



**УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ
КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ
ТЕРАПІЇ**

Від турботи про психічне здоров'я окремої особи, родини — до більш здорового та гармонійного суспільства...

Дипломная работа

Когнитивно-поведенческая терапия депрессии

Котко Дмитрий

Львов-2014

Содержание:

Вступление. Обзор проблемы.....	3
Представление клинического случая	3
Диагностические критерии депрессии.....	4
Модель понимания симптомов и происхождения депрессии: интерпретация нейробиологии и когнитивно–поведенческой теории ...	7
Эмпирические доказательства эффективности и место КПТ в терапии депрессии.....	15
Обзор модели когнитивно поведенческой терапии депрессии.....	17
Некоторые особенности обследования и построение формулирования	17
Пример обследования и первого этапа терапии в представленном выше клиническом случае.	19
2 Этап терапии.....	25
Пример протекания второго этапа терапии в представленном выше клиническом случае Кирилла.....	26
3-я стадия терапии	32
Заключительные комментарии	32
Библиография.....	34

Вступление. Обзор проблемы

Депрессия входит в число пяти самых частых расстройств, встречающихся в практике первичной врачебной помощи. Распространенность в популяции от 3% до 6 %. Около 1% депрессий ежегодно диагностируется впервые. Риск развития на протяжении жизни составляет в популяции около 20%, у 5 - 12% мужчин и 10 - 25% женщин в течении жизни разовьется депрессия, или хотя бы один отчетливый депрессивный эпизод. У 5% разовьется тяжелая форма депрессии. Из заболевших депрессией около 2/3 больных вообще не попадают в поле зрения психиатров. Среди обратившихся за помощью особенно в первичное звено, только каждый третий случай соответствующе диагностируется, при этом лишь каждому четвертому назначается адекватное лечение. 15% страдающих депрессией совершают суицид. Интересен тот факт, что 70% пациентов, совершивших суицидальную попытку в рамках депрессии до этого, в среднем 6 месяцев посещали врача общей практики.

"Согласно последним исследованиям соматических исходов, нетрудоспособность в следствии депрессивных расстройств сопоставима с таковой при ишемической болезни сердца и диабете и превосходит нетрудоспособность вследствие хронических легочных болезней. "Экономические потери общества составляют 45 миллиардов долларов в год" (Филипп ДЖ. Яничак, Джон М. Девис и др., 1999). Не смотря на то, что депрессия достаточно хорошо поддается лечению (психотерапия, антидепрессанты). Депрессивные расстройства смертельно опасны: более 80 % всех совершенных суицидов напрямую связаны с депрессивными расстройствами.

Согласно прогнозу ВОЗ депрессия будет наиболее распространенной причиной инвалидизации в мире до 2020 года.

Представление клинического случая

Пациент Кирилл 35 лет. Работает частным предпринимателем. Женат первым браком 3 года. Дочь 2 года.

Впервые симптомы депрессии начали проявляться около двух лет назад. Постепенно, исподволь, стало снижаться настроение, появилась беспричинная тревога, ощущение грусти, легкой тоски, стало трудно соображать подолгу вдумывался в содержание какого-либо документа, не мог быстро выполнять обычные рутинные дела. Однажды вообще не смог начать работу «не понимал, как начать», это вызвало сильный страх. На высоте страха, предположительно испытал приступ деперсонализации - дереализации, после чего появилась мысль о возможном сумашествии «это наверное уже

шизофрения». Параллельно стал испытывать сильную усталость, особенно по утрам периодически просто не мог подняться с постели, лежал до 2-х часов, прежде чем встать. Практически не мог работать «совершенно не понимал, как начать», стал раздражительным, появилась стойкая бессонница, за месяц похудел на 8 кг, практически не ел. Стал испытывать сильное чувство вины перед женой и дочерью, так как не мог уделять им должного внимания, стал меньше зарабатывать. В свою очередь жена из-за невозможности вчувствоваться и понять состояния Кирилла постоянно предъявляла претензии, раздражалась. Тем временем состояние усугублялось: появились суицидальные мысли, настроение было подавленное, испытывал постоянную тревогу, страх заболеть шизофренией, сойти с ума, связанные с этим приступы паники. Пропали абсолютно все интересы, практически перестал есть. Часто беспричинно плакал. Не в силах больше терпеть такое состояние обратился к психиатру в психоневрологический диспансер по месту жительства, где был установлен диагноз «депрессивный эпизод умеренной степени тяжести» и назначено лечение антидепрессантом (Сертралин) и транквилизатором (Алпразолам). Совершенно безрезультатно принимал антидепрессант восемь месяцев, транквилизаторы смягчали состояние, снижая тревогу и убирая приступы паники, действовали, как снотворные. Через некоторое время стал самостоятельно увеличивать дозы транквилизаторов «чтобы хоть что-то помогало». Затем последовательно прошел три адекватных курса антидепрессивной терапии (включая сочетанное применение двух антидепрессантов разных классов ТЦА + СИОЗС), при этом состояние незначительно улучшалось не более чем на месяц. Его клинический случай был признан врачами, как истинно резистентный к терапии. Последнее что Кириллу был предложено - курс электроконвульсивной терапии от чего он отказался, из страха необратимых повреждений мозга. Последние пол года принимал только транквилизаторы периодически превышая прописанные дозы, употреблял алкоголь «чтобы хоть как-то забыться», часто делал это в комбинации. Проходил в течении года, психотерапию (предположительно Гештальт), что в целом только ухудшило состояние. Регулярно просил лечащего врача о смене лечения «может что-то и получится», но тот разводил руками. В один из визитов посоветовали КПТ, по принципу «хуже все равно не будет».

Диагностические критерии депрессии

В настоящее время существует термин «депрессивные расстройства», который включает в себя следующие диагнозы:

1. Большое депрессивное расстройство, единичный эпизод.

2. Большое депрессивное расстройство рекуррентное.
3. Дистимия.
4. Депрессивное расстройство, нигде более не классифицируемое.
5. Расстройство адаптации с депрессивным настроением.
6. Расстройство настроения, вследствие основного соматического заболевания.
7. Расстройство настроения, вызванное употреблением психоактивных веществ.

(Lawson R. Wulsin, 2002)

Сюда же условно можно отнести Биполярное аффективное расстройство, шизоаффективное расстройство.

То есть эти расстройства так, или иначе, сопровождаются, или могут сопровождаться (Шизоаффективное расстройство) симптомами депрессии.

Согласно модели оперирующей дихотомическими понятиями первичной и вторичной депрессии к первичным депрессиям относятся:

1. Биполярная-униполярная депрессия.
2. Дистимия.
3. Двойная депрессия - диагностические критерии отвечают критериям, как депрессивного расстройства так и дистимии.
4. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство, иными словами депрессия с коморбидными расстройствами и депрессия как коморбидность. Например наиболее частые комбинации тревоги и эмоциональных расстройств (Fogelson end др.):

Паническое расстройство и депрессивное расстройство.

Депрессивное расстройство и панические атаки.

Обсессивно-компульсивное расстройство и депрессивное расстройство.

Генерализованное тревожное расстройство и депрессивное расстройство.

Депрессивное расстройство БДУ.

Вторичный тип

Депрессивные расстройства вызванные соматическим, или неврологическими заболеваниями.

Депрессивное расстройство вызванное употреблением веществ.

Сопутствующие психические расстройства, то есть шизоаффективные расстройства, бредовое униполярное расстройство, определенные расстройства личности.

Однако в основе синдромальной диагностики депрессии в рамках любого из этих состояний основную роль играют диагностические критерии депрессивного эпизода ими являются: нарушения настроения и сопровождающие их нейровегетативные симптомы,

которые наблюдаются ежедневно на протяжении, как минимум двух недель. (Филипп ДЖ. Яничак, Джон М. Девис и др., 1999).

Согласно DSM пятого пересмотра были предложены следующие диагностические критерии

А. Пять (или более) следующих симптомов, которые длятся на протяжении двухнедельного периода и отражают изменение в предыдущем функционировании, хотя бы по одному (1) подавленном настроении или (2) потере интереса или удовольствия (не включают сюда симптомы, четко связанные с другими клиническими состояниями).

1) Подавленное настроение на протяжении большей части дня, почти каждый день, как отмечает сам пациент (например, чувство печали, пустоты, безнадежности), или по наблюдениям других (например, лицо выглядит так, как будто готово расплакаться). (у детей и подростков может быть раздраженное настроение).

2) Заметное снижение интереса или удовольствия в общем или практически всего, активностей в течение дня, почти каждый день (как отмечает сам пациент или по наблюдениям других).

3) Значительная потеря веса без соблюдения диеты или прибавка в весе (например, изменение веса более чем на 5% в течение месяца) или рост или снижение аппетита почти каждый день (у детей следует рассмотреть возможность недостаточного набора нужного веса).

4) Бессонница или, наоборот, повышенная сонливость.

5) Психомоторное возбуждение или заторможенность почти каждый день (заметны другим, а не только субъективные ощущения, беспокойство или медлительность).

6) Повышенная утомляемость или потеря энергии почти каждый день..

7) Чувство ничтожности либо чрезмерное, либо неправильное чувство вины (которое может быть бредовым) почти каждый день (не только самообвинения или чувство вины из-за болезни).

8) Снижение способности думать или сконцентрироваться или нерешительность почти каждый день (по словам самого пациента или из наблюдений других).

9) Рецидивирующие мысли о смерти (не просто страх смерти), повторяющиеся мысли о самоубийстве без конкретного плана, или попытки самоубийства, или конкретный план суицида.

В. Симптомы вызывают значительный дистресс или нарушение деятельности в социальной, профессиональной и других важных сферах.

С. Эпизод не связан с физиологическим воздействием веществ или иным клиническим состоянием.

Степени тяжести:

Тяжесть определяется по количеству симптомов критерия, интенсивности этих симптомов и степени функциональной неполноценности.

Легкая степень: небольшое количество симптомов, интенсивность которых влечет за собой страдания, но позволяет справиться с ними и вызывает незначительные нарушения в социальной или профессиональной сфере.

Умеренная степень: умеренное количество симптомов, интенсивность которых и / или функциональное нарушение находится в диапазоне между «легким» и «тяжелым» степенями.

Тяжелая степень: количество симптомов является существенно большей от необходимой для установления диагноза; интенсивность симптомов вызывает значительные страдания и не позволяет справиться с ними; симптомы значительно усложняют деятельность в социальной и профессиональной сфере. (DSM-5).

Модель понимания симптомов и происхождения депрессии: интерпритация нейробиологии и когнитивно- поведенческой теории

Наиболее перспективными являются попытки определения и объяснения взаимодействия генетических факторов и факторов окружающей среды в возникновении аффективных расстройств. Например: в исследовании (Р. Mc Guffin & R. Katz 1989) вклад генетических факторов в развитии аффективных психозов был равен 80%, а случайных средовых факторов - 7%.

Последние исследования этиологии депрессивных расстройств указывают на роль наследственных факторов, как факторов склонности. Так установлено, что риск возникновения депрессии у лиц состоящих в прямом родстве с больным аффективными расстройствами достигает 10-15%, когда в общей популяции риск заболеть не превышает

1-2%. Однако надо отметить, что на сегодняшний день нет ни одной полностью сформированной теории касающейся типа наследственной передачи.

Что касается факторов внешней среды, а именно стрессовых факторов. Существует мнение, что события, которые непосредственно предшествуют развитию депрессии действуют, как «последняя капля» на человека, который перманентно находился под влиянием неблагоприятных обстоятельств (модель стресс-уязвимости). Это могут быть разнообразные стрессовые факторы. Brown & Harris (1978) разделили эти факторы на две группы к первому фактору длительные трудности - затяжные стрессовые ситуации, которые могут сами по себе спровоцировать депрессию, а так же увеличивать последствия краткосрочных дезадаптивных жизненных событий.

Факторы другого типа самостоятельно неспособны привести к развитию депрессии, их роль сводится к тому, что они усиливают роль краткосрочных жизненных событий.

Что касается нейрофизиологических основ депрессии, то здесь в первую очередь необходимо пересчитать анатомический субстрат эмоций. Это структуры входящие в лимбическую систему, а именно гипокамп с проводящими путями, прозрачная перегородка, миндалевидный комплекс, гипоталамус + ряд ядер лежащих в ретикулярной формации (сетчатом образовании и стволе мозга). Это называется лимбико-ретикулярным комплексом. Кроме того орбитальная кора и височные зоны коры больших полушарий. С учетом того, что для эмоциональной оценки раздражителей необходимо, вначале произвести их сенсорный анализ, включая привлечение механизмов памяти и прогнозирования, можно считать морфологическим субстратом эмоций практически весь головной мозг.

Функции перечисленных структур обеспечиваются соответствующими нейромедиаторами, в частности такими нейротрансмиттерами, как серотонин и норадреналин.

Норадреналин и серотонин оказывают нейромодулирующее действие на интегративные функции центральных нейронов, снижая их реактивность к слабым возбуждающим и тормозным воздействиям и усиливая ответ на надпороговые, возбуждающие сигналы за счет участия в системах ГАМКергического, прямого и возвратного постсинаптического и пресинаптического торможения, тем самым увеличивая отношение сигнал-шум в нервной сети.

Среди гипотез связанных с нарушением нейротрансмиссии моноаминов и гормональных расстройств с середины 70-х годов лидировала катехоламиновые, общий смысл которых сводился к тому, что при депрессии отмечается функциональная недостаточность норадреналина мозга. В настоящее время основной гипотезой является

серотониновая, то есть исторически данная гипотеза базировалась на экспериментально обнаруженном факте изменения уровня серотонина. Согласно ей в основе депрессии лежит снижение центральной серотониновой нейротрансмиссии.

Существуют так же индоламинная теория, дофаминовая теория.

Теория адринергически - холинергического равновесия, теория нарушения систем различных мессенджеров, группа нейроэндокринных теорий.

Интересна, так же мелатониновая теория (А. Lewi, 1980) в основе лежат исследования связи секреции гормонов шишковидной железы с циркадными ритмами. Минимум секреции мелатонина приходится на светлую часть суток, максимум на темную. Мелатонин регулирует деятельность супрахиазмальных ядер гипоталамуса, которые являются «водителями» суточного ритма. На мелатониновой гипотезе основано применение яркого света при лечении сезонных депрессий, а так же разработка и применение антидепрессанта агомелантин и снотворного «вита- мелатонин».

Итак суммируя вышесказанное получаем следующую цепочку: стресс—стресс уязвимость – нарушение нейротрансмиссии — симптомы депрессии, основными из которых есть сниженное настроение и потеря интереса.

Нейпсхологическая склонность и стрессовая уязвимость в модели КПТ дополняется еще одними факторами, связанными с психосоциальным опытом человека в частности детским. Определенный детский опыт сопровождался формированием глубинных убеждений, или схем. В частности первая модель депрессии (Beck A., 1979) основным «фактором склонности» определяла наличие «схем»/ глубинных убеждений, которые сформировались и поддерживались путем переживания негативного, травматического опыта детства. Схемы, в свою очередь, формировали промежуточные убеждения, или правила жизни, например Схема/ глубинное убеждение - «я ничего не стою, у меня ничего не получится, я никчемный, я всегда во всем виноват».

При формировании депрессии данные убеждения/ схемы резко активизируются и в зависимости от их выраженности и триггерующих факторов, влияют на настроение, поведение. В зависимости от тяжести депрессии «критика» к ним варьируется. Через призму схем человек начинает оценивать свое настоящее и будущее – образуются, так называемые когнитивные искажения. Все это порождает симптомы депрессии в виде сниженного настроения, депрессивного мышления и др. Гипотетически предположим, что дезадаптивные схемы существуют у каждого индивидуума и разница состоит лишь в мере выраженности. Можно предположить, что чем более выражены определенные схемы, тем быстрее и полнее они актуализируются, придавая каждому отдельному случаю депрессии

неповторимую «окраску» и возможно определяя и клиническое своеобразие. Для иллюстрации этой гипотезы приведем два клинических примера:

1. У пациентки О. отягощенная психопатологией наследственность бабушка по линии матери страдала биполярным расстройством. О. росла в семье, где происходило множество неожиданных, происшествий повлиять на которые не было никакой возможности. Отец постоянно бил ремнем ее и маленькую сестру, повторяя, что ни одна ложь не останется безнаказанной и не одна подлость и непослушание не уйдут от возмездия. Вероятность наказания зависела от степени его алкогольного опьянения (бил, когда «не допивал», а каким придет было неизвестно).

Бил и мать. В результате, среди прочих, у маленькой О. сформировались схемы, эмоциональной депривации, вины, ожидания катастрофы и схема наказания. Окончив высшее училище МВД в возрасте 25 лет начала работать следователем в рай отделе милиции, работа была тяжелой часто приходилось «сажать» невинных людей, фабриковать дела, не спать сутками, вместе с коллегами мужчинами «выбивать» свидетельские показания. Дважды в результате внутренних интриг и борьбы за власть против О. фабриковались «внутренние» уголовные дела, однако, действуя жестко, нестандартно выходила сухой из воды. Последние две недели чувствовала какую-то разбитость, слабость, тяжело было вникать в смысл документов, затем у О. неожиданно заболела кошка, ветврач поставил диагноз «рак» и сказал, что положение безнадежно и надо ее усыпить. О. два дня просидела дома с мертвой кошкой, плакала, гладила ее, на работу не выходила, на звонки не отвечала, чувствовала себя подавленной и опустошенной, лишь когда кошка стала разлагаться похоронила ее ночью на клумбе. На работу так и не вышла. Постоянно плакала, считала себя виноватой в смерти кошки, «самого близкого существа на свете», постепенно приходила к выводу, что она предательница, вспомнила массу фактов о своем наплевательском отношении к близким, постоянно винила себя в смерти кошки, потом в смерти бабушки и подруги закрылась в квартире, ни с кем не общалась, практически не ела, присоединилось состояние напоминающее острую тревогу за здоровье, ощупывала голову, говорила, что там растет опухоль, потом начала хвататься за живот, говорить, что опухоль перетекает туда, к вечеру она умрет и это будет «наказание за грешную жизнь». Металась, в тревоге, рассматривала руки. Трижды ложилась «умирать». Через несколько дней настроение снизилось настолько, что начала задумываться о том, что обязана сама наказать себя за «содеянное». После двухдневных раздумий в течении которых не спала и практически не ела, решила что накажет себя сама, что бы «Бог не марал руки о недостойную» и выбросилась из окна пятого этажа. Впоследствии осталась жива, так как упала на ветви

деревьев. Получила открытый перелом лодыжки, перелом большеберцовой кости, лучевой кости и двух ребер, ЗЧМТ. Во время оказания травматологической помощи проводилась интенсивная психофармакотерапия, затем О. была переведена в психиатрическую больницу, где после четырех недель была выписана со стойкой ремиссией и полной критикой к перенесенному, ровным, нормальным настроением.

Данный клинический пример иллюстрирует гиперактуализацию ранее существовавших схем, взаимодействие избирательных стрессорных факторов и генетическую предрасположенность. Возможно именно схемы депривации, вины и наказания сделали ведущим у данной больной идеи самообвинения и привели к совершению пациенткой суицидальной попытки.

Если предположить, что у другого пациента актуальны были бы другие схемы, или те же схемы имели бы меньшую выраженность, то, к примеру фабула расстройства могла быть другой и не привести к суицидальной попытке. То есть схемы могут выступать, как модифицирующий фактор депрессивного синдрома. Рис 1.

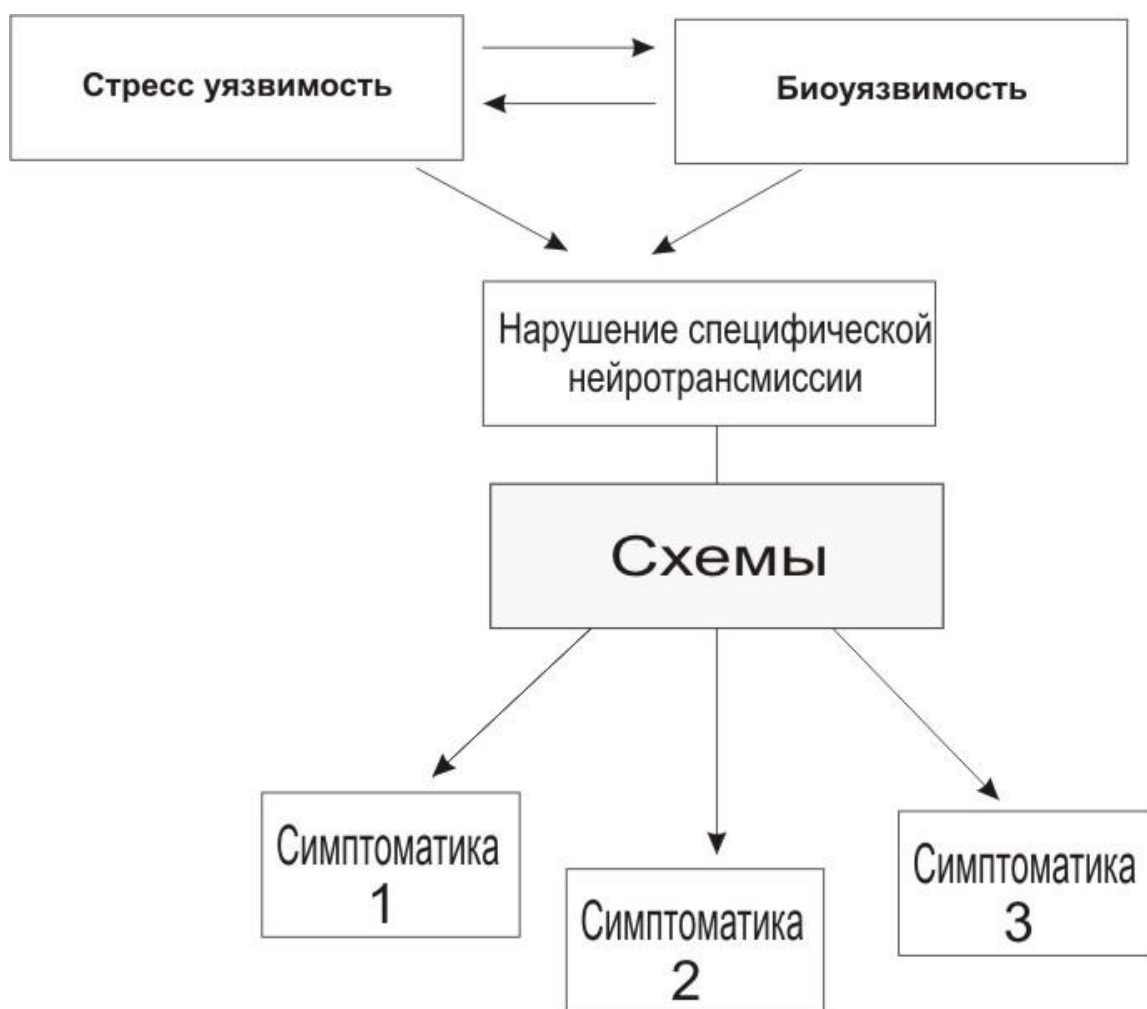


Рисунок № 1

Клинический пример 2

С. вырос в благополучной семье, где основным моментом воспитания была потворствующая опека. Воспитанием маленького С. в большей степени занималась мать. Она никогда не наказывала С., всегда оправдывала, практически любой его поступок, спорила с отцом о необходимости применения метода «кнута», а не только «пряника». Матери вторила бабушка. С. рос избалованным, считал себя выше других, когда в школе получал низкие оценки никогда не отчаивался и не расстраивался, так как считал, что он все равно лучший и его час так, или иначе настанет. Сравнивал себя с такими деятелями как Гитлер, Фриц Перлз, Франц Кафка, Фрейд, которых долго не могли понять и оценить, а те впоследствии «перевернули мир». Очень любил мать, которая прощала все промахи, бегала в школу улаживать проблемы. После школы год находился дома, затем пошел в армию. «Тяготы и лишения» военной службы переносил легко. Писал матери в письмах, что после армии обязательно поступит в военную академию и впоследствии станет генералом. С упоением мечтал об этом. Несколько раз подвергался избиениям со стороны сослуживцев за заносчивость, неуважительное отношение, а так же взысканиям по службе за невыполнение элементарных правил службы, но объяснял это тем, что «я у быдла как бельмо на глазу». Считался одним из худших солдат, когда необходима была дисциплина и правила. С пятого месяца службы осенью стал испытывать «странную усталость», «духовное опустошение», полную невозможность хоть как-то отреагировать на команду «подъем!», снизился аппетит, обессилел. Получил подряд несколько взысканий, стало трудно соображать, постоянно из-за своего состояния испытывал насмешки и издевательства от товарищей. Не мог понять, что с ним происходит. Стал раздражителен. Однажды в припадке ярости схватил табурет и избил сослуживца, за его высказывание, что «большим, чем прапорщик тебе не стать». Эта мысль стала невыносимой настолько, что «все тело горело как огнем», жгло в груди, полностью отказался от еды, резал себе руки с целью унять душевную боль от предполагаемой жизненной неудачи. В таком состоянии был помещен в психиатрическое отделение военного госпиталя, где в течении трех недель интенсивной терапии антидепрессантами была достигнута полная ремиссия

Развившиеся симптомы депрессии в свою очередь, приводят к перцептивным ошибкам и порождает новые депрессивные мысли, что приводит к ряду когнитивных искажений например: «таким я никому не нужен, ни на что не способен», приводит к неадекватным личным социальным контактам, накоплениям социальных проблем, что подпитывает симптомы депрессии, в частности, ухудшает настроение и т.д. Образуется порочные круги (О. Романчук, 2013).

Испытывая депрессивные мысли порождаемые дезадаптивными схемами, например «Я неудачник, жизнь плохая, все безнадежно», создают депрессивное настроение, то есть в конце концов усугубляют симптомы депрессии.

Депрессивные мысли порождают депрессивные действия, например «жизнь плохая, все безнадежно, я никчемный» и т. п., при этом пациент может начать злоупотреблять спиртным и лекарствами, самоизолироваться, сокращать общение, смотреть «черные» фильмы, что в свою очередь способствует усугублению плохого настроения и еще большему нарастанию депрессии.

У пациента с депрессией все больше накапливается неразрешенных проблем и убежденность что ему с ними не справиться. Это ведет к пассивности бездеятельности. От этого растет пессимизм и падает способность к самоорганизации, что неизбежно приводит к накоплению новых проблем, отчего в итоге так же усугубляются симптомы депрессии.

Увеличивается и количество социальных проблем из-за неадекватно, а именно депрессивной оценки себя и окружающих. Депрессивная оценка себя и окружающих ведет к неадекватному социальному взаимодействию и негативной «отталкивающей» реакции окружающих, например: пациент думает «таким я никому не нужен», «с таким как я никто не хочет общаться» и чтобы привлечь внимание к своему страданию, говорит, например, жене: «Я отвратительный, возьми ребенка, и уходи от меня», тем самым совершая неадекватное социальное взаимодействие. Смысл же истинного послания, стоящий за такого рода высказываниями: «Мне плохо! Помоги мне!» не воспринимается. Человек встречает естественное непонимание и негативную реакцию в ответ, которая, «подтверждает» уверенность человека в своей ненужности, что ведет к отчаянию, закрытости и еще большему накоплению социальных проблем, в данном случае — семейных, что без сомнения усугубит симптомы депрессии.

Оценка симптомов депрессии через призму депрессивного мышления (депрессия от депрессии) приводит к тому, что различные симптомы депрессии, например, замедление мышления, падение жизненного тонуса, трудности с концентрацией, рассеянность пациент преломляет сквозь призму депрессивного мышления. Он думает: «Я деградирую», «Наверное, это наступает слабоумие», что еще больше ухудшает настроение. Плохое же настроение напрямую связано с симптомами депрессии.

Работа дезадаптивных схем + биологическая склонность приводят к тому, что депрессивные мысли склонны непрерывно повторяться «как заезженная пластинка», то есть возникает феномен депрессивной руминации, что держит настроение пониженным и может привести как к ухудшению остальных симптомов депрессии, а и при своей неотступности привести к попытке суицида.

Что касается когнитивных искажений, то давно замечено, что «депрессивные пациенты постоянно искажают свое восприятие событий, находя в них подтверждение своей никчемности, негативных взглядов на окружающую действительность и свое будущее. Эти искажения отражают уход от процессов мышления, присущих обычным людям. Например, страдающая депрессией женщина, муж которой однажды поздно вернулся домой, может сделать вывод о том, что муж ей изменяет, хотя реальных доказательств в пользу такого предположения нет. Этот пример иллюстрирует «случайность умозаключений» - пациентка пришла к выводу, который в действительности не подкреплён фактами (Девид Барлоу, 2008). В данном контексте для депрессии наиболее характерными являются следующие когнитивные искажения:

Черезмерные обобщения - огульные заключения на основе единственного отрицательного события. Например исходя из одного неудачного опыта пациент делает вывод, что он глуп и неспособен в целом. Например: "я не могу освоить этот текст, значит, у меня низкий интеллект и я окончательно утерю свои способности".

Избирательное абстрагирование (мысленный фильтр) - сосредоточение на какой-либо второстепенной детали с игнорированием более важных особенностей жизни, например: "я не выполнил эту работу, особенно, если раньше выполнял подобные, значит я неисправимо безответственный человек".

Преувеличение/ преуменьшение - преувеличение незначительно плохих и преуменьшение значительных хороших поступков, или явлений и наоборот.

Персонализация - Одностороннее персонифицированное принятие ответственности за плохие события. Например: «то, что тебя уволили с работы моя вина».

Итак когнитивная модель депрессии это динамическое взаимодействие следующих компонентов:

факторов склонности в виде стресс уязвимости в сочетании с биологической уязвимостью определенных нейротрансмиттерных систем.

факторов склонности «детства» ведущих к образованию дезадаптивных схем. Схемы в свою очередь образуют правила, а так же обуславливают негативные автоматические мысли (НАМи) и когнитивные искажения, и возможно предают синдрому клиническое своеобразие (см. пример рис. № 2)

Согласно принципу «интерактивной системы» образуются определенные поддерживающие течение расстройства циклы.

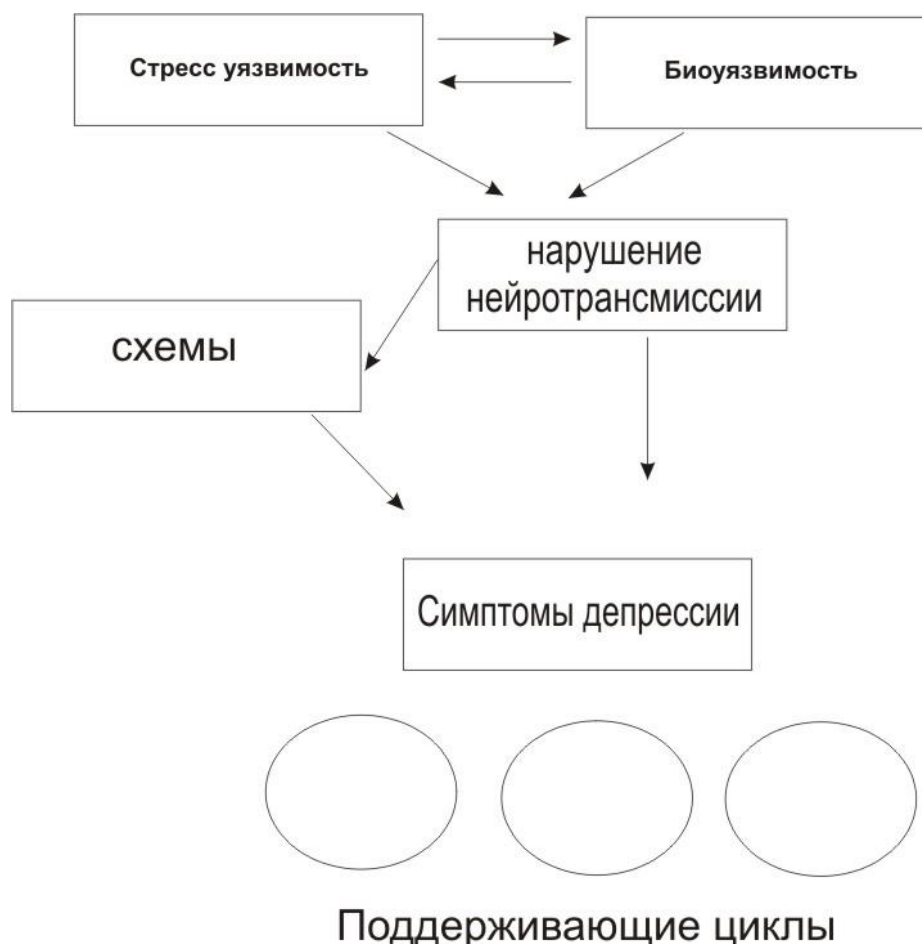


Рис № 2

Эмпирические доказательства эффективности и место КПТ в терапии депрессии

На настоящее время для исследования терапии депрессии проведено 77 исследований среди которых сорок рандомизированных контролируемых исследований (National Collaborating Centre for Mental Health, London, 2004)

Убедительно показано, что КПТ равноэффективна антидепрессантам группы СИОЗС в отношении количества пациентов, которые достигли ремиссии. Степень редукции симптомов была не зависима от степени их выраженности.

Процент людей, которые прекращали КПТ был ниже, чем тех, что прекращали терапию антидепрессантами по разным причинам.

Совмещение КПТ и фармакотерапии при депрессиях умеренной/ тяжелой степени, а так же повторных и резистентных депрессиях существенно более эффективно, чем монотерапия антидепрессантами.

В настоящее время когнитивно-поведенческая терапия является одним из двух методов психотерапии (наряду с интерперсональной психотерапией) который имеет

эмпирические доказательства эффективности лечения депрессии. Например: мета-анализ 28-ми исследований, которые показали, что когнитивная терапия является более эффективной, чем поведенческая терапия или фармакотерапия в лечении депрессии. (Keith S. Dobson 1989)

В связи с этим когнитивно-поведенческая терапия включена в современные протоколы лечения депрессии. Рекомендации американской академии детской и подростковой психиатрии при терапии депрессии (AACAP, 2007). Последние рекомендации NICE, 2009, (предыдущие 2004г):

— при депрессии легкой степени методом выбора считать КПТ (терапии низкой интенсивности (ТНИ), компьютеризированное КПТ, программа самопомощи основанная на техниках КПТ);

— при депрессии умеренной степени и депрессии выраженной степени тяжести, методом выбора является фармакотерапия антидепрессантами (SSRI) или на выбор клиентов — КПТ (терапия высокой интенсивности (ТВИ)), или тинтерперсональная терапия;

— при профилактике рецидивов депрессии методом выбора психологического вмешательства является КПТ.

В последнее время одну из составляющих КПТ депрессии, поведенческую активацию, предлагают использовать как отдельное от КПТ вмешательство для лечения депрессии легкой и умеренной степени тяжести (Isabelle Soucy Chartier, Martin D. Provencher 2013). Рандомизированное исследование (Keith S. Dobson 2008) показало, что поведенческая активация оказалась эффективной не только при лечении депрессии, но и для предупреждения ее рецидивов менее финансово затратна и столь же эффективна как и лекарственное лечение. На основании последних исследований изолированного применения поведенческой активации, в лечении депрессии можно предположить, что постепенно «классическое» КПТ будет в значительной мере замещать поведенческая активация, так как для ее проведения не нужно специально подготовленных специалистов , а это экономически выгодней (Ekers D 2011).

Для предупреждения рецидива широко используется метод Майндфулнедс-ореинтированной когнитивно-поведенческой терапии (МО-КПТ). Как показали исследования Teasdale (2002, 2004) риск рецидива, для пациентов, которые пережили 3 эпизода депрессии и больше, уменьшается в 2 раза после прохождения МО-КПТ. Исследование Kuypen (2008) показало, что частота рецидивов у больных которые прошли курс МО-КПТ была ниже (47%), в сравнении с больными которые получали поддерживающее лечение антидепрессантами (68%). Было так же отмечено, что больные

которые прошли курс МО-КПТ отмечали субъективные ощущения улучшения качества жизни (Романчук, 2013).

Обзор модели когнитивно поведенческой терапии депрессии

Общая схема терапии

1 этап

Обследование в модели КПТ, построение терапевтического формулирования социализация в модель КПТ, установление терапевтических отношений, инсталляция надежды, постановка целей ПСИХОЭДУКАЦИЯ с привлечением значимых других.

2 этап

Ранние когнитивные техники, поведенческая активация, работа с неадекватным социальным взаимодействием, накоплением проблем, когнитивные техники, работа с НАДами, интереперсональные вмешательства, работа с коморбидными расстройствами (если есть).

3 этап

Предупреждение рецидива, работа с дезадаптивными схемами, правилами жизни

Когнитивно - поведенческая модель терапии депрессии вытекает из изложенной в предыдущем разделе модели происхождения и развития депрессии, однако учитывая то, что пациенты с депрессией составляют весьма гетерогенную группу, депрессивный синдром может быть, как самостоятельным заболеванием (рекуррентное депрессивное расстройство, дистимия), так и следствием целого ряда других, в том числе соматических расстройств, где, например, ведущую роль может играть почти исключительно биологический фактор, КПТ депрессии должно быть индивидуализирована, исходить из тщательного обследования клинического случая в целом и основана на обязательном построении индивидуального формулирования и терапевтического плана.

Некоторые особенности обследования и построение формулирования

Учитывая то, что в генезе депрессии есть много факторов, которые должны совпасть, чтобы развилась депрессия (см выше), единой причины возникновения депрессии нет. То есть нет линейной причинно следственной связи, подобно тому как это

бывает в соматической медицине. То есть в случае депрессии для обследования с последующим формулированием целесообразно использовать модель (Д. Вестбрук, 2014). Обследование в модели КПТ отличается от стандартного психиатрического обследования результатом которого есть только установление клинического психиатрического диагноза. В процессе обследования в модели КПТ происходит своеобразное сотрудничество с пациентом результатом которого есть выяснение таких вещей, как неспецифические «депрессивные» НАМи, наличие и содержание депрессивной руминации, уровня жизненной активности, коупинг-стратегий пациента: (прибегает ли к депрессивным действиям), каким образом справляется с проблемами, общение с друзьями, сослуживцами, нюансы общения с близкими родственниками, важен уровень понимания пациентом и отношения к тому что с ним происходит. Учитывая что пациенты страдающие депрессией, особенно впервые, испытывают сильную тревогу, непонимание, что с ними происходит, страх сойти с ума, воспринимают некоторые симптомы депрессии как начинающееся слабоумие, что повергает их в страх и отчаяние (депрессия от депрессии) поэтому возрастает роль психоэдукации выступающей по сути, как терапевтическое вмешательство приводящая, при грамотном определении «мишени» к нормализации симптомов. Например: разъяснение пациенту, что замедление мышления, невозможность вдуматься в «элементарные вещи», «потеря памяти» есть не более, как симптомы идеаторной заторможенности столь характерной для депрессии - существенно улучшает состояние пациента, уменьшает тревогу, повышает надежду на выздоровление. В процессе обследования терапевт рассказывает пациенту о модели КПТ, рассказывает про структуру терапевтической сессии, среднюю длительность, при необходимости знакомит с результатами исследований по эффективности КПТ в терапии депрессии, что помогает инсталлировать надежду. Терапевт рассказывает о роли каждого из участников терапии (в том числе родственников), акцентирует внимание на активной роли пациента (на выходе, пациент - сам себе терапевт). В подавляющем большинстве случаев психоэдукация проводится так же с родственниками пациента, так как зачастую своими действиями они (пусть и из добрых побуждений) могут усугублять состояние больного, а в отдельных случаях даже провоцировать суицидальные попытки.

Особенности.

Основные факторы склонности при депрессии биологическая склонность и ранний опыт приведший к формированию дезадаптивных схем и правил жизни (промежуточных убеждений)

Критические случаи при депрессии имеют особенность. Вначале они «яркие», связаны с неудачами, потерями, разочарованием в себе, отвержением, иногда критическим случаем выступает возраст, точнее экзистенциальный дискомфорт жизнь прошла, а я так ничего и не успел» и т.п.

При первом эпизоде депрессии, как правило всегда можно найти четкий «яркий» критический случай, с каждым же последующим депрессивным эпизодом роль критического случая становится все меньше. На последующие эпизоды возможно вообще не найти критического случая, то есть депрессия может возникать аутохтонно. (О. Романчук, 2012).

Пример обследования и первого этапа терапии в представленном выше клиническом случае.

сессии 1-5 (стандартное обследование, обследование в модели КПТ, построение формулирования, психоэдукация/ нормализация симптомов, социализация в модель КПТ, постановка целей)

Обследование Кирилла включало стандартное психиатрическое обследование с целью установления диагноза, проведением дифференциальной диагностики, поиску возможных коморбидностей.

В результате обследования был установлен основной диагноз депрессивный эпизод средней степени тяжести, резистентный к психофармакотерапии.

Сопутствующий диагноз паническое расстройство в анамнезе, тревога за здоровье (элементы).

Затем было проведено обследование в модели КПТ, с использованием модели (Вестбрук Д. 2014) и в силу обстоятельств (субъективно тяжелое состояние пациента, резкое неприятие терапии при попытках работы с факторами склонности, схемами и т. п.) проходило постепенно. То есть изначально было сфокусировано на поддерживающих процессах и специфических НАДах, триггерах, ресурсах, описании проблемы, поиске критического случая.

Для обследования пациента использовались шкалы и опросники:

Шкала рабочей и социальной адаптации WSAS,

Шкала депрессии Бэка,

Опросник PHQ – 9,

Опросник YSQ - L3.

На первом этапе обследования в модели КПТ было выявлено следующие :

Проблемы:

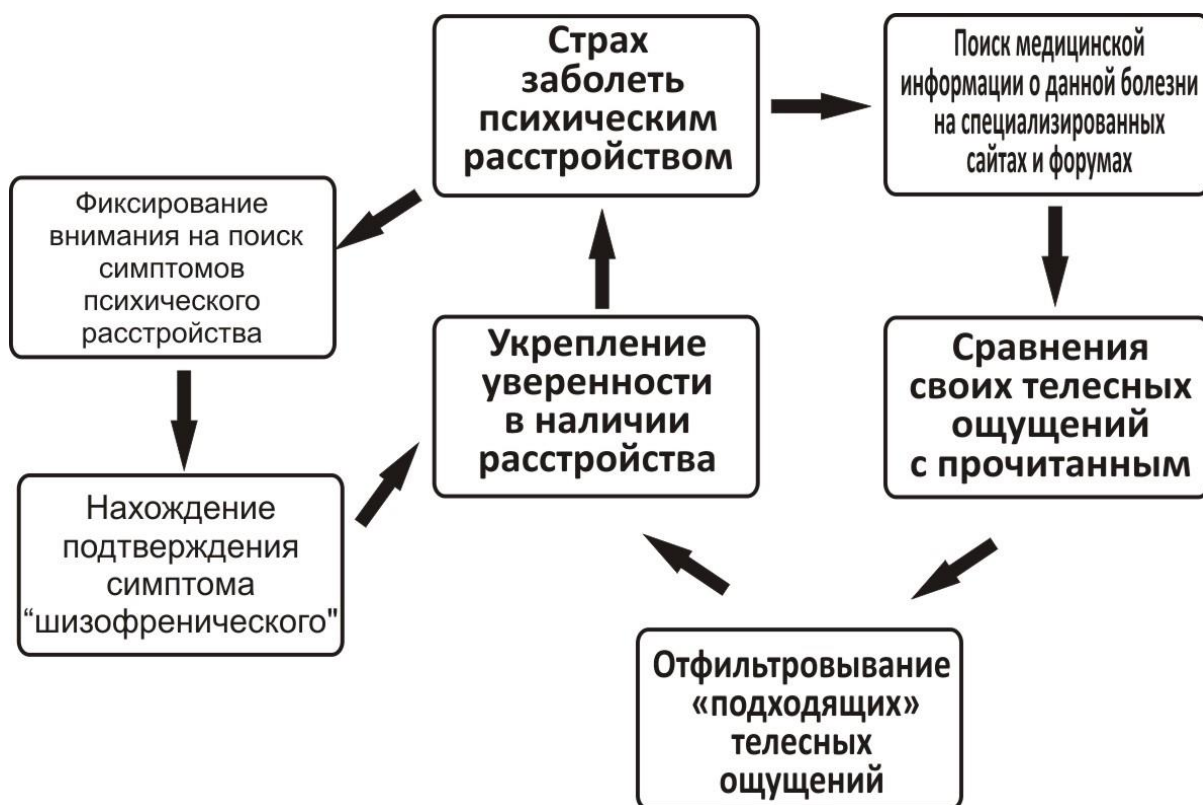
1. Депрессия средней тяжести (показатель по шкале Бэка - 29 баллов; PHQ –9 – 18 баллов).

2. Тревога за здоровье: Страх заболеть шизофренией или другим психическим заболеванием.

Были выявлены следующие когниции, эмоции, поведение и поддерживающие процессы:

Не понимая, что с ним происходит Кирилл приписывал данное состояние к нераспознанной психической болезни (шизофрения, биполярному аффективному расстройству, "личностной деградации") при этом совершал постоянные перепроверки например: испытав явление похожие на дереализацию и подозревая, что это симптом шизофрении активно искал соответствующую медицинскую информацию, поиск осуществлял в основном в интернете. Находя там подтверждающую "информацию", что дереализация может являться одним из признаков шизофрении, вспоминал что испытывал очень похожие симптомы, что, в свою очередь, укрепляло его уверенность в том, что он болен шизофренией. (поддерживающий цикл №1)

Кирилл постоянно испытывая страх шизофрении, все время фокусировал внимание на своих симптомах и постоянно что то находил в них что-то "шизофреническое", что укрепляло его уверенности в наличии заболевания. (поддерживающий цикл №1)



Поддерживающий цикл № 1.

Испытывая постоянно депрессивные мысли, которые Кирилл разделил на основные 3 темы:

1. отношения с дочерью ("Я плохой отец", "я не достоин быть отцом", "моя дочь несчастна из-за меня");
2. отношения с женой ("я плохой муж и недостойный человек", "я не на что не способен, какой смысл жить");
3. связанные со страхом сойти сума ("это состояние никогда не закончится, в конце концов сойду сума", "рано или поздно не выдержу и что-то с собой сделаю").

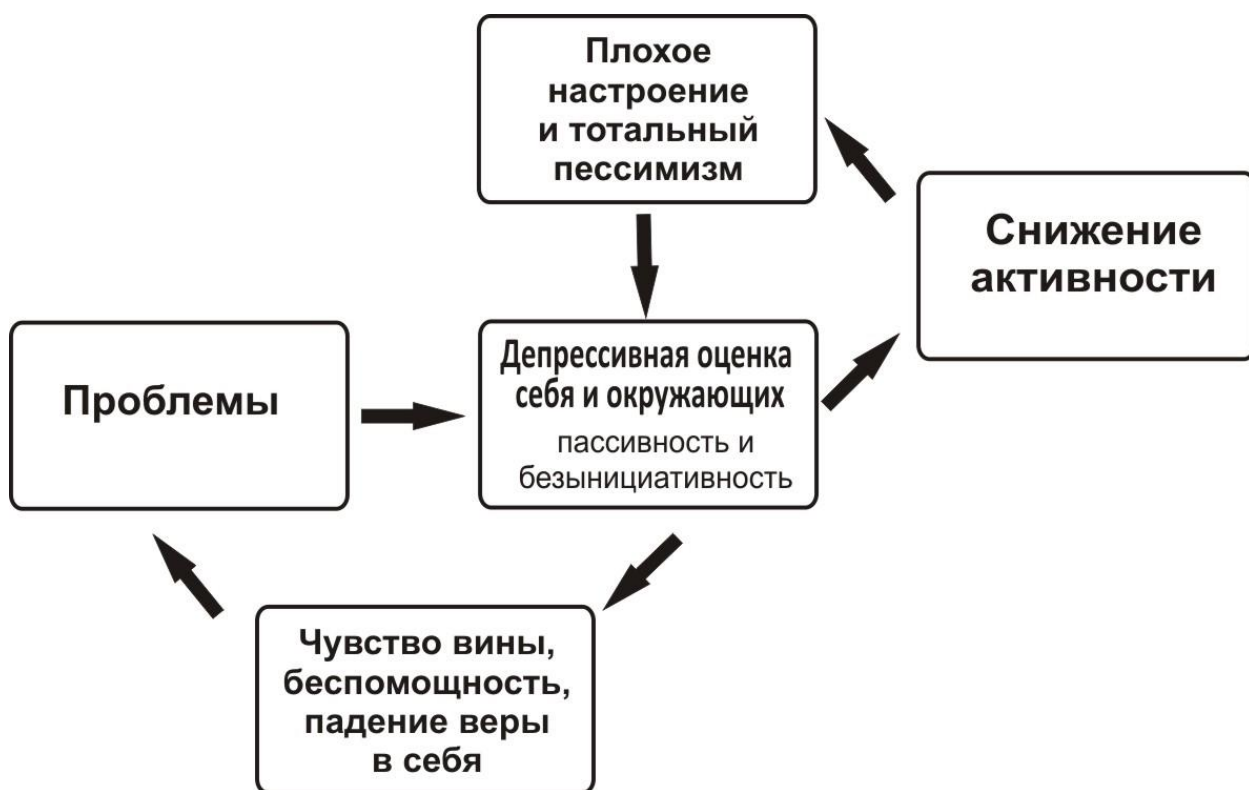
При этом, чтобы получить временное облегчение Кирилл совершал следующие действия: пил много спиртного (до отключи), выпивал 2-3 дневные дозы прописанных врачом транквилизаторов, часто комбинирую одно с другим, то есть совершал депрессивные действия, что в свою очередь усиливало симптомы депрессии, в частности еще больше снижало настроение. (Поддерживающий цикл № 2)



Поддерживающий цикл № 2

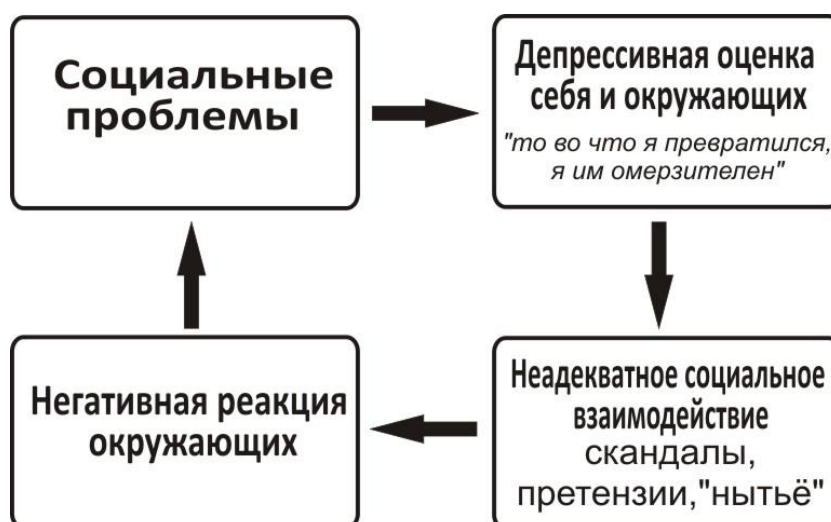
Кирилл был уверен, что стоявшие перед ним проблемы (на работе, в семье) он решить не в состоянии, в отношении проблем проявлял пассивность и безынициативность, из-за этого начинал винить себя, чувствовать беспомощность, и в конечном итоге это привело к падению веры в себя и чувству беспомощности, как следствие еще большему накоплению проблем и появлению новых. (Поддерживающий цикл № 3).

Плохое настроение и тотальный пессимизм, лишали Кирилла желания что-либо делать, так как он не видел в этом смысла ("Зачем что-либо делать, ведь все равно ничего хорошего не получится"). Что привело к уменьшению практически всех активностей, в частности тех, что ранее доставляли удовольствие. (Поддерживающий цикл № 3)



Поддерживающий цикл № 3

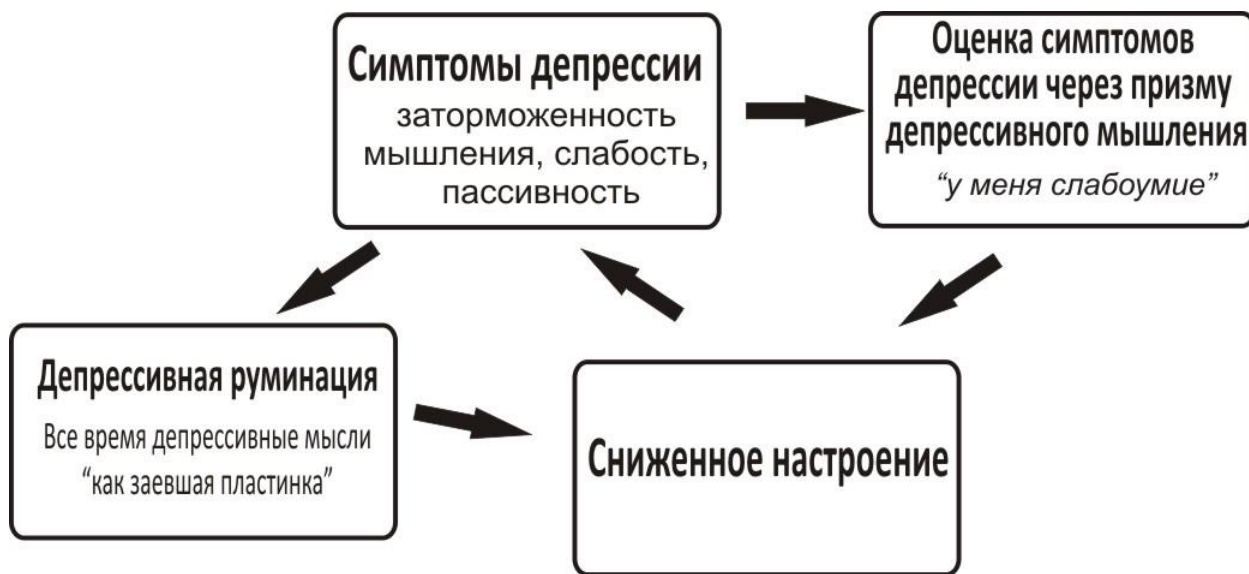
По сколько Кирилл практически "свернул" всю социальную активность: перестал общаться с друзьями, минимизировал контакты с женой и дочерью, и был уверен, что в силу его состояния "то, во что я превратился, таким я им омерзителен". Кирилл пытался привлечь к себе внимание путем скандалов, претензий, "нытья", что в свою очередь вызывало негативную реакцию у близких. (ПЦ№:4)



Поддерживающий цикл № 4

Испытывая симптомы депрессии, а именно заторможенность мышления, трудность в мыслительной концентрации, слабость, пассивность, Кирилл оценивал это, как начало серьезного психического заболевания, от депрессии до слабоумия. Что постоянно ухудшало настроение. (Поддерживающий цикл № 5).

Депрессивные мысли постоянно "крутились" в его голове, как заезженная пластинка, которую невозможно было остановить. Что постоянно поддерживало сниженное настроение и соответственно симптомы депрессии. (Поддерживающий цикл № 5).



Поддерживающий цикл № 5

Критический случай - обнаружить не удалось: болезнь надвигалась медленно, исподволь, Кирилл не мог вспомнить каких-либо значимых травмирующих событий. В данном случае можно предположить, что данный эпизод не первый.

Ресурсы у Кирилла практически отсутствовали ("Забываюсь только во сне").

Триггерами выступали любые мелкие проблемы: поломка машины, мелкая потеря предметов, ссора с женой, вид счастливых людей, советы окружающих по типу "взять себя в руки".

Во время обследования с пациентом удалось установить хороший терапевтический контакт и доверие, что дало возможность приступить к обследованию прошлого и сбору информации о факторах склонности. Можно предположить нейробиологическую склонность. На основании того, что удалось выяснить, что тетя по линии матери, страдала каким-то психическим (не установленным) расстройством и покончила жизнь самоубийством. В детстве Кирилл воспитывался в обстановке, где практиковалось жесткое отношение к детям, постоянное обесценивание (неспособный, глупый, некрасивый, негативное сравнение с другими детьми) привело к неудовлетворению

базовых потребностей в принятии, безопасности и защите и сформировало и поддерживало (булинг в школе). Была выявлены следующие дезадаптивные схемы: эмоциональная депривация - 39 по L3 (очень высокий), схема дефективности / стыда 38 по L3 (очень высокий).

Основные правила и коупинг стратегии (кратко):

схема эмоциональной депривации → правило: "таким, как я есть, я никому не нужен, любви не существует, все бросят, никто не придет на помощь, поэтому надо полагаться только на себя, быть самодостаточным".

Коупинг стратегии: избегание, гиперкомпенсаций.

Схема дефективности → правило: "если передо мной стоит задача, я обязан ее выполнить, если не выполняю – я никто и не достоин жить", "это я не сделаю и браться не буду"

Коупинг стратегии: избегание, гиперкомпенсация.

В процессе работы над формулированием (3-5 сессии) проводилась целенаправленная психоэдукация, относительно симптомов шизофрении, и других "больших" психических расстройств, а так же психоэдукация про симптомы депрессии, причины их появления, типы депрессивных расстройств, длительность и течения депрессии, данные об исследовании эффективности КПТ в лечении депрессии, разъяснение основной роли поддерживающих циклов, для получения быстрого результата (облегчение). Так же происходила социализация в модель КПТ.

Учитывая тяжесть состояния Кирилла, а именно существенные трудности с концентрацией внимания, восприятием материала, идеаторную заторможенность, по началу восприятие материала было затруднено. Однако Кирилл довольно активно сотрудничал с терапевтом в составлении формулировании, постановки целей терапии и выполнении домашних заданий связанных с отслеживанием НАМей, проработке литературы для самопомощи, при этом на 4 сессии впервые сказал, что у него появилась хоть какая-то надежда на излечение.

На 5 сессии были совместно установлены цели терапии:

1. Полная редукция, или существенное ослабление симптомов депрессии.
2. Избавится от страха заболеть шизофренией или другим психическим заболеванием

2 Этап терапии.

На втором этапе терапии в зависимости от симптомов, мишеней, которые находятся, как составляющие в поддерживающих циклах, нужно провести:

1. Поведенческая активацию, которая включает в себя мониторинг, градуированное назначение заданий и др. Данные вмешательства эффективны при наличии поддерживающих циклов, которые связаны с снижением активности. Задача состоит в том, что необходимо вернуть пациенту:

- а) активности, ведущие к решению проблем (социальных, бытовых и т. п.)
- б) вернуть позитивные активности (приносящие удовольствие)

Это важнейший компонент терапии, когда поведение существенно изменено. При некоторых депрессиях, эти вмешательства могут быть лишними, то есть, там где нет данного поддерживающего цикла - нет работы (модульный подход). При тяжелых депрессиях эти техники, зачастую единственное, что можно делать вначале терапии, так как классическую когнитивную работу при тяжелых депрессиях, из-за сильной идеаторной заторможенности проводить бывает практически бесполезно. Важно отметить, что при тяжелых депрессиях в планировании активности и ее реализации очень важна помощь родственников, которых целесообразно активно приобщать к терапии.

2. Ранние когнитивные техники - это такие техники, которые относительно легкие в освоении и исполнении, в том числе при тяжелой депрессии. Направлены, на разрыв циклов с депрессивными мыслями. А именно на уменьшение депрессивной руминации, то есть уменьшение "думания" депрессивных негативных автоматических мыслей (НАМ) путем отвлечения и игнорирования. Они не меняют содержание мыслей, а меняют убежденность в правдивости НАМей и по сути являются техниками Майндфулнес, например: техника "Радио "Голос депрессии".

3. Следующая группа техник применяется при наличии цикла "накопления проблем". Это техники планирования, разбивки дня, техника "решение проблем" (Джудит С. Бэк 2006), техника "принятия решений". Данные техники, при тяжелых депрессиях, лучше применять осторожно, акцент лучше делать на временном маратории, принятия важных решений, то есть принятие важных решений только после минования депрессии, естественно кроме ситуаций опасных для жизни и здоровья.

4. Классические когнитивные вмешательства: работа с НАМи, когнитивными искажениями, когнитивная реструктуризация, поведенческие эксперименты, то есть классические техники при лечении депрессии. Хорошо работают при депрессиях средней тяжести, или при не резко выраженной идеаторной заторможенности.

5. Интерперсональные вмешательства. Помогает разорвать цикл "неадекватное социальное взаимодействие".

К ним относятся:

- а) психоэдукация, разъяснение сути депрессии родственникам;
- б) активное приобщение родственников к терапии (планирование активности, придерживание распорядка дня, совместное разрешение конфликтов);
- в) если страдающий депрессией находится в одиночестве, что ухудшает симптомы депрессии, проводится обучение социальным навыкам: знакомства, общения, разрешения конфликтов, навыков поиска работы и т. п.

6 Обязательный мониторинг суицидального риска.

Пример протекания второго этапа терапии в представленном выше клиническом случае Кирилла

Сессии 6 – 24 (ранние когнитивные техники, поведенческая активация, классические когнитивные техники, интерперсональные вмешательства, работа с коморбидным расстройством)

Сессии с 6 по 8 были сконцентрированы на работе с коморбидным расстройством, а именно тревогой за здоровье, страхом шизофрении (поддерживающий цикл №1) . Как сказал Кирилл, это очень мучает, мешает сосредоточиться, приносит тревогу. «В интернете нахожу похожие симптомы, понимаю, что делаю неправильно, но ничего не могу с собой поделать». В течении двух сессий с Кириллом была проведена повторная расширенная психоэдукация относительно симптомов шизофрении, затем проводилась классическая когнитивная работа (сократовский диалог, техника «за и против». При этом он не должен был читать, какую бы ни было (кроме «серьезной») литературу, посещать Интернет форумы. В результате в течении пяти дней страх заболеть шизофренией полностью прошел (2 балла по 10 бальной шкале против 9 баллов изначально) и более не рецидивировал по крайней мере в течении года. Поскольку страх был напрямую связан с симптомами депрессии, то можно надеяться на окончательную его редукцию.

Начиная с 9 сессии с пациентом были начаты ранние когнитивные техники, так как основной проблемой, особенно по утрам он определил депрессивную руминацию (поддерживающий цикл №5, 2). Какое-либо логическое воздействие на данное явление со стороны пациента было совершенно бесполезным. Совместно было принято решение о применении техник связанных с отвлечением.

Была использована техника «Радио»

Вначале с пациентом была проведена повторная, расширенная психоэдукация относительно депрессивной руминации. Неадаптивные автоматические мысли, которые «подобно заезженной пластинке» преследовали пациента, были условно названы «передачей». Так как пациент страдал выраженной идеаторной заторможенностью для объяснения была выбрана метафора, а именно: депрессия радиоточка, которая ведет очень негативную редакционную политику она «ищет» только плохие «новости», она искажает факты, ибо там работают редакторы, специально работающие на то чтобы все подавать в негативном свете. В настоящий момент мы еще не можем влиять на этих редакторов, но нам важно, чтобы не действовала «депрессивная пропаганда», потому что если ее слушать все время, то это имеет негативное воздействие на настроение и, соответственно симптомы депрессии.»

Техника делалась в четыре этапа:

Шаг первый (до) - Пациент определял основные «хиты», то есть, в данном случае, поток негативных автоматических мыслей связанных одной темой. У Кирилла их оказалось три:

1. отношения с дочерью ("Я плохой отец", "я не достоин быть отцом", "моя дочь несчастна из-за меня")
2. отношения с женой ("я плохой муж и недостойный человек", "я не на что не способен, какой смысл жить").
3. связанные со страхом сойти сума ("я постоянно в этом состоянии (депрессии) и мне никогда не выбраться из него").

Были составлены соответственно три купинг карточки по количеству тем-«хитов».

Шаг второй (во время) - во время руминации Кирилл должен был распознать «хит» использовать купинг-карточку и прекратить «слушать».

Шаг третий - принятие решения, на что переключить внимание (для чего заранее был составлен план элементарных активностей).

Если начинала преобладать руминация, Кирилл возвращался к шагу второму.

На сессии была проведена репетиция, где терапевт выступал в роли «радио».

В течении недели Кирилл пробовал данную технику и отслеживал уровень тревоги и чувство безысходности, а так же активность, так как руминация практически полностью ее блокировала.

На 11 - 12 сессии он определил уровень тревоги как 7 против 10 изначально, безысходность как 5 против 10 изначально («хоть что-то действительно помогает»), уровень активности определил как неизменный, хотя отметил, что «стал более свободным». На этой же сессии была проанализирована типичная повседневная

активность Кирила, которая оказалась на минимальном уровне 2 из 10-ти: «только три часа на работе и то если заставляю себя, остальное делает продавец». Совместно было обнаружено так же, что основные семейные ссоры проистекают именно из за недостаточной, а по словам жены: «вообще отсутствующей» активности. Около года Кирил обещал починить потолок, привести новую Мебель, хотя бы периодически гулять с дочерью, около полугода не ходил с женой в магазин, отчего она носила все сама, сексуальные отношения «забыл, когда и были». Была проведена еще одна короткая психоэдукация про роль активностей, накопления проблем, неадекватного социального взаимодействия в существовании депрессии. Совместно был разработан план полезных (от которых пациент получал бы хоть минимум удовольствия) действий на каждый день. Получилось, что Кирилл в состоянии проявлять активность (мелкая работа по дому, помощь по хозяйству) не более сорока минут в день. Эти сорок минут были разбиты на четыре десятиминутки и вписаны в план обязательного выполнения на день. Для удобства был совместно разработан «дневник активности» в который Кирилл должен был записывать в течении дня любые (а не только запланированные на сессии) активности. (Разрыв поддерживающих циклов № 3, 4)

Жене Кирилла было предложено присоединиться к терапии, на что она дала согласие. (Разрыв поддерживающего цикла 4)

Следующая 13 сессия проводилась с женой пациента Ириной. Она рассказала, что чувствует себя совершенно одинокой и ненужной Кириллу «я для него просто пустое место», за последний год он никуда с ней не ходил, а если вместе встречались с родственниками, то «неумеренно пил», или «распускал нюни». Совершенно не уделяет внимание дочери, «не могу пойти на работу из-за этого». При попытке провести психоэдукацию, про роль родственников в лечении сказала, что все это давно знает, но от этого не легче. Сказала, что если бы видела хоть малейшее «движение навстречу» стала бы всячески помогать и вообще относится к Кириллу гораздо лучше, «просто устала уже как собака и нив о что уже не верю, но если бы стал делать хоть что-то однозначно пошла бы навстречу». В конце разговора сказала, что тайны из своего мнения не делает и если это поможет содержание разговора можно передать Кириллу.

14 сессия была посвящена видению Кириллов своих отношений с женой. Он признался, что постоянно терзается чувством вины, так как «почти во всем жена права», но депрессия не дает ничего сделать. Кириллу было предложено это проверить, а именно видоизменить поведенческую активность таким образом, чтобы «угодить» жене. Например, подойти к ней и сказать: «я не в состоянии ездить в магазин более одного раза в неделю, но хочу тебе хоть как-то помочь, давай заранее выберем день».

Модифицировать каждодневную сорокаминутную активность таким образом, чтобы сделать что-то по дому, что давно обещал, например: чинить потолок, заниматься дочерью.

В итоге совместно был выработан следующий общий порядок действий: при возникновении депрессивной руминации с помощью коупинг карточки распознавался «хит», например «я плохой муж», после чего Кирилл должен был игнорируя «радио» предпринять сорокаминутную активность в починке потолка, мытье посуды при этом замечать реакцию Ирины. Кирилу было предложено вести «дневник достижений» в качестве домашнего задания.

На следующей 15 сессии была посвящена по просьбе пациента подведением итогов четырех предыдущих сессий, он впервые отметил улучшение настроения, которое связывал с некоторым потеплением в отношениях с женой, рассказывал, что за последние полтора года между ними впервые был секс, который принес удовольствие. Однако заметил, что улучшения настроения длились недолго, опять приходили неотвязные мысли, которые буд-то отнимали силы. Особенно тяжкие состояния были по утрам. В один из дней был подчиненными срочно вызван на работу в связи с милицейской проверкой и заметил, что если вообще ни о чем не думать, то «такое состояние как будто выздоровел». Стал регулярно применять технику «голос депрессии» и заметил, что с каждым разом получается все лучше. В один из дней удалось полностью «оторваться» от руминации и заниматься домашними делами. В частности заказал и привез мебель, которую они с женой давно договаривались поставить на место старой, потом до ночи все вместе гуляли, ходили в кино, где последний раз были полтора года назад.

На следующий день плохое состояние вновь «накрывало с утра», то есть руминация «убивающая» желания и соответственно активность. Чтобы «раскачаться», а именно применить техники майндфулнес с переходом на активность требовалось около сорока минут.

Учитывая то, что активность пациента согласно анализа записей в дневнике активности стала 70 против 10 изначально, настроение 60 против изначально 30, со слов пациента «прошел туман, стало легче соображать».

с 16 по 19 сессию с пациентом проводились классические когнитивные техники. Были взяты основные темы - «хиты». С пациентом последовательно проводился классический сократовский диалог и работа с бланком НАМей вначале на сессии, затем в качестве домашнего задания. В результате произошли следующие изменения: вера в высказывание «я плохой отец» упала с 90 до 30, при этом значительно упало сопровождавшее эту мысль чувство вины 20, против 95. НАМ «я плохой муж»

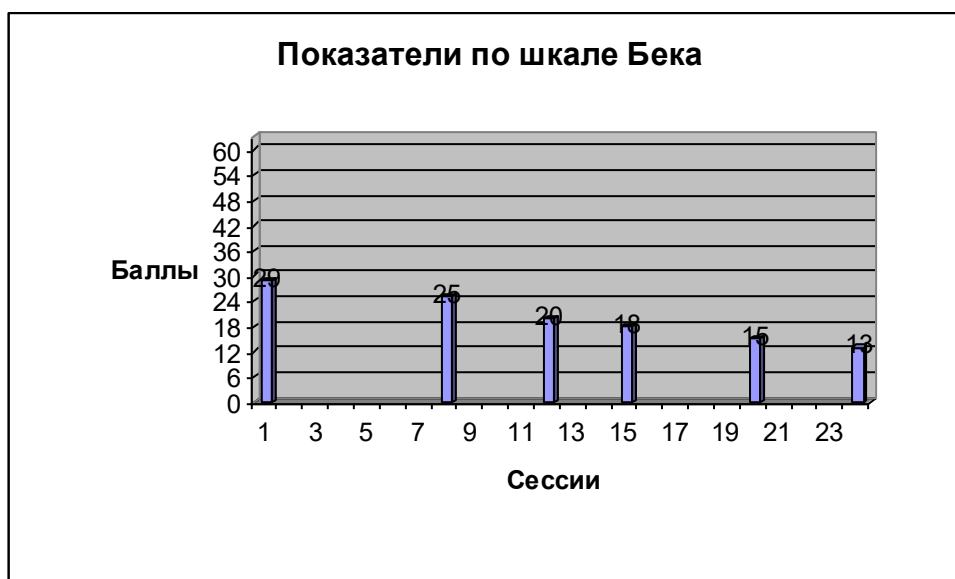
подвергалось работе с бланком тестирования мыслей только 2 раза в течении 7 дней после чего Кирилл признал, что в этом больше нет необходимости, так как «никакой логики в этом нет одни эмоции».

На 20 сессии по просьбе пациента был произведен анализ целесообразности приема каких-либо лекарственных препаратов (на момент терапии Кирилл продолжал принимать альпразолам, но обнаружил, его совершенную бесполезность). По просьбе пациента была проведена психоэдукация по о психотропных средствах, показаниях, противопоказаниях, побочных эффектах, механизме действия, методиках отмены. Им самим была разработана и одобрена терапевтом методика полного отказа от альпразолама, одновременно учитывая доказательную базу эффективности определенного рода физической активности, как при планомерном отказе от психотропных средств, так и при облегчении симптомов депрессии совместно была разработана программа работы в тренажерном зале, который Кирилл начал посещать вместе с женой.

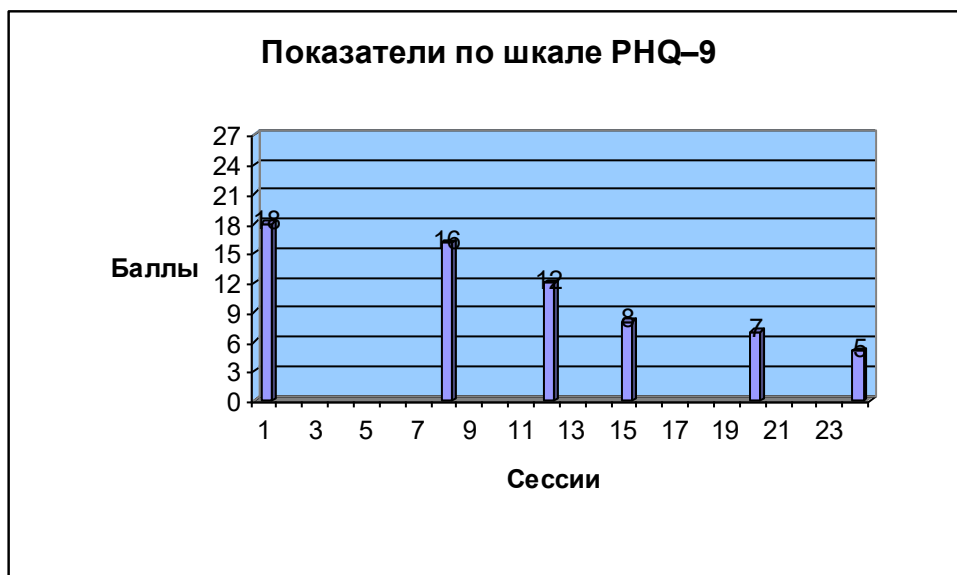
На 24 сессии было новое подведение итогов, свое состояние Кирилл осторожно оценил как «очень даже терпимое». Он вдвое больше и с видимым удовольствием работал, значительно улучшил отношения с женой, постоянно помогал ей, поправил физическую форму, сделал дома косметический ремонт, стал встречаться с друзьями, полностью прекратил прием лекарств, добивался снятия с диспансерного психиатрического учета.

На 24 сессию:

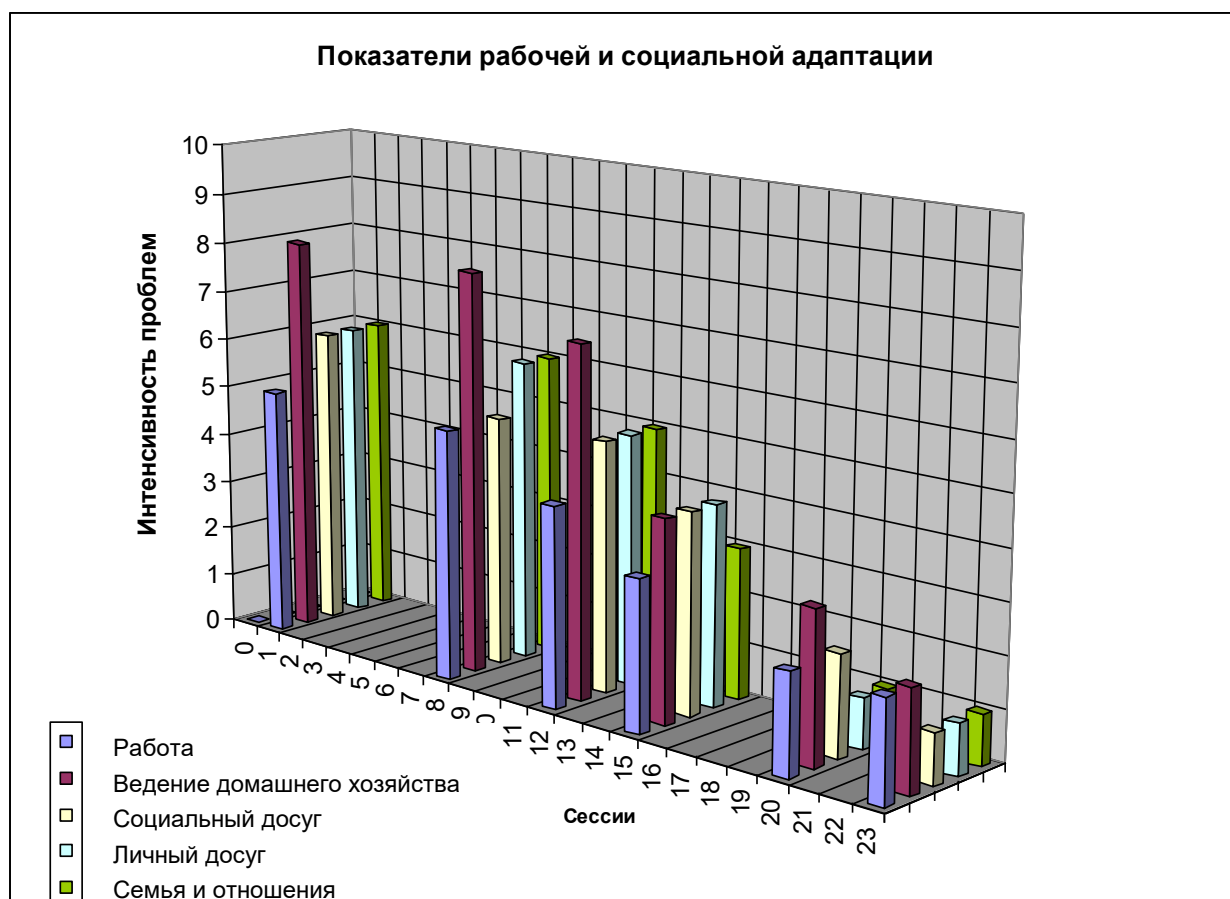
Показатели по Шкале Бека 13 баллов



по шкале PHQ –9 – 18 баллов.



Шкала рабочей и социальной адаптации WSAS то же показала значительные улучшения.



После этой сессии Кирилл попросил о перерыве активной работы, так как хотел попробовать «полечиться» сам. Хотя полной редукции депрессивной симптоматики не произошло, но учитывая желание пациента, его мотивацию, хорошую поддержку родных, владение им достаточным набором инструментов для самопомощи (техник работы с

НАМи, ведение дневника, навыков мониторинга, ранних когнитивных техник, техник решения проблем, поведенческой активации и т. п.) активная терапия с пациентом была прекращена.

3-я стадия терапии

Третья стадия, заключительная. Предотвращение рецидива в данном случае могло заключаться в работе с ранними дезадаптивными схемами дефективности, эмоциональной депривации, соответствующими правилами. Эффективны могли бы так же техники майндфулнес, техники оптимального решения проблем, уже освоенные пациентом работа с НАДами, техник решения проблем, поведенческой активации, навыков построения физической активности, в целом благоприятствование интерперсонального климата и т. п.

Стадия предотвращения рецидива, данным пациентом оказалась не востребована в полной мере, однако он просил о ежемесячных сессиях в качестве «психологического подкрепления».

Заключительные комментарии

Данная работа имела целью проиллюстрировать современное понимание когнитивно-поведенческой терапии депрессии и перспективы ее дальнейшего развития. Полезно помнить, что современная когнитивно- поведенческая терапия в том виде, который мы наблюдаем сейчас могла бы не состояться, или же вообще не существовать если бы не желание Аарона Бэка опровергнуть психоаналитическую модель лечения депрессии. То есть рождение когнитивной терапии, как метода происходило именно при попытке найти более эффективную модель лечения депрессии. Без преувеличения можно сказать: терапия Депрессии, это то с чего начиналось современное КПТ. Со времени выхода в свет книги "Когнитивная терапия депрессии" а это более 30 лет было проведено более сорока рандомизированных контролируемых исследований эффективности КПТ депрессии, значительно пополнился арсенал техник. КПТ включена, как метод первого выбора при лечении депрессии в NICE (2004, 2009), рекомендована американской академией детской и подростковой психиатрии при терапии депрессии (AACAP, 2007), разработаны КПТ- вмешательства низкой эффективности и т. п. Но так обстоят дела в Европе, Америке. В нашей стране лечение депрессии производят почти исключительно с помощью психофармакотерапии. Так в Клинических протоколах предоставления медицинской помощи по специальности «Психиатрия» в разделе «активная терапия

депрессивного эпизода» обозначено, что: "когнитивно поведенческая терапия должна назначаться, как можно раньше в сочетании с медикаментозным лечением" в независимости от степени выраженности симптомов, то есть Когнитивно-поведенческая терапия вообще не рассматривается, как метод выбора даже при легкой депрессии и это не смотря на сильнейшую доказательную базу и Европейский и пр. опыт. Иными словами разработчики данных протоколов или не верят данным исследований, или мягко говоря не очень хорошо с ними знакомы. Что уже говорить о врачах диспансера, или стационара, или врачей общей практики. Ориентированных исключительно на психофармакологический подход. В Украине существует медицинская специальность «психотерапевт», подготовка которого в виде специализации длится четыре месяца, за которые обучаемый должен овладеть ВСЕМИ видами психотерапии. По сути такая подготовка является профанацией так как обучение, например одной только психоаналитической терапии может продолжаться до пяти лет. Таким образом складывается довольно парадоксальная ситуация: выпущенные кафедрами психотерапевты таковыми только называются и продолжают лечить депрессивных больных как и лечили до прихода на кафедру, то есть антидепрессантами, практикующие же лечение депрессии, сертифицированные представители различных психотерапевтических школ, являющиеся психологами согласно украинскому законодательству лечить психические расстройства вообще не имеют право, но лечат используя для этого «недоказательные» методы. К чему ведет такое положение дел? В первую очередь к банальному «неоказанию помощи» во многих случаях, к дискредитации профессии психотерапевта, психолога и психотерапии как таковой. Украинский пациент должен быть информирован о том, какую доказательную базу имеет метод, который ему предоставляют, какая средняя длительность курса терапии в его случае и т. п., какие преимущества и недостатки метода по сравнению с психофармакотерапией. В арсенале психотерапевтов МОЗ должен быть хотя бы один метод, имеющий достаточную и убедительную доказательную базу и являющиеся как можно более универсальным (учитывая сжатые сроки подготовки). На сегодняшний день этим требованиям отвечает когнитивно-поведенческая терапия обучить которой в отведенных временных рамках вполне возможно при наличии должного количества аккредитованных преподавателей. Для сравнения курс обучения КПТ –терапевта в Великобритании длится 65 дней на протяжении года (терапия высокой интенсивности) и 25 дней (терапия низкой эффективности) (Д. Вестбрук, 2014). Учитывая широкую распространенность депрессивных расстройств и прогрессивное увеличение их числа задача подготовки КПТ терапевтов в ближайшие пять лет должна быть решена, в противном случае справиться с

«эпидемией депрессии» прогнозируемой к 2020 году в Украине будет значительно сложнее.

Библіографія

1. Когнітивно-поведінкова терапія депресії – Олег Романчук, Лікар-психотерапевт, дитячий та підлітковий психіатр, КПТ терапевт\ супервізор\ викладач (с) УІКПТ, 2013, О. Романчук.
2. КПТ низької самооцінки – Олег Романчук, Лікар-психотерапевт, дитячий та підлітковий психіатр, КПТ терапевт\ супервізор\ викладач (с) УІКПТ, 2012, О. Романчук.
3. Трьохрічна навчальна програма з КПТ «Робота з глибинними переконаннями у КПТ», Річард Охрінг (Richard Ohring, PhD) Bar Ilan University Ramat Gan, Israel, Львів, 25 - 27 травня 2012 (с) D. Westbrook, 2012
4. Психиатрия и психотерапия: справочник/ Герд Лаукс, Ханс-Юрген Мёллер; пер. с нем.; под. общ. ред. акад. РАМН П. И. Сидорова – М.: МЕДпресс - информ, 2010: 65 - 93 стр.
5. Клиническое руководство по психическим расстройствам / Под ред. Д. Барлоу. 3-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 912 с.: ил. 391 - 448 стр.
6. Бек, Джудит С. Когнитивная терапия: полное руководство: Пер. с англ. – М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2006: 169 – 229 стр.
7. Александрова А. А. Психогенетика: учебное пособие. – Спб.: Питер, 2010 – 192 с.: ил. – (Серия "Учебное пособие"). : 89 – 95 стр.
8. Психиатрия: Справочник практического врача / Под ред. А. Г. Гофмана. – М. : МЕДпресс –информ, 2006. – 592 с. : ил. : 145 – 152.
9. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів. – Львів: Видавництво Мс. – 2004. – 208 с. : 12 – 13.
10. Джекобсон Дж. Л. Секреты психиатрии / Джеймс Л. Джекобсон, Алан М. Джекобсон; пер. с англ. ; Под общ. ред. акад. РАМН П. И. Сидорова. – М. : МЕДпресс – информ, 2005. – 576с., илл.: 97 – 103.
11. Журнал «Нейро News: психоневрология и нейропсихиатрия», № 3 (38), Майндфулнес-орієнтована КПТ - новий ефективний метод попередження рецидиву депресії. - Ведучий семінару: Олег Ігорович Романчук - лікар-психотерапевт, дитячий та підлітковий психіатр, керівник відділення розвитку дитини навчально-реабілітаційного центру «Джерело» у м. Львові.

12. Синопис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків / перекл. з англійської; упор. та наук. ред. Леся Підлісецька. (Серія «Психологія. Психіатрія. Психотерапія»). Львів: Видавництво Українського католицького університету, 2014. 112 с.: 54 – 56 стр.
13. Принципы и практика психофармакотерапии: Пер. с англ. С. А. Малярова/ Ф. Дж. Яничак, Дж. М. Девис, Ш. Х. Прескорон, Ф. Дж. Айд мл. – К.: Ника-Центр, 1999. – 728 с. : 224 – 225, 275 – 276 стр.
14. Дейвід Вестбрук. Подолати депресію розлад/ пер. з англ. Діани Бусько; наук. ред. Катерина Явна. (Серія "Сам собі психотерапевт"). Львів: Видавництво Українського католицького університету: Свіадо, 2014. 94с.
15. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнетивно-поведінкову терапію. – Львів: Свіадо, 2014: 80 – 81, 84 – 94, 116 – 130стр.
16. Когнітивно-поведінкова терапія депресії, Олег Романчук, лікар-психотерапевт, дитячий та підлітковий психіатр (Львів), 2007.
17. Keith S. Dobson (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 57, No. 3, 414 - 419.
18. Keith S. Dobson, Steven D. Hollon, Sona Dimidjian, Karen B. Schmaling, Robert J. Kohlenberg, Robert J. Gallop, Shireen L. Rizvi, Jackie K. Gollan, David L. Dunner and Neil S. Jacobson.(2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008, Vol. 76, No. 3, 468–477.
19. David Ekers, Christine Godfrey, Simon Gilbody, Steve Parrott, David A. Richards, Danielle Hammond, Adele Hayes. Cost utility of behavioural activation delivered by the non-specialist. [Br J Psychiatry](#). 2011 Dec;199(6):510-1. doi: 10.1192/bjp.bp.110.090266. Epub 2011 Sep 22.
20. Soucy Chartier I1, Provencher MD. Behavioural activation for depression: efficacy, effectiveness and dissemination. [J Affect Disord](#). 2013 Mar 5;145(3): 292-9. doi: 10.1016/j.jad.2012.07.023. Epub 2012 Aug 9.
21. NICE guidelines. Published date: October 2009. URL: <http://www.nice.org.uk/guidance/CG90/chapter/Introduction>.