

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Р.А. Часнойть
6 марта 2008 г.
Регистрационный № 029-0507

**МЕТОД ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ
ПСИХОТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ,
СВЯЗАННЫХ СО СТРЕССОМ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: УО «Витебский государственный
медицинский университет»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. А.А. Кирпиченко, В.А. Жебентяев

Витебск 2008

Инструкция предназначена для психотерапевтов, психиатров и наркологов.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ПРЕПАРАТОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

Отдельное помещение (кабинет) для конфиденциальной психотерапевтической работы с пациентом.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Легкий депрессивный эпизод (F32.0) и умеренный депрессивный эпизод (F32.1) — при наличии выявленного стрессового фактора и доминировании в клинической картине типичной депрессивной симптоматики.

Расстройство адаптации с кратковременной (F43.20), пролонгированной депрессивной (F43.21) или смешанной тревожно-депрессивной (F43.22) реакцией — при неглубокой выраженности депрессивных нарушений и четко выявленной субъективно значимой психотравме.

Дистимия (F34.1) (невротическая депрессия) — при неглубокой выраженности депрессивных нарушений и длительности течения расстройства более 2 лет.

Для проведения дифференцированной мультимодальной психотерапии необходимо согласие пациента.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Шизофрения и бредовые расстройства.

Умственная отсталость.

Депрессии психотического уровня (в рамках биполярного аффективного или рекуррентного депрессивного расстройства).

Органические депрессивные расстройства.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА

Процедура проведения дифференцированной мультимодальной психотерапии состоит из следующих этапов:

I. Определение клинического варианта депрессивного расстройства, связанного со стрессом с использованием критерием МКБ–10:

1) кратковременные депрессивные реакции в рамках расстройств адаптации;

2) пролонгированные депрессивные реакции в рамках расстройств адаптации или дистимии;

3) депрессивные эпизоды.

II. Формирование терапевтического альянса, заключение терапевтического контракта. Формирование позитивных ожиданий.

III. Собственно дифференцированная мультимодальная психотерапия по варианту, разработанному в соответствии с выявленным клиническим случаем.

IV. Подведение итогов и помощь в перенесении полученного опыта в повседневную жизнь.

Структура отдельно взятой психотерапевтической сессии

1. Достижение психотерапевтом ресурсного состояния. Для этого необходимо его знакомство с базовыми предположениями и методиками краткосрочной психотерапии, их понимание и использование в проведении психотерапии. Это включает применение психотерапевтических методик в семи модальностях модели BASIC I.D.: behavior — поведение, affect — эмоции, sensation — ощущения, imagery — представления, cognition — установки, ценности, убеждения, interpersonal — межличностные отношения, drugs — лекарства/биология. Психотерапевт должен стать активным проводником пациента на пути к желаемым изменениям. Это не значит, что сам терапевт выбирает направление изменений. Скорее этот путь выбирает пациент, задачей же психотерапевта является предложение методик, которые ускорят развитие клиента в данном направлении.

2. Установление раппорта, т. е. продуктивного контакта с пациентом через подстройку к вербальным и невербальным сигналам. Включает ненавязчивую подстройку к положению тела, жестам, дыханию, используемым речевым конструкциям. Важно это делать так, чтобы пациент не замечал подстройку, т. е. максимально естественно в процессе разговора.

3. Определение (или формирование) желаемого результата. Это проводится как для всего лечения, так и в каждой сессии. Важно помочь пациенту сформулировать конкретный результат, который он(а) хочет получить. Это может быть сложной задачей для человека в депрессии, что требует активной позиции от психотерапевта. Для этого существуют стратегии постановки цели: пациенту в свободной форме предлагается ответить на следующие вопросы:

а) Отрицание проблемного состояния. Что вы хотите прекратить или чего вы хотите избежать?

Я хочу перестать _____.

б) Определение противоположности проблемного состояния.

Вместо этого я хочу _____.

в) Определение желаемого состояния, относительно другого человека.

Я хочу действовать или быть таким как _____.

г) Использование ключевых характеристик для определения структуры желаемого состояния.

Я хочу проявлять следующие характеристики: _____.

д) Постановка «генеративной» цели — развитие имеющихся ресурсных качеств.

Я хочу быть более _____.

е) Действие по принципу «как если бы».

Если бы я уже достиг желаемого состояния, я бы _____.

В конечном счете, результат должен быть получен в позитивных формулировках (чего хочет пациент и когда), пациенту должно быть понятно, как он сможет узнать, что достиг результата, что нужно сделать конкретно самостоятельно, чтобы достичь результата, должны быть сохранены позитивные «вторичные выгоды» существующего состояния. В данной работе необходимо, чтобы психотерапевт помогал пациенту отвлечься от концентрации внимания на прошлом, которое часто видится пациентами в депрессии как цепочка неудач, потерь и т. д., и переключить свое внимание на желаемое будущее. Часто от пациентов можно услышать: «Я не знаю, чего я хочу» и подобные фразы. В данном случае можно спросить: «А если бы вы знали, что вы хотите, то что бы это было?».

4. Открытие модели мира пациента, которое включает изучение ведущих репрезентативных систем, субмодальностей внутреннего опыта и стратегий мышления. Вначале определяется, в какой модальности человеческого опыта наиболее представлена депрессия, а затем применяются подходы для работы с выявленными проблемами. Когда успешно решена существенная проблема в одной модальности, то «эффект кругов на воде» могут ослабить определенные трудности в других модальностях. Используя процедуру **отслеживания**, пациенту можно задать следующие вопросы: «Расскажите как ваша депрессия (или любое другое неприятное самочувствие) возникает. С чего все начинается, что вы чувствуете (видите, слышите) потом». Можно попросить пациента, чтобы он описал психотерапевту процесс входа в депрессию, что для этого нужно, как реагировать, что думать, в т. ч. по поводу возможной психотравмирующей ситуации. Это часто помогает пациентам обрести больше контроля над своей жизнью, т. к. позволяет взглянуть на себя, свое состояние со стороны, а также вселяет надежду на изменение существующего состояния.

5. Ведение к желаемому состоянию (с помощью указанных ниже методик). В случае возникновения сложностей у пациента в работе в той или иной модальности можно использовать **методику построения моста**. Например, если пациент не готов говорить о своих чувствах, предлагая рационализацию или интеллектуализацию, можно войти в предпочитаемую пациентом модальность (например, когнитивную) и через несколько минут беседы спросить о другой (предположительно более нейтральной) модальности, например, ощущениях. Таким образом, перекидывается мост от когнитивной к ощущениям. После короткого обсуждения ощущений можно попытаться перекинуть мост дальше, к эмоциям.

6. Проверка изменения. Это важный пункт работы, который включает следующие вопросы: «Что еще изменилось? Что еще вы хотели бы изменить? Вспомните, какая проблема была у Вас. Попробуйте воспроизвести ее сейчас и посмотрите, что изменилось». При этом важно сказать пациенту: не имеет значения, насколько малыми изменения кажутся на первый взгляд, важно не только повлиять на свое внутреннее состояние с помощью лечения, но и

научиться определять, выявлять, верифицировать изменения, что может быть затруднительным для человека в депрессии.

7. Выход к использованию наработанного в психотерапии опыта в реальной жизни. Примеры вмешательств: «Подумайте о моменте в будущем, когда как в прошлом у Вас возникла бы старая проблема, и обратите внимание, как она изменилась теперь». Важно определить все ли изменения устроят пациента, нет ли у него неосознанного сопротивления к достижению этих изменений или к претворению их в жизнь.

Психотерапия пациентов с кратковременными депрессивными реакциями

После формирования терапевтического альянса, формулировки целей – первых вмешательств, которые часто приводят пациентов к улучшению состояния, работа ведется по следующим направлениям:

1. Акцентуация личностных черт по тревожному, зависимому, ананкастному и мазохистическому типу требует коррекции искажений в модальностях представлений и мыслей, которые определяют реагирование пациента в ответ на психотравмирующую ситуацию. Это включает применение следующей методики, развивающей гибкость в восприятии жизненной ситуации.

Пациенту объясняется, что многие проблемы, в т. ч. те, которые приводят к депрессии, связаны с недостатком внутренне развитых навыков совладания со стрессом, с неожиданными и психотравмирующими ситуациями. Перед этим важно пояснить, что для того, чтобы задействовать возможности мозга по выходу из депрессии, необходимы не только рациональные инструкции, но и воображение, которое позволяет активизировать неосознаваемые ресурсы. Для развития таких способностей пациенту предлагается представить состояние, которое его беспокоит в виде круга, и разместить где-нибудь на полу. Поначалу, для некоторых пациентов это кажется трудным и необычным и в таких ситуациях важно сказать, что тут нет идеальных вариантов, «как вы представите, так и будет хорошо». Затем психотерапевт выясняет, как выглядит этот круг, какого он цвета, размера, какие у него границы, какой он наощупь, если бы к нему можно было бы прикоснуться и т. д. В процессе такой работы пациент постепенно погружается в легкий терапевтический транс. Затем предлагается отвлечься и подумать над тем, какие ресурсы нужны пациенту для выхода из беспокоящего состояния (или для решения проблемы). После того, как пациент их перечислит, предлагается вспомнить ситуации из прошлого, где у пациента были эти ресурсы (например, уверенность, спокойствие, сила, юмор и т. д.), а затем представить их по очереди в виде кругов на полу и затем совместить в одном месте. После этого предлагается войти в этот круг и представить, как эти ресурсы наполняют все тело, каждую его клетку и т. д. Затем предлагается с этими ресурсами войти в первый круг и обратить внимание на то, что происходит с ним. Обычно после некоторого периода появления неуверенности, через определенное время пациенту становится

лучше, круг тускнеет, исчезает. При необходимости можно несколько раз предложить пациенту вернуться в круг с ресурсами и взять их столько, сколько необходимо.

На следующих сессиях возможно применение модификации вышеприведенной методики, в которой вместо первого круга представляется картинка конфликтной ситуации, вместо второго — какое-нибудь место на природе, где пациент чувствует себя хорошо. Пациента обучают в психотерапевтической ситуации выходить в третью позицию вне конфликта, а затем переносить этот навык в жизнь.

2. Усиление защитного механизма «отрицания» для снятия актуальности психотравмирующей ситуации у пациентов данной группы подтверждает необходимость психотерапевтических подходов, направленных на «вентилирование» чувств, актуализацию реактивных переживаний, их отреагирование и принятие. Для этого по мере улучшения состояния предлагается обсудить те межличностные ситуации, которые явились причиной возникновения расстройства и проработать их с помощью методики описания конфликтной ситуации с трех позиций. Пациенту предлагается представить на пустом стуле человека, с которым связаны реактивные или конфликтные переживания, собрать информацию о том, как пациент все представляет, проговорить те чувства, которые он к нему испытывает. Затем пациент входит в позицию другого человека, вживается в его роль и также описывает ситуацию. После пациент входит в третью позицию наблюдателя и определяет те ресурсы, которые нужны ему, вспоминает ситуации, где он имел доступ к этим ресурсам, а затем в символическом виде отправляет в ту или иную позицию. Пациент может побывать в каждой позиции столько, сколько нужно для проработки.

3. Предупреждение утяжеления симптоматики должно включать в себя работу с зависимыми чертами личности, описанными в разделе «Психотерапия пациентов с депрессивными эпизодами», а также помощь в психологической переработке ситуации с нерезким переходом от отрицания к более реалистичному восприятию себя и своего окружения.

4. Предупреждение суицидальных тенденций должно быть направлено на обучение психотехнологиям, способствующим снижению импульсивности и развитию навыков адаптивного совладания со стрессом. Снижению импульсивности способствует развитие способности критически рассматривать свои мысли в проблемных ситуациях, обучение альтернативным реакциям на такие ситуации и адаптивным способам выражения эмоций. Психотерапия представляет собой ситуацию, в которой клиент может экспериментировать с выражением чувств, не боясь разрушительных последствий. Психотерапевт может осуществлять этот процесс, периодически спрашивая, как клиент чувствует себя в определенных ситуациях, которые обычно раздражают или вызывают другие неприятные эмоции. Затем психотерапевт может открыто признать и принять эмоции, которые хочет выразить клиент, смоделировать соответствующие реакции на выражение эмоции и обеспечить клиента обратной связью об

эффекте, вызванном его реакциями. Может показаться, что можно ускорить этот процесс, намеренно усиливая эмоции или вызывая другие, однако, психотерапевту лучше использовать естественно возникающие ситуации или с согласия клиента вызывать реакции с помощью ролевой игры или воображения, т. к. искренность и честность психотерапевта важны для поддержания отношений сотрудничества и доверия. При необходимости можно проинформировать пациента о способах получения поддержки от значимых для него (нее) людей или проработать данные ситуации в ролевой игре.

Психотерапия пациентов с пролонгированными депрессивными реакциями и дистимиями

В данном случае краткосрочная психотерапия представляет собой лишь отдельный этап более длительного психотерапевтического процесса.

При психотерапии данной группы пациентов в связи с выраженной актуализацией психологических защитных механизмов «регрессии», «проекции», «замещения», «гиперкомпенсации» и «рационализации» на начальном этапе терапии требуется больше внимания к установлению рабочего альянса по сравнению с другими группами пациентов. Клиенту необходимо рассказать о механизмах его страдания, о результатах психологического тестирования и возможностях психотерапии по преодолению болезненных симптомов. Это позволяет сделать пациента информированным союзником в психотерапевтической работе, внушает надежду на положительное воздействие, предвосхищает проблемы и дисфорию, сопровождающие сложные моменты в психотерапии, т. е. способствует трезвому отношению к лечению и позволяет заручиться поддержкой пациента.

При психотерапии пациентов с пролонгированными депрессивными реакциями и дистимиями необходимо быть осторожным и никуда не спешить, с уважением относясь к их индивидуальной скорости приобретать новый опыт. Это позволяет избежать сопротивления, которое, как правило, может выступать, как сообщение о границах способности пациента ответить на психотерапию, расшифровываемое следующим образом: «Требуемый тобой от меня образ мышления или действия не согласуется с моей моделью действительности». Появление сопротивления при работе в данной модели психотерапии является сигналом для необходимости модифицировать стратегию психотерапии (применить другую методику либо на время отказаться от техник и постараться эмпатически понять потребности пациента и т. д.). Сопротивление может стать следствием неправильного временного распределения психотерапии, постановки перед пациентом заданий, вызывающих в нем чрезмерный страх или же оказывающихся слишком трудными, недооценки возможных негативных последствий выбранной методики или представления ее таким образом, что она оказывается неприемлемой для пациента.

Учитывая преобладание тревожно-уклоняющихся черт в виде невротического развития личности, психотерапия в данном случае должна вестись по трем направлениям:

1. Работа с ощущением неадекватности и бесполезности собственного Я. В методике субмодальностного редактирования для этих целей пациенту предлагается перевести глаза вверх и влево и представить себя таким, каким он себе не нравится. Затем отодвинуть этот образ в сторону и в другом месте пространства сформировать образ себя того, каким бы пациент хотел быть. Этому уделить нужно достаточно времени, чтобы были четко сформированы зрительные, слуховые и кинестетические характеристики желаемого образа. Затем пациенту можно сказать: «Теперь «махните» эти две картины. Сначала увидите ту первую, большую и яркую. Потом в нижний правый угол поместите маленький темный образ результата. Маленький темный образ будет увеличивать размеры и яркость и покроет первую картину, которая потемнеет и уменьшится так же быстро, как вы произносите слово «взмах». Потом очистите экран или откройте глаза. «Махните» эти две картины снова — пять раз в общей сложности. Непременно очищайте экран в конце каждого взмаха».

В методике изменения личной истории важно определить негативное ощущение собственного Я и затем поставить на него «якорь» (соединить это состояние с каким-либо внешним стимулом, например, прикосновением к предплечью клиента). Далее, удерживая «якорь» в установленном месте, предлагают клиенту вернуться в прошлое и подумать о том времени, когда у него были похожие ощущения, вплоть до самого раннего момента. Затем предлагается подумать о том, какие ресурсы пациенту были необходимы в тех прошлых ситуациях, чтобы они превратились в удовлетворяющие, а не проблемные переживания. Далее пациенту предлагается вспомнить ресурсные ситуации и психотерапевту важно поставить на них «якорь». После этого, удерживая положительный «якорь», важно вернуть клиента снова к раннему опыту, предложить посмотреть на себя со стороны и заметить, как ресурсы изменяют его переживания, а затем, удерживая положительный «якорь», пройти через все вспомненные ситуации к настоящему переживанию.

Кроме того, для более глубокого понимания себя и изменения отношения к собственной личности проводится обсуждение результатов психологических тестов и самооценки черт характера с применением методики рефрейминга (т. е. пациенту предлагалось взглянуть на свои черты личности под другим углом, как на сильные нераспознанные стороны).

2. Работа с избеганием, что требует выработки иного отношения к негативным эмоциям. Это можно выполнить с помощью следующей методики. После определения негативной эмоции, черты характера, качества, от которого пациент хочет избавиться, необходимо помочь клиенту идентифицировать часть в теле, ответственную за эту эмоцию. Некоторым клиентам перед этим необходимо объяснить, что многие наши переживания проецируются на тело, и с помощью определенных приемов мы можем

работать с ними. После сбора информации о том, как пациент эту часть в теле представляет и чувствует, предлагается задать ей вопрос «Что ценного и полезного ты делаешь для меня?». После каждого ответа необходимо собирать изменения о представлении и ощущении части. Некоторые пациенты могут сознательно контролировать процесс, отвечая, что эта часть ничего хорошего не делает и от нее нужно избавиться. В этих случаях необходимо объяснить клиенту, что в глубине каждой части есть нечто позитивное, до этого нужно добраться, чтобы изменить поведение. Когда получаем ответ на этот вопрос, задается следующий: «Какая глубинная и важная цель стоит за этим ответом?». Каждая обозначаемая цель является ступенькой по направлению к глубинному ядру и ее следует запомнить или записать, используя слова самого клиента. Когда клиент доходит до глубинного ядра возникает заметное изменение состояния — часто глубокая релаксация, изменение цвета кожи, дыхания, темпа речи; приходят ответы похожие на следующие: «Покой», «Благополучие», «Любовь», «Красота», «Просветление», «Связь со всем». Важно предложить пациенту наполниться этим ресурсом и сказать: «Теперь ты знаешь дорогу к своему ... (ресурсу). И для того, чтобы его достичь, тебе вовсе необязательно проделывать столь длинный путь и испытывать то неприятное, что вначале ты обозначал как проблему. Просто, когда ты почувствуешь сигнал от своего тела, знай, что тебе нужно сделать всего лишь один шаг к своему ... (ресурсу)».

3. Работа, направленная на уменьшение дихотомического мышления («черное» или «белое», «все» или «ничего»). Для этого необходимо продемонстрировать клиентам, что у них присутствует дихотомическое мышление, и убедить их, что в их интересах изменить такое мышление. Затем необходимо помочь клиентам понять, что мышление в терминах континуума оказывается более реалистичным и более адаптивным, чем дихотомическое мышление с использованием метафор, примеров, обсуждения реальных случаев из жизни пациента.

Низкие показатели осмысленности жизни у данной категории пациентов являются мотивом для коррекции ценностно-смысловой сферы личности с помощью техник экзистенциальной психотерапии. Это достигается с помощью обсуждения отношения к экзистенциальным универсалиям (смерть, свобода, смысл жизни, одиночество).

В дальнейшем необходима работа над развитием новых, способствующих полноценной адаптации, навыков, детальным выбором наиболее гармоничной индивидуальной иерархии ценностей, смыслов и целей.

Психотерапия пациентов с депрессивными эпизодами

В соответствии с выявленными особенностями при данных расстройствах психотерапия в остром периоде должна носить поддерживающий характер и являться дополнительной по отношению к интенсивной психофармакотерапии.

Следует отметить, что самой распространенной ошибкой врачей, а также членов семьи больных депрессией, является попытка утешить пациента, фокусируясь на позитивных аспектах. Комментарии типа: «У вас нет серьезных причин для депрессии» или «Я уверен, что это скоро пройдет» — обречены на провал. Эти «ободряющие» комментарии воспринимаются депрессивными пациентами как существенный недостаток эмпатии и даже обычного человеческого понимания, что только усиливает у них ощущение одиночества и депрессии. Как отмечается в источниках по краткосрочной психотерапии депрессий, активное направление деятельности пациента является основой эффективного лечения. Психотерапевт выступает в роли активного проводника клиента на пути к желаемым изменениям. Однако с самого начала психотерапии необходимо дать пациенту понять необходимость принятия на себя ответственности за применение техник психотерапии.

Для того чтобы предупредить закрепление зависимых тенденций, необходимо клиентам все время давать понять, что они сами способны справиться с решением своих сложностей, если будут использовать предложенные навыки решения проблем. В психотерапии важно избегать авторитарности, что включает применение вопросов, выявляющих внутренние противоречия, и совместной практики (призывание пациента к сотрудничеству). Люди с акцентуацией зависимых черт характера часто при лечении ищут того, кто решит все их проблемы. Поэтому в целях включения их в лечебный процесс в первое время целесообразно позволить им некоторую зависимость от психотерапевта. В дальнейшем нужно последовательно работать над ослаблением этой зависимости. Сотрудничество не всегда должно быть равноправным, и в начале лечения психотерапевту, возможно, придется делать больше половины работы. Однако этот паттерн необходимо изменять в течение курса психотерапии, постепенно прося пациента выносить на обсуждение свои вопросы, самому придумывать домашние задания и т. д., чтобы пациент, в конечном счете, стал относиться к лечению более ответственно. Пациентов важно призывать к самомониторингу, используя наблюдение и ежедневную запись собственных автоматических мыслей с последующим критическим анализом.

Индивидуальная психотерапевтическая работа включает в себя ресурсную проработку конфликтных и стрессогенных ситуаций с использованием методик, приведенных выше с широким использованием «якорения» ресурсных переживаний. В связи с перегруженностью внутренними конфликтами пациентов с депрессивными эпизодами проводится работа на интраперсональном уровне с проблемными частями личности с использованием методики, направленной на интеграцию конфликтных частей идентичности. Пациенту предлагается определить два взаимоисключающих желания, например: «Хочу мириться, но не могу простить». Затем важно спросить, где в теле находится часть, которая ответственна за одно поведение (желание и т. д.), а где за другое. Далее необходимо уточнить, как пациент представляет и чувствует каждую из этих

частей. Далее просим клиента положить руки ладонями вверх на бедра и спрашиваем: «На какую ладонь желает переместиться та часть, которая хочет? А на какую – которая не хочет?». Затем говорим: «Пусть часть, которая хочет говорить первой, расскажет другой о своем позитивном намерении. Пусть вторая часть также расскажет о своем позитивном намерении первой части». Далее идем к глубинному ядру каждой части по методике, описанной в разделе «Психотерапия пролонгированных депрессивных реакций и дистимий». Затем предлагаем пациенту повернуть руки ладонями друг к другу и говорим: «И вот теперь, когда эти части познакомились, пообщались, обменялись мнениями, спроси у части, которая ...: возможно, она хочет подарить другой части какой-то ресурс в виде образа, символа. Пусть она подарит его другой части». Производим обмен подарками между частями и начинаем вести клиента к тому, что его руки начинают сближаться и говорим: «И вот по мере того, как эти части лучше узнают друг друга, твои руки начинают сближаться, чтобы еще больше познакомить их между собой. И, возможно, ты уже начал осознавать или скоро осознаешь, что ты начинаешь что-то ощущать, и твои руки сближаются и, наконец, сливаясь в единое целое, формируют что-то третье, которое обладает новыми качествами... и возьми это в себя, в свое тело».

В случае депрессивного эпизода, связанного с утратой значимого для пациента человека, необходимо помочь пациенту справиться с утратой с помощью методики работы с горем (смертью). Вначале пациенту предлагается представить умершего человека таким, каким он был живой и в привычной для него обстановке, и сказать представляемому образу вслух или про себя все, что пациент думает по поводу его ухода. Важно спросить пациента о том, что отвечает образ умершего. Далее необходимо уточнить, что по представлению пациента он может сделать, чтобы умершему было спокойно. В данном случае ведется работа с иррациональными представлениями по поводу смерти. А затем предлагается послать умершему те ресурсы в виде символических образов, которые ему там необходимы по представлению пациента. Далее говорим: «Теперь найди у себя за спиной яркое, теплое солнце. Можешь осветить этому человеку дорогу, которой он идет, по которой он отправился в иной мир. И когда ты видишь, как он удаляется по этой освещенной тобой дороге, ты, может быть, уже начал осознавать или уже осознал, что чем дальше он уходит, тем ближе он становится».

Длительность курса психотерапии в зависимости от клинического варианта депрессии, связанной со стрессом, может составлять от 5 до 15 терапевтических сессий длительность 45–50 мин. По индивидуальным показаниям психотерапевтическая работа может быть продолжена (особенно в случае пролонгированных депрессивных реакций и дистимий). В данном случае ведется проработка психологических механизмов защиты от переживаний, помощь пациенту в их отреагировании и более полном понимании себя.