

Этиотропная психотерапия депрессии через переработку неинтегрированной агрессии: подход в рамках интегральной каузальной психотерапии

Тор Ю.Н.^{1*}, Русина Н.А.², Маковеева П.С.², Швецова С.В.³

¹ Академия интегральной психодинамической психотерапии, Москва, Россия

² Первая городская клиническая больница имени Е. Е. Волосевича, Архангельск, Россия

³ Кафедра клинической психологии, Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

Аннотация

Цель: Это пилотное исследование направлено на оценку эффективности краткосрочной психотерапевтической методики лечения депрессии через работу с переработанной агрессией, разработанной в рамках интегральной каузальной психотерапии**.

Методы: В исследовании приняли участие 18 взрослых пациентов с диагнозом рецидивирующего большого депрессивного расстройства с эпизодами средней и тяжелой степени тяжести (коды по МКБ-10 F33.1 и F33.2, соответствующие кодам DSM-5*** 296.32 и 296.33 соответственно) и персистирующего депрессивного расстройства (код по МКБ-10 F34.1, соответствующий коду DSM-5 300.4). Диагностику пациентов производил психиатр до и после психотерапевтического лечения. Оценка эффективности терапии проводилась на основе психиатрического обследования. Помимо психиатрического обследования, для измерения психологического благополучия пациентов до и после лечения использовались стандартизированные психологические шкалы (например, Шкала психологического благополучия К. Рифф) и анкета Ю.Н. Тора «Удовлетворенность динамикой изменений в ключевых сферах жизни».

Результаты: В результате психотерапии 83% (N = 15) участников достигли полной ремиссии, у 17% (N = 3) участников было диагностировано уменьшение тяжести расстройства. При этом пациенты с невротической организацией личности****, составляющие половину выборки (N = 9), достигли ремиссии в 100% случаев, а среди пациентов с пограничной организацией личности, составляющих вторую половину выборки (N = 9), 67% участников достигли ремиссии, а 33% показали снижение тяжести симптомов. В ходе наблюдения, которое на момент написания данной статьи составляет около года для большинства участников, не было зафиксировано ни одного случая рецидива депрессивных эпизодов у пациентов, достигших ремиссии, и ни одного случая ухудшения симптомов у пациентов, у которых во время лечения наблюдалось снижение тяжести депрессивных эпизодов.

Выводы: Методика лечения депрессии, разработанная в рамках интегральной каузальной психотерапии, в которой терапевтической мишенью являются запреты на осознание и выражение агрессивных импульсов, может быть рекомендована как этиотропный краткосрочный метод лечения первичных (не коморбидных) депрессивных расстройств для взрослых пациентов с невротической и пограничной организацией личности. Метод представляет собой немедикаментозный, структурированный подход, после применения которого у пациентов не было рецидивов в течение года наблюдения. Малый размер выборки (N = 18) в этом пилотном исследовании ограничивает обобщаемость результатов, требуя проведения исследований на более крупных выборках.

Ключевые слова: большое депрессивное расстройство; переработанная агрессия; интегральная каузальная психотерапия; ИКП; краткосрочная психотерапия; психодинамическая психотерапия.

* Автор для корреспонденции Тор Ю.Н. E-mail: yuri.tor@aipp.education

** Интегральная каузальная психотерапия — это психодинамический подход, который создан психотерапевтом Юрием Тором и развивается в российско-сербской Академии интегральной психодинамической психотерапии [1].

*** Согласно классификатору DSM-5 [2].

**** Основана на классификации Отто Кернберга [3].

Получено: 26 марта 2025 г.
Принято: 30 апреля 2025 г.
Опубликовано: 1 августа 2025 г.

Для цитирования:

Тор ЮН, Русина НА, Маковеева ПС, Швецова СВ. Этиотропная психотерапия депрессии через переработку неинтегрированной агрессии: подход в рамках интегральной каузальной психотерапии. *Psychotherapy Science Today*. 1(1):13–21. <https://doi.org/10.64435/spes8434>



© Автор(ы), CC BY-NC 4.0

Введение

Большое депрессивное расстройство (БДР), основа депрессивных расстройств, характеризуется дискретными эпизодами, длящимися не менее двух недель, со значительными изменениями аффекта, когнитивных и нейровегетативных функций, с ремиссиями между эпизодами. Персистирующее депрессивное расстройство (дистимия), более хроническая форма депрессии, диагностируется, когда расстройство настроения сохраняется не менее двух лет у взрослых или одного года у детей [2].

Согласно Wellcome Global Monitor (глобальный мониторинг Wellcome) за 2020 год, почти каждый пятый взрослый сообщал о переживании тревоги или депрессии, достаточно сильных, чтобы негативно влиять на повседневную активность в течение двух недель или дольше [4]. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сообщила в 2023 году, что примерно 5% взрослых во всем мире страдают депрессией, причем более 700 000 ежегодных смертей связаны с самоубийствами [5]. Депрессия значительно влияет на качество жизни и является ведущим фактором самоубийств [6]. Она входит в число основных причин инвалидности в мире и является приоритетной мишенью в Программе действий по преодолению разрыва в области психического здоровья ВОЗ (mhGAP).

Несмотря на свою распространенность, большинство людей с депрессией не получают адекватного лечения. Систематические обзоры подчеркивают ограниченную эффективность антидепрессантов, которые в клинических испытаниях часто по эффекту не превосходят плацебо. Примерно в 50% случаев испытаний не наблюдается значимых различий между активными препаратами и контролем, с минимальными различиями по Шкале оценки депрессии Гамильтона. Существующие психотерапевтические подходы также критикуются за неспособность продемонстрировать явное преимущество по сравнению с контрольными группами [7–10].

Риск рецидива после прекращения лечения остается значительной проблемой как в психиатрической, так и в психотерапевтической практике. Исследование 2021 года Университетского колледжа Лондона показало, что 56% пациентов, прекративших прием антидепрессантов, испытали рецидив в течение года, по сравнению с 39% тех, кто продолжил лечение. Длительное использование антидепрессантов также увеличивает риск рецидива [11]. Аналогично, немедикаментозные методы лечения имеют высокие показатели рецидивов. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), часто

считающаяся высокоэффективным психотерапевтическим подходом к лечению депрессии [12], демонстрирует рецидивы в 30–50% случаев в первый год после терапии, достигая 60–70% в течение 2–5 лет [13]. Транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) приводит к рецидивам в 30–40% случаев в течение шести месяцев [14], в то время как электроконвульсивная терапия (ЭКТ) связана с рецидивами в 50% случаев в течение шести месяцев и 70–80% в течение года [15]. В отличие от этого, текущее исследование не зафиксировало рецидивов в течение года, что указывает на потенциальное преимущество предлагаемого метода в предотвращении рецидивов.

Таким образом, депрессивные расстройства являются распространенным состоянием психического здоровья и ведущей причиной инвалидности во всем мире. Однако эффективные, предотвращающие рецидивы методы лечения остаются для пациентов недоступными. Это пилотное исследование направлено на оценку результатов краткосрочного этиотропного лечения некоморбидной депрессии с использованием интегральной каузальной психотерапии (ИКП), в которой основной терапевтической мишенью является непереработанная агрессия. Накопленные данные указывают на то, что подавленная и вытесненная агрессия может играть центральную роль в этиологии некоморбидных депрессивных расстройств, что делает ее перспективной терапевтической мишенью [16–18]. ИКП представляет собой психодинамический подход, направленный на устранение коренных причин психических расстройств путем работы с вытесненными аффектами и некритически усвоенными неадаптивными когнитивными и поведенческими паттернами.

Методы

Гипотеза и теоретическая рамка

Наша гипотеза состоит в том, что основная причина депрессии заключается в вытеснении и подавлении агрессивных чувств и эмоций, что приводит к накоплению их производных. Когда эти производные достигают индивидуального порога, они приводят к психической декомпенсации, которая может проявляться в форме депрессивного расстройства. Эта точка зрения основана на психоаналитических теориях депрессии З. Фрейда, К. Абрахама, М. Кляйн и О. Кернберга [16–19], а также на нейробиологических данных о влиянии подавления эмоций на развитие депрессии [20]. Кроме того, тот факт, что в диагностических критериях депрессивного расстройства

у детей и подростков указано раздражительное настроение, а не грусть [2], поддерживает гипотезу о роли агрессивных импульсов в депрессии, поскольку эти импульсы более заметны у детей и молодых людей из-за менее развитых механизмов подавления.

Подход интегральной каузальной психотерапии к лечению депрессии

Исходя из предположения, что переработанная (вытесненная и подавленная) агрессия является основной причиной депрессивных расстройств, ИКП ставит терапевтической миссией нейтрализацию психических факторов, которые приводят к этому вытеснению и подавлению, а именно, установок, запрещающих осознание и выражение агрессии. Поэтому первичная терапевтическая цель — это нормализация у пациентов агрессивных чувств и эмоций и формирование конструктивного отношения к ним. Вторая цель состоит в переработке накопленных агрессивных аффектов и формировании функциональных паттернов мышления и поведения в отношении агрессивных импульсов. Для достижения этих терапевтических целей мы разработали комплексную методологию, которая включает:

1. Техники психологической нейромодуляции, направленные на нейтрализацию установок, запрещающих агрессивные чувства и эмоции; на переработку накопленных агрессивных аффектов и усиление способности Эго конструктивно управлять агрессивными импульсами:

- a. «*Деимпринтинг запретов*» для устранения запретов на агрессивные импульсы путем модификации ментальных представлений об опыте, в котором было получено запрещающее внушение;
- b. «*Катарсис воспоминаний*» для переработки негативных аффектов, связанных с переработанной агрессией, и установления адаптивных поведенческих паттернов;
- c. «*Билатеральная нейромодуляция*» для коррекции психоэмоционального состояния и дисфункциональных убеждений;
- d. «*Ресурсирование линии жизни*» для переработки накопленных негативных аффектов, восполнения дефицита психических ресурсов, связанных с неблагоприятными периодами жизни, и усиления способности Эго выдерживать стресс без развития аутоагрессивных состояний;

- e. «*Слияние с Идеальным Я*» для моделирования более приемлемого для пациента образа себя;
- f. «*Архетипический дар*» для моделирования желаемых для пациента личных качеств или поведения, повышающих его психологическое благополучие.

2. Мотивы Кататимно-Имагинативной Психотерапии Х.Лейнера [21], как классические, так и авторски модифицированные:

- a. «*Цветок*» для диагностики и лечения аутоагрессии*;
- b. «*Дикое хищное животное*» для обучения установлению контакта с собственными агрессивными импульсами и их канализации;
- c. «*Ручей*» для нормализации скорости и качества течения психических процессов;
- d. «*Дом*» для укрепления Эго;
- e. «*Гора*» для направления агрессивной энергии на достижение целей и социальных устремлений.

3. Психообразование о природе агрессивных чувств и эмоций и последствиях запретов на их осознание и выражение.

4. Формирование здорового отношения пациентов к собственным агрессивным чувствам и эмоциям.

Методика рекомендована к применению в формате 20-сессионного протокола с гибкой последовательностью сессий для адаптации к индивидуальным потребностям и нарративу пациента. Стоит отметить, что техники протокола служат в первую очередь инструментами. Основным аспектом реализации протокола является акцент на устранении запретов на осознание и выражение агрессии и работа в психодинамическом ключе.

Протокол ИКП для лечения депрессии через интеграцию переработанной агрессии

Сессия 1. Переработка аффектов, установление терапевтического альянса.

Техника «Катарсис воспоминаний» для работы с опытом подавления агрессии или переживания пациентом чувства собственной «плохости» (отвержение, унижение, обесценивание и подобные переживания).

Сессия 2. Психообразование о взаимодействии с собственной агрессией (с использованием нарратива клиента как примера, показывающего моменты подавления агрессии), внушение

Чтобы узнать больше об интегральной каузальной психотерапии, перейдите по ссылке: <https://aipp.education/integral-causal-psychotherapy>

* Здесь мы выделяем наиболее значимые терапевтические эффекты этих мотивов Кататимно-Имагинативной Психотерапии в рамках нашей методологии; терапевтический потенциал данных мотивов не ограничивается этим спектром действия.

здорового отношения к обращению со своей агрессией.

Техника «Деимпринтинг запретов на выражение агрессии».

Сессия 3. Мотив «Цветок».

Сессия 4. Обсуждение рисунка по мотиву «Цветок».

Техника «Катарсис воспоминаний» для работы с опытом подавления агрессии или переживания пациентом чувства собственной «плохости».

Сессия 5. Идентификация и коррекция негативных и ограничивающих убеждений пациента о себе с использованием субъективного шкалирования и техник «Билатеральная нейромодуляция» и «Катарсис воспоминаний».

Сессия 6. Мотив «Дикое хищное животное».

Сессия 7. Обсуждение рисунка по мотиву «Дикое хищное животное».

Техника «Слияние с Идеальным Я».

Сессия 8. Техника «Катарсис воспоминаний» для работы с опытом подавления агрессии или переживания пациентом чувства собственной «плохости».

Сессия 9. Мотив «Ручей».

Сессия 10. Обсуждение рисунка по мотиву «Ручей».

Идентификация и коррекция негативных и ограничивающих убеждений пациента о себе.

Сессия 11. Техника «Ресурсирование линии жизни» для наиболее проблемных периодов жизни.

Сессия 12. Техника «Архетипический дар» для моделирования желаемого качества или паттерна поведения пациента, повышающих его психологическое благополучие.

Сессия 13. Мотив «Дом».

Сессия 14. Обсуждение рисунка по мотиву «Дом». Техника «Ресурсирование линии жизни» для наиболее проблемных периодов жизни.

Сессия 15. Техника «Катарсис воспоминаний» для работы с опытом подавления агрессии или переживания пациентом чувства собственной «плохости».

Сессия 16. Мотив «Гора».

Сессия 17. Обсуждение рисунка по мотиву «Гора».

Идентификация и коррекция негативных и ограничивающих убеждений о себе с использованием субъективного шкалирования и техник «Билатеральная нейромодуляция» и «Катарсис воспоминаний».

Сессия 18. Техника «Катарсис воспоминаний» для работы с переживаниями подавленной агрессии или чувством «плохости» пациента.

Сессия 19. Идентификация и коррекция негативных и ограничивающих убеждений пациента

о себе с использованием субъективного шкалирования и техник «Билатеральная нейромодуляция» и «Катарсис воспоминаний».

Сессия 20. Техники из вышеуказанных, в зависимости от материала пациента.

Методология и протокол были разработаны Юрием Тором, автором интегральной каузальной психотерапии. Они используются с 2018 года и легли в основу данного исследования в 2023 году.

Для воспроизведения результатов, представленных в этом исследовании, психотерапевты должны:

- быть обучены психодинамическому подходу, особенно распознаванию бессознательного материала;
- освоить все техники и методы протокола;
- не иметь личных запретов или негативных установок по отношению к собственной агрессии.

Выборка и методы оценки

Исследование проводилось с сентября 2023 года по декабрь 2024 года в Академии интегральной психодинамической психотерапии (Москва, Россия) при сотрудничестве с кафедрой клинической психологии Ярославского государственного медицинского университета (Ярославль, Россия). Все участники предоставили информированное согласие, а протокол исследования был одобрен Этическим комитетом Академии интегральной психодинамической психотерапии.

В исследовании приняли участие 18 пациентов в возрасте 24–76 лет с диагнозом большого депрессивного расстройства (БДР) с рецидивирующими эпизодами средней и тяжелой степени (коды по МКБ-10 F33.1 и F33.2; коды DSM-5 296.32 и 296.33) или персистирующего депрессивного расстройства (код по МКБ-10 F34.1; код DSM-5 300.4). Участники были набраны по объявлению Академии интегральной психодинамической психотерапии. Диагнозы подтверждены сертифицированным психиатром с использованием структурированных клинических интервью на основе критериев МКБ-10.

Психотерапия проводилась автором метода и пятью обученными психотерапевтами. Лечение включало 20 еженедельных 50-минутных сессий, проводимых онлайн через видео, в соответствии с описанным выше протоколом. Лечение каждого пациента длилось 20 недель. Все психотерапевты участвовали в двухнедельных групповых супервизиях под руководством автора метода. Супервизии обеспечивали точность применения протокола и помогали разрешать возникающие в ходе работы вопросы.

Эффективность лечения оценивалась по результатам психиатрического обследования до и после психотерапии. Психологическое благополучие оценивалось с использованием Шкалы психологического благополучия К. Рифф [22] и анкеты Ю.Н. Тора «Удовлетворенность динамикой изменений в ключевых сферах жизни» [26]. Шкала психологического благополучия Рифф демонстрировала высокую надежность и валидность в различных популяциях [22]. Анкета Тора «Удовлетворенность динамикой изменений в ключевых сферах жизни» была разработана на основе клинических наблюдений. Анкета оценивала изменения за последние 2,5 месяца для учета недавних сдвигов в субъективном благополучии пациентов, что соответствовало продолжительности лечения и срокам оценки после лечения.

Психологическое благополучие пациентов сравнивалось с набранной методом «снежного кома» контрольной группой из 30 россиян в возрасте 18–51 год, ранее не состоявших на диспансерном психиатрическом учете и не находившихся под наблюдением психиатра. Контрольная группа использовалась для сравнения уровня психологического благополучия по шкале Рифф нормативных данных не клинической популяции с данными после лечения у членов группы, которая прошла психотерапию. Данные анализировались с использованием U-критерия Манна-Уитни для независимых выборок и коэффициента ранговой корреляции Спирмена с использованием IBM SPSS Statistics 22.0.

Результаты и обсуждение

После психотерапии 83% (N = 15) пациентов достигли полной ремиссии, а у 17% (N = 3) снизилась тяжесть симптомов: у одного с тяжелой до легкой формы, у одного — с тяжелой до средней, и еще у одного — со средней до легкой. Пациенты с невротической организацией личности (N = 9, 50% выборки) достигли полной ремиссии в 100% случаев. Среди пациентов с пограничной организацией личности (N = 9, 50% выборки) 67% (N = 6) достигли ремиссии, а 33% (N = 3) показали снижение тяжести симптомов. В течение года наблюдения не было зафиксировано ни одного рецидива у пациентов, достигших ремиссии, ни ухудшения симптомов у тех, у кого наблюдалось снижение тяжести во время лечения. Более низкий уровень ремиссии у пациентов с пограничной организацией личности может быть связан с большей слабостью Эго и сложностью переработки агрессивных импульсов.

Рисунок 1 иллюстрирует динамику совокупных показателей по Шкале психологического благополучия Рифф до и после психотерапии. Пациенты с невротической организацией личности имели до лечения в среднем балл 318 (диапазон низкого благополучия), который увеличился после лечения до 350 (верхний средний диапазон), приближаясь к уровням высокого благополучия — улучшение на 10%. Пациенты с пограничной организацией личности показали улучшение на 5,4%, оставаясь в диапазоне низкого благополучия, но приближаясь



Рисунок 1. Баллы по подшкалам Шкалы психологического благополучия Рифф у пациентов до и после психотерапии по сравнению с контрольной группой

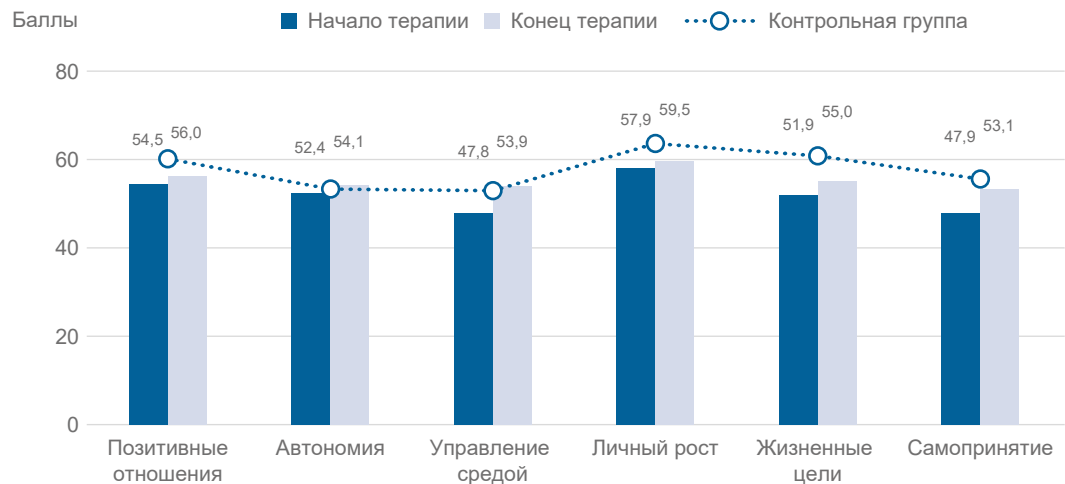


Рисунок 2. Баллы по подшкалам Шкалы психологического благополучия Рифф у пациентов до и после психотерапии по сравнению с контрольной группой

к среднему диапазону*. 10% улучшение в группе с невротической организацией, что соответствует порогу клинической значимости, а 5,4% улучшение в группе с пограничной организацией может быть менее клинически значимым и требует дальнейшего изучения. Улучшение психологического благополучия пациентов в обеих группах после психотерапии было статистически значимым (Т-критерий Уилкоксона, $p < 0,05$).

Рисунок 2 представляет баллы по подшкалам Шкалы Рифф, показывая положительную динамику по всем подшкалам, с наиболее значительными улучшениями в «Самопринятии» и «Управлении средой». После лечения баллы по «Автономии» и «Управлению средой» у выздоровевших пациентов немного превысили показатели контрольной группы (на 0,84 и 1,00 балла соответственно). Хотя эти различия были статистически значимыми для подшкал «Управление средой» и «Самопринятие», а также для общего показателя психологического благополучия ($p < 0,05$), их клиническая значимость требует дальнейшего исследования на более крупных выборках.

Рисунок 3, основанный на опроснике Тора, отражает субъективные оценки пациентов об изменениях в ключевых сферах жизни за последние 2,5 месяца. Пациенты оценивали изменения, произошедшие за последние 2,5 месяца в ключевых сферах своей жизни, выбирая один

из следующих вариантов ответа: «стало намного хуже», «стало хуже», «без изменений», «стало лучше», «стало намного лучше». Ответы оценивались по 5-балльной шкале Ликерта (1 = «стало намного хуже», 5 = «стало намного лучше»).

До психотерапии положительная динамика наблюдалась только в семейных отношениях. После лечения пациенты сообщили об улучшениях («стало лучше» или «стало намного лучше») почти во всех сферах, с наиболее выраженными изменениями в настроении, уверенности в себе, профессиональной сфере/учебе и удовольствии от жизни. Эти улучшения коррелируют с ослаблением депрессивных симптомов, особенно влияющих на эмоциональное благополучие, самооценку и гедонические аспекты жизни.

Результаты подтверждают нашу гипотезу о том, что переработанная агрессия является основной причиной некоробидных депрессивных расстройств, и интегральная каузальная психотерапия предлагает эффективный, краткосрочный, этиотропный подход для устранения этой причины, достижения ремиссии и предотвращения рецидивов. По сравнению с показателями рецидивов для КПТ (30–50%), ТМС (30–40%) и ЭКТ (50–80%) [13–15], отсутствие рецидивов в этом исследовании подчеркивает потенциал ИКП для устранения коренных причин депрессии и предотвращения повторного появления ее симптомов.

* Шкала психологического благополучия Рифф по общим показателям психологического благополучия имеет следующие уровни выраженности: 0–323 балла — низкий уровень; 324–353 балла — средний уровень; 354 баллов и выше — высокий уровень.

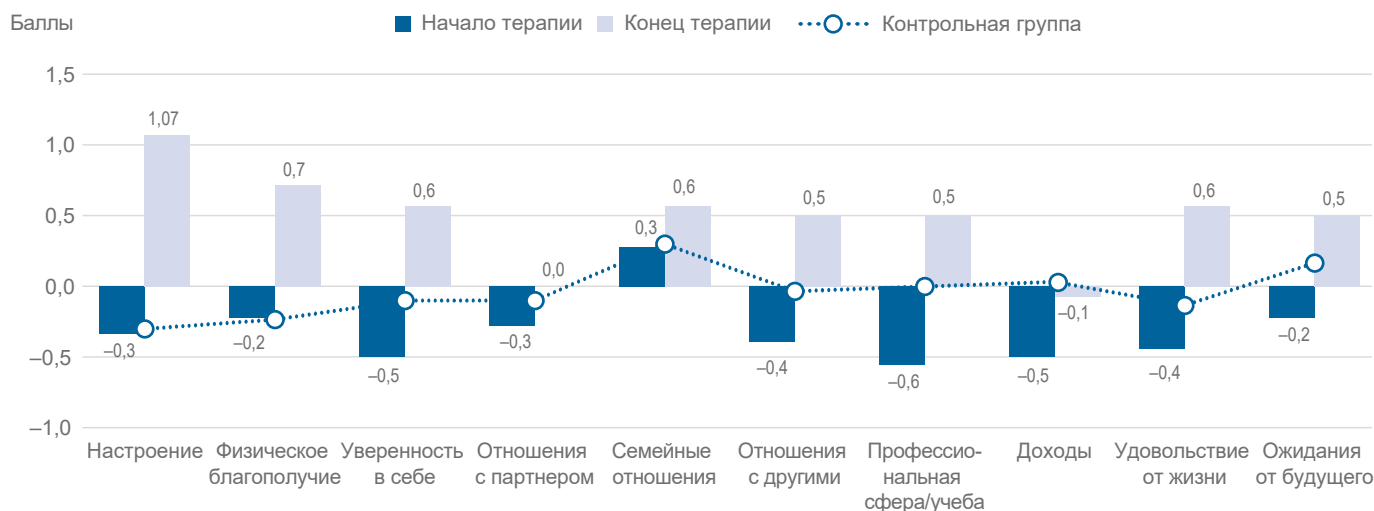


Рисунок 3. Удовлетворенность динамикой в ключевых сферах жизни до и после психотерапии

Ограничения и перспективы

Малый размер выборки ($N=18$) ограничивает обобщаемость результатов, что требует исследований на более крупных масштабах для подтверждения эффективности метода. Отсутствие контрольной группы лечения (например, пациентов, получающих другую терапию или находящихся в группе ожидания) ограничивает возможность прямого сравнения ИКП с существующими вмешательствами.

Метод предполагает сохраненный уровень интеллекта пациента, а также желание и способность сформировать терапевтический альянс. Его эффективность может быть ограничена у пациентов с выраженными интеллектуальными нарушениями и состояниями, такими как нейродегенеративные расстройства, расстройства шизофренического спектра, расстройства, связанные с приемом психоактивных веществ, нейрокогнитивные расстройства или тяжелые расстройства личности.

Преимущества метода

- Этиотропный подход.
- Краткосрочность (20 сессий).
- Ясная терапевтическая мишень и механизм ее достижения.
- Структурированный протокол.
- Безмедикаментозность.
- Эффективность как в очном, так и в онлайн-форматах.
- Возможность обучения методу квалифицированных психодинамических психотерапевтов в течение двух месяцев.

Ключевое преимущество метода — его способность устранять коренную причину депрессивных расстройств и предотвращать рецидивы, что подтверждено данными годового наблюдения в этом исследовании. Неопубликованные данные клинической практики, представленные на конференциях, указывают на наблюдаемую в течение шести лет стойкую ремиссию у пациентов после лечения методом ИКП [23–25]. Это можно объяснить устранением ключевой причины депрессии — запретов на агрессию: будучи устранены во взрослом возрасте, эти запреты не могут возникнуть вновь.

Новизна данного исследования заключается в акценте на устранении запретов на агрессию для лечения депрессии. Эта концепция уходит корнями в психоаналитическую теорию, освещенную З. Фрейдом в 1917 году [16], но недостаточно исследованную в современной психотерапевтической практике. В отличие от традиционных психодинамических подходов, сосредоточенных на горе или утрате при работе с депрессией [16], данный метод напрямую нацелен на запреты на агрессию, предлагая новую этиотропную основу для лечения депрессии.

В дальнейших исследованиях важно оценить этот метод на более крупных и разнообразных выборках, учитывая возраст, пол и социальный статус респондентов, провести кросс-культурные и лонгитюдные исследования для оценки долгосрочных результатов. Эффективность метода для лечения коморбидной депрессии, депрессии у детей и подростков и у пациентов с психотической организацией личности также требует изучения. В коморбидных случаях мы

предполагаем, что метод может снизить тяжесть депрессивных симптомов, но полная ремиссия может зависеть от лечения основного расстройства.

Заключение

Данное исследование предполагает, что некомпорбидная депрессия может быть вызвана неспособностью пациента перерабатывать свои агрессивные импульсы из-за запретов на их осознание и выражение. 20-сессионный протокол, разработанный в рамках интегральной каузальной психотерапии, эффективно устраняет эти запреты, достигая ремиссии у пациентов с невротической организацией личности и давая более гетерогенные результаты (ремиссия или снижение симптомов) у пациентов с пограничной организацией личности. Для пациентов с пограничной организацией личности [3] при лечении депрессии может быть целесообразно продлевать психотерапию сверх запланированных протоколом 20 сессий, для укрепления Эго до уровня, когда пациент становится способен перерабатывать свои подавленные агрессивные импульсы.

Данный метод лечения депрессии может быть интегрирован в практику психотерапии, предлагая структурированное, этиотропное, ограниченное по времени вмешательство для клиницистов, которые работают с некомпорбидной депрессией у взрослых пациентов с невротической и пограничной организацией личности.

Финансирование

Стоимость психотерапии для социально уязвимых пациентов, неспособных оплатить лечение, была покрыта Академией интегральной психодинамической психотерапии без дополнительного внешнего финансирования.

Заявление об интересах

Авторы заявляют, что это исследование проводилось в рамках Академии интегральной психодинамической психотерапии, которая разработала исследуемый метод. Хотя учреждение имеет интерес к его распространению, исследование было спроектировано и проведено независимо для обеспечения объективности.

Благодарности

Авторы выражают благодарность психотерапевтам-исследователям Екатерине Волхонской, Надежде Руденко, Альфии Рахмановой, Светлане Клинг и Анне Полторак за их самоотверженность в проведении лечения, а также психиатру Елене Сайкиной за проведение диагностических обследований.

Список литературы

1. Тор Ю. Интегральная каузальная психотерапия. *Грани психотерапии*. 2023;2(4):1–19. Доступно по ссылке: <https://aipp.education/wp-content/uploads/2023/07/GP-24-2023.pdf>.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.3.
3. Kernberg OF. Neurotic, borderline and psychotic personality organization: Theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Rev Bras Psicanal*. 2015;49(3):105–20.
4. Wellcome Global Monitor. The role of science in mental health [Интернет]. London: Wellcome; 2020. Доступно по ссылке: <https://wellcome.org>.
5. World Health Organization. World health statistics 2023 [Интернет]. Geneva: World Health Organization; 2023. Доступно по ссылке: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/depression>.
6. Moreno-Agostino D, Wu YT, Daskalopoulou C, Hasan MT, Huisman M, Prina M. Global trends in the prevalence and incidence of depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2021;281:235–43. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.035>.
7. Khan A, Faucett J, Lichtenberg P, Kirsch I, Brown WA. A systematic review of comparative efficacy of treatments and controls for depression. *PLoS One*. 2012;7(7):e41778. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0041778>.
8. Pigott HE, Leventhal AM, Alter GS, Boren JJ. Efficacy and effectiveness of antidepressants: current status of research. *Psychother Psychosom*. 2010;79(5):267–79. <https://doi.org/10.1159/000318293>.
9. Turner EH, Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, de Vries YA. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy: updated comparisons and meta-analyses of newer versus older trials. *PLoS Med*. 2022;19(1):e1003886. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003886>.
10. Jakobsen JC, Gluud C, Kirsch I. Should antidepressants be used for major depressive disorder? *BMJ Evid Based Med*. 2020;25(4):130. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2019-111238>.
11. Lewis G, Marston L, Duffy L, et al. Maintenance or discontinuation of antidepressants in primary care. *N Engl J Med*. 2021;385(14):1257–67. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2106356>.
12. Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(6):909–22. <https://doi.org/10.1037/a0013075>.
13. Vittengl JR, Clark LA, Dunn TW, Jarrett RB. Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75(3):475–88. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.3.475>.
14. Perera T, George MS, Grammer G, Janicak PG, Pascual-Leone A, Wirecki TS. The Clinical TMS Society consensus review and treatment recommendations for TMS therapy for major depressive disorder. *Brain Stimul*. 2016;9(3):336–46. <https://doi.org/10.1016/j.brs.2016.03.010>.
15. Sackeim HA, Haskett RF, Mulsant BH, et al. Continuation pharmacotherapy in the prevention of relapse following electroconvulsive therapy: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2001;285(10):1299–307. <https://doi.org/10.1001/jama.285.10.1299>.
16. Freud S. Trauer und Melancholie [Mourning and melancholia] [немецкий]. Vienna: Internationaler Psychoanalytischer Verlag; 1917.17.
17. Abraham K. Notes on the psycho-analytical investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions. In: Abraham K, editor. Selected papers on psycho-analysis. London: Hogarth Press; 1911. c. 137–56.
18. Klein M. A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. In: Klein M, editor. Contributions to psycho-analysis, 1921–1945. London: Hogarth Press; 1934. c. 282–310.
19. Kernberg OF. Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies. New Haven: Yale University Press; 1984.

20. Полунина А. Депрессия как особый режим функционирования мозга: данные нейровизуализационных исследований. *Ж Неврол Психиатр им. С.С. Корсакова*. 2013;113(1): 69–76.
21. Leuner H. Guided affective imagery: a method of intensive psychotherapy. *Am J Psychother*. 1984;38(1):4–22. <https://doi.org/10.11176/appi.psychotherapy.1969.23.1.4>.
22. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 1989;57(6):1069–81.
23. Тор Ю. Краткосрочное лечение депрессии в интегральной каузальной психотерапии [мастер-класс] [сербский]. Конгресс Союза обществ психотерапевтов Сербии; 17–19 октября 2024 г.; Белград, Сербия. Доступно по ссылке: <https://savezpsihoterapeuta.org/wp-content/uploads/2024/10/Empatija-i-društvo-zbornik-rezimea-2024.pdf>.
24. Тор Ю. Краткосрочное лечение клинической депрессии и хронических субдепрессивных состояний [доклад]. III Международная конференция «Кейс-стади в психотерапии и психологическом консультировании»; 2–3 марта 2024 г. https://doi.org/10.12731/Case_Study2024.
25. Тор Ю. Работа с агрессией в лечении депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств [доклад]. Международная конференция «Кейс-стади в психотерапии и психологическом консультировании»; 2–3 марта 2022 г. https://doi.org/10.12731/casestudy_conf/march2022.
26. Тор Ю. Анкета удовлетворенности динамикой изменений в ключевых сферах жизни [Интернет]. AIPP; 2025. Доступно по ссылке: <https://aipp.education/wp-content/uploads/2025/04/y.-tors-questionnaire-of-satisfaction-with-the-dynamics-of-changes-in-key-areas-of-life-en.pdf>.