

МЕДИЦИНСКАЯ
ПСИХОЛОГИЯ

ЭТНОФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ПСИХОТЕРАПИИ
АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА:
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

© 1999 г. А. В. Сухарев*, И. Л. Степанов**

* Канд. психол. наук, вед. науч. сотр. ПИ РАО, Москва

** Канд. мед. наук, ст. науч. сотр. Ин-та психиатрии МЗ МП РФ, Москва

Проведено сравнительное исследование эффективности применения метода этнофункциональной психотерапии и фармакологических средств в лечении депрессий. Показано, что психотерапия формирует адаптивные механизмы психического реагирования, а антидепрессанты могут лишь активировать их. При отсутствии таких механизмов антидепрессанты “раскачивают” психопатологическую симптоматику. В целом в работе представлен метод экспериментально-психологического прогноза эффективности – неэффективности лечения депрессий трициклическими антидепрессантами. Результаты исследования успешно прошли патентную экспертизу.

Ключевые слова: метод этнофункциональной психотерапии, этнофункциональные рассогласования, психические расстройства, антидепрессанты.

Цель настоящего исследования – выработка экспериментально-психологических и клинико-психологических критериев прогноза эффективности антидепрессантов, а также алгоритма взаимодействия фармако- и психотерапии в процессе лечения.

Был использован разработанный нами метод этнофункциональной психотерапии, основанный на соответствующем методологическом подходе в психиатрии и психологии [7–10] и на том, что этнофункциональные рассогласования в отношениях человека могут нарушать его адаптацию, в частности приводить к психическим расстройствам. Напомним, что этнические признаки (параметры) можно разделить на три большие группы: социокультурные, климато-географические и расово-биологические как факторы, влияющие на этногенез [1]. Все перечисленные признаки так же, как и другие феномены культуры, имеют этническую функцию – либо этнодифференцирующую, либо этноинтегрирующую. Соответственно этнофункциональное взаимодействие и рассогласование может происходить как во внешнем плане (средовом, социальном), так и во внутреннем (индивидуальном, психическом).

Первостепенной задачей этнофункциональной психотерапии является когнитивная, эмоциональная и моторно-поведенческая проработка рассогласований психических отношений к различным группам этнических признаков и их рассогласованиям, а также интеграция этнофункционального смысла основной симптоматики в целостную психику пациента [10]. Смысл улуч-

шения депрессивной симптоматики состоит в преодолении психической дезадаптации, связанной с точки зрения нашего подхода с нарушением целостности отношений человека к этническим признакам (органичности взаимодействия аффективной, когнитивной и моторно-поведенческой сторон процесса психической адаптации).

Мы придерживались следующего понимания адаптации: приспособление структуры и функций индивида или группы к условиям среды, которое может осуществляться на когнитивном, эмоциональном, моторно-поведенческом и биологическом уровнях. Болезненные психобиологические реакции человека рассматриваются здесь как признаки дезадаптации. В свою очередь адаптивные механизмы жизнедеятельности (в широком смысле) можно выделить как механизмы “экстреморбидного” поведения, как тип реагирования, присущий здоровому организму.

В процессе фармакотерапии были использованы следующие трициклические антидепрессанты: амитриптилин, анафранил, мелипрамин.

Исследование проводилось на базе Отделения аффективной патологии НИИ психиатрии МЗ РФ.

МЕТОДИКА

Исследование эффективности психотерапии и монотерапии антидепрессантами проводилось методами клинического наблюдения, психологических срезов и ретроспективного анализа историй болезни.

В процессе клинического исследования изучалась сравнительная эффективность лечения эндогенных и эндореактивных психических расстройств депрессивного спектра с

Количество различных типов ответов, диагностированных у пациентов до начала лечения по методике Роршаха, в зависимости от клинического эффекта терапии трициклическими антидепрессантами

Типы ответов по Роршаху	FFb+	FFb-	FbF	Fb	F
Клиническое улучшение ($n = 6$)	6	1	5	3	6
Отсутствие клинических изменений ($n = 7$)	0	0	4	1	7
Клиническое ухудшение ($n = 16$)	0	1	8	4	16

помощью метода этнофункциональной психотерапии и антидепрессантами.

В начале и в конце лечения соответствующие группы больных обследовались по методикам: Роршаха [12], Люшера (измерение уровня "плавающей" тревоги [6]), структурированного интервью для выявления этнофункциональных внутриспсихических расстройств [8], а также с точки зрения клинической выраженности у них депрессивной симптоматики. Кроме того, исследование эффективности антидепрессантов проводилось с помощью опросника депрессии Бека (сокращенный вариант).

Ретроспективный анализ историй болезни проводился у пациентов, лечившихся антидепрессантами и обследовавшихся по всем методикам, кроме опросника Бека. Клиническую эффективность антидепрессантов в этом случае определяли по следующим критериям: прямому указанию на эффективность или неэффективность антидепрессантов в выписке из истории болезни; на основании сопоставления оценки состояния пациента по дневнику и а) длительности применения, б) смены или отмены антидепрессантов, в) назначения в процессе лечения других препаратов: нейролептиков, транквилизаторов и т.п.

Как в клиническом исследовании, так и в процессе ретроспективного анализа историй болезни заключение об эффективности или неэффективности антидепрессантов делали в тех случаях, когда можно было проследить их действие по истечении не менее четырех недель с начала лечения.

Успешность лечения антидепрессантами оценивалась при проведении монотерапии без комбинированных схем комплексной терапии антидепрессантами с другими препаратами, описанных в отечественных исследованиях [3].

Клиническую выраженность эффективности терапии определяли по четырехбалльной системе: 2 балла – клинически выраженный положительный эффект; 1 балл – клинически незначительный эффект; 0 баллов – отсутствие каких-либо клинических изменений; -1 балл – проявление негативного клинического эффекта (усиление тревоги, расстройство сна, дисфории и т.п.).

Всего было обследовано 94 пациента в возрасте от 20 до 55 лет.

Первую группу (29 пациентов) лечили антидепрессантами при проведении монотерапии. Применяли метод клинического наблюдения и психодиагностические средства.

Вторая группа – это 13 пациентов (два цикла психотерапии в группах по 6 и 7 чел.), которых обследовали на предмет эффективности этнофункциональной психотерапии при неэффективности поддерживающей терапии в течение длительного времени [10]. Обе группы отбирались по желанию, причем медикаментозная поддержка во время психотерапии была минимизирована до уровня постоянного амбулаторно-приема пациентами этих лекарств.

Третью группу (52 пациента) лечили антидепрессантами по традиционным схемам (в начале лечения – монотерапия антидепрессантами) [3]. Эти пациенты изучались ретроспективно по историям болезней.

Подавляющее большинство обследованных пациентов из всех групп имели многократные, склонные к затяжному течению депрессивные состояния со значительным удель-

ным весом в структуре аффекта тревожного, а также тоскливого компонента.

Сравнение выделенных групп пациентов до начала лечения по уровню плавающей тревоги (по Люшеру) достоверных различий не выявило.

Группы больных с положительным и отрицательным клиническими эффектами до проведения терапии антидепрессантами по глубине депрессии (по шкале Бека) достоверно не различались. Глубина депрессии отмечалась по этой шкале в среднем на уровне нижней границы ранга тяжелой депрессии.

Достоверность результатов определяли по статистическим критериям Стьюдента (t) и Пирсона (χ^2).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты исследования в группе лечившихся монотерапией антидепрессантами показали, что клинически выраженный эффект был зарегистрирован у 20% пациентов; случаи отсутствия клинического эффекта и отсутствия клинического ухудшения составили 23%; усиление тревоги, раздражительности, снижение общего фона настроения, нарушения сна и т.п. наблюдались у 57%.

У пациентов, успешно лечившихся антидепрессантами, в 100% случаев до начала прохождения курса зарегистрированы ответы типа FFb+ по Роршах-тесту. В этой группе средний уровень тяжести депрессии по Беку достоверно снизился с 19.75 до 10.25 балла ($p < 0.05$). Пациенты, у которых после лечения отсутствовало клиническое улучшение, не имели ответов типа FFb+ (0%). Сравнение этих данных выявило высокую достоверность различий ($p < 0.01$) (см. таблицу). По другим показателям методики Роршаха достоверных различий не обнаружено.

При ретроспективном анализе изучались истории болезни пациентов, лечившихся антидепрессантами по схемам, принятым в фармакотерапии [3]; ухудшение основной симптоматики было выявлено в 56% случаев. В группе больных, лечившихся успешно (14%), по сравнению с группой, где наблюдалось ухудшение основной симптоматики, у пациентов по результатам Роршах-теста достоверно преобладали ответы типа FFb+ ($p < 0.01$) и было достоверно меньше ответов типа Fb ($p < 0.05$). Эти результаты косвенно подтверждают данные, полученные методом срезов в исследовании эффективности монотерапии антидепрессантами.

В группе пациентов, проходивших курс психотерапии, клинически выраженный эффект заре-

гистрирован у 38%. Однако у этих больных, в отличие от лечившихся антидепрессантами, не было отмечено случаев клинического ухудшения.

У пациентов, успешно лечившихся психотерапией, ответы типа FFb+ в начале терапии зарегистрированы у 40% пациентов. Достоверных различий по наличию этого показателя в начале лечения в группах успешной терапии – антидепрессантами и психотерапией – обнаружено не было.

Ответы типа FFb+ после проведения успешной психотерапии (при отсутствии их до начала терапии) имели 15% пациентов. При лечении антидепрессантами таких ответов (при отсутствии их до начала лечения) обнаружено не было (0%). Сравнение этих показателей выявило достоверность различий на уровне $p < 0.01$.

Дополнительные результаты

При лечении антидепрессантами во всех группах в среднем зафиксировано падение плавающей тревоги, однако без достоверных различий.

Была отмечена неэффективность психотерапии и применения антидепрессантов во всех случаях при наличии постпроцессуального дефекта и(или) выраженной резидуальной органической патологии центральной нервной системы.

Успешно лечились антидепрессантами преимущественно те пациенты, которые предпочитали для постоянного места жительства ландшафт и климат, соответствующие месту их рождения и проживания (тенденция при $p < 0.1$).

При лечении психотерапией показатель плавающей тревоги по Люшеру в среднем снизился во всех случаях. Клинически положительный эффект от лечения психотерапией влиял на снижение плавающей тревоги достоверно на уровне $p < 0.05$.

ОБСУЖДЕНИЕ

Основным практическим результатом экспериментального исследования можно считать тот факт, что маркером успешности применения антидепрессантов является наличие у пациента в начале лечения ответов типа FFb+ по Роршах-тесту, тогда как для успешного лечения психотерапией этот показатель не значим. Кроме того, в процессе психотерапии, в отличие от терапии антидепрессантами, данный показатель достоверно может быть сформирован. Разъясним психологический смысл этого показателя.

Ответы типа FFb+, т.е. с адекватным учетом цвета и формы стимула при Роршах-диагностике, соответствуют тем ощущениям, которые исходят от объекта, и в то же время они контролируются разумом. Этот признак имеет два значения: во-первых, эмоциональный контакт, общительность,

единение, приспособление чувств к ситуации и интересам объекта. Во-вторых – контроль разума, держащий чувства в определенных границах, торможение в смысле самообладания [12, с. 64]. Очевидно, что такие ответы свидетельствуют о хороших механизмах психической адаптации, проявляющихся в органичном взаимодействии ее аффективной и когнитивной сторон (т.е. их недизъюнктивности) (см. [4]).

Во время депрессии эти механизмы находятся в “неактивированном” состоянии.

Ответы типа Fb (с учетом только цвета стимула) означают «стремление к “чистой” эмоциональной разрядке; а импульсивность, которая служит лишь для снятия аффекта (разрядки), не требует приспособления к объекту» [12, с. 65].

Промежуточное положение между первыми двумя типами занимают ответы FbF (детерминация ответа в основном цветом; роль формы стимула отступает здесь на задний план), которые “являются критериями для установления лабильной эмоциональности, когда человек хотя и стремится к контакту, но ему не удается создать стабильные связи с объектом” [там же]. С точки зрения психической адаптации ответы типа Fb говорят об отсутствии попыток взаимодействовать с объектом, т.е. являются признаком дезадаптации. Ответы типа FbF означают попытки такого взаимодействия, однако не вполне удачные из-за слабо контролируемой эмоциональности.

Ответы типа F (F-, F+, F±) свидетельствуют о восприятии обследуемым формы стимула, что характеризует, в отличие от ответов, включающих реакции на цвет, только когнитивную сферу [там же, с. 40, 191, 203].

На основании клинического изучения всех групп пациентов в структуре депрессивного синдрома были выделены следующие эмоциональные признаки, прогнозирующие неэффективность применения антидепрессантов:

1. Склонность к эмоциональному напряжению и возбуждению, тревожность, дисфория, враждебность, агрессивность, раздражительность в рамках депрессивного состояния.
2. Повышенная эмоциональная реактивность, т.е. слишком сильная откликаемость на эмоциональные стимулы, своеобразная обостренная реакция на отрицательные эмоции.
3. Гиперэргический характер эмоциональных реакций (неадекватность силы эмоционального сопровождения психических реакций).
4. Импульсивность эмоций, их грубость, низкий эмоциональный контроль, эмоциональная и вегетативная лабильность.
5. Присутствие психопатических черт, дисгармоничности характера; сочетание гипотимного и

возбудимого радикалов, признаки шизофренического дефекта с парадоксальностью реакций.

Сравнивая перечисленные признаки с психологическим содержанием Роршах-ответа типа FFb+, можно прийти к заключению, что их внутренние смыслы взаимно исключают друг друга. Приведенные клинические признаки – это болезненные (“морбидные”), дезадаптивные проявления. Содержание же ответов типа FFb+ характеризует здоровое (“экстраморбидное”) адаптивное психическое взаимодействие субъекта и объекта. В данном случае результаты клинического и экспериментально-психологического исследований взаимно дополняют друг друга.

Фактически во всех случаях клинического ухудшения, когда в начале лечения не было зафиксировано ответов типа FFb+ по результатам Роршах-теста, диагностированы различные сочетания FbF, Fb или полное отсутствие ответов, включающих любые реакции на цвет (т.е. тех же Fb, FbF), что, по Э. Бому (E. Bohm), является одним из наиболее существенных признаков эндогенной депрессии [там же, с. 287]. В связи с тем что реакции на цветовые стимулы характеризуют эмоциональную сферу, в последнем случае речь идет о снижении эмоционального восприятия, интенсивности ощущений вплоть до “нивелирования оттенков, потери цветоощущений” – т.е. обо всем том, что в отечественной психиатрии принято характеризовать как проявление апатической депрессии [5, с. 8]. Интерпретация различных сочетаний ответов типа Fb и FbF включает в свою очередь такие характеристики эмоциональности, как импульсивность, склонность к эмоциональному возбуждению, неадекватность силы эмоционального сопровождения психических реакций (их гиперэргический характер), наличие психопатических черт характера и т.д., что соответствует нашим клинически выявленным критериям неэффективности антидепрессантов.

Такие показатели прогноза неэффективности антидепрессантов, как раздражительность, дисфория, аффективная лабильность, повышенная эмоциональная реактивность и др., также отмечались в отечественных и зарубежных исследованиях наряду с наличием судорожных и бредовых расстройств [3, 13].

Благоприятный прогноз эффективности антидепрессантов не наблюдался при отсутствии у пациента признаков механизма адаптивного взаимодействия когнитивной и аффективной сферы (т.е. ответов типа FFb+). Если же адаптивные механизмы зафиксированы до начала лечения, то это являлось абсолютно благоприятным прогностическим критерием даже при наличии других неблагоприятных признаков. В целом это понятное – психоактивирующий эффект антидепрессантов поддерживает, прежде всего, сохраненные ме-

ханизмы психической адаптации и только при отсутствии последних может “раскачивать” психопатологические (неадаптивные) реакции. Следует отметить, что в отечественных исследованиях уже имеются данные о “раскачке” аффекта при применении трициклических антидепрессантов, в частности, относительно ускорения рецидивирования депрессивных фаз [2].

Ниже приведен пример клинического наблюдения положительного эффекта от применения антидепрессантов.

Больная Г.Л., 45 лет, поступила в стационар с диагнозом “тоскливо-тревожная *эндореактивная* депрессия”. У нее отсутствовал интерес к жизни, было постоянно снижено настроение, преобладала двигательная заторможенность, имели место ангедония, бессонница, отсутствие аппетита. Степень плавающей тревоги до начала лечения (по Люшеру) несколько повышена, уровень депрессии по Беку равен 18 баллам (тяжелая депрессия). По результатам Роршах-диагностики до начала лечения наблюдались ответы типа FbF и FFb+. После лечения антидепрессантом (анафранил) в течение трех недель у больной наметилось клинически выраженное улучшение основной симптоматики. Уровень депрессии по Беку снизился до 5 баллов. По результатам Роршах-диагностики в конце лечения у больной были зафиксированы ответы типа FFb+ при отсутствии FbF.

Следующий пример иллюстрирует случай неэффективного применения антидепрессантов.

Больная Е.Н., 52 года, поступила с диагнозом “тревожно-тоскливая *психогенная* депрессия”. Она влaskива, эмоционально-лабильна, испытывала страх, что “может быть подвергнута насилию”. Этот страх имел реальную основу – больная судилась с риэлторской фирмой по поводу своей квартиры. До начала лечения выраженность депрессии по Беку составляла 31 балл. По результатам Роршах-диагностики до начала лечения у больной зафиксированы два ответа типа FbF. В процессе лечения антидепрессантом (амитриптилин) в течение четырех недель пациентке вначале, в связи с расстройством сна, на ночь был назначен феназепам. Потом, в связи с клиническим ухудшением основной симптоматики и возникновением у нее субпсихотического состояния с генерализацией идей отношения, дополнительно были назначены инъекции галоперидола и снижена суточная доза амитриптилина. Эти меры помогли относительно стабилизировать ее состояние. По результатам Роршах-психодиагностики (по истечении четырех недель с начала лечения, но до применения галоперидола) у больной зафиксирован один ответ типа Fb и пять ответов типа FbF. Уровень депрессии по Беку оставался высоким – 24 балла.

Из приведенных примеров и анализа других клинических случаев следует, что эффективность применения антидепрессантов зависит не от нозологической принадлежности депрессии, а от сформированности механизмов психической адаптации.

На основании полученных результатов можно предположить, что антидепрессанты не формируют новых механизмов психической адаптации, но дают возможность активировать уже имеющиеся адаптивные механизмы, показателем наличия которых могут являться ответы типа FFb+ по Роршах-тесту. При изначальном отсутствии таких механизмов в активирующей фазе антидепрессанты могут лишь усиливать клинически оп-

ределяемые или латентные психопатологические симптомы.

Отсутствие положительного эффекта при использовании антидепрессантов, на наш взгляд, может быть обусловлено: а) отсутствием четких клинических критериев прогноза эффективности антидепрессантов (а не только критериев прогноза их неэффективности); б) наличием явления “обратного переноса” (“контрпереноса”), не позволяющего психиатру или психологу в клинической беседе различить определенные особенности психики пациента [14]; в) формализмом при опросе пациента; г) подбором терапии не в реальных условиях жизни пациента, а в условиях стационара. Применение методики Роршаха дает возможность преодолеть известный субъективизм при обратном переносе, а также дает вполне определенные психологические критерии эффективности применения антидепрессантов.

Тот факт, что в процессе психотерапии могут формироваться ответы типа FFb+, свидетельствует, по нашему мнению, о формировании механизмов адаптивного (или экстреморбидного) реагирования. Наряду с этим в процессе психотерапевтического лечения отмечено достоверное снижение уровня плавающей тревоги, которая, как известно, характеризует начальную фазу адаптационного синдрома по Г. Селье.

На основании изложенного выше можно предположить следующую возможную стратегию взаимодействия фармако- и психотерапии в процессе лечения депрессивных расстройств: 1) диагностика наличия или отсутствия у пациента механизмов адаптивного реагирования; 2) в случае отсутствия таковых следует попытаться сформировать их в процессе психотерапии; 3) при успешном формировании механизмов адаптивного реагирования можно применять антидепрессанты.

Результаты настоящего и предыдущих наших исследований подтвердили положительное влияние этнофункциональной психотерапии на систему психической адаптации человека – по психологическим показателям снижения уровня плавающей тревоги, диагностированной по методу Люшера, по формированию ответов типа FFb+ Роршах-теста и клиническим критериям.

Выявленная тенденция к уменьшению этнофункциональных рассогласований в отношениях к климато-географическим этническим признакам (начальный этап терапии) у успешно лечившихся антидепрессантами косвенно подтвердила ранее установленную связь статистически значимого уменьшения количества этих рассогласований с увеличением показателя FFb+ по Роршах-тесту [8], что еще раз подчеркивает особую роль этого типа рассогласований для психической адаптации человека [7, 8].

ВЫВОДЫ

1. Эффективность антидепрессантов в терапии расстройств депрессивного спектра, имеющих выраженные тоскливые и тревожные компоненты, может быть обусловлена сформированностью механизмов психической адаптации, а именно: ограниченностью взаимодействия когнитивной и эмоциональной систем адаптации человека, т.е. недизъюнктивностью различных ее сторон.

Эта эффективность не зависит от нозологической принадлежности депрессии. Маркером сформированности таких механизмов является фиксирование до начала терапии с помощью Роршах-психодиагностики ответов типа FFb+ (адекватный учет цвета и формы предлагаемого стимула). При отсутствии этих механизмов психической адаптации на начальном этапе лечения антидепрессанты могут “раскачивать” имеющиеся (возможно, латентные) психопатологические реакции больного. (Описанный выше способ прогноза эффективности трициклических антидепрессантов получил положительный отзыв после формальной патентной экспертизы от 06.05.98 г. – заявка на изобретение № 98103040: “Способ прогнозирования эффективности лечения депрессий трициклическими антидепрессантами”. Авторы изобретения: А.В. Сухарев, И. Л. Степанов. Приоритет изобретения – от 09.02.98 г.)

2. Наличие признаков описанных адаптивных механизмов является абсолютным показателем благоприятного прогноза эффективности трициклических антидепрессантов даже в сочетании с выделенными нами негативными клиническими и экспериментально-психологическими признаками.

3. Трициклические антидепрессанты не формируют адаптивных механизмов, о которых шла речь выше. Эти механизмы могут быть сформированы, в частности, в процессе этнофункциональной психотерапии депрессивных расстройств.

4. При отсутствии соответствующих адаптационных механизмов на начальном этапе лечения депрессивных расстройств в ряде случаев целесообразно осуществлять предварительную этнофункциональную психотерапию.

5. Косвенно подтверждена связь накопления этнофункциональных рассогласований отношений человека к группе климато-географических этнических признаков с наличием у него психической дезадаптации.

Практическая значимость результатов настоящего исследования, на наш взгляд, состоит в том, что установленное выше сочетание психотерапевтических и фармакологических методов лечения может дать возможность осуществления оптимального подхода к пациентам с депрессив-

ными расстройствами. Кроме того, использование полученных результатов может способствовать экономии дорогостоящих лекарственных средств.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гумилев Л.Н. Этногенез и биосфера Земли. Л.: Гидрометеоздат, 1990.
2. Звягельский М.А. Клинико-психопатологические особенности и лечение маниакально-депрессивного психоза с континуальным течением: Дис. ... канд. мед. наук. М., 1988.
3. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. СПб.: Медицинское информационное агентство, 1995.
4. Психологическая наука в России XX столетия: проблемы теории и истории. М.: Изд-во ИП РАН, 1997.
5. Психопатологические критерии диагностики депрессии: Методические рекомендации МЗ СССР. М., 1980.
6. Собчик Л.Н. Методы психологической диагностики. М., 1990. Вып. 2.
7. Сухарев А.В. О роли этнокультурной диссоциации в повышении уровня тревоги // Социальная и клиническая психиатрия. 1995. № 4. С. 118–123.
8. Сухарев А.В. Этническая функция культуры и психические расстройства // Психол. журн. 1996. Т. 17. № 2. С. 129.
9. Сухарев А.В. Этнофункциональный подход к проблемам психопрофилактики и воспитания // Вопросы психологии. 1996. № 4. С. 81–93.
10. Сухарев А.В., Степанов И.Л. Этнофункциональный подход в психотерапии аффективных расстройств // Психол. журн. 1997. Т. 18. № 1. С. 122–133.
11. Сухарев А.В., Степанов И.Л., Струкова А.Н., Луговской С.С., Халдеева Н.И. Этнофункциональный подход к психологическим показателям адаптации человека // Психол. журн. 1997. Т. 18. № 6. С. 64–72.
12. Bohm E. Lehrbuch der Rorschach-Psychodiagnostik. Bern: Hans Huber, 1972.
13. Taylor D. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Tricyclic Antidepressants in Combinations // Brit. J. of Psych. 1995. V. 167. P. 575–580.
14. Wolberg L.R. The technique of psychotherapy. N.Y.: Harper and Row, 1954.

APPLICATION OF ETHNOFUNCTIONAL APPROACH TO PSYCHOTHERAPY OF AFFECTIVE DISORDERS OF THE DEPRESSIVE SPECTRUM: COMPARATIVE ANALYSIS

A. V. Sukharev*, I. L. Stepanov**

* *Cand. sci. (psychology), leading res. ass. of PI RAE, Moscow*

** *Cand. sci. (medicine), sen. res. ass. of the Institute of psychiatry MH MI RF, Moscow*

The comparative research of the efficacy of application of ethnofunctional psychotherapy and drugs in treatment of depressions was carried out. It was shown that the psychotherapy forms the adaptive mechanisms of mental actions but antidepressants may activate them only. When such mechanisms are absent the antidepressants "shake" the psychopathological symptomatology. The method of experimental-psychological prognosis of the efficacy-inefficacy of the treatment of depressions with tricyclic antidepressants is given in the article in a whole. The results of the research have been passed the patent expertise.

Key words: method of ethnofunctional psychotherapy, ethnofunctional dissonance, mental disorders, antidepressants.