

## 18. ДПДГ-психотерапия депрессии

*Всего невыносимей для человека покой, не нарушаемый  
ни страстями, ни делами, ни развлечениями, ни занятиями.  
Тогда он чувствует свою ничтожность, заброшенность,  
несовершенство, зависимость, бессилие, пустоту*  
Блез Паскаль

*Это было блестящее лечение,  
вот только пациента потеряли*  
Эрнест Хемингуэй

### 18.1. Депрессия

Депрессия – это психическое расстройство, характеризующееся патологически сниженным настроением с негативной, пессимистической оценкой себя, своего положения в окружающей действительности и своего будущего [68]. Расстройство известно с древности, с времен Гиппократ, чья гуморальная (жидкостная) теория перекликается с современными взглядами на нейроэндокринные и медиаторные нарушения при аффективных расстройствах [80].

Депрессия описана в священных текстах, ей были подвержены вавилонянин Навуходоносор и израильтяне Саул и Моисей; от нее страдали королева Виктория, президент А. Линкольн, а также многие деятели культуры, такие как В. Вулф, Э. Хемингуэй, Е. Баратынский, Ф. Шопен, И. Левитан и многие другие [38, 81].

В настоящее время депрессия является «модным» заболеванием, особенно в среде подростков, в которой выделиться из общей массы и обрести свою индивидуальность всегда было ценным; в этом смысле депрессия, как и некоторые иные психические расстройства, дает им такой «шанс»<sup>11</sup>. В этом случае «депрессией»

<sup>11</sup> Сомневаетесь в том, что для современной молодежи психические расстройства представляют особый интерес? Тогда посмотрите клип рэп-исполнителя FACE на YouTube под названием «Бургер». Упоминание Психиатрической клинической больницы №1 им. Н. А. Алексеева можно встретить уже на 12 секунде ролика.



Альбрехт Дюрер. «Меланхолия»

могут называть практически любое состояние, связанное с негативными переживаемыми эмоциями.

Депрессия – одна из самых распространенных форм психопатологии, ежегодно более 100 миллионов жителей испытывают

депрессивные расстройства [68], а к 2020 году, согласно прогнозу ВОЗ, она выйдет на второе место после сердечно-сосудистых заболеваний в «рейтинге» расстройств, приводящих к потере трудоспособности [87].

**Диагностика депрессии.** Под термином «депрессия» в настоящее время понимают ряд различных заболеваний: текущий депрессивный эпизод (F32), рекуррентное депрессивное расстройство (F33), депрессивную фазу биполярного аффективного расстройства (F31), хроническое расстройство настроения (дистимию и циклотимию, F34) и депрессивную реакцию [59].

Диагностические критерии депрессивного эпизода [66, 73]:

**А. Основные симптомы:**

- снижение настроения, очевидное по сравнению с присущей пациенту нормой, преобладающее почти ежедневно и большую часть дня и продолжающееся не менее 2 недель вне зависимости от ситуации;
- отчетливое снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями;
- снижение энергии и повышенная утомляемость.

**Б. Дополнительные симптомы:**

- сниженная способность к сосредоточению и вниманию;
- снижение самооценки и чувство неуверенности в себе;
- идеи виновности и уничтожения (даже при легких депрессиях);
- мрачное и пессимистическое видение будущего;
- идеи или действия, касающиеся самоповреждения или самоубийства;
- нарушенный сон;
- нарушенный аппетит.

**В.** В анамнезе не выявлено маниакальных/гипоманиакальных симптомов, отвечающих критериям маниакального эпизода;

**Г.** Эпизод нельзя приписать употреблению психоактивных веществ или органическому психическому расстройству.

С психологической точки зрения у пациентов, страдающих от депрессии, формируется т.н. «когнитивная триада депрессии», включающая в себя три составляющие [5]: негативное представление о себе (больной считает себя ущербным, неадекватным, неизлечимо больным или обделенным; свои неудачи он склонен объяснять якобы имеющимися у него психологическими, нравственными или физическими дефектами), негативный взгляд на мир (пациенту кажется, что окружающий мир предъявляет к нему непомерные требования и/или чинит ему непреодолимые препятствия на пути достижения жизненных целей) и негативное восприятие своего будущего (обращая взгляд в будущее, депрессивный человек видит там лишь нескончаемую череду тяжелых испытаний и страданий; полагает, что ему предстоит постоянно терпеть трудности, разочарования и лишения; в делах ждет неминуемого провала).

По тяжести депрессии принято разделять на три группы [66]: легкие (основные проявления слабо выражены; в клинической картине могут проявляться лишь отдельные черты – утомляемость, нежелание что-либо делать, ангедония, нарушение сна, ухудшение аппетита; депрессивные проявления могут быть замаскированы другими психопатологическими расстройствами, например, тревожно-фобическими, ипохондрическими, вегетативными и др.), средние (основные проявления депрессии выражены умеренно; снижение социального и профессионального функционирования) и тяжелые (доминируют либо тоска, либо апатия, психомоторная заторможенность, тревога, беспокойство, выявляются суицидальные мысли и тенденции; выраженные нарушения социального функционирования, неспособность к профессиональной деятельности; бредовые идеи вины, болезни, двигательная заторможенность вплоть до ступора или ажитация).

По этиологии депрессии принято разделять на соматогенные, эндогенные и психогенные. Эндогенные, как правило, возникают без видимой причины, для них характерна классическая депрессивная триада, переживания часто не соответствуют реальным проблемам человека, обострения состояния лишь иногда связаны с психотравмой, а настроение становится хуже в утренние часы. Психогенные депрессии возникают в результате психической травмы, для них характерны слабая выраженность или отсутствие умственной или физической заторможенности, переживания отражают содержание психотравмирующей ситуации, обострения состояния связаны с психотравмой, а настроение становится хуже в вечерние часы.

**Течение заболевания.** Как правило, заболевание начинается в возрасте 25–35 лет, средний возраст начала депрессивных расстройств – 27 лет, хотя она может возникнуть как в совсем юном, так и в пожилом возрасте [59]. Симптомы обычно развиваются за срок от полугода до двух лет. Примерно 5–10% больных с монополярной депрессией имеют маниакальные приступы спустя 6–10 лет после первого депрессивного эпизода [31].

**Прогноз.** Депрессивное расстройство имеет тенденцию к рецидивированию [59], риск рецидива увеличивается сопутствующей дистимией, злоупотреблением ПАВ, симптомами тревожности, началом в более старшем возрасте. Примерно у 50–85% больных имеет место второй депрессивный эпизод. Приблизительно 50% выздоравливает, у 30% отмечаются умеренные улучшения, а у пятой части – выраженное ухудшение [31].

**Эпидемиология.** Данные по распространенности депрессивных расстройств различаются в зависимости от источника, выборки и года проведения исследования. Г. Каплан и Б. Сэдок указывают на то, что вероятность развития монополярной депрессии составляет 20% у женщин и 10% у мужчин [31]. Р. Комер и Я. Прашко также указывают на схожие данные – 26% и 20–25% у женщин и 12% и 7–12% у мужчин соответственно [38, 59]. А. Б. Смудевич указывает на общую распространенность данного заболевания равную 3% [66], в то время как А. Бек пишет о 12% [5], а Р. Пайс и Р. Шейдер о 4,4–18% [80].

## 18.2. Протокол вмешательства при депрессии<sup>12</sup>

На ДПДГ-протокол работы с депрессией оказала заметное влияние когнитивная терапия, что особенно заметно в том, какое значение в нем придается коррекции системы негативных верований (убеждений) [5]. В целом данный протокол имеет ряд существенных отличий от протоколов работы с тревожными расстройствами.

EMDR-терапия депрессии включает в себя 8 стадий (история клиента, подготовка, оценка, десенсибилизация, инсталляция,

<sup>12</sup> Оригинальный протокол: A. Hofmann, M. Hase, P. Liebermann, L. Ostacoli, M. Lehnung, F. Ebner, C. Rost, M. Lubner, V. Tumani. DeprEnd© – EMDR Therapy Protocol for the Treatment of Depressive Disorders; мы внесли в него некоторые изменения.

сканирование тела, завершение и переоценка) [99]. Рассмотрим эти стадии более подробно.

### СТАДИЯ 1: ИСТОРИЯ КЛИЕНТА

Первая стадия ДПДГ-терапии депрессии включает в себя получение информации о текущем депрессивном эпизоде, травматичных событиях прошлого, депрессивном состоянии, негативной системе верований, а также о суицидальных тенденциях и стрессорах в настоящем и будущем.

#### Текущий депрессивный эпизод

Первая совокупность вопросов посвящена текущему депрессивному эпизоду:

- «*Опишите, пожалуйста, переживаемый вами в настоящее время депрессивный эпизод*»
- «*Что случилось перед тем, как начался этот эпизод?*»
- «*Что его «запустило»? Часто причины, вызывающие обострение депрессии, происходят за месяц-два до ее начала*»
- «*Были ли какие-то потери, разводы или смерти среди значимых для вас людей? Если да, то расскажите мне о том, что случилось*»
- «*Были ли недавно какие-либо события, в которых вы ощущали себя смущенным или униженным? Если да, то расскажите мне о них*»
- «*Есть ли какие-то другие воспоминания, которые связаны с текущим депрессивным эпизодом? Если да, то расскажите мне о них*»
- «*Были ли недавно какие-либо события, в которых вы подвергались физическим или психологическим нападкам, таким как, скажем, травля?*»
- «*Есть ли какие-то травматичные события, связанные с этим эпизодом депрессии? Если да, то расскажите мне о том, что случилось*»

#### История травматичных событий

Следующие вопросы направлены на то, чтобы получить информацию о предшествующих данному депрессивному эпизоду негативных событиях прошлого:

- «*Оглянитесь мысленно назад на свое прошлое, включая детство и подростковый период. Было ли там время, когда вы ощущали себя в состоянии депрессии или хотели покончить с собой? Если да, то расскажите мне об этом*»

- «Когда вы вспоминаете свое прошлое, в том числе раннее детство, были ли там негативные события, сильно повлиявшие на вас?»
- «Есть у вас воспоминания о раннем физическом, психическом и/или сексуальном насилии?»

Если клиент говорит о том, что сталкивался с насилием, то его просят рассказать об этом подробнее:

- «Расскажите мне о наихудшем из случаев насилия»
- «Расскажите, пожалуйста, о наиболее недавнем случае насилия»

Последние два вопроса касаются другого негативного опыта и опыта позитивного:

- «А были ли еще какие-то другие травматичные события в вашей жизни, в которых вы принимали непосредственное участие или были наблюдателем?»
- «После этих неблагоприятных событий в вашей жизни – было ли время, когда вы чувствовали себя хорошо? Если да, то как долго продлился этот период и когда закончился?»

**Примечание:** травматичный опыт может быть разделен на две основные категории: связанный с угрозой для жизни (пребывание при смерти, изнасилование, пытки, автомобильная авария и т. п.) и не связанный с угрозой для жизни (потери, эпизоды, связанные с разрывом отношений с близкими, унижением и стыдом).

### Негативная система верований

В настоящее время нет, пожалуй, ни одного специалиста в области психического здоровья, отрицающего факт наличия у депрессивных пациентов особой когнитивной системы убеждений (верований). Как указывалось выше, она включает в себя негативное представление о себе, негативный взгляд на мир и негативное восприятие своего будущего. Следующие вопросы направлены на выявление негативных верований о себе<sup>13</sup>:

- «Когда вы думаете о себе, какие негативные мысли приходят на ум?»

Каждое из выявленных утверждений (например, «я - ничтожество» или «я – пустое место») может быть рассмотрено как негативное верование, для чего следует задать ряд вопросов:

<sup>13</sup> Для выявления негативных убеждений можно также использовать ABC-анализ (подробнее см. А. Эллис, У. Драйден «Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии». СПб: Издательство «Речь», 2002. – 352 с.)

- «Когда вы задумываетесь о [терапевт озвучивает негативное верование], то какие воспоминания выступают в качестве «доказательства» этого убеждения?»
- «Когда вы задумываетесь о [терапевт озвучивает негативное верование], то с какого самого раннего возраста эти мысли с вами?»
- «Когда вы задумываетесь о [терапевт озвучивает негативное верование], то что «запускает» эти мысли в настоящее время?»
- «Когда вы задумываетесь о [терапевт озвучивает негативное верование], то какие триггеры, связанные с будущим, «запускают» эти мысли?»

**Примечание:** для каждого негативного верования должно быть выявлено как минимум 3 события-«доказательства».

### Депрессивное состояние

Приведенные ниже вопросы касаются депрессивного состояния клиента:

- «Когда вы ощущаете депрессивное состояние, оно является новым для вас или чем-то знакомым с более раннего времени?»
- «Когда вы ощущаете депрессивное состояние, насколько старым оно кажется?»
- «Когда вы ощущаете депрессивное состояние, где и как в теле это чувствуется?»
- «Когда вы думаете о депрессии и вызываемых ей ощущениях, позвольте вашему разуму отправиться в прошлое и найти то более раннее время, когда вы ощущали нечто похожее»

После этого можно создать Карту позитивных и негативных воспоминаний вместе с клиентом:

- «Теперь, обсудив воспоминания о наиболее важных событиях вашей жизни, перейдем к созданию карты. Мы можем разместить позитивные и наилучшие события над линией жизни, а негативные и наихудшие под ней. Я считаю, что весьма полезно видеть важные события жизни человека вдоль его линии жизни. С чего бы вы хотели начать?»

### Суицидальные тенденции

Может показаться странным, но у многих пациентов по мере улучшения состояния повышается риск совершения самоубийства.