

## ПЕРЕКЛАДИ / TRANSLATIONS

УДК

DOI 10.32782/upj/2025-3-2-11

### ПСИХОДИНАМІЧНА ПСИХОТЕРАПІЯ ДЕПРЕСІЇ<sup>1</sup>

Геннінг Шауенбург  
Професор психосоматики, доктор медицини  
Гайдельберзький університет  
м. Гайдельберг, Німеччина

### PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY FOR DEPRESSION

Henning Schauenburg  
Professor of Psychosomatics, M.D.  
University of Heidelberg  
Heidelberg, Germany  
<https://orcid.org/0000-0001-6803-0722>

Переклад – Анна-Марія Котлярова  
Наукове редагування – Звенислава Кечур<sup>2</sup>

**Вступ.** Депресія та меланхолійний стан, з одного боку, – це повсюдна частина людського досвіду. Водночас люди роблять усе можливе, щоб тримати депресивні переживання на відстані, запобігати їм, а в разі потреби якомога швидше долати їх. У цьому сенсі особливого значення набувають численні способи лікування депресії. Це відбувається не в останню чергу тому, що вони тісно пов'язані з різними етіологічними концепціями, які відображають ключові наукові та культурні тенденції протягом історії.

Прагматично вважається, що великий «казан» депресивних станів / епізодів можна розглядати як відносно однорідний сукупний комплекс генетичних, біографічних, навчально-історичних, конфліктних, а іноді й фізичних чинників, аж доки не буде зна-

йдено переконливих доказів для виділення певних підгруп.

Терапевтичні концепції, природно, у певному контексті зосереджуються лише на одному із цих етіологічних факторів, і сподіваємось, що, впливаючи на одну сферу (наприклад, полегшення тривоги за допомогою ліків, подолання соціальної ізоляції шляхом активізації та рефлексії несприятливої поведінки й досвіду), можна позитивно вплинути на загальну структуру.

Нині в терапії депресії часто описують поетапну модель, де спочатку застосовують втручання з меншою терапевтичною інтенсивністю / «дозою». Якщо вони виявляються неефективними, «вступає» більш інтенсивна терапія або комбінація процедур. З іншого боку, психологічні моделі, особливо в психо-

---

<sup>1</sup> Уперше опубліковано у: Schauenburg, H. (2020). Psychodynamische Psychotherapie der Depression. *PSYCH up2date*, 14(01), 15-31. <http://doi.org/10.1055/a-0748-9061>. Публікується з дозволу видавництва Thieme, наданого Українському психоаналітичному журналу.

<sup>2</sup> Перекладено для 17-го семінару освітнього п'ятирічного проєкту «Психосоматична медицина – мистецтво можливого», який відбувся 24–25.05.2025 за участю проф. Шауенбурга.

аналітичній традиції, припускають наявність центральної стрижневої констеляції особистості, що значною мірою визначає схильність до депресії («базовий депресивний конфлікт», див. рис. 1). Часто слід досягти цього ядра і вплинути на нього за допомогою тривалого психотерапевтичного процесу, щоб отримати тривалий захист від депресивних епізодів на додачу до полегшення безпосередніх депресивних страждань.

У літературі існують емпіричні докази для кожного із цих підходів. Перша точка зору наразі пропагується платниками послуг під назвою «ступінчаста допомога», оскільки вона асоціюється з ідеєю контролюваності й економії в умовах дефіциту людських ресурсів у сфері психотерапії. Протилежні позиції застерігають від обмежень терапевтичних показань у складній сфері психотерапії і вказують на необхідність захисту певних вільних рамок у терапевтичних процесах.

Ця стаття має на меті проілюструвати взаємозв'язок між невідкладними й довготривалими аспектами терапії в психодинамічних підходах до лікування та надати аргументи на користь останньої точки зору.

### **Актуальні рекомендації щодо лікування депресії**

Національна настанова з надання допомоги «Уніполярна депресія» (DGPPN, 2015; Meister et al., 2016) дає орієнтацію в загалом дуже заплутаному полі показань.

Якщо коротко підсумувати, то відповідно до цих настанов у разі легкої депресії рекомендується обережна вичікувальна тактика. Такий підхід узгоджується з досвідом, згідно з яким багато депресивних процесів минають більш-менш спонтанно внаслідок контрзаходів, ужитих пацієнтами, які страждають на депресію. Разом із тим терапевтичні заходи рекомендуються щонайпізніше через 14 днів стійкої вираженої афективної пригніченості. Психотерапія зараз є першим вибором у разі *легких депресивних епізодів*. Фармакотерапія не призначається. Винятками можуть бути бажання пацієнта приймати ліки, позитивний попередній досвід такого лікування, стійкі симптоми (наприклад, після психотерапевтичних втручань), а також наявність в анамнезі помірної або тяжкої депресії та необхідність

профілактики її ескалації. У гострій стадії *помірної депресії* антидепресанти та психотерапія вважаються рівноцінними. Таким чином, рекомендації передбачають обидва варіанти лікування. Вважається, що медикаментозне лікування дає швидший ефект, а психотерапія є більш стійкою і сприяє кращій співпраці з пацієнтами.

У разі *важкої депресії* наполегливо рекомендується пропонувати психотерапію на додаток до фармакотерапії.

Далі йдеться про комбіноване лікування, заміну ліків (корисна лише в обмеженій мірі), підтримуючу медикаментозну терапію («аугментація», рекомендується лише літій) та підтримуючу терапію.

У літературі зазначається, що показанням до фармакологічного лікування також можна вважати дистимію та «подвійну депресію».

Усі відомі антидепресанти на сьогодні все ще можна вважати такими, що мають еквівалентну ефективність.

Що стосується поєднання фармакотерапії та психотерапії, то за помірної депресії можна розглянути послідовний підхід. Наприклад, почати з психотерапії і, якщо вона недостатньо ефективна, додати медикаментозне лікування, найпізніше через 6–8 тижнів.

У разі важких депресивних епізодів із психотичними симптомами або симптомами, схожими на психоз (наприклад, депресивний ступор), завжди спочатку призначається адекватна доза антидепресантів і, можливо, нейролептиків.

Загалом важливість психотерапії для лікування депресії особливо підкреслюється в цій настанові. Це відповідає відомостям про характерні для депресії розлади особистості та міжособистісті розлади, а також про високу частоту супутніх психічних розладів, як-от тривога, залежність, біль, розлади харчової поведінки тощо (приблизно у 70 % пацієнтів!), для яких показання до психотерапії зазвичай є обов'язковими.

Що стосується вибору психотерапевтичного підходу, то NVL (Національні рекомендації з лікування) насамперед посилаються на спільні чинники ефективності, притаманні всім методам психотерапії, а також на перехресний вплив методів на результативність.

Рекомендуються всі психотерапевтичні підходи, які входять до переліку затверджених у рамках системи нормативної психотерапії в Німеччині. Інші методи, для яких існують емпіричні наукові докази (клієнт-центрована психотерапія, інтерперсональна психотерапія), також розглядаються як альтернативні. Зазначається, що психотерапія має значно вищий ефект carry-over, тобто довготривалий ефект навіть після її завершення. Крім того, дослідження підтверджують, що найкращою профілактикою рецидиву, навіть після успішного завершення фармакотерапії, є подальша психотерапія.

### Ефективність психодинамічної терапії

Довгий час вважалося, що ефективність психодинамічної психотерапії недостатньо науково підтверджена. Це твердження вже багато років не відповідає дійсності, особливо стосовно депресії. Методологічно обґрунтовані дослідження ілюструють, що психодинамічна психотерапія (зазвичай коротшої тривалості) значно ефективніша, ніж неспецифічне

консультування або лист очікування (огляд Ehrenthal, 2017). Крім того, результати великих метааналізів не виявили відмінностей в ефективності порівняно з когнітивно-поведінковою терапією (наприклад, Driessen та ін., 2015).

### Психодинамічні моделі депресії

Далі розглядаються психодинамічні моделі депресії. Це важливо, оскільки з погляду психодинаміки особистісні та інтерперсональні фактори не тільки є основними причинами депресії, але й використовуються для опису цільових змінних терапевтичних втручань.

Щодо ролі особистості (у значенні сформованої протягом життя сукупності рис характеру, частково пов'язаної зі вродженими особливостями темпераменту, частково – із сталими властивостями, що виникають у процесі подолання й опрацювання специфічних страхів) існують різні традиційні підходи до пояснення ризику виникнення депресії, які будуть викладені нижче (див. Schauenburg, 2017).

Ось, наприклад, базовий депресивний конфлікт (рис. 1).



Рис. 1. Базовий депресивний конфлікт та його наслідки для стосунків (модифіковано за Rudolf 2003)

### Психоаналітичні моделі

У дусі фрейдівського уявлення про те, що внутрішньопсихічні конфлікти можуть призводити до розвитку депресивних розладів, у психоаналізі існує давня традиція роздумів щодо того, які структури особистості пов'язані з особливо високим ризиком депресивних захворювань у стресових ситуаціях (див. також Küchenhoff, 2017). Важливу роль у виникненні депресії відіграє досвід втрати та страждання, які розуміються психоаналізом як прояв краху захисних і компенсаторних можливостей особистості. У своїй праці «Печаль і меланхолія» Фройд описує, чому втрата важливої людини або життєвизначального ідеалу в деяких людей призводить до депресії, та ілюструє, що ключову роль у цьому відіграє внутрішня амбівалентність (щодо особи чи ідеалу), які змушують людину втримувати втрату всередині себе. Це «втримування» супроводжується переживанням безсилля й безпорадності (Фройд, 1917). У цьому сенсі Фройд був першим, хто концептуалізував різницю між нормальною реакцією скорботи (коли втрачене можна відпустити) і депресією, коли втрачене певним чином утримується. Остання пов'язана з відходом від світу, через інтерналізацію знецінювальних емоцій зі зниженням самооцінки і, зрештою, спрямуванням агресивних імпульсів проти себе. Ця риса самозвинувачення пов'язана з інтерналізацією розчарувальних (чи злих) частин втраченого об'єкта, які потім атакують особистість у самій собі. Хронічне відчуття занедбаності, яке відчують депресивні люди, має своє коріння у відповідному, часто прихованому, реальному негативному життєвому досвіді. Ті, хто переживають втрату, несвідомо ідентифікуються з реальними або уявними знеціненнями з боку первинних фігур прив'язаності або з їхніми фантазійними очікуваннями щодо досягнень. Через це ситуації невдачі завжди інтерпретуються як власна провина чи невдача. За звичними самозвинуваченнями та самознеціненням часто приховано звинувачення на адресу колишніх і теперішніх значущих осіб. На додаток до будь-якого досвіду втрати депресивне відчуття безпорадності можуть спричинити також образи,

розчарування, дезілюзії, а також власні особистісні обмеження.

### Депресія в операціоналізованій психодинамічній діагностиці

Пізніше з'явилися також моделі особистості, засновані на припущенні про компенсацію внутрішньої конфліктної напруги та нарцисичної вразливості (Rudolf, 2003; Mentzos, 2009). Тим часом конфліктна вісь операціоналізованої психодинамічної діагностики, яка сягає корінням у психоаналітичну традицію, зазвичай використовується для характеристики особистості пацієнтів із депресією.

Згідно з багатьма дослідженнями, найпоширенішою конфігурацією опрацювання за наявності депресивних розладів є конфлікт між потребою в турботі та прагненням до автономії, що проявляється в активному або пасивному режимі. Цей конфлікт виникає як наслідок надмірної чи особливо вразливої потреби в увазі та турботі (на тлі частково деприваційного досвіду) і описує в активному режимі опрацювання людей, схильних до надмірної самопожертви та турботи про інших (синдром рятівника); у пасивному – тривожно-залежне та покірне ставлення. Інша конфігурація, що сприяє розвитку депресії, виявляється в пасивному режимі конфлікту самооцінки – у людей з особливо вираженою нарцисичною вразливістю, яка проявляється у «випереджувальному» самознеціненні та перфекціоністській самокритиці (вразливий нарцисизм). Але й особи з рисами грандіозного нарцисизму (активний режим опрацювання) можуть за певних обставин стати депресивними.

За низького рівня структурної інтеграції часто виявляються риси конфлікту між індивідуалізацією та залежністю – як в активному, так і в пасивному режимі. Йдеться про людей, які занеджують на депресію в умовах зростаючої ізоляції: або намагаються подолати свій страх близькості шляхом настирливої (псевдо) автономії, або ж повністю зрікаються власної індивідуальності, лише щоб не залишитися самотніми.

На вищому структурному рівні неодноразово зустрічаються констеляції з едіповою моделлю конфлікту, в яких депресія виникає

внаслідок втрати або недосягнення особливих цілей чи бажаної уваги. Крім того, клінічно важливим є існування захисної конфігурації в сенсі переважно активного опрацювання питань контролю та підпорядкування (компульсивний захист), особливо на вищому інтегрованому структурному рівні. У цьому випадку люди намагаються впоратися зі своєю вразливістю за допомогою упорядковувальної поведінки та прагнення контролювати та володіти (OPD working group, 2006, див. також Zell-Roth et al., 2017).

Таким чином, у діагностиці конфліктів за ОПД (операціоналізована психодинамічна діагностика) простежується умовна дихотомія між формами опрацювання та конфліктними констеляціями, що неодноразово описується у традиції особистісної діагностики депресивних станів і яку ми позначатимемо надалі як біполярну типологію. Важливо, щоб посилення на відповідні (ненадійні, вторинні) репрезентації прив'язаності, згадані вище, стали зрозумілими.

#### **Типології біполярних особистостей**

Робота з питаннями сепарації, втрати та відчуження, з одного боку, та автономії і безпеки – з іншого, має давню традицію в психотерапії депресії. Оскільки втрата контакту з групою або виключення з неї є потенційно смертельною небезпекою і загрозою в еволюції, багато людських зусиль спрямовані на те, щоб враховувати цю небезпеку і протидіяти їй. У традиції, яку ми описали вище, є приблизно два способи, як можна протистояти відчуженню, безпорадності та депресії. Через орієнтацію та приналежність до сильніших осіб чи груп або через підкреслену автономію та незалежність, тобто через «об'єкту близькість» чи «об'єкту віддаленість».

В історичних описах особистостей зі схильністю до депресії ця дихотомія постійно повторюється. Засновник когнітивної психотерапії депресії у своїх типізаціях розрізняв «соціотропних» та «автономних» індивідів (Beck, 1987). Арієті та Бемпорад (1984) виявили, що люди з депресивною схильністю часто орієнтуються або на домінуючих інших, або на домінуючий внутрішній ідеал, причому останнє може супроводжуватися певною зовнішньою незалежністю. Блатт

і Цурофф (1974; 1992) у своїй класифікації анаклітичного (залежного) та інтроєктивного (внутрішньо спрямованого) опрацювання цілком відповідали цій традиції. У межах сучасних факторно-аналітичних досліджень особистості також існує зв'язок із двома стабільними конфігураціями особистості – інтерналізацією та екстерналізацією. Майкл Балінт у своїх працях описує «окнофілів» – людей, які прагнуть до знайомого та близького, та «філобатів» – тих, хто почувається безпечно у відкритому (сподіваємося, доброзичливому) світі (Балінт, 1960). Якщо розглянути цю традицію, стає очевидно, що категорії сплутаних (амбівалентних. – Прим. ред.) та унікаючих прив'язаностей добре узгоджуються із цією ідеально-типовою дихотомією. Мікулінсер із колегами (2003) описали сплутані моделі прив'язаності як результат «гіперактивованої психофізіологічної системи прив'язаності», тоді як унікаючі стратегії прив'язаності характеризуються деактивованими психофізіологічними реакціями. Перші можна пов'язати із соціотропними, анаклітичними чи орієнтованими на домінуючих інших підходами опрацювання досвіду, другі – з автономними, інтроєктивними й орієнтованими на внутрішні нарцисичні ідеали. Емпірично також виявлено, що більшість людей з уніполярною депресією мають нестабільний тип прив'язаності (частіше сплутаний, ніж унікаючий) (Mickelson et al., 1997; Dozier et al., 2008). Водночас важливо зазначити, що в дослідженнях прив'язаності дорослих також часто трапляються ознаки травматичних переживань. Велика частка хворих страждає від невирішених травматичних досвідів, які можна виявити за допомогою певних критеріїв інтерв'ю прив'язаності для дорослих (Fonagy et al., 1996).

Із цих наведених посилань можна зробити висновок, що патерни прив'язаності є важливим аспектом виникнення депресивних розладів. Незалежно від цього умови розвитку загальної «фінальної стадії» депресії, імовірно, є досить гетерогенними з погляду особистості (принцип еквівіфінальності, тобто багато шляхів ведуть до депресії). З іншого боку, нестабільна прив'язаність як потенційно важливий фактор виникнення депресивних

розладів може також спричиняти багато інших психічних наслідків чи психічних захворювань (принцип мультифікальності).

Як було описано вище, депресивні симптоми та поведінкові прояви мають «функціональні», тобто захисні, аспекти. Розгляд депресивних симптомів певною мірою виявляє їхній «зв'язуючий характер»: класичні ознаки депресії міцно пов'язують постраждалих з їхнім оточенням – чи то шляхом вимагання турботи, чи шляхом стримування тривожних імпульсів (наприклад, вираження гніву). Водночас ці симптоми складним чином заважають тому, щоб підтримка, турбота та розрада стали справді ефективними.

Відчуття підтримки несвідомо викликає страх перед втратою цієї підтримки. Ця вражаюча амбівалентність, що знову й знову виникає у взаємодії з людьми, які страждають на депресію, і може швидко викликати безпорадність у терапевта, є одним із найбільших викликів у терапевтичному процесі. Вона потребує тривалого акценту на підтримуючих, структурних і здатних витримувати безпорадність елементах терапії. Досвід показує, що рекомендовані для цього підходи, які будуть описані далі, є ефективними незалежно від вибраного терапевтичного методу.

### **Психотерапія гострого депресивного епізоду**

#### *Загальні інтервенції*

Робота з пацієнтами з гострою депресією спочатку потребує реагування на безпосередню надзвичайну ситуацію.

Ненав'язливе слухання, пропозиція часу, простору та присутності, а також перспектива подальших контактів часто вже самі по собі є для пацієнтів джерелом значного заспокоєння та полегшення. Мученицький стан заціпеніння та безпорадності можна розділити з іншою людиною. Незважаючи на це, все ж доцільно чітко підтвердити пацієнтам, що звернення по допомогу вже є значущим кроком. Це враховує амбівалентність пацієнтів та їхню схильність до самознецінення («іншим набагато гірше»). Вирішальним є те, щоб якомога швидше сформувати розуміння особистості пацієнта, щоб мати змогу належним чином реагувати на можливі конфліктні теми в терапевтичних стосунках. Інакше

кажучи, це означає: пацієнтам, які активно шукають підтримки, слід її спочатку надати, не втрачаючи при цьому з поля зору потенціалу до самостійного подолання труднощів, який у них загалом наявний. З іншого боку, на пацієнтів, які тримають дистанцію та наполягають на своїй незалежності, не слід надмірно тиснути, а їхнє бажання зберегти дистанцію має бути прийняте з повагою. Це потребує гнучкості у взаємодії, яка є особливо корисною для формування стійких терапевтичних робочих відносин. У нещодавньому дослідженні Кац та співавтори виявили, що така гнучкість може проявлятися й у використанні інтервенцій, притаманних різним терапевтичним школам – наприклад, застосування психодинамічними терапевтами типових для когнітивної терапії методів, як-от активне формування тем, психоедукація, поради та домашні завдання (Katz et al., 2009).

#### *Діагностика*

Ретельне виявлення депресивних симптомів не лише слугує для клінічної орієнтації та визначення ступеня тяжкості, але й сигналізує пацієнтам про розуміння їхньої ситуації та інтерес до їхнього переживання. Тому до початкового діагностичного процесу також належить з'ясування наявності соматичних захворювань, які можуть посилювати або спричиняти депресивну симптоматику. Такі фактори, як порушення активності, тривожність, розлади сну, апетиту, а особливо суїцидальні думки, є вирішальними аспектами, про які мають бути поінформовані і психотерапевти.

До діагностики також належить тактовне розпитування про періоди покращеного настрою, наявні психічні ресурси та корисні навички, про які пацієнти зазвичай не повідомляють спонтанно. Знання про «недепресивні» сфери життя та діяльності допомагає терапевтам не втрачати з поля зору сильні сторони своїх пацієнтів.

#### *Визначення фокуса лікування*

Ретельне збирання біографічного анамнезу є також важливою складовою початкового етапу терапії та формування психотерапевтичного робочого альянсу. Це допомагає у виявленні характерних особистісних рис (конфліктних тем і способів їх опрацювання),

а також у визначенні структурних ресурсів і слабкостей.

Усе це сприяє формулюванню терапевтичного фокуса та розумінню типових деструктивних моделей у міжособистісних стосунках. До формування фокуса також належить визначення «точки нагальності», тобто з'ясування, які сфери життя є особливо нестабілізованими та потребують швидких змін. При цьому необхідно враховувати здатність до інтроспекції, доступ до внутрішнього досвіду, а також культурний контекст (порівняймо модуль 6 у Leichsenring і Schauenburg, 2014; Steinert та ін., 2016). І нарешті, ще на перших зустрічах важливо прояснити терапевтичний запит і мотивацію пацієнтів.

Центральним у психодинамічному підході є врахування проблематичних, часто депресогенних моделей стосунків. Часто спостерігається схильність до підпорядкування іншим, що провокує з їхнього боку домінантне ставлення та поведінку, контролює і таким чином призводить до порочного кола самознецінення. Вісь стосунків у рамках ОПД фіксує подібні моделі як «транзакційне» підсилення з боку соціального оточення (див. також: перенесення та контрперенесення) (Робоча група OPD, 2006). На основі виявлених моделей можна сформулювати психодинамічне уявлення про стосунки, яке є дуже корисним для розробки середньострокових терапевтичних стратегій: воно дає змогу зосередитися на суб'єктивному переживанні взаємодії пацієнта, формулювати припущення про досвід інших учасників взаємодії, а також допомагає звертатися до прихованих і витіснених афектів, обговорювати внутрішні суперечності, парадокси й амбівалентності.

#### *Робота із суїцидальністю*

З'ясування суїцидальних думок є абсолютно необхідним у роботі з пацієнтами, які страждають на депресію. Досвід показує, що відкрите обговорення цього питання не призводить до зростання суїцидальних думок, а навпаки – здебільшого приносить полегшення. Ступінь суїцидальності можна визначити за допомогою перевірених методик опитування. Важливо також враховувати біографічний контекст (наприклад, сімейну обтяженість випадками суїциду). Суїцидальні

переживання завжди містять у собі звернення по підтримку та встановлення зв'язку депресогенні на це звернення терапевт відповідає в процесі глибокої розвідки цих переживань. Суїцидальні думки та спроби самогубства зазвичай ґрунтуються на внутрішніх підсумках, які можуть бути предметом обговорення й у принципі підлягають перегляду. У разі гострої суїцидальності центральним стає питання здатності дотримуватися домовленостей, тобто впевненості в тому, що у випадку неконтрольованої внутрішньої кризи пацієнт звернеться по допомогу.

#### *Рамки лікування*

Часто недооцінюється, наскільки важливою є передача інформації про симптоматику та характер депресивного розладу. Так само необхідно обговорити терапевтичні завдання й очікування, а також досягти спільної згоди щодо подальших кроків. До цього також належить і обговорення тривалості лікування. Доцільно спочатку домовитися про короткотерміновий формат (наприклад, у вигляді короткострокової терапії відповідно до нормативних положень), щоб разом оцінити реальну потребу в подальшій терапії. Такий підхід допомагає багатьом пацієнтам зменшити страхи, пов'язані з можливою залежністю від терапевтичного процесу.

Депресивні пацієнти часто амбівалентні та сповнені сумнівів щодо терапії. У таких випадках допомагає надання детальної інформації про методи, цілі та хід терапевтичного процесу. Потенційно негативні упередження та побоювання з боку пацієнтів слід відкрито обговорювати, так само як і можливі недоліки, які може мати терапія. З погляду теорії прив'язаності пацієнти з унікальною прив'язаністю схильні применшувати свої труднощі й можуть провокувати терапевта на передчасне та неадекватне заспокоєння. Амбівалентно прив'язані пацієнти, навпаки, часто демонструють поведінку «причеплення», недооцінюючи свої здатності до подолання труднощів, що може викликати в терапевта відсторонені чи відкидаючі контрпереносні реакції.

Рішення про необхідність довготривалої терапії залежить, серед іншого, від того, наскільки серйозно порушене соціальне життя

пацієнта і чи існують тривалі важкі обставини або соціальна ізоляція.

Ще одним чинником на користь тривалої терапії є серйозні структурні порушення та тривалі конфліктні констеляції у сенсі розладів особистості. Їхнє опрацювання потребує значно більше терапевтичних зусиль, які, втім, можуть бути забезпечені в межах терапії, що відповідає медичним стандартам (наприклад, за нормативами страхових програм).

Депресивні розлади зазвичай суттєво впливають на сімейні та партнерські стосунки, тому залучення партнера в перебігу терапії може мати велике значення. Водночас таке залучення має відбуватися лише за бажанням самих пацієнтів або після ретельного прояснення можливих амбівалентних почуттів щодо цього.

#### *Медикаментозна терапія*

У цьому розділі не розглядається докладно фармакотерапія депресії. Однак слід зазначити, що пацієнти часто відмовляються від приймання медикаментів. Крім того, достеменно відомо, що за легких форм депресії основний ефект часто зумовлений саме плацебо. У зв'язку із цим нерідко виникають і ноцебо-ефекти (наприклад, у вигляді неприємних побічних дій), особливо якщо рекомендація щодо приймання препаратів стикається з внутрішнім опором пацієнтів. Загалом призначення або приймання (чи неприймання) антидепресантів часто підпорядковується власній психодинаміці й може бути зрозумілим у контексті типових патернів стосунків пацієнта. Деякі пацієнти сприймають призначення медикаментів як відмову від підтримки, інші – як прояв турботи. Дехто почувається через ліки контрольованим ззовні, а інші – заспокоєними. Через таку динаміку багато психотерапевтів делегують призначення медикаментів супровідним лікарям або колегам-медикам.

#### *Підтримуючі інтервенції*

У складних і заплутаних життєвих ситуаціях часто необхідним є негайне, зокрема соціально-терапевтичне, зменшення шкоди (наприклад, у випадках насильства, елементів занедбаності або ж у разі фінансових труднощів чи значного зниження працездатності) (пор. Bösel та ін., 2014). Це потребує актив-

нішої терапевтичної позиції, ніж та, яка традиційно асоціюється з психодинамічним або психоаналітичним ідеалом – відповідно до згаданої гнучкості в роботі. До таких підходів належить активізація «антидепресивних і структуруючих стратегій у повсякденному житті». До останніх можна зарахувати фізичну активність, інші форми активної діяльності або (повторне) встановлення соціальних контактів.

#### *Стабілізація самооцінки (самовідчуття / самоцінності)*

Звична схильність до самознецінення зазвичай відіграє роль уже на ранньому етапі психотерапевтичного контакту. Терапевтична робота полягає передусім у тому, щоб витримати викликане цим почуття безпорадності (також і в терапевта) і не вдаватися поспішно до втішальних інтервенцій, які нібито спростовують самознецінення. Чому це важливо? Пацієнти добре знайомі з подібними втішальними реакціями зі свого соціального оточення. Вони багато разів переконувалися, що такі спроби не приносять справжнього заспокоєння та навіть не покращують їхньої самооцінки в довгостроковій перспективі. Терапевту важливо усвідомлювати, що самознецінення має також «зв'язувальну» (тобто захисну) функцію, а не лише деструктивне значення. Тому надто швидке заспокоєння («але ж ви насправді добре справилися») або заклик знизити власні вимоги легко можуть бути сприйняті як відкидання. Запитання, емпатичні та спрямовані на розуміння самознецінення втручання, які, звичайно, можуть також підтримувати і пропонувати варіанти вирішення, є одним із способів обережно наблизитися до самознецінення. Іншим способом є сприяння менталізації. Це означає, що пацієнти починають розмірковувати над тим, чому вони знову й знову потрапляють у стан самознецінення. Водночас менталізація передбачає також спробу зрозуміти психічні процеси інших людей («чи бачать інші мене дійсно так негативно, як я бачу себе»). Підсилення менталізації вважається багатьма центральним елементом терапії депресії. У цьому сенсі всі втручання, спрямовані на те, щоб пацієнтам було легше дистанціюватися від власного внутрішнього досвіду та подивитися

на себе з боку, є продуктивними. Це дає змогу вийти з відчуття неможливості змін. Перевіреною методом є стимулювання самостереження щодо (навіть дуже незначних) коливань настрою, що може допомогти пацієнтам дістати уявлення про те, як вони можуть позитивно й негативно впливати на свій настрій.

### Терапевтичні пастки

Складна та паралізуюча життєва ситуація пацієнтів із депресією зазвичай створює навантаження і на терапевтичний стосунок. Через відчуття безпорадності виникає тиск до дій. Існує ризик, що переживання безпорадності терапевтом призведе до втягування в несприятливі взаємодії з пацієнтом.

Можуть виникати імпульси до того, щоб запропонувати *поверхнєве заспокоєння* або очевидні рішення. Тут існує ризик, що пацієнти сприймуть це як знецінення їхньої проблеми. Вони почуваються так, наче їх не розуміють, оскільки на початку терапевтичної зустрічі терапевт зазвичай не враховує всієї складності ситуації. Тому більш доцільно шляхом ретельних запитань і обережної вербалізації показати власне прагнення краще зрозуміти ситуацію.

Під час терапії депресії з боку пацієнтів можуть з'являтися вимогливі, а іноді навіть докірливі висловлювання. Зрештою, вони також слугують своєрідним *тестом «надійності» терапевта*. Тому важливо не реагувати на них із докором чи відстороненістю. Такі відповіді лише зміцнили б несприятливі внутрішні уявлення пацієнтів про стосунки.

Дуже часто терапевти керуються уявленням про депресію як про наслідок скерування агресії проти себе самого. Це може призводити до передчасних інтерпретацій та віддзеркалень пригніченої агресії («ви ж, мабуть, були злі»). Хоча така конфронтація іноді й буває доречною, у фазі гострої депресії вона часто викликає нову хвилю самознецінення у пацієнтів («бачите, ви теж це кажете»).

Оскільки психодинамічні терапевти надають особливого значення вивченню прихованих афектів, існує небезпека надто довгого зосередження на негативному емоційному досвіді в гострій фазі депресії («що саме ви тоді відчували?»). Бажання наблизитися до витісненого гніву й опрацювати його може

ввести пацієнта в стан «проблемного трансу». Такі глибокі інтервенції зазвичай доречні лише на пізніших, більш стабільних етапах терапії.

Ще однією типовою проблемою є те, що актуалізовані конфлікти часто дуже швидко стають зрозумілими для терапевтів (наприклад, питання сепарації від батьків), однак це ще не означає, що пацієнтів уже можна із цим ефективно конфронтувати («вам час уже відокремитися від матері»). У таких випадках завжди слід звертати увагу на баланс між захистом і опором – зміни в житті можливі лише тоді, коли внутрішнє відчуття безпеки є достатньо сильним. І його не можна досягти шляхом тиску.

Ці нечисленні та, безумовно, неповні приклади ілюструють, що інтервенції з добрими намірами завжди мають оцінюватися щодо можливих небажаних наслідків. Саме тому обізнаність із внутрішніми переживаннями пацієнтів у терапії є важливим фокусом терапевтичної уваги. Одне з ключових повідомлень психотерапевтичних досліджень полягає в тому, що терапевти часто недостатньо добре знають це внутрішнє переживання пацієнтів і надто часто уникають прямих запитань про нього.

### Загальні аспекти психодинамічної психотерапії депресій

З описаних вище моделей впливають психодинамічні терапевтичні елементи й основні орієнтири, які вже були висвітлені в інших частинах цієї серії (Ehrental, 2017). Огляд доказової бази щодо специфічних психодинамічних стратегій для лікування депресій можна знайти у працях Leichenring & Schauenburg (2014) та Steinert et al. (2016).

Викладене раніше можна підсумувати так:

Психодинамічна терапія:

- надає особливої уваги несвідомим процесам;
- зосереджується на афектах, когніціях, бажаннях, фантазіях і міжособистісних стосунках;
- відмовляється від традиційних терапевтичних «домашніх завдань»;
- використовує не інструкції, а запитання;
- розглядає терапевтичну взаємодію з погляду стосунків – як емоційно значущу по-

*вторне переживання важливих афектів та патернів поведінки;*

– *використовує конфігурації, що виникають у терапевтичних стосунках (Enactments), для підтримки самопостереження, самопізнання та самодослідження.*

Також посилено зосереджується увага на униканні чи захисті від обтяжливих усвідомлень та почуттів, а також на виявленні повторюваних патернів і тем у побудові стосунків.

З погляду психодинамічного розуміння пацієнти впадають у депресію тому, що їхні механізми подолання базової невпевненості в собі чи у стосунках (депресивний базовий конфлікт, див. Rudolf, 2003) під впливом певних внутрішніх або зовнішніх навантажень більше не працюють. Таким чином, депресія – це, як описано, психофізіологічна реакція безпорадності на ґрунті вродженої персональної вразливості.

Психодинамічна психотерапія насамперед намагається зосередитися на актуалізованих унаслідок стресової ситуації, переважно конфліктних аспектах і відповідно формулює конкретні терапевтичні цілі. Опрацювання цих конфліктних тем може здійснюватися шляхом активації пригнічених афектів, шляхом ретельного розбору дезадаптивних захисних механізмів або шляхом цілеспрямованого зміцнення самооцінки – залежно від індивідуальних особливостей пацієнта. Важливо передусім уникати регресивних процесів (наприклад, надмірної активації афектів або затяжних пауз мовчання). Основне завдання – підтримати пацієнтів у сприйнятті й опрацюванні їхніх почуттів. На пізніших етапах терапії з'являється більше простору для дозволу негативних або болісних почуттів, для усвідомлення «власної участі» в конфліктних ситуаціях, а також для оплакування часто безповоротних втрат і визнання особистих обмежень. У найкращому випадку відбувається примирення з такими біографічними переживаннями.

Невигідні патерни у розв'язанні депресивного базового конфлікту широко описані в літературі. Завдання ефективної психотерапії полягає в тому, щоб ці патерни в разі потреби з урахуванням динаміки терапевтичної взаємодії ідентифікувати, зрозуміти й подолати.

Нижче на прикладі описаної вище біполярної типології та типології прив'язаності будуть протиставлені два особливо поширені варіанти опрацювання цього конфлікту та на їхній основі проілюстровано особистісно-специфічні аспекти терапії депресії.

### **Психотерапія за регресивного («сплутаного») опрацювання депресивного базового конфлікту**

*Констеляція переносу – контрпереносу*

Пацієнти із заплутаною формою переживання мають приховано високі очікування від терапії. Із цього випливає особливо високий ризик розчарування.

Терапевти в такій ситуації у контрпереносі або відчують себе так само, як і пацієнти, переважаними та винними (конкордантний контрперенос), або ж внутрішньо дистанціюються, що відтворює знайомі пацієнтам патерни відторгнення (комплементарний контрперенос). Обидва варіанти є проявами сплутаного типу прив'язаності. Як уже згадувалося, депресивні люди часто несвідомо провокують в інших допомогу, заспокоєння й підбадьорення, які, однак, часто виявляються неефективними. У відповідь (терапевтичний) партнер сам починає відчувати розчарування, розгубленість і може відступити, що спричиняє у пацієнтів почуття покинутості. Почуття провини у терапевтів в такому випадку можуть викликати «поспішну активність», зокрема передчасну зміну терапевтичної стратегії. Посилене намагання допомогти (наприклад, подовження сесій) замість спокійного супроводу може викликати в пацієнта почуття провини – він починає відчувати себе зобов'язаним «покращитись». Більш адекватною є терпляча стратегія маленьких кроків і поступових досягнень.

Центральним лікувальним механізмом у терапії пацієнтів з депресією, імовірно, є саме ідентифікація з таким спокійним, врівноваженим ставленням, а також із тактовною здатністю терапевта до встановлення меж (навчання моделюванню!).

*Типові «сплутані» способи опрацювання: альтруїзм, амбівалентність, пригнічена агресивність, обернення проти себе.*

Поведінковий патерн «альтруїстичної самопожертви», тобто частково самовідданої

турботи про інших (на тлі власної неусвідомленої потреби в підтримці), спостерігається в багатьох пацієнтів. У цій «жертвості», як способі шукати «надійної» близькості, часто прихований неусвідомлений мотив відшкодування: «я для тебе – і ти для мене». Це створює підґрунтя для типових у разі депресії реакцій розчарування.

Багато пацієнтів також бояться, що реалізація власних інтересів, прагнення до розширення власного впливу або агресивні суперечки можуть призвести до відторгнення з боку інших.

#### *Негативні почуття*

Багато пацієнтів із депресією переживають розчарування, злість або заздрість. Амбівалентність, пов'язана з почуттям ненадійності у важливих стосунках (часто також приховано щодо терапевта), а також супутня їй агресія, яка на перший погляд виявляється переважно в самозвинуваченнях, повинна обговорюватися обережно. Доцільно спочатку акцентувати увагу на позитивних стосунках і почуттях, щоб згодом мати можливість опрацювати неминучі в будь-яких стосунках розчарування (і супутню агресію). Висловлені закиди на адресу терапевта слід перевіряти на наявність «реалістичних» елементів і приймати їх без захисного самовиправдання (але, звісно, не обов'язково підтверджувати). Визнання суб'єктивного досвіду пацієнта (наприклад, щодо браку емпатії з боку терапевта) є корисним, особливо коли пацієнти мають хронічні сумніви у власному сприйнятті.

#### *Цілі психотерапії*

Метою є подолання схильності до самознецінення, яка супроводжує розчарування («спрямування агресії на себе»), а також більш реалістичне ставлення до почуття провини. У терапії йдеться про те, щоб опрацювати суперечливі тенденції (прагнення до близькості та водночас до дистанціювання) у соціальних взаємодіях і визнати, що вони є частиною будь-яких живих стосунків. Це вдається тим легше, чим швидше пацієнт навчиться переглядати свої невпевнені уявлення про «доступність» інших людей і набувати нового досвіду взаємодії з оточенням у повсякденному житті. Загалом у випадку регресивно-сплутаних форм переробки йдеться про спри-

яння індивідуалізації, вмінню вибудовувати особисті межі, а також, зрештою, – відстоюванню власних інтересів.

#### *Завершення терапії*

Через сплутану прив'язаність важливо на ранньому етапі обговорити неминуче завершення терапії. У цьому контексті також можна торкнутися визвольного аспекту переживання самостійності та відокремленості. Водночас потрібні «підтримка з тилу» та пропозиція зберегти контакт, особливо якщо пацієнти мають сильний страх втрати. Однак терапевтам важливо загалом усвідомлювати момент, коли пацієнта, що чіпляється за терапію і, можливо, є менш складним у роботі, все ж слід підвести до її завершення (див. також модуль 7 уніфікованого протоколу; порівн. Leichsenring & Schauenburg, 2014; Steinert et al., 2016).

#### **Психотерапія за «прогресивного» (унікаючого) опрацювання депресивного базового конфлікту**

##### *Констеляція переносу та контрпереносу*

Пацієнти з унікаючими рисами часто витісняють емоційну потребу, у тому числі у стосунках з терапевтом. Це проявляється, зокрема, через настирливий контроль (часто також через виражену соматизацію), недовіриле очікування або нарцисичну ідеалізацію чи знецінення. Тож контрперенос терапевта нерідко супроводжується роздратуванням, дистанцією або сумнівами у власній професійній компетентності.

Унікаючі пацієнти часто відмовляються від допомоги, оскільки сприймають потребу в терапії як приниження. Самознецінення в них рідко поєднане з пошуком підтримки від терапевта, а радше супроводжується переконанням: «усе одно ніхто не може допомогти». Це відповідає їх життєвому досвіду з фігурами прив'язаності, які не змогли забезпечити достатньої близькості та відчуття захищеності або яким пацієнти згодом не давали такої можливості. У терапії існує ризик «відтворення» цієї моделі: терапевти під впливом знецінювальної та резигнованої позиції пацієнта самі починають дистанціюватися. Вони відчують себе сухими, нездатними дати пораду й іноді починають знецінювати пацієнтів у нарцисичному ключі («повний

соматизатор», «абсолютно нарцисичний»). Таким чином, вони мимоволі підтверджують «робочу модель прив'язаності» пацієнтів: «Я завжди сам по собі, ніхто не може й не хоче мені допомогти» (Боулбі, напр. 1988).

*Типові способи уникаючого опрацювання: вразливість до приниження, завищені вимоги до себе, сором.*

Зовнішня зневага, яка є частиною нарцисичної компенсації деяких пацієнтів, у подальшому перебігу терапії часто втрачає своє значення. Набагато важливішими стають прихований за нею сором і сумніви в собі як прояв жорсткої орієнтації на неусвідомлені внутрішні ідеали. Корисно усвідомити, що самознецінення може, наприклад, слугувати засобом підтримання внутрішнього зв'язку з важливими первинними фігурами, які в несвідомому сприймаються як носії цих ідеалів. З іншого боку, високі вимоги до себе можуть допомагати відмежовуватися від цих фігур, якщо вони колись переживалися як слабкі або невдалі.

Крім того, самозвинувачення можуть слугувати захистом від потенційного знецінення з боку терапевта. Часто виникає терапевтичний імпульс закликати пацієнта «знизити вимоги до себе». Проте такі висловлювання пацієнти схильні сприймати як докори, що лише посилює тиск. Тому більш ефективними в довгостроковій перспективі є непрямі або «дотичні» позитивні зворотні зв'язки, які дають змогу пацієнтові побачити власні сильні сторони без почуття перевантаження (наприклад: «У вас же є почуття гумору, отже...»).

#### *Цілі психотерапії*

У цій групі основна увага приділяється усвідомленню власних кордонів, релятивізації вимог до інших, визнанню залежності та потреби в підтримці, а також використанню корисної близькості як цілей, яких потрібно досягти.

#### *Завершення терапії*

Пацієнти з тенденцією до уникання та вимушено-автономною поведінкою зазвичай припиняють лікування в той час, коли їхній стан ще не є стабільним. Тому з пацієнтами цієї групи існує ризик «передчасного» припинення терапії.

Потрібно враховувати також уникання афектів, тому слід намагатися торкатися тем

смутку, самотності й розчарування. Отже, усвідомлення цінності емоційної близькості та сфокусоване опрацювання витіснених процесів горювання є особливо важливими наприкінці лікування. Важливо замислитися над тим, чи слід заохочувати пацієнта, який проявляє знецінення й емоційну недоступність, усе ж продовжити психотерапію, навіть якщо це буває непросто для терапевта.

#### **Психодинамічна психотерапія при структурних розладах**

У таких пацієнтів – часто з розладами особистості (Borderline, narzisstisch) – поряд із загальновідомим зниженням здатності до рефлексії, контролю імпульсів і толерантності до фрустрації часто спостерігається також порушення інтенціональності (життєвих цілей), нестача здатності до міжособистісної взаємодії, труднощі з утриманням уже досягнутого в терапії результату, а також знижена здатність до терапевтичного розщеплення Я. Чим вищий структурний рівень пацієнта, тим більше психотерапія може проводитись у конфлікт-орієнтованому ключі, тобто конфронтаційно, зі стимуляцією регресії та з акцентом на виявлення прихованих конфліктів (як описано вище). Чим більш виражені вищезазначені слабкі сторони (тобто чим нижчий структурний рівень), тим більшого значення набувають структурно орієнтовані та психоедукаційні елементи з акцентом на підтримці (див. Rudolf, 2004). Структурно орієнтовані інтервенції, крім уже згаданого, характеризуються обмеженням регресії; вони є супровідними, а не переважно інтерпретативними; спрямовані на зміцнення психологічного захисту, а не на його послаблення; та чітко заохочують самоспостереження. Інтервенції, пов'язані з перенесенням, у цьому контексті слугують насамперед для прояснення міжособистісних процесів, а не для виявлення прихованих мотивів.

Для глибшого ознайомлення рекомендуємо також звернутися до праць, присвячених терапії з фокусом на перенесення (Yeomans et al., 2017), а також до терапії, орієнтованої на менталізації (Euler, 2014; Luyten et al., 2015), які надали важливі ідеї для специфічного підходу до пацієнтів із тяжкими структурними порушеннями в межах психодинамічної терапії.

### **Приклад випадку пацієнтки зі сплутаними, унікаючими та структурно слабкими елементами особистості**

Попереднє зауваження: цей приклад покликаний у межах доступного обсягу проілюструвати, що вибрані терміни з теорії прив'язаності можуть мати клінічну користь. Зрозуміло, що всю складність випадку та його перебігу тут можна лише описати поверхнево.

Пані Б., 40 років, одружена програмістка родом із Тунісу, звертається до стаціонарної психотерапії після кількох попередніх, але невдалих терапевтичних спроб. За кілька місяців до цього в неї стався депресивний зрив, спричинений зростаючим конфліктом із чоловіком через її жертвовну турботу про сусідку, яка перебувала в кризовому стані. Унаслідок цього в неї виникли серйозні депресивні настрої та часткові дисоціативні стани, включно з імпульсами до самопошкодження, хоча вона їм і не піддалася (структурно слабкі частини особистості). Під час першої стаціонарної терапії в іншій клініці пацієнтка багато займалася темою стосунків із матір'ю, з якою кілька років тому повністю припинила контакт. Вона згадувала її з гіркотою як надмірно сувору та знецінюючу особу. З моменту зриву вона вже понад рік є непрацездатною, що ще більше поглиблює її сумніви в собі. Водночас вона перебуває під великим навантаженням через виховання двох синів віком 17 і 9 років. Партнерські стосунки характеризуються сильною амбівалентністю, у минулому між подружжям траплялися дуже агресивні словесні сутички. Терапевтичні спроби сприяти кращому самопіклуванню та встановленню меж з боку пані Б. зазвичай зустрічалися з м'якою усмішкою — мовляв, вона «просто не може інакше». Під час контакту часто виникало відчуття паралічу та високої напруги.

Пацієнтка, здавалося, щоразу була сповнена очікувань щодо того, які корисні поради принесе наша розмова. У терапевта при цьому часто виникало відчуття безпорадності та контролю з боку пацієнтки (сплутане опрацювання [досвіду]). Оскільки вона водночас періодично страждала від дисоціативних станів, які були пов'язані з досвідом насильства у шлюбі, у терапії було вибрано

відносно структурно-орієнтований підхід (висока прозорість, інтервенції, що сприяють менталізації, антидисоціативні вправи та неодноразове обговорення її очікувань від терапії). У такий спосіб вдалося подолати страх пацієнтки бути поглинутою, який частково обумовлював її тенденцію до контролю, і вона змогла почуватися більш безпечно у стосунках з терапевтом.

Як уже було помітно у складній ситуації із сусідкою, сплутане опрацювання відіграло важливу роль. Пані Б. швидко опинилася в ролі уважної та чуйної слухачки у відділенні. З'ясувалося, що вона пов'язувала таку поведінку зі словами матері, сказаними їй у дитинстві: «У Німеччині будуть цікавитися тобою лише через колір твоєї шкіри» (що мало дуже суперечливе значення). Своєю готовністю допомагати вона хотіла спростувати цей вирок. Мовляв, «мають бути й інші причини». Довгий час терапія була зосереджена на тому, щоб розвивати можливості дистанціювання, до того ж її дедалі більше драгувало емоційне навантаження з боку деяких інших пацієнтів (без справжнього контакту). Вона почала критично ставитися до цього в собі. Цікавим було те, що паралельно в неї також проявлялося підсвідоме почуття зверхності (ознака уникання), характерне для нарцисичної компенсації вираженої невпевненості в собі.

Пані Б. неодноразово впадала в сильне самознецінення, навіть після загального заспокоєння та покращення настрою. Було важливо терпляче розглядати ситуації, які провокували ці стани знову й знову, та ідентифікувати автоматичний механізм (який одночасно спрямований на близькість, втіху та на дистанцію). Відновлена здатність до самоіронії в цьому контексті виявилася дуже корисною.

У процесі стаціонарної терапії пацієнтка змогла сформувати внутрішню дистанцію до провокативних тем (взаємодія з матір'ю, напружені шлюбні стосунки, конфлікти через сусідку). Зрештою їй навіть вдалося побачитися з матір'ю знову та трохи краще прийняти її обмеження. Через тривалу непрацездатність пацієнтка надто тиснула на себе, щоб якнайшвидше повернутися до роботи.

*У терапії це було поставлено під сумнів, і вона змогла прийняти комплексну програму поступового повернення до праці.*

### **Тривалість лікування, ризик рецидиву, підтримуюча терапія**

Загалом для пацієнтів із депресією особливо важливим є принцип адаптивної індивідуалізації, тобто пристосування формату лікування й частоти сеансів до внутрішньої та зовнішньої ситуації пацієнта. Це може означати, наприклад, частіші зустрічі на початку (що робить терапію менш тривожною), а наприкінці – зменшення частоти сеансів, а іноді – супровідну терапію впродовж тривалого часу.

Дослідження показують, що зазвичай короткострокові психотерапевтичні втручання (наприклад, 24 сеанси за новими нормативами) для приблизно половини пацієнтів виявляються недостатніми; ризик рецидиву залишається високим. Для хронічних випадків і часто рецидивуючих пацієнтів також необхідні триваліші періоди лікування. Через складну етіологію і численні взаємодії захворювання з фізичними, внутрішньопсихічними та соціальними факторами не можна встановити типову тривалість лікування – вона має визначатися індивідуально для кожного випадку. Критерії для скорочення або продовження терапії часто з'являються лише в процесі терапевтичної роботи. Важливою є публікація Лайхзенринга та Рабунга (2008), яка демонструє, що триваліші терапії загалом дають кращі результати лікування. Наразі умови фінансування за кошти страхових кас у рамках німецьких нормативів психотерапії, на нашу думку, ще відповідають складним реаліям пацієнтів.

Рецидиви після завершення терапії гострих депресивних епізодів трапляються часто. Після першого епізоду ризик рецидиву становить 20–30 %. З кожними наступним епізодом ризик зростає приблизно на 20 %, тож після, наприклад, 4 епізодів він досягає близько 70–80 %. Водночас вважається, що чим раніше та важче проявляються депресивні симптоми або чим виразнішими є «залишкові симптоми» після епізоду, тим більший ризик рецидивів і хронізації.

До інших факторів ризику належать виражена тривожність і зловживання психоактив-

ними речовинами, а також супутні розлади особистості, високі показники невротизму як прояв підсвідомої схильності до тривоги, сорому та міжособистісної чутливості. Зв'язок між частотою рецидивів і рисами особистості, ймовірно, зумовлений насамперед міжособистісними труднощами: вони призводять до браку соціальної підтримки та внутрішньої стабільності, що підвищує вразливість.

Існують докази на користь того, що тривале продовження низькочастотного спілкування для певної групи ризику може значно знизити ризик відновлення депресії (огляд у Schauenburg & Clarkin, 2003). Такий підхід особливо рекомендується у випадку значних залишкових симптомів на момент завершення лікування, у разі швидких рецидивів після попереднього припинення лікування, за наявності більше трьох чітко виражених депресивних епізодів в анамнезі, якщо перший епізод був особливо важким і виник до 20-річного віку, в разі виражених особистісних порушень або тяжкої (передусім соціальної) тривожності та сорому, у випадках соціальної ізоляції або збереження значних обтяжливих життєвих обставин (бідність, статус самотнього батька / матері, насильство, хвороба тощо) і не в останню чергу – якщо сам пацієнт висловлює таке бажання.

### **Ключові твердження**

- Психодинамічна психотерапія депресії має доказову базу, існує багато підтверджень її ефективності.

- Психодинамічні моделі депресії підкреслюють ризик певних (невротичних, тобто конфліктних або пов'язаних із небезпечним типом прив'язаності) типів особистості.

- Терапевтичний підхід до пацієнтів із гострою депресією базується на загальноприйнятих клінічно ефективних методах.

- Подальше лікування враховує специфічні захисні механізми та патерни переносу (Enactments), щоб глибше зрозуміти несвідомі побоювання, усвідомлені страхи та соціальні блокади.

- Ціль терапії – серед іншого покращення соціальних зв'язків і компетенцій, а також зменшення невротичних очікувань від себе.

- Головний принцип психотерапії – надати людині змогу використовувати своє

соціальне оточення (знову) для коригування та становлення особистісного розвитку.

– Відновлення балансу між міжособистісною залежністю та невимушеною автономією є основною ідеєю терапії.

### Список літератури:

- Arbeitskreis OPD (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik-2. Grundlagen und Manual. Bern: Huber.
- Arieti, S., Bemporad, J. (1984). Depression. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Balint, M. (1987). Angstlust und Regression. Stuttgart: Klett-Cotta; 1960. Beck AT. Cognitive Models of Depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1 (1), 5–38.
- Blatt, S.J., Zuroff, D.C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes of depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527–561. [http://doi.org/10.1016/0272-7358\(92\)90070-O](http://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90070-O).
- Bösel, M., Siegfahrt, B., Schauenburg, H., Nikendei, C., Ehrenthal, J.C. (2014). Integration sozialarbeiterischer Kompetenz in der psychotherapeutischen Versorgung. *Psychotherapeut*, 59, 474–479.
- Bowlby, J. (1995). Bindung: historische Wurzeln, theoretische Konzepte und klinische Relevanz. In: Spangler G., Zimmermann P., Hrsg. Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart: Klett-Cotta, 17–26.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression-Langfassung, 1. Auflage. Version 5.2009, zuletzt verändert: Juni 2015. <http://doi.org/10.6101/AZQ/000239>.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression\*. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. 2015 [cited: YYYY-MM-DD]. <http://doi.org/10.6101/AZQ/000364>. [www.depression.versorgungsleitlinien.de](http://www.depression.versorgungsleitlinien.de).
- Driessen, E., Hegelmaier, L.M., Abbass, A.A., et al. (2015). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clin Psychol Rev*, 42, 1–15. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.07.004>.
- Ehrenthal, J. (2017). Psychodynamische Psychotherapie – Grundlagen, Wirksamkeit, Methoden, Techniken. *PSYCH up2date*, 11, 267–286. <http://doi.org/10.1055/s-0043-103157>
- Euler, S. (2014). Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) als integratives Behandlungskonzept für die Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. *Psychiatrie & Neurologie*, 3, 6–11.
- Freud, S. (1917). Trauer und Melancholie. Ges. Werke, 427–446.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., et al. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (1), 22–31. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.64.1.22>.
- Leichsenring, F., Rabung, S. (2008). Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy: A Meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 300, 1551–1565. <http://doi.org/10.1001/jama.300.13.1551>.
- Leichsenring, F., Schauenburg, H. (2014). Empirically supported methods of short-term psychodynamic therapy in depression – towards an evidence-based unified protocol. *J Aff Disord*, 169, 128–143. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.007>.
- Luyten, P., Fonagy, F., Lemma, A., Target, M. (2015). Depression. In: Fonagy P., Batemann A., Hrsg. Handbuch Mentalisieren. Gießen. *Psychosozial Verlag*, 439–475.
- Meister, R., Jansen, A., Baumeister, H., et al. (2018). Psychotherapie depressiver Störungen. *Der Nervenarzt*, 89 (3), 241–251. <http://doi.org/10.1007/s00115-018-0484-6>.
- Mickelson, K.D., Kessler, R.C., Shaver, P.R. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (5), 1092–106.
- Mikulincer, M., Shaver, P.R., Peref, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: the dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27 (2), 77–102. <http://doi.org/10.1023/A:1024515519160>.
- Rado, S. (1927). Das Problem der Melancholie. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 13, 439–455.
- Rudolf, G. (2003). Psychodynamische Depressionsbehandlung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 49, 363–376.
- Rudolf, G. (2004). Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Stuttgart: Schattauer.
- Schauenburg, H. (2018). Depression und Bindung – Therapeutische Strategien. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schauenburg, H. (2017). Bindung und Depression. In: Strauß B., Schauenburg H., Hrsg. Bindung in Medizin und Psychologie – ein Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer. P. 179–189.

Schauenburg, H., Clarkin, J. (2003). Rückfälle bei depressiven Erkrankungen – sind psychotherapeutische „Erhaltungsstrategien“ sinnvoll? *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 49, 377–390.

Steinert, C., Schauenburg, H., Dinger, U., et al. (2016). Psychodynamische Kurzzeittherapie der Depression – ein evidenzbasiertes vereinheitlichtes Therapieprotokoll. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 66, 9–20.

Yeomans, F.E., Clarkin, J.F., Kernberg, O.F. (2017). Übertragungsfokussierte Psychotherapie für Borderline-Patienten. Stuttgart: Schattauer.

**Анотація.** У статті описано складну етіологію депресій із детальним аналізом психоаналітичних моделей і теорій прив'язаності. Підкреслюється особливе значення ролі особистісних чинників у формуванні депресивної симптоматики.

У розділі, присвяченому терапії, спочатку представлено актуальні клінічні настанови. Далі наголошується на важливості розрізнення у психодинамічній психотерапії між інтервенціями, спрямованими на подолання гострого депресивного епізоду, та довготривалою роботою з внутрішніми конфліктами та стабілізацією самооцінки.

Психодинамічна терапія представлена як така, що є такою ж ефективною, як і когнітивно-поведінкова терапія, однак з особливим фокусом на несвідомих процесах і міжособистісних стосунках.

Стаття підкреслює важливість стабілізації самооцінки та допомоги в подоланні повсякденних труднощів, а також обговорює виклики й потенційні пастки психотерапевтичного процесу.

**Ключові слова:** депресія, психодинамічна психотерапія, психодинамічні моделі, типології особистості, самооцінка, моделі прив'язаності.

**Abstract.** The paper describes the complex etiology of depression with a detailed analysis of psychoanalytic models and attachment theories. The special significance of personal factors in the formation of depressive symptoms is emphasized.

The section on therapy begins with a presentation of current clinical guidelines. It then emphasizes the importance of distinguishing in psychodynamic psychotherapy between interventions aimed at overcoming an acute depressive episode and long-term work with internal conflicts and stabilization of self-esteem.

Psychodynamic therapy is presented as being as effective as cognitive-behavioral therapy, but with a special focus on unconscious processes and interpersonal relationships.

The article emphasizes the importance of stabilizing self-esteem and helping to overcome everyday difficulties, and discusses the challenges and potential pitfalls of the psychotherapeutic process.

**Key words:** depression, psychodynamic psychotherapy, psychodynamic models, personality typologies, self-esteem, attachment patterns.

Стаття поширюється на умовах ліцензії CC BY 4.0