1975) показали, что в лечении женщин с депрессией и супружеским дистрессом медикаментозное лечение было более эф­фективно в снижении острого дистресса, тогда как су­пружеская терапия — в улучшении качества отноше­ний. О других исследованиях, подтверждающих пре­имущества лекарственного лечения перед семейной и супружеской терапией авторы не сообщают.

***Семейные образовательные программы*** пред­назначены для предоставления пациентам и членам их семей информации о депрессии и других расстрой­ствах, способах защиты от нежелательных эффектов болезней. В приложении к депрессии это имеет доста­точно важный смысл, так как депрессивные люди час­то вызывают враждебные реакции окружающих, пе­реживание которых усиливает депрессию. Эффектив­ность образовательных программ у женщин выше, чем у мужчин.

***Фокусированная на семье терапия* —** FFT (Fami­ly-Focused Therapy) предложена в конце 1990-х г. г. для лечения биполярного расстройства и исходит из того, что семейные/супружеские отношения модери-руют проявления биологической предрасположен­ности к депрессии. На 1-ой стадии пациентов и род­ственников снабжают информацией о биполярном расстройстве, учат распознавать его признаки и фор­мируют план предупреждения обострений. 2-ая ста­дия посвящена развитию коммуникативных навыков с акцентом на активном слушании и обеспечении по­зитивных обратных связей. На завершающей 3-ей стадии пациент и семья обучаются распознаванию и разрешению специфических семейных проблем с тем, чтобы усиливать чувство общности/сотрудниче­ства и ослаблять эмоциональные конфликты. Прово­дится FFT в комбинации с лекарственным лечением. Мне представляется, что семейные образователь­ные программ и FFT можно без особых натяжек сравнить с лекцией, ориентированной на обучение, и воркшопом, соединяющим в себе обучение и научение. Два больших исследования Miklowitz с соавтор. (2000) подтверждают роль психообразовательных программ и FFT, в частности, в снижении вероятности обостре­ний биполярного расстройства и вызываемого ими у членов семьи стресса.

**В Заключении** авторы касаются нескольких важ­ных проблем.

Они сравнивают депрессию с такими заболевания­ми как диабет и гипертония, при которых, в отличие от инфекционных болезней, шансы на полное излечение достаточно призрачны: только около половины паци­ентов с депрессией реагируют на лечебное вмешатель­ство и только около трети действительно достигают уровня ремиссии. Пациенты, не отвечающие на один вид вмешательства, могут реагировать на другой или на сочетания разных видов. Поэтому, хотя депрессия и поддается лечению, целесообразно ориентировать­ся на долгий терапевтический процесс, позволяющий убедиться, что депрессия не возвращается.

Слишком немногие пациенты имеют доступ к ле­чению с подтвержденной эффективностью. Депрес­сия, особенно на уровне первичных медицинских служб (общая практика) часто остается нераспознан­ной. Не всегда легко получить достаточную информа­цию о возможности получения компетентного лече­ния. Назначения антидепрессантов врачами общей практики часто страдают от недостаточно точного выбора препаратов и неадекватных дозировок. Вмес­те с тем, психотерапия с подтвержденной эффектив­ностью (как, например, IPT и FFT) распространена не очень широко и многие специалисты предпочитают более традиционные психотерапевтические подходы с неустановленной эффективностью. КПТ входит в моду в клинической практике, однако многие психо­терапевты скорее используют ее название, чем дейст­вительно ее проводят.

Необходимы расширение доступа к эффективным видам психотерапии и большее внимание к изучению эффективности психотерапевтических методов. Наи­более важны, считают авторы, усилия по превенции обострений, опирающиеся на то, что люди могут осваивать ведущие к снижению риска стратегии.

***Можно предвидеть, что подход авторов мо­жет вызвать непринятие у психологов, представ­ляющих свою работу как альтернативу психиат­рии, у психиатров и у приверженцев психотерапев­тических подходов, по умолчанию отнесенных авторами к не подтвердившим свою эффектив­ность. Но это уже относится к читателю, а не монографии, которая, намой взгляд, является при­мером непредвзятого, вдумчивого и открытого подхода к такой серьезной и распространенной проблеме как депрессия. По крайней мере, мне она показалась интересной и с практической, и с иссле­довательской точки зрения.***