

**ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский  
центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского”  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ  
СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

*Учебное пособие*



**Москва - 2017**

УДК 615.851

ББК 56.14

Б83

Учебное пособие подготовлено в ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П.Сербского” Минздрава России сотрудниками Учебно-методического отдела: доктором медицинских наук, профессором Учебно-методического отдела **В.И. Бородиным**, руководителем Отдела кандидатом медицинских наук, доцентом **С.В. Даниловой**, ведущим научным сотрудником доктором медицинских наук **Е.А. Панченко**, старшим преподавателем кандидатом медицинских наук **М.А. Парпара**.

Учебное пособие утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России 28 ноября 2016 г., протокол №10.

Рецензенты:

**Л.С. Канаева** – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник Отдела терапии психических и поведенческих расстройств ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России;

**Н.Л. Зуйкова** – кандидат медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психосоматической патологии ФПКМР Медицинского института РУДН.

**Б83** Бородин В.И., Данилова С.В., Панченко Е.А., Парпара М.А. **Актуальные вопросы современной психотерапии**: Учебное пособие. – М.: ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2017. – 110 с.

*Дана характеристика особенностей психотерапии ряда отдельных нозологических единиц, а именно расстройств личности, суицидального поведения и психосоматических заболеваний. Значительное место уделено специфике психотерапевтического процесса, его динамике и особенностям проведения. Разделы пособия соответствуют тематическому плану Основной профессиональной образовательной программы высшего образования по подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности “психотерапия”.*

*Для психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, иных специалистов.*

**ISBN 978-5-86002-193-8**

**ББК 56.14**

© Группа авторов, 2017.

© ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П.Сербского”  
Минздрава России, 2017.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ .....</b>	<b>3</b>
<b>Глава 1</b> <b>ПСИХОТЕРАПИЯ В СИСТЕМЕ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ</b> <b>МЕДИЦИНЫ (В.И. Бородин) .....</b>	<b>6</b>
<b>Глава 2</b> <b>ПСИХОТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ</b> <b>(С.В. Данилова) .....</b>	<b>38</b>
<b>Глава 3</b> <b>ПСИХОТЕРАПИЯ ЛИЦ С СУИЦИДАЛЬНЫМ</b> <b>ПОВЕДЕНИЕМ (Е.А. Панченко) .....</b>	<b>58</b>
<b>Глава 4</b> <b>ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ</b> <b>ЗАБОЛЕВАНИЙ (М.А. Парпара) .....</b>	<b>84</b>
<b>Литература .....</b>	<b>104</b>

## ВВЕДЕНИЕ

Психотерапия является одним из самых трудоемких процессов во всей системе психологической, медицинской и социальной помощи населению. При выборе психотерапевтической тактики рекомендуется ориентироваться на особенности как клинического, так и личностного статуса пациентов, используя “биопсихосоциальнодуховную модель” психотерапии. В настоящее время отмечается значительное разнообразие психотерапевтических подходов и направлений. Однако, несмотря на большое число исследований, посвященных проблемам психотерапии, имеющиеся сведения остаются противоречивыми и дискуссионными, касаются преимущественно отдельных аспектов проблемы, не рассматривая ее комплексно и многосторонне; зачастую недостаточно глубоко затрагиваются вопросы организации психотерапевтической помощи. Все это определяет необходимость дальнейшего исследования особенностей психотерапевтического воздействия и разработки методов повышения эффективности преподавания психотерапии.

*Цель настоящего учебного пособия* заключается в углубленном изучении, освещении теоретических и практических знаний в области психотерапии отдельных частных вопросов, а именно психотерапии личностных, психосоматических расстройств и психотерапии лиц с суицидальным поведением.

При подготовке пособия использованы научные публикации сотрудников ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского”, перечень которых представлен в разделе “Справочно-библиографический аппарат”.

Учебное пособие предназначено для непрерывного профессионального образования психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, иных специалистов, деятельность которых связана с проведением психокоррекционных и

психотерапевтических мероприятий в отношении разных групп пациентов. В нем содержится информация, впервые представленная в учебной литературе по специальности “психиатрия”.

В учебном пособии значительное место уделено специфике проведения психотерапевтических мероприятий при разных формах психических расстройств. Актуальность пособия определяется широкой распространенностью описанных в нем нозологий и дефицитом имеющихся на сегодня психотерапевтических программ.

Основными компонентами учебного пособия являются разделы, касающиеся:

- особенностей психотерапии, проводимой в современных условиях медицинской помощи;
- проведения специфических психотерапевтических мероприятий, адресованных пациентам с личностными, психосоматическими расстройствами и лицам, проявляющим суицидальное поведение.

Пособие соответствует основной профессиональной образовательной программе высшего образования по подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 “психотерапия”.

## Глава 1

# ПСИХОТЕРАПИЯ В СИСТЕМЕ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

В.И. Бородин

Термин “психотерапия” впервые появился в 1872 г. в книге Д. Тьюка “Иллюстрации влияния разума на тело”. За относительно небольшой период своего развития психотерапия превратилась в полноценную научно-практическую дисциплину, самостоятельность которой давно уже не вызывает сомнений. Более того, в последние годы в литературе наряду с понятием доказательной медицины все чаще встречается и понятие **доказательной психотерапии**. При этом до сих пор не существует единого определения самой психотерапии.

По мнению В.Е. Рожнова (1985), психотерапия – это *“комплексное лечебное воздействие с помощью психических средств на психику больного, а через нее на весь организм с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде”*. Это определение находится в рамках классической медицинской парадигмы: психотерапия здесь представлена в качестве одного из методов лечения, характеризующегося специфическим механизмом воздействия на психику – с помощью “психических средств”. Таким образом, речь идет о так называемой **естественно-научной** или **медицинской модели** психотерапии. Однако эта модель не единственная. Определение психотерапии, данное известным американским экзистенциальным терапевтом Дж. Бьюдженталем (1987), звучит следующим образом: психотерапия (“жизне-изменяющая”) – это *“попытка пациента и психотерапевта помочь первому проанализировать, как он отвечает на экзистенциальные вопросы жизни, и попытаться пересмотреть некоторые из ответов так, чтобы сделать его жизнь более аутентичной и, таким образом, более реализованной”*. Данное определение в некотором смысле

полярно предыдущему, так как полностью лишено клинической направленности как таковой и акцентирует, в первую очередь, духовно-гуманитарные аспекты бытия и взаимодействия между пациентом и психотерапевтом в рамках иной, **гуманитарной модели** психотерапии. Все остальные, весьма многочисленные определения психотерапии, при желании можно расположить между представленными двумя, в зависимости от того, какое место занимает медицинский или гуманитарный аспект в каждом из них. На основании вышесказанного можно сделать вывод о том, что психотерапия одновременно является и естественнонаучной, и гуманитарной дисциплиной и стоит на пересечении самых разных наук и сфер практической деятельности: медицины, психиатрии, психологии, педагогики, социологии, философии др.

Декларация заседания Европейской психотерапевтической ассоциации (ЕАР), проведенного 21 октября 1990 г. в Страсбурге, провозглашает:

- Психотерапия является особой дисциплиной, занятие которой представляет собой свободную и независимую профессию.
- Психотерапевтическое образование требует высокого уровня теоретической и клинической подготовленности.
- Гарантируется разнообразие терапевтических методов.
- Образование в области любого из психотерапевтических методов должно осуществляться интегрально; оно включает теорию, личный терапевтический опыт и практику под надзором; одновременно даются обширные представления о других методах.
- Доступ к такому образованию возможен при условии широкой предварительной подготовки, в частности, в области гуманитарных и общественных наук.

Помимо “большой”, мировоззренческой поляризации психотерапии (медицинская и гуманитарная парадигмы

или модели психотерапии), можно говорить и о “малой” ее поляризации, а именно о **медицинской и психологической психотерапии**. В первом случае психотерапия рассматривается в качестве метода лечения психических расстройств и в связи с этим исходит из установленных в психиатрии принципов клинической диагностики, соответствующих показаний и противопоказаний к психотерапевтическому лечению, а также из современных требований доказательной медицины. Во втором случае психотерапия рассматривается вне клинических рамок, в качестве профессиональной психологической помощи при решении различных психологических проблем, возникающих прежде всего у здоровых людей, в качестве **психокоррекции** или **психологического консультирования**. В Российской Федерации законодательно закреплено различие между психотерапией (как методом лечения психических расстройств) и психокоррекцией (немедицинской психологической помощью), в результате чего право на проведение психотерапии получают только лица с высшим медицинским образованием, прошедшие специализацию по психиатрии и психотерапии (в соответствии с требованием европейского стандарта); лица с психологическим образованием имеют право заниматься исключительно психокоррекцией.

### **Особенности психотерапии как самостоятельной научно-практической дисциплины**

Характерной и до сих пор актуальной особенностью психотерапии является ее преимущественно экстенсивное (дивергентное) развитие, которое обуславливает крайнее разнообразие терапевтических методов, практически исключающее какую-либо возможность их окончательной классификации. Если в 1959 г. С.Н. Patterson представил 36 различных систем психотерапии, то в начале нынешнего столетия их насчитывалось уже более 400 (Prochaska J.O., Norcross J.C., 2003), а к настоящему времени эта цифра, по некоторым данным, доходит до 800.



Многообразны и эффекты, которые оказывает психотерапевтическое воздействие. Условно их можно разделить на специфические и неспецифические. По мнению большинства специалистов, специфические эффекты психотерапии могут иметь клинический, психологический и социальный характер. Неспецифические, как правило, связывают с плацебо-эффектом, индивидуально-личностными особенностями терапевта, а также с изменениями мировоззрения и образа жизни клиента в процессе психотерапии. До недавнего времени считалось, что разнообразие терапевтических эффектов создает непреодолимые трудности на пути доказательных исследований в области психотерапии, однако такая специальность, как психология фармакотерапии, убедительно показала, что эффекты лекарственных препаратов, с учетом современных подходов к данному виду лечения, отнюдь не сводятся к чисто биологическому воздействию и, по существу, столь же разнообразны.

Наряду с продолжающейся методической дифференциацией современная психотерапия характеризуется также мощными конвергентными тенденциями, связанными с активным взаимодействием между различными направлениями и школами и отчетливо проявившими себя почти сразу после Второй мировой войны (Lazarus A.A., 1967). С этого момента стали возникать разнообразные эклектические, транстеоретические, мультимодальные и интегративные модели психотерапии. **Эклектизм в психотерапии** выразился, с одной стороны, в единстве целого ряда основных теоретических понятий и компонентов (сознание и бессознательное, конфликт и комплекс, личностная и проблемная ориентация психотерапии и др.), входящих в состав различных метапсихологических подходов, а с другой, — в почти одинаковых исходных требованиях к пациенту и терапевту, а также в предельной схожести подходов к организации и режиму терапии (курсовое лечение, определенная длительность и частота сеансов, этапы терапии) в разных психотерапевтических направлениях. Таким образом, можно говорить о теоретическом и техническом эклектизме. Проводившиеся

в разное время опросы среди клинических психологов и психотерапевтов показали, что более половины из них сознательно придерживаются эклектического подхода при проведении психотерапевтического лечения.

Если мы рассматриваем психотерапию не как простую совокупность самостоятельных направлений, форм и методов, а как единую научно-практическую дисциплину, что прямо соответствует современным требованиям, то тогда необходимо отметить прежде всего тот факт, что в основе любой психотерапии лежит **процесс межличностного взаимодействия**. Однако психотерапия кардинально отличается от естественного или бытового социального взаимодействия, поскольку у нее есть четко определяемая терапевтическая цель, специальные технические приемы, а также специфические условия и ограничения (рамки терапии, или сеттинг). В связи с этим психотерапию можно определить как особый, искусственный вариант межличностного взаимодействия. При этом следует исключить какую-либо отрицательную коннотацию слова “искусственный”, поскольку в данной ситуации именно “искусственность” психотерапии лежит в основе ее эффективности. Кроме того, поскольку психотерапия является вариантом межличностного взаимодействия, она всегда личностно ориентирована: и со стороны основных ее участников (клиента и терапевта), и с позиции объединяющего их психотерапевтического процесса. Для того чтобы яснее отделить психотерапию от бытового социального взаимодействия, нужно еще раз подчеркнуть, что, во-первых, психотерапевтический процесс осуществляется в четко очерченных рамках (**психотерапевтический сеттинг**), а во-вторых, терапевт отличается от клиента своей профессиональной подготовленностью. Последнее условие вносит определенную **асимметрию в отношения между терапевтом и клиентом** в процессе психотерапии, которая со стороны терапевта сознательно усиливается и поддерживается самыми разными способами, поскольку именно эта асимметрия обуславливает появление **психодинамического вектора**, продвигающего психотерапевтический процесс в нужном

направлении. Если указанная асимметрия исчезает, то вся психотерапия превращается в банальный обмен репликами между ее участниками и ее эффект быстро сходит на нет. На наш взгляд, главное отличие психотерапии от бытового социального взаимодействия заключается именно в наличии или отсутствии вышеуказанного психодинамического вектора. Его поддержание на достаточном “энергетическом уровне” требует постоянных усилий и затрат личностных ресурсов, прежде всего, со стороны психотерапевта.

Говоря об особенностях психотерапии как метода лечения психических расстройств, необходимо обсудить еще ряд принципиальных вопросов. Во-первых, следует отметить, что психотерапия является, по существу, единственным среди других, используемых в медицине и психиатрии, методом *непосредственного воздействия* на психическое содержание. В этом плане психотерапия совершенно незаменима как психологическая и гуманитарная составляющая любого лечебного процесса. Благодаря этому она оправдывает себя еще до начала обсуждения вопроса о ее эффективности. Во-вторых, психотерапия одновременно может рассматриваться и как метод *опосредованного воздействия* – на симптоматику – через определенные психологические механизмы (защитные механизмы, копинги и т.д.). Кстати, в этом плане психотерапия вполне сравнима с психофармакотерапией, поскольку последняя точно так же опосредованно – через различные нейробиологические механизмы (нейрохимические, нейроиммунологические, нейрофизиологические и т.д.) – воздействует на ту или иную психопатологическую симптоматику.

Исходя из этого, прямую формулировку цели психотерапии как “избавление от симптомов” нельзя считать точной. Гораздо правильнее рассматривать имеющиеся психопатологические нарушения в контексте той или иной психологической проблематики, а в качестве основных целей терапии определять, например, следующие: избавление пациента от эмоционального дистресса, обусловленного расстройством; позитивные личностные изменения в плане изменения

отношения личности к значимым ситуациям и событиям (личностный рост); расширение “репертуара” поведенческих стереотипов, способствующих по возможности полной социальной адаптации пациента. При этом условно можно даже определить **задачу-минимум** эффективного психотерапевтического лечения: формирование у пациента устойчивого *внутреннего представления* хотя бы об одном новом способе поведения, альтернативном болезненному. Тогда решение **задачи-максимум** будет означать формирование у пациента к моменту окончания терапии хотя бы одного *реального способа поведения*, альтернативного болезненному. Решение указанных задач уже вторично сопровождается той или иной степенью редукции психопатологической симптоматики.

### **Общетеоретические положения и механизмы действия психотерапии**

Объявляя себя самостоятельной научно-практической дисциплиной, психотерапия вынуждена решать проблему собственного теоретического обоснования. А проблема опять же заключается в многообразии психотерапевтических направлений, методов и метапсихологических подходов, серьезным образом затрудняющих объединение их в структуре некой общей теории. До недавнего времени разные авторы по-разному классифицировали даже основные направления психотерапии. Тем не менее в качестве общепринятых в настоящее время выделяются три основных направления: психоаналитическое (психодинамическое), когнитивно-поведенческое и гуманистическое. В основе каждого из этих направлений лежит собственный достаточно структурированный метапсихологический подход: психоаналитический, когнитивно-бихевиоральный, экзистенциально-гуманистический, или трансперсональный. С нашей точки зрения, вполне обосновано и до сих пор актуально (особенно для отечественной традиции) выделение **суггестивного** направления психотерапии, которое продолжает активно развиваться не только у нас, но и за рубежом, получая современное теоретическое подтверждение со стороны бурно

развивающейся функциональной неврологии и других нейронаук.

Несмотря на в чем-то несовместимые различия между вышеуказанными психотерапевтическими направлениями, целый ряд важнейших понятий и концептуальных подходов к теории и практике терапии рассматривается в них достаточно единообразно, что позволяет говорить о возможности их интеграции в структуре пока еще формирующейся, но уже общей теории психотерапии. Среди таких понятий – понятия **личности** и **личностного подхода**, которые являются определяющими для любого направления психотерапии. В отличие от академической психологии и психиатрии, делающих акцент на структуре личности и ее стабильности, в психотерапии личность рассматривается, в первую очередь, с позиции ее динамики, возможности изменений и личностного роста. Что касается стабильности личностных структур, то данный фактор трактуется в качестве необходимого для успешного лечения, но все же внешнего по отношению к существу психотерапевтического процесса.

Одинаково интерпретируются в разных направлениях психотерапии понятия **сознательного** и **бессознательно-го**. Если искусственно драматизировать ситуацию, исходя из дидактических соображений, то можно сказать, что сознание – это, в определенном смысле, враг номер один – для любой психотерапии! Почему? В процессе психотерапии сознание и связанная с ним критика выступают в качестве основного барьера на пути доступа к необходимому для успешного лечения психологическому материалу и психологическим механизмам, функционирующим в основном на бессознательном уровне. Разнообразные психотерапевтические техники как раз и направлены на преодоление вышеупомянутого барьера тем или иным способом. Однако для успешного лечения столь же необходимо продуктивное сотрудничество между пациентом и терапевтом (терапевтический или рабочий альянс), подразумевающее их активное согласие с естественным привлечением сознания, которое здесь выступает уже в роли “самого большого друга”.

Крайне важны для современной психотерапии такие понятия, как “конфликт” и “комплекс”. Понятие **конфликта** как субъективно-психологической категории получило официальное признание в отечественной психологии и психиатрии благодаря работам В.Н. Мясищева, проводившимся в области психологии отношений человека в норме и патологии. Он сделал акцент на содержательном компоненте конфликта и перевел его во внутренний план личности. В результате удалось преодолеть исключительно объективное, лишенное какого-либо психологического наполнения из-за традиционного для психиатрии запрета на “психологизацию” и в связи с этим предельно формальное понимание болезненных переживаний человека, страдающего психическим расстройством. В дальнейшем на этой основе была разработана клинико-патогенетическая концепция неврозов человека и соответствующая ей патогенетическая психотерапия. Понятие **комплекса**, пришедшее к нам из аналитической (юнгианской) психологии и быстро вошедшее в обиход, способствовало формированию и развитию психотерапевтической психодиагностики, а также становлению проблемно-ориентированной направленности психотерапии, приобретающей в настоящее время всеобщую значимость. Будучи означающим основного структурного образования психики (с точки зрения аналитической психологии), понятие комплекса в общем виде постулирует тотальность взаимодействия эмоционально-волевой и когнитивно-поведенческой сфер личности и при этом позволяет во многих случаях глубже оценивать структуру переживаний пациента как в процессе диагностики, так и при проведении психотерапевтического лечения.

Общее признание в современной психотерапии также получили **защитные механизмы** и **копинги**. О “защитах” и защитных механизмах (ЗМ) впервые заговорил З. Фрейдом в статье “Защитные нейропсихозы” (1894), подразумевая под ними стратегию борьбы Я против непереносимых для психики аффектов и мыслей. В первую очередь, речь шла о защите от так называемых внутренних стимулов (конфликтных,

болезненных переживаний). Изначально в качестве защиты была описана стратегия вытеснения (амнезия эмоционально значимых событий и содержаний), но постепенно репертуар возможных защит был значительно расширен. З. Фрейд первым подчеркнул определяющую значимость ЗМ в процессе психоаналитического лечения. Продолжая разработку теории ЗМ, А. Фрейд (1936) классифицировала и подробно описала 10 вариантов ЗМ, связав их функционирование с конкретной психопатологией: вытеснение – с истерией; регрессию, формирование реакции (реактивное образование), изоляцию, уничтожение – с невротом навязчивых состояний; проекцию и интроекцию – с нормальной и патологической ревностью, паранойей и гомосексуальностью. Таким образом, с самого начала постулировалась клиническая значимость ЗМ как патогенетических механизмов возникновения и развития различных форм психической патологии, прежде всего, невротического уровня.

В самом общем виде под ЗМ подразумевается “совокупность действий, нацеленных на уменьшение или устранение любого изменения, угрожающего цельности и устойчивости биопсихологического индивида” (Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б., 1996). Другими словами, защитные механизмы – это, прежде всего, механизмы психического самосохранения (или **психического гомеостаза**), автоматически обеспечивающие устойчивое психическое функционирование. Большинство психоаналитиков сходятся в том, что непременными атрибутами защитных механизмов являются отрицание или искажение реальности, а также их действие преимущественно на бессознательном уровне.

Термин “копинг” (“копинг-стратегии”, “копинг-поведение”) объединяет в себе поведенческие, когнитивные и эмоциональные стратегии, используемые человеком при взаимодействии со стрессовыми ситуациями. Авторство термина приписывают американскому психологу L. Murphy (1962). В отечественной литературе, помимо термина “копинг”, применяется понятие так называемого совладающего поведения, описывающего целенаправленную, осознанную

деятельность субъекта по преодолению возникших трудностей и стрессов. Многие специалисты (Lazarus R.S., 1976; Plutchik R., Conte H.R., 1989) рассматривают совладающее поведение как осознанный вариант бессознательных защит. Функциональное единство ЗМ и копингов подтверждают и современные авторы (Kramer U., 2010), отмечая при этом относительность различий между ними, связанных в основном с позицией наблюдателя: со стороны интрапсихического функционирования (ЗМ) или со стороны адаптации к окружающей среде (копинги).

В DSM-IV-TR (2000) копинг-стратегии (coping styles) рассматриваются в качестве синонима ЗМ. При этом сами ЗМ определяются как автоматически протекающие психологические процессы, направленные на защиту индивидуума от тревоги или проникновения в сознание (с последующим нарушением психического равновесия) либо внешних, либо внутренних стрессовых воздействий. Также отмечается, что действие защитных механизмов, как правило, не осознается, хотя и обуславливает формирование индивидуальной реакции на тот или иной эмоциональный конфликт. В настоящее время выделяют от трех до четырех десятков различных вариантов ЗМ. Подразделяются они, в зависимости от их отнесения к тем или иным психическим структурам и уровням психической деятельности, на **первичные** (низшие, примитивные) и **вторичные** (высшие, зрелые) ЗМ. В DSM-IV-TR представлены и достаточно четко определены 27 вариантов ЗМ. На основании преимущественного использования тех или иных вариантов ЗМ также выделены 7 основных уровней защитного функционирования личности:

1. Высокоадаптивный защитный уровень – *прогнозирование, образование связей, альтруизм, юмор, самоуверенность, самонаблюдение, сублимация, вытеснение.*
2. Уровень легкого психического подавления (компромиссные образования) – *смещение (вытеснение), диссоциация, интеллектуализация, изоляция аффекта, реактивное образование, подавление, отмена (уничтожение).*



3. Уровень минимального искажения образа (себя или других) – *обесценивание, идеализация, всемогущество*.
4. Уровень отрицания (неприемлемых влечений, идей, аффектов и т.д.) – *отрицание, проекция, рационализация*.
5. Уровень выраженного искажения образа (себя или других) – *аутистическое фантазирование, проективная идентификация, расщепление*.
6. Уровень реагирования вовне (отреагирования) – *отреагирование (разыгрывание), апатическое избегание, амбивалентный запрос-отвержение, пассивная агрессия*.
7. Уровень защитной дизрегуляции – *бредовая проекция, психотическое отрицание, психотическое искажение*.

Первый уровень защитного функционирования личности свидетельствует о психологической норме, второй и частично третий связаны с невротическим уровнем нарушений, четвертый, пятый и шестой отражают различную глубину пограничного расстройства личности, а седьмой имеет непосредственное отношение к психозу. В руководстве также предлагается специальная Шкала защитного функционирования (DFS), позволяющая определять:

- А. Используемые защиты и копинги.
- В. Основной уровень защитного функционирования.

Следует отметить, что еще в DSM-III предполагалось включать результаты тестирования по данной шкале в структуру известной осевой диагностики.

Также следует отметить, что в рамках научного исследования ЗМ в настоящее время используются различные стандартизированные тесты, которые можно условно подразделить на шкалы объективной и субъективной оценки.

Шкалы субъективной оценки ЗМ:

- Опросник защитных механизмов (Defense Mechanism Inventory, DMI): выделяются 5 групп ЗМ.
- Индекс жизненного стиля (Life Style Index, опросник Плутчека): выделяются 8 видов ЗМ.

- Опросник защитного стиля (Defense Style Questionnaire, DSQ-40): выделяются 4 варианта защитного стиля и 20 видов ЗМ; наиболее часто используется в современных исследованиях.

Шкалы объективной оценки ЗМ:

- Шкала защитного функционирования (DFS).
- Проективные тесты (тест Роршаха, ТАТ, DMT).
- Экспертная оценка (индивидуальная или фокус-группа).
- Междисциплинарные клинические разборы.

Несмотря на это, до сих пор не решен целый ряд проблем, связанных с получением научно-доказательных результатов при исследовании ЗМ. Основные трудности здесь обусловлены преимущественно бессознательным характером ЗМ, разнообразием их проявлений в норме и при патологии, а также нежестким типом связи с психопатологической симптоматикой и уровнем социальной адаптации индивида. Из-за этого такие требования со стороны доказательной медицины, как валидность (надежность), понятийная определенность, тестируемость (воспроизводимость), возможность перевода на язык операциональных критериев, нередко бывают трудновыполнимы. В то же время исключительная важность дальнейшего изучения ЗМ определяется тем, что они, будучи базисными механизмами бессознательного функционирования **психического аппарата**, точно также должны рассматриваться и в качестве основных механизмов психотерапевтического процесса. В этом плане ЗМ сопоставимы по значимости с нейрохимическими механизмами, лежащими в основе психофармакологического лечения и придающими последнему современный доказательный статус.

Тема механизмов действия психотерапии отнюдь не исчерпывается обсуждением ЗМ и копинг-стратегий. Если сгруппировать механизмы лечебного воздействия групповой психотерапии, описываемые различными авторами, а также учесть результаты опросов пациентов, то можно выделить три основных механизма (Карвасарский Б.Д., 2012):

1. *Конфронтация*: “столкновение” пациента с самим собой, со своими проблемами, конфликтами, установками, отношениями, эмоциональными и поведенческими стереотипами.
2. *Корригирующее эмоциональное переживание* (корректирующий эмоциональный опыт): эмоциональная поддержка со стороны участников группы, пересмотр опыта прошлых эмоциональных отношений и самооценки через призму групповых отношений.
3. *Научение*: выработка и освоение новых поведенческих стереотипов, моделирование поведения в рамках групповых отношений.

Основными механизмами лечебного действия семейной психотерапии считаются эмоциональное сплочение и поддержка, а также обратная связь.

### **Особенности диагностики в психотерапии**

Клинико-психопатологическая диагностика в психотерапии позволяет создавать определенные клинические рамки для проведения психотерапевтического лечения и таким образом дополнительно его структурировать. Кроме того, комплексная терапия – психотерапия + психофармакотерапия – невозможна без клинико-психопатологической диагностики. Только на ее основе можно говорить о клинически очерченных показаниях и противопоказаниях для той или иной психотерапевтической методики. Тем не менее нельзя закрывать глаза на некоторые нежелательные явления, связанные с использованием клинического диагноза в психотерапии и в основном обусловленные редукционистским (“деперсонализирующим”) подходом к психической реальности и к человеку в целом. Для содержательного плана психотерапевтического процесса клинический диагноз как таковой фактически не дает ничего.

В связи с этим психотерапия нуждается в специфической психологической, патопсихологической и собственно психотерапевтической диагностике (включая различные для

каждого направления психотерапии стандартизированные тесты и опросники), ориентированной не на симптомы психических расстройств, а на конкретные психологические, личностные ресурсы либо обеспечивающей переформулирование жалоб пациента в контексте психологической проблематики. Анамнез в психотерапии также отличается от психиатрического анамнеза гораздо большей ориентацией на субъективный план переживаний, их историю, нежели на объективные сведения о пациенте.

При обращении пациента за психотерапевтической помощью необходимо обязательно учитывать следующие моменты:

- Внешние и внутренние причины и обстоятельства обращения пациента к психотерапевту: социальный и личностный статус пациента, связь заявленных проблем с его ближайшим окружением, межличностными отношениями, повседневными стрессами и т.д.
- Имеющиеся у пациента представления о психотерапии: они во всех случаях так или иначе искажены и нуждаются в соответствующей коррекции.
- Надежды, возлагаемые пациентом на психотерапевта, как правило, всегда завышены и также требуют коррекции в рамках **терапевтического договора** между пациентом и психотерапевтом, в котором совместно формулируются цели и задачи планируемого психотерапевтического лечения, методы и способы его проведения, используемые технические приемы, место, время и частота встреч (сессий), а также продолжительность лечения и его возможные результаты.

В последнее время все чаще говорят о необходимости соблюдения принципов **биоэтики** не только при проведении фармакотерапии, но и при психотерапии. Прежде всего, подразумеваются соблюдение **принципа договора** и получение в соответствии с этим от пациента так называемого **информированного согласия** на проведение конкретного психотерапевтического лечения, с указанием не только позитивных эффектов последнего, но и возможных нежелательных явлений.

Если говорить в самом общем виде о показаниях и противопоказаниях к психотерапии, то тогда следует рассмотреть отдельно требования, предъявляемые к пациенту и терапевту.

*Требования, предъявляемые к пациенту:*

- Сохранность структуры личности (наличие процессуальных расстройств ограничивает применение активных методов психотерапии, ориентированных на личностный рост).
- Высокий уровень субъективно ощущаемого дистресса (имеет прямую корреляцию с уровнем мотивации к прохождению психотерапевтического лечения).
- Достаточная мотивация к прохождению курса психотерапии (дополнительно усиливается на этапе проведения предварительных бесед).
- Способность “мыслить психологически” (способность к конфронтации с собственными эмоциональными переживаниями, проблема алекситимии).
- Отсутствие ограничений, связанных с возрастом, уровнем интеллекта и культуральными особенностями (обусловлены также конкретной ситуацией и особенностями применяемой психотерапевтической методики).
- Пациент должен вызывать симпатию у психотерапевта (обуславливается трудностями контроля первично возникающих, интенсивных отрицательных эмоций по отношению к пациенту).

*Требования, предъявляемые к терапевту:*

- Профессионализм.
- Высокая способность к принятию и эмпатии.
- Эмоциональная искренность.
- Харизматичность (весьма спорное качество, способное обусловить возникновение в процессе терапии серьезных нежелательных явлений, например, “**злокачественной регрессии**” со стороны пациента).

В 1959 г. автор клиент-центрированной психотерапии К. Роджерс выдвинул три основных требования к личности и поведению терапевта (триада Роджерса), соблюдение которых обеспечивает успешный психотерапевтический процесс: 1) **конгруэнтность** или подлинность в отношениях с клиентом; 2) **безусловное позитивное восприятие** клиента; 3) **эмпатия** (вчувствование) по отношению к клиенту и его переживаниям.

### **Сеттинг в психотерапии**

Понятие **сеттинга** включает в себя необходимые для психотерапевтического лечения условия и ограничения, накладываемые на процесс его проведения. По аналогии с лекарственным лечением здесь можно говорить о режиме и схеме терапии. В определенной степени сеттинг зависит от вида психотерапии. Авторы классического учебника “Современный психоанализ” Х. Томэ и Х. Кэхеле (1996) определяют сеттинг как организацию аналитической ситуации, включающую частоту и продолжительность психотерапевтических сессий (сеансов), возможность телефонной связи и ведения аудиозаписей, обстановку в кабинете терапевта, использование кушетки и т.д. Сюда же входит и оплата лечения. Понятие сеттинга наиболее близко к понятию **психотерапевтических рамок**. Практически всеми признается, что сеттинг оказывает существенное влияние на протекание любого психотерапевтического сеанса и терапевтического процесса в целом. С нашей точки зрения, вне дифференцированного сеттинга психотерапия вообще невозможна.

В настоящее время различные направления и методы психотерапии характеризуются удивительным единообразием наиболее общих параметров сеттинга, что позволяет достаточно четко их выделить и описать в качестве основополагающих для всей психотерапии.

Во-первых, вся современная психотерапия склоняется к тому, чтобы придерживаться **курсовой методики лечения**. Среднее число психотерапевтических сессий на курс лечения находится в пределах от 20 до 40. В последние годы

отмечается тенденция к сокращению стандартного курса психотерапии до 20 сессий.

Во-вторых, рекомендуемая средняя частота психотерапевтических сессий в неделю составляет от одной до четырех. Оптимальным количеством для большинства видов психотерапии в настоящее время считаются две сессии в неделю, с промежутком хотя бы в один день.

В-третьих, традиционная продолжительность одной психотерапевтической сессии, вне зависимости от направления и даже метода психотерапии, составляет: для индивидуальной психотерапии – 45–60 минут, а для групповой – от 1,5 до 3 часов.

В-четвертых, обязательным общим требованием к психотерапевтическим сессиям в рамках единого курса психотерапии является постоянство места их проведения.

В-пятых, требование единообразия относится и к основной позиции пациента и психотерапевта в процессе проведения психотерапевтических сессий (кушетка, лицом к лицу, “под углом 90 градусов” и др.).

К понятию сеттинга можно отнести и режим проведения психотерапии, т.е. режим активного или поддерживающего лечения. Все перечисленные выше требования относятся, в первую очередь, к так называемой **активной психотерапии**, ориентированной на личностный рост; для **поддерживающей психотерапии** желательно их соблюдение, но не в столь жестком варианте.

Понятие режима терапии также предусматривает подразделение всей психотерапии на стационарную и амбулаторную. С учетом временной ограниченности стационарного лечения психотерапия в стационаре должна быть, прежде всего, кратковременной и при этом достаточно интенсивной. Акцент должен делаться на групповых, психообразовательных методиках, комплайнс-терапии, работе с травмой и повседневным стрессом, выработке различных навыков в структуре когнитивно-поведенческого подхода. Длительная психотерапия может проводиться только в амбулаторных условиях.

## **Фазы психотерапевтического лечения**

В процессе любой длительной психотерапии можно условно выделить три основные фазы: начальную, среднюю и заключительную. В начальной фазе психотерапии в рамках предварительных встреч (от одной до четырех) проводится психотерапевтическая диагностика, пациенту разъясняются суть и технология психотерапевтического процесса, психотерапевтический сеттинг и в итоге заключается психотерапевтический контракт. В рамках первых терапевтических сессий основная работа связана с чувством дискомфорта, проблемой молчания и необходимостью контейнирования негативных переживаний пациента (терапевт в роли “помойного ведра”). Средняя (или основная) фаза психотерапии связана с формированием и развитием устойчивых терапевтических отношений с пациентом (терапевтический, или рабочий альянс), отношений переноса (на терапевта) и контрпереноса (на пациента), работой с сопротивлением (конфронтация, интерпретация, проработка), достижением инсайта (не только рационального, но и эмоционального понимания проблемы, т.е. прозрения). На заключительной фазе психотерапии подводятся итоги лечения, анализируются достигнутые эмоциональные и поведенческие изменения, а также осмысливаются и прорабатываются эмоциональные реакции, связанные с завершением терапевтических отношений.

## **Оценка эффективности и переносимости психотерапии**

Научное подтверждение клинической эффективности психотерапии всегда было предметом дискуссий, которые нередко заканчивались либо “выдавливанием” ПТ из сферы науки и медицины в область “искусства”, либо объявлением ее разновидностью едва ли не шарлатанства, а ее действенность приравнивалась к плацебо-эффекту. За рубежом одним из первых, кто поставил эффективность психотерапии под сомнение, был Н.Ф. Еусенк, который в 1952 г. выдвинул в связи с этим ряд аргументов (“**аргументы Айзенка**”) на основании проведенного им исследования:



- Для большинства утверждений об эффективности психотерапии нет объективных оснований.
- Спонтанные ремиссии при неврозах возникают так же часто, как и излечение после психотерапии.
- “Эффективная” психотерапия не имеет преимуществ перед плацебо-терапией.
- Большинство психотерапевтов сообщают о высокой эффективности психотерапии и умалчивают о ее негативных эффектах.

Надо признать, что поначалу эти аргументы казались вполне убедительными. Тем более, что в 1966 г. один из наиболее известных английских психоаналитиков Энтони Шторр писал: “Члены Американской ассоциации психоаналитиков, небеспристрастные, как можно предположить, к своей специальности, провели обзорное изучение вопроса об эффективности психоанализа. Полученные результаты были настолько неутешительны, что они воздержались от их публикации”. В конечном счете, это стало началом активного изучения проблемы эффективности психотерапии, приведшее к нарастающей интеграции последней в систему доказательной медицины.

Поначалу исследования в психотерапии были связаны с описаниями отдельных случаев. В 1975 г. было опубликовано одно из первых метааналитических исследований, показавшее, что эффект психотерапии все-таки положительно отличается от спонтанной ремиссии (Luborsky L., Singer B., 1975). Дальнейшие исследования также показали, что пациенты, проходящие психотерапевтическое лечение, чувствуют себя лучше, чем 80% из тех, кто психотерапию не проходит. В плацебо-контролируемых исследованиях было обнаружено, что самочувствие пациентов, получавших плацебо, улучшается в большей степени, нежели у лиц из контрольной группы, однако те, кто проходил терапию, демонстрировали еще большее улучшение своего состояния. Позднее У. Стайлз, Д. Шапиро и Р. Эллиот (1986) описали так называемый **парадокс эквивалентности** – приблизительно равнозначной эффективности различных видов

психотерапии (“все выиграли и все должны получить приз”), свидетельствующий о преимущественной значимости **общих факторов** психотерапевтического лечения, а также необходимости более глубокого изучения механизмов действия психотерапии. Что касается **специфических факторов** того или иного психотерапевтического подхода или метода психотерапии, то в отношении их ситуация до сих пор гораздо менее определенная. Большинство авторов полагают, что их влияние на процесс терапии не является прямым, а опосредуется вышеупомянутыми общими факторами.

В истории психотерапевтических исследований особой фундаментальностью отличается проведенный К. Grawe и соавт. (1994) метаанализ 897 научных работ, тщательно отобранных из 3500, опубликованных в течение 30 лет до 1984 г. В указанных работах когнитивно-поведенческие методы изучались чаще всего – в 452 исследованиях; методы расслабления и релаксации, аутогенная тренировка, гипноз и медитация – в 114; интерперсональные методы – в 63; эклектические и комплексные методы – в 22. Научно-эмпирический уровень всех работ дополнительно оценивался авторами почти по тысяче признаков! Обобщив результаты проведенного метаанализа, К. Grawe выделил следующие неспецифические факторы эффективности психотерапии: 1) направленность на компенсацию специфических дефицитов, 2) прояснение и изменение дезадаптивных представлений и мотиваций; 3) актуализация и конкретизация проблем в виде нарушений когнитивных и эмоциональных процессов; 4) активизация ресурсов.

Одно из самых трудоемких и длительных исследований эффективности психоанализа (50-е – 80-е гг.) было осуществлено в Америке, на базе Меннингеровской клиники (**Меннингеровский проект**). Исследование проводилось в естественных условиях, 22 пациента проходили классический психоанализ, 20 – психоаналитическую психотерапию. При этом 22 пациента из указанных 42 также лечились стационарно; 6 из 42 пациентов совершили суицид. На протяжении всего исследования каждому пациенту проводилась

комплексная клинико-психологическая оценка состояния. По итогам исследования выяснилось, что прогностически наиболее благоприятным фактором успешного лечения является сила Эго пациента, причем независимо от компетентности терапевта (Wallerstein R.S., 1989). Кроме того, наиболее действенными компонентами психотерапии во всех 42 случаях оказались поддерживающие, а не интерпретативные (в отличие от классических психоаналитических представлений).

К. Grawe резюмировал эти результаты следующим образом: положительных показаний для длительного психоанализа нет, а отрицательные – есть: у пациентов с более выраженной симптоматикой возникает опасность возникновения ятрогений. Тем не менее анализ полученных данных выявил большую эффективность психоаналитической психотерапии при сравнении основной и контрольной групп, где пациентов только диагностировали и настраивали на терапию. В то же время лечение с помощью поведенческих методик оказалось почти в два раза эффективнее психоаналитической психотерапии. Большинству пациентов нужна была помощь в преодолении своих проблем, а не в обнаружении скрытых мотивов. В связи с этим был сделан соответствующий вывод: поведенческие и поддерживающие психотерапевтические методы гораздо эффективнее, чем раскрывающие.

В рамках Меннингеровского проекта были также выделены 8 основных лечебных факторов психодинамической психотерапии:

1. Опыт переживания “помогающих” отношений.
2. Способность терапевта понимать пациента и эмоционально реагировать (эмпатия).
3. Возрастающее самопонимание пациента.
4. Уменьшение “навязчивости” (повторяемости) межличностных конфликтов.
5. Способность пациента интернализировать достигнутые результаты.

6. Обретение пациентом большей терпимости по отношению к мыслям и чувствам других людей.
7. Мотивация пациента к самоизменению.
8. Способность терапевта предложить понятную и действенную технику.

Один из участников Меннингеровского проекта, L. Luborsky, в 1968 г. провел собственное исследование – **Пенсильванский проект**, подробный отчет о котором был опубликован спустя 20 лет (Luborsky L et al., 1988). В ходе этого исследования оценивались прогностические показатели эффективности психотерапии. Всего было обследовано 73 пациента, проходивших экспрессивно-поддерживающую психотерапию (длительностью от 8 до 264 сеансов). В результате подтвердилось положение о том, что для психодинамической психотерапии исходный уровень душевного здоровья пациента – наиболее важный прогностический признак успешности лечения. Также была подтверждена необходимость экспертной оценки при проведении подобного рода исследований (табл. 1).

*Таблица 1*

**Общие итоги Пенсильванского проекта**  
(цит. по Калмыковой Е.С., Кэхеле Х., 2000)

Общее число пациентов n=72	Оценка терапевта	Оценка эксперта
Высокая степень улучшения	22	5
Средняя степень улучшения	43	51
Некоторое улучшение	27	27
Отсутствие изменений	7	14
Ухудшение	1	3

Последующие исследования убедительно показали, что в любой психотерапии присутствуют так называемые **поддерживающие компоненты** (внимание, уважение, поддержка),

которыми обуславливается не только заметное улучшение состояния пациента на начальных этапах лечения, но и последующее сохранение и даже нарастание достигнутого эффекта спустя длительное время после завершения терапии. Оказалось, что в этом отношении, а также в плане профилактики рецидива психотерапия заметно превосходит психофармакологическое лечение.

Продолжающийся активный процесс изучения психотерапии на рубеже XX и XXI вв., ее официальное признание доказательной медициной и, соответственно, активное применение не только в амбулаторных, но и стационарных условиях демонстрирует исследование, проведенное в психиатрических клиниках Регензбурга, в Германии (Hubner-Liebermann et al., 2002). В ходе данного исследования было пролечено 6719 больных с различными диагнозами (10 диагностических рубрик из разделов F2–F6 МКБ-10). Из них 33% больным (депрессии, личностные, невротические и соматизированные расстройства, нарушения пищевого поведения) проводилась специализированная психотерапия, нацеленная на конкретное расстройство; 20% – клиент-центрированная психотерапия; 2–6% – психодинамическая психотерапия. Наиболее частые и выраженные позитивные эффекты отмечались при терапии аффективных расстройств, а негативные – при терапии расстройств личности.

В настоящее время во всех трех основных направлениях психотерапии – психоаналитическом, когнитивно-поведенческом и гуманистическом – проводятся многочисленные исследования по оценке эффективности самых разных психотерапевтических методов. Сюда входят и анализы единичных случаев, и плацебо-контролируемые исследования (по модели РКИ), и различные сравнительные исследования, и метааналитические обзоры. В соответствующих базах данных можно найти десятки тысяч статей на данную тему, а утверждения о том, что психотерапию “невозможно измерить”, что ее эффекты слишком многочисленны и “неуловимы”, подавляющим большинством авторов рассматриваются как миф (Margison F.R. et al., 2000).

“Золотым стандартом” процедуры проверки эффективности психотерапии, как и любых других медицинских вмешательств, являются рандомизированные контролируемые испытания (РКИ): двойные и даже тройные слепые, с плацебо-контролем. Последнее требование соблюсти гораздо труднее, по сравнению, например, с психофармакологическими исследованиями. В связи с этим при оценке эффективности психотерапии удобнее использовать дизайн сравнительных исследований: психотерапия 1 vs психотерапия 2; психотерапия vs психофармакотерапия; психотерапия + психофармакотерапия vs психофармакотерапия и т.д. Использование стандартизированных шкал клинической оценки динамики состояния участников исследования обеспечивает научную доказательность полученных результатов. Современные исследования различных видов психотерапии показывают, что эффективность поведенческих и системных методов заметно выше остальных. Также отмечается более высокая эффективность комплексного лечения – психотерапия + психофармакотерапия – по сравнению с монотерапией. Несмотря на это, многие психотерапевты считают психодинамические и гуманистические методы гораздо более приемлемыми в большинстве случаев.

На наш взгляд, необходимо говорить отдельно о психологической и клинической эффективности психотерапии. *Психологическая эффективность психотерапии* определяется динамикой индивидуально-личностных параметров (когнитивных, эмоционально-волевых, поведенческих), межличностных отношений, социальной адаптации, качества жизни и оценивается с использованием соответствующих экспериментально-психологических методик. *Клиническая эффективность психотерапии* связана с оценкой динамики клинических проявлений психических расстройств и опирается, соответственно, на тесты клинической оценки состояния пациентов, которые также используются при оценке клинической эффективности психофармакологического лечения, что создает основу для адекватного сравнения двух столь сильно различающихся видов терапии. Авторы

современных исследований в области психотерапии пытаются по возможности, а также с учетом конкретных задач той или иной работы оценивать как психологическую, так и клиническую эффективность психотерапии. Следует подчеркнуть, что в современной психиатрии и психосоциальной реабилитации лиц, страдающих психическими и психосоматическими расстройствами, одинаково востребованы как психологические, так и клинические аспекты общей эффективности психотерапии.

Проблема негативных (или нежелательных) эффектов психотерапии до недавнего времени в качестве актуальной почти не рассматривалась. Сейчас важность изучения **нежелательных явлений (НЯ)**, возникающих в процессе психотерапевтического лечения, практически не вызывает сомнений, и во-многом, в связи с интеграцией психотерапии в систему доказательной медицины.

Об осложнениях, прежде всего, гипнотерапии писали многие отечественные психиатры и психотерапевты. В докторской диссертации В.М. Рахманова (1993) выделяются 19 вариантов побочных эффектов гипнотерапии. Подробно описывается гипномания, которая по степени тяжести подразделяется на легкую (гипнолепсия), среднюю (гипнотоксия) и тяжелую (гипнотоксемия). Помимо этого, автор подразделяет побочные эффекты и осложнения гипнотерапии на первичные (обусловленные непосредственным влиянием психотерапии), вторичные (представляющие собой ответ организма на первичную реакцию с побочным эффектом), третичные (отрицательный плацебо-эффект) и отдаленные (возникающие после прекращения лечения).

З. Фрейд в 1923 г. писал о группе пациентов, реагирующих на очевидный прогресс в лечении парадоксальным образом – обострением болезни и ухудшением самочувствия, демонстрируя таким образом негативную терапевтическую реакцию (НТР). Особенно часто действие психоаналитической интерпретации производит негативные эффекты у нарциссических и эгоцентричных пациентов. Помимо этого, профессиональное отношение аналитика к пациенту и сле-

дование психоаналитическим правилам могут сами по себе явиться причиной новых травм, а также актуализировать те старые травмы, которые анализ, по идее, должен помогать преодолевать. Как пишут в своем учебнике Х. Томе и Х. Кехеле (1996), побочные эффекты аналитического вмешательства часто возникают неожиданно, наряду с благоприятными и желательными, и проявляются не сразу. В отдельных случаях могут возникать и серьезные нежелательные реакции, вплоть до суицидальных попыток (данные Меннингеровского проекта).

Когнитивно-поведенческая психотерапия, по мнению большинства авторов, характеризуется наилучшей переносимостью. Тем не менее чрезмерная участливость при проведении, например, разъяснительной психотерапии может привести к появлению повышенной ипохондричности с уходом в болезнь и рентным установкам. Когнитивная терапия у больных с хроническими психическими расстройствами и разного рода зависимостями может способствовать формированию ложного убеждения в том, что имеющиеся проблемы относительно узкие и временные и обусловлены преимущественно внешними причинами, что приводит к непрогнозируемому ухудшению состояния больных вследствие отрицания самого факта болезни. Аверсивные поведенческие подходы нередко способствуют усилению аффективной неустойчивости и агрессивности пациентов. Методы наводнения, имплозии и другие сходные техники часто сопровождаются переживанием отрицательных эмоций, в связи с чем на этапе получения информации многие пациенты отказываются от их применения.

Ведущие представители экзистенциально-гуманистического направления, признавая возможность возникновения в ходе терапии некоторых НЯ (усиление тревоги вплоть до возникновения страха смерти, преходящие дисфория и депрессия), пытаются расценивать их как неотъемлемую составляющую психотерапевтического процесса. Дж.Бьюдженталь (2001) называет подобные проявления “экзистенциальным кризисом”, в структуре которого позитивные и негативные



эффекты психотерапии неразрывно переплетены. По мнению И. Ялома (1980), “невозможно достать до корней тревоги без того, чтобы какое-то время не испытывать повышенную тревожность и подавленность”. Разнообразные побочные эффекты возникают и в процессе трансперсональной психотерапии, в связи с чем она противопоказана лицам с тяжелыми психическими нарушениями, выраженной сердечно-сосудистой патологией, большим эпилепсией или инфекционными заболеваниями, беременным, а также недавно перенесшим хирургические операции.

Негативные эффекты, вплоть до формирования **групповой зависимости** и даже злокачественной регрессии (при излишне директивном поведении терапевта), могут возникать и в процессе группового психотерапевтического лечения (Rudestam K., 1982). Чаще всего подобные НЯ проявляются у неуверенных в себе пациентов, неадекватных в межличностных отношениях, но активно стремящихся к изменению и личностному росту (Greenwald J.A., 1976).

Подытоживая мнения разных авторов по проблеме НЯ, возникающих в процессе психотерапии, можно сказать следующее:

- Психотерапия, как и любой другой вид медицинской помощи, может сопровождаться негативными эффектами (или НЯ).
- Возможность развития негативных эффектов обязательно должна оцениваться на предварительном этапе психотерапевтического лечения.
- Основными источниками НЯ в психотерапии являются:
  - личность пациента или терапевта;
  - характер взаимодействия пациента и терапевта;
  - неразрешимая социальная ситуация;
  - неудачный выбор терапевтической техники.
- При возникновении НЯ рекомендуется:
  - снижение частоты психотерапевтических сеансов;
  - уменьшение глубины взаимодействия с пациентом.

Таким образом, клиническое будущее психотерапии – это окончательная интеграция в систему доказательной медицины. В связи с этим именно клиническая эффективность психотерапии должна оцениваться по стандартам доказательной медицины, в сочетании с оценкой ее переносимости, обосновывая тем самым весь спектр клинических показаний и противопоказаний для психотерапевтического лечения. При этом из сферы деятельности клиницистов ни в коем случае не должны исключаться общепсихологические и гуманитарные аспекты психотерапии.

### **Контрольные вопросы**

1. Кто и когда впервые предложил термин “психотерапия”?
2. Назовите две основные модели психотерапии?
3. Чем отличается психотерапия от психокоррекции?
4. Как можно классифицировать основные эффекты психотерапии?
5. Какие виды эклектизма встречаются в современной психотерапии?
6. В чем отличие психотерапии от естественного межличностного взаимодействия?
7. Какие основные направления в современной психотерапии Вам известны?
8. Сходство и различие между защитными механизмами и копинг-стратегиями?
9. Какие защитные механизмы Вы знаете?
10. Назовите основные механизмы лечебного действия групповой психотерапии?
11. Что такое “триада Роджерса”?
12. Что такое “психотерапевтический сеттинг”?
13. Назовите основные фазы психотерапевтического лечения?

14. Что такое “парадокс эквивалентности” в психотерапии?
15. Какой вид психотерапии изучался в рамках Меннингеровского проекта?
16. Что такое гипномания?
17. Что такое “негативная терапевтическая реакция” по З. Фрейду?
18. При каких условиях может возникать “злокачественная регрессия”?

### Л и т е р а т у р а

Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта. – СПб.: Питер, 2001. – 304 с.

Калмыкова Е.С., Кэхеле Х. Изучение психотерапии за рубежом: история, современное состояние // Журнал практической психологии и психоанализа. – январь 2000. – № 1.

Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу / Пер. с франц. Н.С. Автономовой. – М.: Высшая школа, 1996. – 623 с.

Прохазка Дж., Норкросс Дж. Системы психотерапии / Серия: Психологическая энциклопедия. – Изд. Прайм-Еврознак, 2005. – 384 с.

Психотерапия: Учебник для вузов. 4-е изд. / Под ред. Б.Д. Карвасарского – СПб.: Питер, 2012. – 672 с.

Роджерс К. Клиент-центрированная психотерапия: Теория, современная практика и применение. – М.: Апрель-Пресс: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 512 с.

Рахманов В.М. Психосоциальная реабилитация больных с функциональными и органическими расстройствами слуха. – Дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 1993. – 455 с.

Руководство по психотерапии / Под ред. В.Е. Рожнова. – 3-е изд., доп. и переработ. – Т.: Медицина, 1985. – 719 с.

Томе Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ. Т.1. Теория: Пер. с англ. / Общ. ред. А.В. Казанской. – М.: Изд. группа “Прогресс”, 1996. – 576 с.

Фрейд А. Психология Я и защитные механизмы. – Москва: Педагогика-Пресс, 1993. – 68 с.

Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change / Edited by M.J. Lambert. – 6th ed. – 2013 / Copyright by J. Wiley & Sons, Inc.

Bugental J.F.T. The Art of the Psychoterapist. – New York: W.W. Norton. – 1987.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. – 4th ed., text revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000. – 943 p.

Eysenck H.F. The effects of psychotherapy: An evaluation // Journal of Consulting Psychology. – 1952, 16. – P. 319-324.

Freud S. (1923b). The ego and the id. SE. Vol. XIX. P. 1-66.

Freud S. The neuro-psychoses of defence // The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud = Die Abwehr-Neuro-psychosen (1894) – London: Hogarth press and the Institute of Psychoanalysis, 1962. – T. III.

Grawe K., Donati R., Bernauer F. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe – Gottingen – Bern – Toronto – Seattle, 1994.

Greenwald J.A. In: C. Hatcher and P. Himelstein (Eds.), The handbook of Gestalt therapy. – New York: Jason Aronson. – 1976.

Hubner-Liebermann B., Spiessl H., Cording C. Psychotherapy in a psychiatric hospital [Article in German] // Nervenarzt. – 2002. – Nov; 73(11): 1075-81.

Kramer U. Coping and defense mechanisms: What's the difference? – Second act // Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. – 2010. – 83, 207-221.

Lazarus A.A. In support of Technical eclecticism // Psychological Reports. – 1967, 21. – P. 415-416.

Lazarus R.S. Patterns of adjustment. – N.Y.: MacGrau-Hill, 1976.

Luborsky L., Singer B. Comparative studies of psychotherapies: Is it true that “everyone has won and all must have prizes”? Archives of General Psychiatry. – 1975, 32, 995-1008.

Luborsky L., Crits-Christoph P., Mintz J., Auerbach A. Who will benefit from Psychotherapy. – N.Y.: Basic books. – 1988.

Margison F.R., Barkham M., Evans C. et al. Measurement and psychotherapy: Evidence-based practice and practice-based evidence // British J. of Psychiatry. – 2000, 177. – P. 123-130.

Murphy L.B. The widening world of childhood // New York Basic Books, 1962.

Patterson C.H. Counseling and psychotherapy: Theory and practice. – 1959. – New York: Harper & Row.

Plutchik R., Conte H.R. Measuring emotions and their derivatives: Personality traits, ego defenses, and coping styles // In S. Wetzler & M.

Katz (Eds.), Contemporary approaches to psychological assessment. – N.Y.: Brunner/Mazel, 1989.

Prochaska J.O., Norcross J.C. Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis / Fifth Ed., 2003. – Thomson.

Rudestam K. Experiential groups: in Theory and Practice. – 1982.

Stiles W.B., Shapiro D.A., Elliott R. Are all psychotherapies equivalent? // Amer. Psychologist. – 1986. – V. 41. – P. 165-180.

Yalom I.D. Existential Psychotherapy. Basic Books: A Division of Harper Collins Publishers. – 1980. – 576 p.

Wallerstein R.S. The psychotherapy research projet (PRP) of the Menninger Foundation: An overview // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1989, 57, 195-205.

## Глава 2

# ПСИХОТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ

С.В. Данилова

**Немедикаментозное лечение** (психотерапия) наиболее эффективно при расстройствах личности в молодом возрасте. Назначаются длительные коррекционные курсы групповой терапии, поведенческая и динамическая психотерапия, направленные на коррекцию поведенческих реакций и изменение защитных механизмов.

При работе с пациентами, у которых обнаруживаются расстройства личности, очень часто применяется **когнитивная психотерапия**. Однако здесь необходимо помнить, что психотерапия вызовет тревогу, так как пациентам нужно будет не только изменить конкретное поведение. Их просят перестать быть теми, кем: они являются на самом деле и кем они считали себя многие годы. Хотя схематическая структура может быть неудобна, создавать ограничения, для пациента изменить ее – значит оказаться на новой, чужой территории: “Мне могут причинить вред, я чувствую серьезную угрозу, и поэтому я встревожен”. Признание тревоги, вызванной изменением, является решающим фактором успешного лечения пациента с расстройствами личности (Бек А., Фримен А., 2002).

А.Т. Веск (1964, 1967) разработал концепцию “схемы” при личностных расстройствах. “Схемы” (определенные правила, которые управляют обработкой информацией и поведением) могут быть разделены на ряд категорий, таких как личностные, семейные, культурные, религиозные, тендерные или профессиональные. “Схемы” могут быть выведены из поведения или выявлены во время беседы при сборе анамнеза. Часто пациент знает, что “схемы” ошибочны, но ему трудно их изменить. Как указывает R. Giuseppe (1986), проблема отчасти состоит в том, что людям трудно осуществить “сдвиг

парадигмы” и сменить иногда подходящую гипотезу на менее знакомую. Автор предлагает использовать в качестве примеров разнообразные ошибки (“автоматические мысли”), которые продуцирует “схема”, чтобы показать ее искажающее воздействие на различные области жизни пациента, с последующим объяснением альтернативного, “неискаженного варианта”. А. Freeman (1987) отмечает, что люди часто приспосабливаются к существенно искаженным “схемам” и извлекают из них краткосрочные выгоды, несмотря на то, что эти “схемы” ограничивают способность справляться с жизненными трудностями в отдаленной перспективе. Таким образом, цель когнитивной психотерапии – показать пациенту, насколько используемые им суждения определяют его болезненное состояние. Условно можно выделить три этапа: на первом происходит обнаружение ошибок суждений, возникающих в аффективных ситуациях (упражнение 1), на втором – соотношение реальной ситуации с тем, как пациент ее воспринимает, на третьем – оптимальное осознание собственной

Остановимся на когнитивном подходе различных типов личностных расстройств. При **параноидном расстройстве личности** врачу необходимо уделять внимание развитию взаимоотношений с пациентом и врачом, усиливать акцент на работе по укреплению чувства собственной эффективности пациента на ранних этапах психотерапии, использовать когнитивные методы при работе с параноидными убеждениями на более поздних этапах психотерапии. Первая проблема, возникающая при когнитивной психотерапии этого личностного расстройства, – установление доверительных взаимоотношений с пациентом, поскольку прямолинейный призыв убедить пациента доверять врачу будет воспринят им как попытка обмана и поэтому лишь усилит подозрения. Наиболее эффективный метод – спокойно принять недоверие пациента и постепенно демонстрировать свою надежность через действие, не оказывая давления, с тем чтобы он начал немедленно доверять врачу (Данилова С.В., Бадмаева В.Д., 2012). Следует сосредотачивать внимание пациента на

### Бланк для оценки автоматических мыслей

Ситуация	Эмоция	Автоматическая мысль	Аргументы в пользу автоматической мысли	Аргументы против автоматической мысли
1. Какое реальное событие или воспоминание вызвало неприятное переживание? 2. Какие дискомфортные физические ощущения возникали при этом?	1. Какие чувства (печаль, тревога, гнев) Вы испытывали в тот момент? 2. Насколько интенсивным было каждое чувство (оцените по шкале от 0 до 100%)	1. Какая мысль или образы возникли при этом? 2. Насколько сильно Вы были убеждены в каждой из этих мыслей в тот момент?		



наименее болезненных темах, начиная с поведенческих вмешательств, и обсуждая проблемы косвенным образом (например, как некоторые люди реагируют в подобных ситуациях). Кроме того, врач должен предлагать пациенту только то, что можно довести до конца. Необходимо доходчиво разъяснять пациенту его заблуждения. На этом этапе врач должен укрепить веру пациента в то, что он может справиться с любыми возникающими проблемами, т.е. реально оценить свои способности, развить копинг-навыки.

Например, в ответ на возникновение автоматических мыслей: “Они смеются за моей спиной, чтобы вызвать у меня раздражение”, весьма эффективны будут вмешательства, направленные на то, чтобы помочь пациенту понять, какая опасность заключалась в тех действиях, на которые люди действительно пытались спровоцировать его, а также помочь ему заново оценить свою способность разрешить эту ситуацию. По мнению А.Т. Beck, А. Freeman (2002), один из эффективных способов удовлетворения пациента с параноидным расстройством личности психотерапией – предоставить ему возможность дополнительного контроля при определении содержания сессий, назначении домашних заданий и выборе времени для сессий. Пациент чувствует себя намного комфортнее и быстрее добьется успеха, если сессии проводятся реже, чем обычно (один раз в три недели).

При **шизоидном расстройстве личности** у пациентов сложно выявить автоматические мысли. Это связано с их особенностью иметь “ограниченные эмоции”. Стандартные автоматические мысли этих личностей сосредоточены “на предпочтении одиночества и восприятии себя как сторонних наблюдателей жизни” (Бек А., Фримен А., 2002). Например, “я предпочитаю быть один”, “у меня нет никакой мотивации”, “кого это заботит”, “зачем беспокоиться”. Представление о себе как о социально неприспособленном – это обычное убеждение таких личностей, которое может возникнуть в результате просмотра телепередач, чтения книг, наблюдения за окружающими. “Жизнь проще без других людей”, “отношения с людьми создают проблемы”, “я не приспособ-

лен к социальной жизни”, “мне лучше сохранять дистанцию” – типичные установки при шизоидном расстройстве личности. Первичная стратегия лечения заключается в том, чтобы уменьшить изоляцию пациента, упрочить его чувство близости с окружающими. Врач совместно с пациентом исследуют положительную и отрицательную роль одиночества, на основе этого анализа появляется мотивация на формирование социальных отношений. Изначально нужно помочь ему найти такую форму отношений, которые смогут поддерживать его, при этом полезна ограниченная открытость при общении с людьми. С этой целью особенно конструктивна групповая психотерапия, где есть возможность приобрести опыт регулярных контактов с людьми, которые интересуются им. Когда появляется комфорт в ощущениях у пациента, врач может модулировать отрицательные и положительные реакции группы с целью научить его реагировать на различные формы социальной обратной связи. Можно применить другую стратегию – помочь такому пациенту испытать положительные эмоции. Врач задает ему вопросы с целью привлечь внимание к эмоциональным деталям.

При **диссоциальном расстройстве личности** в качестве общей стратегии подготовки пациента к лечению можно представить ему процесс психотерапии как ряд встреч с заинтересованным наблюдателем, чтобы вместе оценить те ситуации, которые могут ограничивать независимость пациента и препятствовать его желаниям. Врач помогает пациенту осознать, как автоматические мысли мешают установлению ясных приоритетов и эффективному их достижению. Однако попытка вынудить пациента согласиться с тем, что у него есть проблемы, повредит взаимопониманию и приведет к отказу от лечения. Врач может рассмотреть критерии личностного расстройства, сравнив их с анамнезом пациента, и при этом напомнить, что он страдает серьезным расстройством, которое влияет на его суждения и поведение, и что это способно вызвать негативные последствия. Пациенты, чьи проблемы определены как симптомы расстройства, не так остро чувствуют, что их обвиняют в плохом поведении.

После этого врач может продолжить систематический “обзор выводов” (упражнение 2) в различных областях жизни, чтобы помочь пациенту определить преимущества и недостатки определенных выборов. Лица с диссоциальным расстройством личности осознают свои проблемы, если видят, какой ущерб они наносят сами себе в повседневной жизни.

Продолжением этого упражнения может быть обзор последующих поведенческих выборов, сделанных в проблемных областях, с одновременной оценкой их эффективности. Повторные неэффективные выборы могут свидетельствовать о необходимости снова рассмотреть преимущества и недостатки или обратить внимание на некоторые недостающие навыки. Повторные неэффективные выборы могли случиться из-за некоторых не обнаруженных ранее автоматических мыслей.

**При эмоционально-неустойчивом расстройстве личности** складывающиеся отношения между врачом и пациентом играют особенно важную роль. Многие из проблем такой личности касаются межличностных отношений, пациент “отыгрывает” их в отношениях с врачом так же, как он это делает в обычной жизни. Это дает возможность врачу наблюдать межличностные проблемы при их возникновении, не полагаясь на описания этих проблем пациентом, использовать эти отношения, чтобы работать с предубеждениями пациента относительно других людей, формировать у него более адаптивное поведение в межличностном общении. Установление доверия с пациентом является первоочередной задачей врача. Здесь наиболее эффективным оказывается открытое признание и принятие трудностей пациента для установления доверительных отношений с ним, после чего нужно последовательно заслуживать доверие, своим поведением и действиями подкреплять свои слова. Кризисные ситуации, неожиданные телефонные звонки, необычные просьбы нередки на ранних стадиях психотерапии, проводимой в отношении таких лиц. С их стороны идет как бы проверка надежности и внимания врача. Здесь для психотерапевта важно внимательно относиться к неожиданным

**“Обзор выборов”** (по Беку А., Фримену А., 2002)

Проблема	Выбор	Преимущества	Недостатки
Понижение в должности	“Послать начальника подальше” и уволиться	Отомщу ему	Придется снова искать работу, не хочется ухो- дить из этой фирмы
	Требовать восстановления на прежней должности	Покажу, что со мной не просто справиться	Рисую быть уволенным. Неуважительно по отно- шению к начальнику
	Работать как можно мень- ше, пока они не обратят внимание на меня	Смогу успокоиться на некоторое время	Вероятно, не получится быстро вернуться на прежнюю должность
	Настроиться позитивно и снова подниматься по служебной лестнице	Покажу, что я думаю об интересах фирмы	Фирма плохо обошлась со мной, но она снова получит от меня выгоду

Проблемная ситуация и способность справиться с ней

Проблемная ситуация (заполняется пациентом)	Способность справиться с ситуацией (оценка по 10-балльной шкале)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Переоценка событий прошлого

Событие в прошлом, которое сильно расстроило (заполняется пациентом)	Оценка по 10-балльной шкале: в прошлом и в настоящее время									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	1									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

телефонным звонкам и просьбам о специальном лечении, если он хочет, чтобы пациент продолжал лечение. При этом врач должен знать, как далеко он может зайти в своей отзывчивости, и установить четкие границы (Данилова С.В., Бадмаева В.Д., 2012).

Убеждения пациентов с эмоционально-неустойчивым расстройством личности в основном сводятся к следующим: “Люди обидят меня, нападут на меня, используют меня”. “Я должен защищаться.”, “Я не в состоянии контролировать или дисциплинировать себя”, “Я должен контролировать свои эмоции, иначе случится что-то непоправимое”, “Я не могу сам справиться с трудностями”. Постепенно такие мысли и убеждения могут быть поставлены под сомнение путем проверки их ожиданий с помощью предыдущего опыта (упражнения 3, 4) и проведения поведенческих экспериментов, а также через развитие новых способностей и копинг-навыков.

Например, пациентка К. была убеждена, что она никак не могла изменить плохое отношение к ней коллег по работе. После анализа ее проблемных ситуаций и переживаний на прежних местах работы и учебы, где она была в состоянии справиться с подобной ситуацией, ее убежденность была немного изменена. В дальнейшем значимость этого убеждения была уменьшена благодаря усовершенствованию навыков в отстаивании своего мнения и решении проблем. После того, как К. устроилась на новую работу и научилась преодолевать плохое отношение к ней, ее проблема была устранена.

Сравнивая свои переживания в прошлом и в настоящее время, данное упражнение позволяет оценить, насколько был преувеличен “урон”, который пациенту нанесло случившееся событие. Например, пациентка А. произошедший 7 лет назад разрыв отношений с мужчиной оценивала на тот период в 10 баллов. В настоящее время ее этот факт расстраивает лишь на 1 балл. В результате этого сравнения она поняла, насколько сильны были ее переживания в тот момент и как это событие переоценивается с течением времени. Для более достоверного понимания этого различия в оценке своих переживаний необходимо в качестве примеров

вспомнить 10 событий из прошлого, которые сильно на тот момент расстроили пациента. По ходу психотерапии пациентам постепенно раскрываются многие из тех действий, по поводу которых они испытывают чувство вины или стыда, и эмоции, которые они считают невыносимыми. Для таких людей важно понять, что не каждый человек способен принять их и что они могут справиться с этим отвержением.

При **истерическом расстройстве личности** пациент рассматривает врача как “всесильного спасителя”, который улучшит его жизнь. Поэтому всякий раз, когда пациент просит врача о помощи, тот не должен поддаваться искушению играть роль “спасителя”, а с помощью вопросов способствовать самостоятельному решению проблем. Такие лица должны научиться концентрироваться на одной проблеме, не отвлекаясь на другие. Выбор темы сессии – превосходная возможность начать учиться сосредотачивать свое внимание. Большую часть времени пациент с истерическим расстройством личности тратит на волнующие его рассказы обо всех, произошедших за неделю событиях, которые взволновали и травмировали его. Таким образом, одним из пунктов плана сессии может быть рассмотрение того, что произошло за неделю, причем в жестких временных рамках, чтобы пациент чувствовал, что его понимают и что остальная часть сессии должна быть потрачена на работу по достижению поставленных целей. Врач может помочь пациенту понять, каким образом он достигнет своей цели, задавая вопросы типа “Как вы поймете, что достигли цели?”, “Что выглядело бы и чувствовалось бы иначе и как именно?”, “Почему именно Вы хотели бы достичь этой цели?”. Как только цель будет поставлена, ее можно использовать для помощи пациенту в обучении сосредоточенности на сессии. Важной частью лечения является обучение таких пациентов слежению за мыслями с помощью “записи автоматических мыслей”. Этот процесс помогает сосредоточить внимание на эмоциях, желаниях, предпочтениях, а также обучает отличить действительность от чрезмерных фантазий.

Один из когнитивных методов, ценных для развития копинг-навыков человека с истерическим расстройством



личности, – составление списка преимуществ и недостатков (упражнение 5). Эту технику лучше всего вводить, когда пациент начинает сопротивляться сосредоточению на совместно выбранной теме (Данилова С.В., Бадмаева В.Д., 2012). В таких случаях составление списка преимуществ и недостатков помогает понять, хотят ли пациенты в действительности достичь выбранной цели или же охладели к ней.

#### *Упражнение 5*

### **Составление списка преимуществ и недостатков**

<b>Повседневная проблема (заполняется пациентом)</b>	<b>Преимущества</b>	<b>Недостатки</b>
1.		

Психотерапевтическое лечение пациентов с истерическим расстройством личности включает в себя также внимание со стороны врача к их проблематичным межличностным отношениям. Эти пациенты обеспокоены тем, чтобы другие проявляли к ним внимание и любили их. Они манипулируют окружающими, используя свое обаяние и привлекательность, ревность, придирки и прибегая к ругани, жалобам. Эти формы поведения в конечном итоге ухудшают взаимоотношения с окружающими, но пациенты этого не понимают, они озабочены только сиюминутной выгодой.

Например, пациентка Л. начинала кричать, бить посуду, когда ее муж несколько раз поздно приходил домой, не предупредив ее, в его отсутствие она проверяла его электронную почту, надеясь “что-нибудь найти”. В момент возвращения мужа у нее возникали следующие мысли: “Как он может так поступать со мной?”, “Он больше не любит меня”, “Я не выдержу, если он бросит меня”. Муж ее успокаивал и клялся, что любит только ее, что соответствовало желанию пациентки быть уверенной в его отношении к ней. В процессе психотерапии Л. научилась приостанавливать свою реакцию

и задавать себе вопрос: “Чего я на самом деле сейчас хочу?”, искать альтернативные способы достижения своей цели. Так, вместо того, чтобы привычно закатывать истерику, пациентка выбирает другую форму поведения. При этом врач не просит кардинально менять свое поведение (например, совершенно прекратить истерики), а предлагает провести новый эксперимент.

С пациентами, у которых имеется истерическое расстройство личности, необходимо проводить тренинг ассертивности (Бек А., Фримен А., 2002). Благодаря этому методу пациенты учатся выявлять свои желания и приниматься за их осуществление.

При **тревожном расстройстве личности** цель психотерапии заключается в том, чтобы повысить устойчивость пациентов к негативным эмоциям. В занятия следует включать упражнения по обучению социальным навыкам, чтобы пациенты имели шансы на успех при социальных контактах, направленных на проверку своих автоматических мыслей. Таким пациентам может потребоваться поддержка врача, чтобы действовать так, как будто они уже обладают некоторыми качествами, не характерными для них. Например, пациентка Г. боялась посещать мероприятия, где было много незнакомых людей, особенно мужчин, не знала, как и о чем с ними разговаривать, как вести себя в их обществе. Врач убедил Г. вести себя так, как будто она вполне уверена в себе, и действительно она обнаружила, что может спокойно и непринужденно общаться с окружающими людьми. В процессе поведенческого обучения необходимо выявлять автоматические мысли, особенно такие, в которых пациенты преуменьшают свои успехи. Наиболее часто встречаемые автоматические мысли и убеждения у таких личностей: “Я не такой, как все”, “Со мной никто не хочет общаться”, “Я должен все время доставлять ей/ему удовольствие”, “Если я вызову у него/нее недовольство, то он перестанет со мной общаться”, “Как только они узнают меня, они увидят, что я плохой/ая”. Одна из трудностей, которая может препятствовать успеху психотерапии, заключается в том, что пациенты

с тревожным расстройством личности избегают думать о том, что вызывает у них неприятные эмоции. Поэтому целесообразно изобразить процесс избегания в виде схемы, чтобы пациенты могли узнать, как происходит избегание и что они могут сделать, чтобы его прекратить (схема 1). С помощью такой схемы пациенты могут лучше понять, что избегают ситуаций, где у них возникают автоматические мысли, которые вызывают соответствующие эмоции.

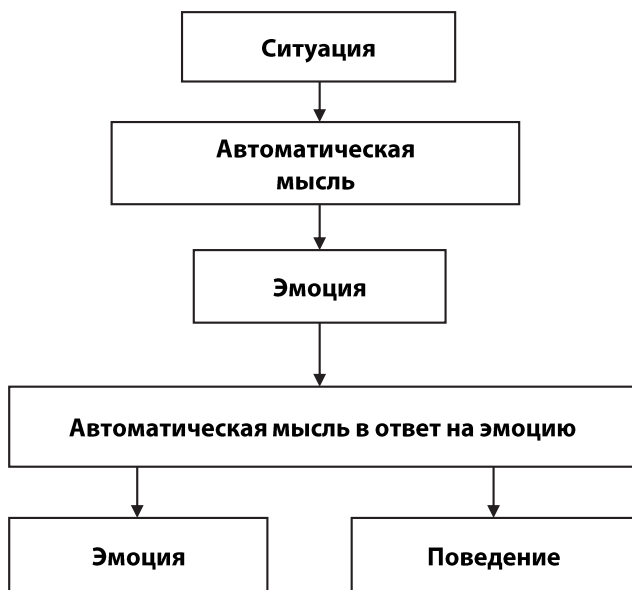


Схема 1. Процесс избегания (по Беку А., Фримену А., 2002)

Один из лучших способов повышения эмоциональной устойчивости заключается в том, чтобы вызывать эмоции на сессии, обсуждая переживания, в связи с которыми пациенты сообщают о своем напряжении, тревоге. Когда пациент начинает реагировать, врач может попросить проверить в этот момент убеждение, которое приводит к такому поведению.

При **зависимом расстройстве личности** необходимо развивать у пациентов способность действовать самостоятельно, но, вместе с тем, и способность к установлению близких отношений (Birtchnell J., 1984). Пациента следует научить жить более независимо от других, обретая уверенность в себе. Однако в первое время врач может позволить этим личностям сохранять некоторую зависимость от них. В дальнейшем нужно последовательно работать над ослаблением этой зависимости. Постепенно следует понуждать пациента выносить на обсуждение свои вопросы, самому придумывать домашние задания, вырабатывая ответственность к лечению. Необходимо понимать, что автоматические мысли этих людей (“Я не смогу это сделать”, “Это слишком сложно”, “Я потерплю неудачу”) могут мешать выполнению домашних заданий между сессиями, поэтому их надо выявлять и оценивать в самом начале лечения. Для пациентов имеет смысл упражняться в выполнении новых задач и домашних заданий на сессии, до того как делать их дома. J.C. Overholser (1987) рекомендует обучать пациентов с зависимым расстройством личности навыкам самоконтроля, например, разработанным L. Rehm (1977) для лечения депрессии. Обучение самоконтролю включает в себя три основных компонента: самонаблюдение, самооценка и самоподкрепление. Самонаблюдение предполагает умение пациента фиксировать частоту, интенсивность и продолжительность определенных действий, включая предшествующие им и следующие за ними. Ведение таких записей помогает пациенту увидеть определенные улучшения и изменения. Самооценка включает в себя сравнение выполненной работы со стандартом. У зависимых личностей нереально завышенные стандарты выполнения работы, они не имеют представления о своих возможностях. Обучение самооценке помогает им научиться определять, когда, например, можно обращаться с просьбой о помощи, не считая это признаком собственной неуверенности. Самоподкреплением являются результаты, удовлетворяющие собственным стандартам. При работе с зависимыми пациентами полезно совместно

составлять континуум от зависимости до независимости (упражнение 6). Если пациент видит, что существует множество шагов от полной зависимости до полной независимости (баллы от 0 до 10), он будет меньше бояться идти к успеху маленькими шагами.

Упражнение 6

**Континуум независимости**  
(по Беку А., Фриману А., 2002)

Баллы    1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Зависимый	Независимый
Ничего не делает один	Все делает сам
Предлагает другим принимать за него решения	Сам принимает решения, не принимая во внимание мнение других
Делает то, что ему сказали	Делает, что хочет
Соглашается с тем, что сказали	Высказывает свое мнение независимо от того, что о нем подумают другие
За него решает проблемы кто-то другой	Сам решает все проблемы
Совершенно беспомощен	Ни в ком не нуждается

Вырабатывая более спокойное отношение к предстоящим пугающим событиям, тренируя уверенность в себе, можно использовать шкалу для предсказания опасности в предстоящей ситуации (упражнение 7).

Когда предполагаемое “опасное” событие произойдет, пациента нужно попросить сверить собственную оценку степени опасности со шкалой и определить, насколько точно он предсказал степень опасности. Пациенты могут упражняться по этой шкале регулярно, пока не будут оценивать предполагаемую опасность более реалистично.

При **ананкастном расстройстве личности** мысли пациентов иррациональны и дисфункциональны, что приводит

### Упражнение 3

[illegible]

к дезадаптивным эмоциям, действиям и физиологическим реакциям. Для таких личностей характерны следующие автоматические мысли: “Я должен в совершенстве выполнить это задание”, “Я должен получить удовольствие на этом мероприятии”, “Вдруг я забыл взять что-то с собой”, “Я лучше переделаю это, чтобы убедиться, что я сделал все правильно”, “Я лучше подумаю об этом еще раз, прежде чем решить, что делать”. М.Е. McFall, J.P. Wollersheim (1979); A. Freeman, J. Pretzer, B. Fleming, K. Simon (1990) выявили определенные предположения, которые такие пациенты допускают относительно себя и мира в целом.

1. “Существуют правильные и неправильные поступки, решения и эмоции”;
2. “Я должен избегать ошибок, чтобы чего-то стоить”;
3. “Сделать ошибку – значит потерпеть неудачу”;
4. “Сделать ошибку – значит заслужить критику”;
5. “Я должен полностью контролировать свое окружение, так же, как и себя”;
6. “Если что-либо является опасным или может быть таковым, человек должен быть ужасно этим расстроен”;
7. “Если нет ясного плана действий, лучше не делать ничего”;
8. “Без своих правил и ритуалов я разваливаюсь на части”.

Основная цель психотерапии состоит в том, чтобы помочь им изменить

проблемные мысли таким образом, чтобы изменились поведение и эмоции. Психотерапия начинается с сосредоточенности на предъявляемой проблеме. В начале терапии крайне важно ознакомить пациента с когнитивной моделью, заключающейся в том, что чувства и поведение пациента основаны на понимании значения, приписываемого событиям его жизни, мыслях в связи с этим значением. Важно структурировать психотерапевтические сессии, располагая проблемы по приоритетам, используя различные методы решения проблем. Это полезно при работе со множеством

характеристик таких личностей: нерешительность, склонность к размышлениям. Можно составлять “Ежедневный график действий” (Бек А., Фримен А., 2002) – бланк, в котором пациенты распределяют свои действия по часам в течение недели, что структурирует им жизненный ритм. Эффективны методы остановки мыслей или отвлечения с целью изменения направления хода мыслей, составление списка преимуществ и недостатков определенного убеждения или поведения. Можно проводить поведенческий эксперимент, где врач не обсуждает напрямую имеющееся убеждение, а относится к нему нейтрально.

Например, пациентка Е. полагала, что у нее нет времени для того, чтобы в течение дня сделать 10-минутную зарядку. Врач попросил ее делать физические упражнения на протяжении нескольких дней, а затем посмотреть, сколько она успевает сделать, если делает зарядку и когда не делает ее.

Таким образом, когнитивная психотерапия при расстройствах личности включает в себя (Бек А., Фримен А., 2002): 1. Формулировку случая (основные представления о себе, других, убеждения, стратегии); 2. Сотрудничество; 3. Психотерапевтические отношения; 4. “Автоматические мысли”; 5. Ролевые игры (развитие навыков, обучение уверенности в себе); 6. Воображение (переживания эпизодов детства, образы ключевых фигур в настоящем); 7. Выявление и проверку “основных убеждений”; 8. Построение “новых схем”; 9. Изменение целей и приоритетов; 10. Домашние задания; 11. Поддерживающую терапию; 12. Предупреждение рецидивов.



## **Контрольные вопросы**

1. Какой вид психотерапии применяется при расстройствах личности?
2. В чем сложность проведения психотерапии у пациентов с параноидным расстройством личности?
3. При каком расстройстве личности наиболее конструктивно проведение групповой психотерапии?
4. С какой целью во время психотерапии дается упражнение “Переоценка событий прошлого”?
5. В чем особенность проведения психотерапии при истерическом расстройстве личности?
6. Цель психотерапии при тревожном расстройстве личности.
7. Что включает в себя обучение самоконтролю?
8. Для чего используется упражнение “Шкала для предсказания опасности в предстоящей ситуации”?
9. Цель психотерапии при ананкастном расстройстве личности.
10. Что дает пациенту упражнение “Обзор выводов”?

### **Глава 3**

## **ПСИХОТЕРАПИЯ ЛИЦ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ**

*Е.А. Панченко*

Суицидологическая помощь является одной из самых трудоемких во всей системе психологической, медицинской и социальной помощи населению. Учитывая, что суицид – это прежде всего наличие внутриличностных конфликтов, доминирующим методом коррекции суицидального поведения является психотерапия (Старшенбаум Г.В., 1991–2005). При выборе психотерапевтической тактики рекомендуется ориентироваться на особенности как клинического, так и личностного статуса суицидентов, используя “биопсихосоциально – духовную модель” психотерапии.

Все современные виды психотерапевтической помощи делятся на 2 большие группы: симптоматические и каузальные. Если цель первых – облегчить состояние больного, не вскрывая при этом первопричины нарушения, то каузальная, или этиопатогенетическая психотерапия нацелена на выявление причин, приведших к появлению суицидальной симптоматики, и нахождение путей преодоления этой проблемы. В суицидологии применяются оба этих подхода. Одним из важнейших разделов отечественной каузальной психотерапии является аксиопсихотерапия, основанная на углубленном анализе фактов, вызывающих и поддерживающих у суицидента мысли и тенденции к самоубийству. В сфере “значимого” выделяют 4 основные категории: индивидуальные потребности, ценности, значения и интериоризованные нормы. В зависимости от того, в сфере какой категории развивается нарушение, и проводится психотерапия. На этом этапе происходит перестройка “отношений личности” с использованием таких методов, как ценностная переориентация, переакцентировка, или переключение, инженерия и девальюция. Имеются данные о достаточно

эффективной работе с пациентами методом терапии творческим самовыражением, разработанным отечественными психотерапевтами (Бурно М.Е., 1999). Указанный метод рассчитан на активную созидательную перестройку взаимоотношений и поведения. Некоторые авторы указывают на использование таких методов, как суггестия и обучение активной и пассивной мышечной релаксации. Отдельная роль в диагностике, превенции и терапии суицидального поведения отводится типологии личности с целью помочь в самоопределении и выборе правильного жизненного пути.

Большинство авторов выделяют общие принципы психотерапии суицидентов: раннее начало, непрерывность, последующий переход на амбулаторные формы, индивидуальность подбора психотерапевтических методик, комплексность. Существуют определенные правила консультирования лиц, у которых выявлены суицидальные тенденции. С такими клиентами нужно чаще встречаться, обращать их внимание на позитивные моменты жизни, проявлять бдительность.

Ряд исследователей указывает на преимущества групповой психотерапии, которая помогает человеку справиться с проблемой, учитывая и опираясь на опыт его товарищей. Членов группы ориентируют на активную позицию, повышение “поисковой активности” и уровня социализации. После выписки из стационара желательно, чтобы пациент имел возможность посещать амбулаторные занятия, что создает необходимый в данном случае “эффект присутствия”. В результате психотерапевтических сеансов повышается самооценка больного, вырабатываются стойкие жизненные позиции.

Также следует отметить, что в психотерапии суицидального поведения одну из ведущих ролей должна играть семейная психотерапия, так как большинство пациентов находятся на поздних стадиях семейного конфликта. Между тем семья способна оказать активную психоэмоциональную поддержку человеку с суицидальным поведением, поэтому непосредственная психотерапия зачастую необходима и самим членам семьи, а также ближайшему окружению

человека с суицидальным поведением. Здесь необходимы меры экстренной профилактики, так как еще одной целью в данном случае является предупреждение возникновения “эпидемий”, особенно в подростковой и детской среде. Целью семейной терапии является осознание членами семьи своих неадаптивных установок с последующей их коррекцией. Особое значение в практике психотерапии суицидального поведения следует отвести терапии семей, в которых уже имело место суицидальное поведение их члена семьи. В этой ситуации необходимо работать с чувствами стыда, вины, страха, гнева, отрицания, которые, как правило, возникают у близких родственников. Отдельно следует остановиться на этнокультуральной психотерапии, основная цель которой – разработка превентивных программ с учетом этнокультурального фактора. Этот вид психотерапии подразумевает интегративное понимание основ культуры, религии, мифологии и традиций при формировании психического статуса человека (Положий Б.С., 2006).

Таким образом, несмотря на довольно значительное число исследований, посвященных проблемам суицида, имеющиеся сведения остаются противоречивыми и дискуссионными, касаются преимущественно отдельных аспектов проблемы, не рассматривая ее комплексно и многосторонне; в недостаточной степени затрагиваются вопросы организации суицидологической помощи. Все это определяет необходимость дальнейшего углубленного изучения проблемы суицидального поведения и разработки методов повышения эффективности его профилактики.

С целью проведения дифференцированных психотерапевтических программ сотрудниками ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” была разработана оригинальная клинко-психологическая типология суицидальных попыток (Положий Б.С., Панченко Е.А., 2012). Полученные в ходе исследования клинические, клинко-психологические и клинко-эпидемиологические данные позволили выделить типы суицидальных попыток с учетом наличия и взаимодействия следующих параметров:

- нарушения в сфере потребностей личности;
- наличие и выраженность антисуицидальных факторов;
- особенности течения суицидального процесса (суицидогенеза);
- обстоятельства совершения суицидальной попытки.

Важно, что рассмотрение различных форм суицидальных попыток происходило в динамике процесса, а не ограничивалось лишь собственно суицидальным актом. Такой взгляд на проблему позволяет улучшить качество антисуицидальных мероприятий уже на этапах ранней профилактики. Анализ изучаемых параметров позволил выделить 8 типов суицидальных попыток: *витальный, амбивалентный, ситуационный, спонтанный, аффективный, институциональный, резонансный и маскированный*.

### **Витальный тип**

Ведущим мотивом витального типа суицидальной попытки был абсолютный отказ от жизни, а главной характеристикой – блокирование большинства потребностей на фоне отсутствия антисуицидальных факторов. На психическом состоянии суицидентов негативно сказывалось нарушение привычного режима и уклада жизни, нередко сочетающееся с острым ощущением противоречия между еще сохраняющейся трудоспособностью, возможностью принести пользу и собственной невостребованностью. Кроме того, ситуация часто осложнялась смертью супруга (супруги), утратой близких друзей. Таким образом, имелась фрустрирующая блокада основных ценностей и потребностей личности. Соответственно принятие решения о суициде было лишено каких-либо манипуляционных элементов. В пресуицидальный период исчезали сомнения в правильности своего выбора, решение принималось взвешенно и нередко с отсутствием эмоций.

В досуицидальный период отмечались выраженная направленность личности на соответствие нормативным критериям, инертность, догматизм, желание опираться

на общепринятые точки зрения, правила и инструкции. Выявлялись повышенная требовательность к себе и окружающим, желание соответствовать моральным критериям социума, нравственный (или псевдонравственный) образ жизни с тенденцией к подавлению насущных потребностей. Также характерными были контроль над внешней агрессией, ориентация на правила и инструкции, избегание ответственности из-за страха не справиться с поставленными задачами. Именно такое сочетание черт характера не давало возможности успешно адаптироваться к изменяющимся обстоятельствам. У таких людей при “исчезновении” значимых внешних обстоятельств “исчезает” и сама личность. Самоубийство в ситуациях блокирования основных жизненных потребностей рассматривалось как единственный возможный вариант прекращения душевной боли. Часто подобные стереотипы реагирования закладывались еще в родительских семьях, где гиперопека приводила к формированию гиперсоциальных установок.

Наиболее типичными формами психологической защиты для этих пациентов были изоляция и отчуждение. Отмечалось чувство утраты эмоциональной связи с другими людьми, ранее значимыми событиями, собственными переживаниями. Появлялись феномены дереализации и деперсонализации. Как следствие, приходило объективное осознание собственной неустроенности, ведущее к развитию депрессивных состояний, появлению антивитаальных переживаний.

Другой особенностью витального суицида было отсутствие четких границ при переходе досуицидального периода в собственно пресуицидальный. Появление антивитаальных переживаний пациенты относили еще к подростковому и раннему юношескому возрасту. Часто это было спровоцировано пубертатным кризом. Первые столкновения с психотравмирующими ситуациями приводили к деструкции механизмов психологических защит, снижению адапционных возможностей и появлению мыслей о малоценности и бессмысленности собственного существования.

При ухудшении социальных условий (особенно если это происходило внезапно) антивитальные переживания трансформировались в суицидальные мысли и замыслы. Таким образом, пресуицидальный период при витальном суициде в большинстве случаев был длительным, становясь фоновым переживанием в жизни человека.

Резюмируя особенности витального типа суицидальной попытки можно говорить о следующем: доминирующим мотивом являлся отказ от жизни. Блокировались практически все основные жизненные потребности на фоне отсутствия антисуицидальных факторов. В структуре личности отмечались ригидность мышления и эмоциональной сферы, гиперсоциальность, ориентированность на установленные правила и нормы, высокий уровень тревожности, склонность к формированию психологических защит по типу изоляции. Пресуицидальный период характеризовался длительностью. Собственно суицидальный акт был хорошо спланирован, тщательно подготовлен, способ суицида выбирался заведомо летальный. В постсуицидальный период сохранялся высокий риск повторных суицидальных действий.

### **Амбивалентный тип**

Особенностью этого типа суицидальных попыток являются нечеткость, неопределенность, двойственность суицидальных намерений. Истинное желание умереть у таких пациентов отсутствует, более того, зачастую присутствует выраженный страх перед смертью и процессами, связанными с умиранием. Типично блокирование двух-трех сфер основных потребностей. Антисуицидальные факторы практически отсутствуют. На момент совершения суицидальной попытки ресурсы и способности личности истощались, и суицид совершался с целью избегания конкретной непереносимой ситуации. Пациенты не были уверены в правильности своего поступка, и суицид предпринимался как бы “для пробы”. В глубине души многие осознавали, что, вероятнее всего, суицидальная попытка окажется нереализованной, однако допускали и ее летальный исход. Сами пациенты описывали

свое поведение так: “решил попробовать – если бы умер, то и хорошо”. Часто это проявлялось непродуманностью попытки и выбором нелетального способа суицида. Важно, что эта особенность зачастую ошибочно рассматривается окружающими (родственниками, врачами) как признак демонстративно-шантажного поведения. Однако в отличие от последнего при амбивалентном суициде отсутствует ориентация на окружающих, а летальный исход является возможным, но нежелательным способом решения ситуации. При этом (в отличие от шантажных попыток) риск совершения повторных суицидов достаточно высок.

В досуицидальный период у суицидентов данной группы отмечалась высокая потребность в душевном покое и комфорте. Они отличались скромностью, повышенной тревожностью в отношении своих близких, а также наличием мелких житейских проблем. Была выражена потребность в понимании, любви, доброжелательном отношении к себе. Характерно, что именно эта потребность на момент совершения суицидальной попытки почти всегда была не удовлетворена. Наиболее типичным механизмом психологической защиты было вытеснение. Уход от внутреннего конфликта происходил путем активного выключения из сознания неприемлемого мотива или неприятной информации. Так, ущемленное самолюбие, задетая гордость и обида и т.п. порождали декларирование ложных мотивов своих поступков с целью скрыть истинные мотивы не только от других, но и от самого себя. Для таких пациентов были характерны формирование внутриличностных конфликтов, переживание нескольких разнонаправленных тенденций, борьба мотивов. Именно этот механизм играл решающую роль в формировании амбивалентности суицидального поведения. В раннем детстве большинство пациентов оценивали условия воспитания в семье как неудовлетворительные (алкоголизм родителей, разные формы дисгармоничного воспитания).

Другой немаловажной особенностью досуицидального периода при амбивалентном суициде было развитие у пациентов психосоматических заболеваний. Вытесненные



мотивы, не находя своего разрешения, сохраняли выраженные эмоциональные и вегетативные компоненты. Многие из числа лиц с амбивалентным типом суицида сообщали о наличии таких психосоматических заболеваний, как язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, неспецифический язвенный колит, бронхиальная астма, сахарный диабет, псориаз, тиреотоксикоз, ревматоидный артрит.

Таким образом, особенностями амбивалентного типа суицидальной попытки были двойственность и незавершенность суицидального намерения. Фрустрация наступала вследствие блокирования нескольких ведущих потребностей. Антисуицидальные факторы отсутствовали. В структуре личности отмечались высокая склонность к образованию внутриличностных конфликтов, психологических защит по типу вытеснения. В досуицидальный период выявлялись психосоматические заболевания и склонность к формированию зависимостей. Пресуицидальный период отличался длительностью. Способ суицида чаще был нелетальным. В постсуицидальный период сохранялся риск повтора суицидальных действий.

### **Ситуационный тип**

При этом типе суицидальных попыток у суицидентов отсутствует истинное желание умереть. Смерть не рассматривается как возможный исход попытки, а основной акцент смещается на манипулятивное совершение заведомо нелетальных суицидальных действий. У таких лиц в большинстве случаев в сфере потребностей блокировалась одна, но значимая для них потребность. Суицидальная попытка всегда была спроецирована на окружающих суицидента людей.

В досуицидальный период пациенты проявляли повышенную эмоциональность, а также высокий уровень социальных притязаний на фоне необъективной самооценки. Реакции на конфликты носили инфантильный характер. Пациент стремился во что бы то ни стало получить желаемое. Самоубийство выступало как один из инструментов воздействия на окружающих. Преобладающим механизмом

психологической защиты была регрессия. В этом случае происходило психологическое возвращение в ранний возраст, что проявлялось в появлении инфантильных реакций, в частности, в желании испугать значимый объект, для чего и совершалась суицидальная попытка.

Таким образом, особенностями ситуационного типа суицидальной попытки являются отсутствие истинного желания умереть и наличие препятствий к удовлетворению актуальной потребности. В структуре личности отмечаются повышенная эмоциональность, неадекватность и завышенность самооценки, высокий уровень социальных притязаний, склонность к формированию психологических защит по типу вытеснения. Пресуицидальный период преимущественно непродолжительный. Подготовка к суициду и сам суицидальный акт – демонстративные и плохо спланированные. В постсуицидальный период риск повторных суицидов был минимальным при условии разрешения конфликтной ситуации.

### **Спонтанный тип**

Особенностью спонтанного типа суицидальных попыток является внезапность осуществления суицидальных действий. Пресуицидальный период практически отсутствует. Действия представляют собой результат потребности в “моментальном” снятии напряжения при отсутствии этапа планирования и адекватной оценки реальных обстоятельств происходящего. Чаще всего это состояние возникает в рамках психогенных реактивных состояний. Как правило, внезапно блокируется одна из жизненно важных потребностей индивида. Антисуицидальные факторы имеются, но на момент совершения суицидальной попытки не оказывают своего защитного действия.

В досуицидальный период суициденты обнаруживали склонность к импульсивным действиям, низкую способность к анализу собственных действий, нетерпеливость, склонность к риску, завышенные притязания, уровень которых

имел выраженную зависимость от сиюминутных побуждений и внешних влияний. Важной чертой было искажение “нормального чувства намерения и воли”. Эта особенность проявлялась как “импульс, которому невозможно сопротивляться”. Часто действия совершались без ясной мотивации, предварительного решения или намерения. Впоследствии суициденты говорили, что испытывали в тот момент “внезапное стремление сделать что-либо с собой”.

В ответ на стрессовые ситуации у них развивались психологические защиты по типу избегания либо перекладывания ответственности. При первом из них суициденты привычно обходили или “без боя” покидали зоны напряжений, в которых их *Я* подвергалось атакам. Часто это приводило к конфликту с социальными требованиями и нормами, однако они были не в состоянии контролировать свое поведение. Нередко это проявлялось уже в детстве как реакция на сложные условия проживания в родительской семье. Другой психологической защитой было так называемое перекладывание ответственности. В таком случае были типичны высказывания: “я не мог ничего с собой поделать”, “это было сильнее меня” и т.п.

Таким образом, типичными для спонтанного типа суицидальной попытки являются внезапное блокирование какой-либо значимой потребности при наличии антисуицидальных факторов. В структуре личности преобладают импульсивность, эмоциональная лабильность, неспособность к долговременному планированию и критическому анализу собственных действий, склонность к формированию психологических защит по типу эскапизма и перекладывания ответственности. В досуицидальный период характерны зависимые формы поведения (алкоголизм, игромания и т.п.). Для самой попытки типичны отсутствие или кратковременность пресуицидального периода, внезапность и поспешность суицидальных действий. В ближайший постсуицидальный период отношение к суициду критическое или аналитическое, риск повторных суицидальных действий невысокий.

## **Аффективный тип**

Суицидальный акт при аффективном типе покушения на самоубийство представляет собой способ снятия эмоционального напряжения при невозможности отреагировать его вовне. При этом варианте, как правило, фрустрируется одна актуальная потребность. Одновременно имеют место действенные антисуицидальные факторы.

В досуицидальный период эти пациенты характеризовались ригидностью мышления, склонностью к накоплению аффекта с его последующей разрядкой, высоким уровнем агрессивности, что в сочетании с существующими морально-нравственными установками послужило почвой для появления саморазрушительных тенденций. Были типичны склонность к аффективной охваченности доминирующими идеями, реакциям раздражения и гнева. Психологические защиты формировались по механизмам отреагирования вовне и замещения. При первом варианте индивид давал волю своему гневу, проявляя его в том или ином виде. Часто в таких случаях собственные агрессивные реакции трактовались ими как защитные вынужденные действия в ответ на враждебность и недоброжелательность других людей. Этот тип был свойственен пациентам с невысоким морально-этическим уровнем личности.

Если же пациент обладал более высоким морально-нравственным потенциалом, то отреагирование агрессии вовне часто рассматривалось им как недопустимое. В таком случае формировался более сложный механизм психологической защиты – замещение. Суть замещения состояла в переадресации реакции. Если при наличии какой-либо потребности желаемый путь для ее удовлетворения был закрыт, активность человека искала другой выход для достижения поставленной цели. Это приводило к суицидальным действиям.

Пресуицидальный период при аффективном суициде был коротким и длился от нескольких часов до нескольких дней. Отсутствовали антивитаальные переживания, оформленные суицидальные мысли. Важнейшим в механизмах формирования суицидального поведения было наличие

аффективной ситуации, которая носила для суицидента характер острого конфликта. Время для поиска приемлемого способа реагирования было коротким, что вело к неадекватным формам поведения. Если обстоятельства и внутриличностные установки суицидента позволяли, то отреагирование происходило вовне – вербально или физически. Если же не существовало социально приемлемых и допускаемых суицидентом способов реагирования, аффект разряжался на самого себя, что приводило к суицидальным действиям. Так, в прошлом некоторые пациенты в ситуациях эмоционального напряжения наносили себе множественные самопорезы нелетального характера, а также совершали другие самоповреждающие действия, сопровождающиеся выраженными болевыми ощущениями. Они сообщали, что после нанесения подобных повреждений испытывали чувство облегчения и снижения эмоционального напряжения.

Таким образом, особенностью аффективного типа суицидальной попытки было ее совершение на фоне аффективной вспышки, вызванной фрустрацией актуальной для пациента потребности. В структуре личности имели место торпидность мышления, склонность к накоплению аффекта с последующей разрядкой; формирование психологических защит по типу отреагирования вовне или замещения. Пресуицидальный период был коротким. Собственно суицидальный акт не планировался. Выбирался не летальный, но травматичный способ нанесения себе увечий. Постсуицидальный период характеризовался критикой к совершенному.

### **Институциональный тип**

При данном типе суицидальных попыток смерть выступает как нежелательное, но необходимое условие достижения целей, связанных с особенностями мировоззрения суицидента. Нами выделены два типа институционального суицида: идеологически-ориентированный и нравственно-ориентированный. В случае идеологически-ориентированного суицида его цель диктуется особенностями религиозных, мистических

или политических взглядов суицидента. Основным мотивом попытки становится не сама смерть, а достижение надличностных, глобальных, часто психопатологических по своему происхождению целей. Например, таких как “переселение в другой мир”, наказание обидчика, приобретение паранормальных способностей, принесение себя в жертву в рамках какого-либо ритуала и т.п. Смерть выступает как средство достижения указанных целей. В сфере потребностей наблюдается ослабление основных витальных и социальных побуждений. Антисуицидальные факторы не оказывают на пациента субъективно значимого влияния.

Нравственно-ориентированный вариант институционального суицида совершается из чувства долга под воздействием особенностей ситуации. Таковы, например, суициды, совершаемые во время военных действий людьми, спасающими своих товарищей. Также сюда можно отнести самоубийства родителей ради спасения своих детей. Таких случаев мы не наблюдали, поэтому в дальнейшем рассматриваем только идеологически-ориентированный вариант.

В досуицидальный период такие пациенты демонстрировали склонность к неадаптивным формам поведения на фоне сниженных социальных потребностей. В большей степени они ориентировались на собственную интуицию, что делало их оторванными от реальностей окружающего мира. В ситуациях стресса у них возникало состояние растерянности. Психологические защиты формировались по типу ухода в мир мечты и фантазий. Важной особенностью в структуре личности было гипертрофированное религиозное или нравственное чувство, часто достигающие степени сверхценных идей.

Суициденты придерживались вероисповеданий, предполагающих и даже поощряющих правомочность самоубийства: нетрадиционные культы (секты), а также некоторые архаические культы. Так, в нашем исследовании у двух человек отмечались типичные для сектантства психологические особенности. Например, активно исповедовались идеи ухода от мира и отрицания обычных социальных ценностей. Еще

один суицидент имел взгляды, опирающиеся на национальную религию. Суицидальная попытка диктовалась желанием отомстить обидчику через приобретение после смерти магической силы. Один пациент считал себя буддистом и совершил суицидальную попытку с целью ускорить процесс собственной реинкарнации.

Следует отметить, что интенсивность сверхценных установок может проявляться не только в религиозных чувствах. Они могут быть представлены “одержимостью” политическими и социальными идеями. Тогда самоубийство, совершаемое “во имя” исповедуемой идеи, также может расцениваться как идеологически-ориентированный институциональный суицид.

Подобные попытки могут предприниматься целыми группами лиц под воздействием значимого психического индуцирования. Поэтому именно в этом случае можно говорить о высоком риске расширенного суицида.

Резюмируя можно выделить следующие особенности институционального типа суицидальной попытки: покушение выступает средством достижения глобальных, как правило, психопатологически обусловленных задач. В личностной сфере в досуицидальный период отмечаются гипертрофированное религиозное чувство, склонность к магифреническому мышлению; аутизация; социальная дезадаптация; формирование психологических защит по типу ухода в мир мистических переживаний. Пресуицидальный период может быть как длительным, так и непродолжительным. Попытка тщательно планируется и готовится, носит ритуальный характер, отражая сверхценные представления пациента. Способ выбирается заведомо летальный, смерть не наступает лишь вследствие случайного вмешательства окружающих. В постсуицидальный период сохраняется высокий риск повторных суицидальных действий.

### **Резонансный тип**

Главной особенностью суицидальных попыток резонансного типа является желание человека полностью иденти-

фицироваться со своим кумиром и в рамках этой идентификации умереть так же, как умер он. Каких-либо выраженных отклонений в сфере потребностей у таких лиц не наблюдается, присутствуют антисуицидальные факторы. Однако “влечение к кумиру” вытесняет в их сознании другие значимые сферы функционирования. Так, по нашему мнению, совершаются суицидальные эпидемии в юношеской среде. Например, многочисленные самоубийства, предпринимаемые после гибели популярных героев массовой культуры. К этой же категории мы относим и самоубийства, совершающиеся в религиозных сектах под воздействием сильного индуктора. В этом случае сам индуктор (лидер секты) совершает суицид по институциональному типу, а его последователи могут совершить как институциональный, так и резонансный суицид.

Наиболее типичными для этих пациентов психологическими защитами были примитивная идеализация, интроекция и идентификация. В случае примитивной идеализации происходило неосознанное преувеличение силы и престижа другого человека. Именно по этому механизму появлялись кумиры. Склонность к интроекции определяла некритичное усвоение чужих убеждений и установок. При идентификации совершается бессознательный перенос на себя чувств и качеств, присущих другому человеку и недоступных, но желательных для себя. Имело место неосознаваемое подражание идеалу, позволяющее преодолеть собственную слабость и чувство неполноценности. Благодаря идентификации достигалось символическое обладание желаемым, но недостижимым объектом, что затем ложилось в основу формирования суицидального поведения. В обеих семьях воспитание совершивших суицидальные попытки девушек проходило по типу Золушки, когда они испытывали недостаток материнской заботы и любви.

Таким образом, главной особенностью резонансного типа суицидальной попытки было желание суицидента идентифицироваться с объектом собственной страсти. Имелись серьезные антисуицидальные факторы. В личностной сфере:



высокая потребность в любви, желание быть ведомым сильной личностью с необходимостью как можно более полной идентификации с ней; склонность к формированию психологических защит по типам примитивной идеализации, интроекции, идентификации. Пресуицидальный период короткий. Способ суицида отражает особенности смерти объекта идентификации. В постсуицидальный период риск повторных суицидальных действий невысокий.

### **Маскированный тип**

Отличительной особенностью маскированного типа суицидального покушения является отсутствие осознаваемого суицидального намерения и его последующее отрицание. При этом наблюдается снижение инстинкта самосохранения на фоне наличия фрустрированных потребностей и ослабления антисуицидальных факторов. Всего в нашем исследовании подобный тип суицидальных попыток установлен у 5,8% от общего количества суицидентов. Важно, что около половины из них были квалифицированы как условно психически здоровые. По нашему мнению, маскированный тип суицидального поведения представлен в популяции гораздо в большей степени, однако диагностика этих форм поведения как суицидальных крайне затруднена. В большинстве случаев они расцениваются как несчастный случай.

В досуицидальный период у суицидентов отмечалась склонность к алекситимии и, как следствие, к психосоматическим заболеваниям. Все пациенты с трудом вербализовали собственные ощущения, чувства и переживания. В ситуациях стресса наиболее характерными являлись психологические защиты по типам вытеснения и изоляции аффекта. Неприятная информация вытеснялась из сознания и легко забывалась. Однако негативный эмоциональный заряд продолжал разрушительное воздействие на психическую и соматическую сферы пациентов. У них имел место высокий уровень внутренней цензуры, не позволяющей “запретным” эмоциям и побуждениям всплывать на поверхность. Вытесненный эмоциональный фрагмент становился

объектом сознания вторично в виде сновидений и непреднамеренных случайных действий, что и ложилось впоследствии в основу формирования суицидального поведения.

Родительские семьи отличались достаточно строгим типом воспитания, с высокой степенью ориентации на социальные правила и нормы. В то же время в этих семьях не приветствовалось открытое проявление эмоций, которые необходимо было скрывать и не демонстрировать окружающим.

Таким образом, особенностью маскированного типа суицидальной попытки было отсутствие осознанного суицидального намерения. Попытка бессознательно маскировалась под несчастный случай, который совершался на фоне выраженной фрустрации и ослабления действия антисуицидальных факторов. Период, предшествующий “несчастному случаю”, протекал на фоне депрессивных и субдепрессивных переживаний, сопровождался влиянием психотравмирующих ситуаций. Среди личностных особенностей отмечалась высокая склонность к реакциям вытеснения, что проявлялось в алекситимии, склонности к соматическим заболеваниям, “ошибочным”, “случайным” действиям. Постсуицидальный период протекал с отрицанием суицидальной попытки. Риск ее повторного совершения – умеренный.

### **Особенности психотерапии**

При проведении психокоррекционных мероприятий всегда целесообразно присоединение психотерапии. На ее первом этапе важно получить представление об отношениях пациента со значимыми людьми; постараться выяснить, что было подлинной причиной стресса и что его спровоцировало. Уже само обсуждение с пациентами обстоятельств их жизни благоприятно сказывается на состоянии большинства из них. Следует внимательно рассмотреть способы, какими пациент в прошлом пытался преодолеть кризисные ситуации, выявить его ресурсы, успешные в прошлом попытки преодоления стресса. Пациент должен понимать, что ему следует делать и что он в состоянии исполнить. Такой психотерапевтический процесс соответствует стратегии “малых шагов”.

Следующим этапом является рационально-дидактическая терапия, базирующаяся на предоставлении информации об общей природе стрессовых реакций, их роли в развитии суицидального поведения, а также на коррекции наиболее часто встречающихся ошибочных представлений по этой проблеме. Задача психотерапевтического воздействия на данном этапе заключается также в разрешении внутриличностных и микросоциальных конфликтов, имеющих место у всех пациентов с суицидальной настроенностью. Такой подход формирует стабильный базис для осознанного столкновения с конфликтами прошлого, способствует осознанию пациентом собственных переживаний и вытесняемых комплексов, а следовательно, приводит к ослаблению или исчезновению суицидальной настроенности и предупреждению перехода процесса на стадию суицидальных действий. На завершающем этапе психотерапевтического вмешательства рекомендуются закрепление и отработка полученных навыков, проецирование саногенных форм поведения на ситуации, возникающие в микросоциальном окружении.

Основной акцент в комплексе антикризисной терапии ставится на применении дифференцированных психотерапевтических программ. Их основные задачи:

1. Углубление самопознания пациентом особенностей собственной личности, причин внутриличностного и микросоциального конфликтов;
2. Развитие новых эффективных навыков общения и поведения в социуме, а также навыков саморегуляции;
3. Определение антисуицидальных факторов, т.е. факторов, способных удержать от суицидальных действий в дальнейшем.

Противопоказаниями для проведения психотерапии служат расстройства с психотической симптоматикой (до их стойкого купирования), а также умственная отсталость и деменция – состояния, при которых пациент утрачивает способность к правильной и адекватной оценке окружающего мира и собственной личности. В большинстве случаев время интенсивной психотерапии составляет 1–1,5 месяца.

Занятия проводятся два раза в неделю. Форма проводимой психотерапии индивидуальная. Используемые нами психотерапевтические воздействия можно было условно разделить на два этапа: начальный и основной.

Главной задачей начального этапа является установление устойчивых психотерапевтических отношений и терапевтического контакта. Психотерапевтическая беседа основывается на доминировании гуманистических принципов и предполагает конгруэнтность и проявление эмпатии. Врач формирует рабочие отношения, вызывающие у пациента доверие и чувство безопасности, проявляет сочувствие, демонстрирует готовность откликнуться на его актуальное состояние. Основной психотерапевтической процедурой на этой стадии становится активное слушание с отражением чувств и содержания рассказа пациента. Мы старались соблюдать определенную осторожность в стимулировании отреагирования чрезмерных аффективных реакций, поэтому такую методику, как “молчание”, мы избегали. Следует указать, что имеется ряд трудностей, учет которых необходим при работе с пациентами, совершившими суицидальную попытку. Например, повод для совершения суицидальных действий часто не соответствуют реальному мотиву психотравмирующей ситуации. Суицид нередко совершается по механизму последней капли и далеко не всегда он совпадает с реальным суицидальным конфликтом. Поэтому необходима глубокая аналитическая работа по идентификации и выявлению реальных внутриличностных проблем, приведших к срыву адаптационных механизмов. Также следует учитывать трудности, связанные со спецификой ближайшего постсуицидального периода. Многие пациенты отказываются от сотрудничества, замыкаются в себе, просят “оставить их в покое”. В таком случае необходимы значительные усилия, чтобы вызвать их доверие, создать эмпатическое взаимодействие. Нередко для этого предпринимается несколько попыток к сближению с пациентом. На первоначальном этапе работы необходимо установление доверительного контакта, выяснение причин суицидальной настроенности, проведение

психодиагностических мероприятий, получение согласия и формирование мотивации на участие в дальнейшей лечебной работе. Следует иметь в виду, что состояние пациента нередко осложняется соматическими последствиями предпринятой суицидальной попытки. Поэтому уже при первичной беседе необходимо создать у пациента позитивную мотивацию на преодоление нежелательных последствий осложнений.

Далее проводится основной психотерапевтический комплекс, учитывающий как общие принципы, так и индивидуальные особенности суицидального поведения. Среди общих принципов можно выделить выработку у пациента нового оптимистического мировоззрения, проработку позитивных моделей будущего, а также способов и путей их достижения. Для решения этих задач целесообразна работа с “временной линией” пациента, так как достаточно часто суицидальная попытка совершается в результате оценки им своего будущего как бесперспективного и мрачного.

В некоторых случаях “временная линия” пациента относительно его будущего вообще отсутствует. Такое состояние служит серьезным фактором суицидального риска и требует обязательной проработки. Для этого нами применяется техника работы с формированием “побуждающего будущего”. На начальном этапе необходимо помочь пациенту спланировать конкретные и достижимые цели на ближайшее и отдаленное будущее. После того как цели определены, нужно, чтобы пациент выбрал для себя методы их достижения. Без проработки этого этапа большинству пациентов достаточно сложно перейти к следующему – практической реализации поставленных задач. Необходимо также помочь пациенту осознать реальные саногенные ресурсы своей жизни, используя которые он сможет добиться положительного результата.

Еще одним важным составляющим звеном, актуальным при всех формах суицидального поведения, является психотерапевтическая работа с психологическими защитами. Известно, что эти механизмы в определенной степени способствуют стабилизации Я пациента, но приводят к неадаптивной ригидности его поведения. В системе адаптивных

реакций личности суицидентов механизмы психологических защит тесно связаны с механизмами совладания (копинг-поведения). Цель его коррекции – приобретение психического равновесия, эффективного приспособления к жизни, оптимальной адаптации.

Таким образом, наиболее продуктивны в психотерапевтическом отношении следующие методы: активный поиск поддержки в терапевтической и социальной среде; проблемный анализ суицидального конфликта и его последствий, разумная степень игнорирования конфликта, терпеливость, сохранение самообладания и эмоциональная разрядка.

В зависимости от типа суицидального поведения применяются специальные психотерапевтические подходы, базирующиеся на выявленных особенностях суицидального процесса. При этом используется интегративный подход. Так, при витальном и амбивалентном типе суицидов ядром кризисного состояния является так называемый экзистенциальный вакуум – ощущение пустоты и бессмысленности существования. Именно он не позволяет пациентам достойно противостоять жизненным трудностям. В силу этого наиболее эффективными оказались экзистенциально-гуманистические формы психотерапии, основная цель которых состоит в обретении смысла существования, доступного каждому нормальному человеку. При этом подчеркивается, что смысл существования всегда индивидуален, и каждый человек должен найти его сам, не уходя от ответственности за осмысление своей жизни перед собой или другими в любых жизненных обстоятельствах.

В исследовании мы использовали технику логотерапии, разработанную В. Франклом (1961), которая помогала пациенту справиться с рефлексией: постоянной концентрацией внимания на собственной персоне. Происходило переключение внимания с внутренних переживаний на реальную действительность, активное сотрудничество, практическую помощь другим. Чем больше человек выходил из пассивного переживания своих проблем и переключался на активную полезную деятельность, тем более полноценным и

психологически адекватным он становился. В этом случае в процессе психотерапевтического воздействия, наполненного живыми беседами с врачом, появляется стремление к конечной цели – “созданию личности сильной, внутренне свободной и независимой от своей участи”, “личности, преисполненной высоких и чистых идеалов и нравственных требований”. Пациент поднимается в душе над своей “обиженной маленькой личностью” и начинает воспринимать себя как частицу превосходящего нас целого – своей семьи, своего народа, человечества, всего живого. Таким образом, пациент побуждается к идеалистическому, иной раз религиозному, мироощущению, что помогает сформировать действенные антисуицидальные факторы. Значительный вклад в поиск новых смыслов своего существования вносит и использовавшаяся в работе с пациентами психотерапия творческим самовыражением (Бурно М.Е., 1995). Ее основной лечебный механизм заключается в том, что пациент, переживая в творчестве свои духовные особенности, как бы возвращается из душевной неопределенности, аморфности, беспомощности к себе самому, своему Я.

При ситуационном типе суицидального поведения акцент ставится на улучшение понимания пациентом самого себя, своих побуждений, а также на улучшение качества межличностных отношений. В таких случаях оптимальны психотерапевтические направления, подробно описывающие типологические особенности личности и микросоциальных контактов. В частности, мы использовали элементы транзактного анализа (Берн Э., 1995). В ходе проведения этого вида психотерапии происходит анализ фиксированных экзистенциальных позиций – основных представлений человека о себе и своем месте в обществе и окружающем мире; структурный анализ, исследующий составные части личности и их взаимодействие, как осознаваемое, так и бессознательное; анализ взаимодействий, посвященный вариантам межличностного общения; анализ психологических игр, определяющих особые варианты межличностного и внутриличностного взаимодействия; анализ неосознаваемых планов в жизни

или жизненных сценариев. Конечной целью психотерапии является принятие ответственности, овладение собой, достижение автономии, отказ от неуместного “здесь и теперь” поведения, самостоятельное определение своей судьбы. В ходе терапии происходит коррекция основной жизненной установки пациентов как совокупности базовых представлений о себе, значимых других, окружающем мире и дающих основания для главных решений и поведения. Анализ структуры личности суицидентов демонстрирует гипертрофированное развитие так называемого “внутреннего ребенка” при недостаточном развитии “взрослого”. Эта особенность определяет повышенную эмоциональность, инфантильность, беспомощность, склонность к автоматическому бездумному реагированию, что проявляется в суицидальном поведении. Соответственно психотерапия направляется на развитие “взрослой” части в структуре личности, что повышает степень ответственности человека перед собой и другими людьми. Также проводится подробный анализ жизненного сценария и ролевых игр, характерных для пациента. Нередко покушение на самоубийство (у многих – повторное) при ситуационном суициде носило манипулятивный характер, когда пациент стремился извлечь так называемые “вторичные выгоды” из своего поведения. Исходя из этого, особое внимание уделялось коррекции этих установок.

При лечении спонтанного и аффективного типов суицидального поведения акцент ставится на задачах научения пациентов самостоятельному распознаванию спонтанных эмоциональных импульсов и управлению их проявлениями. Предпочтение отдается суггестивным методам психотерапии, а также обучению методам самовнушения. Введение пациента в гипнотическое состояние позволяет повысить действенность лечебного внушения и тем самым добиться необходимого психотерапевтического эффекта. Выбор методики гипнотизации является произвольным, однако мы использовали метод эриксоновского гипноза, предложенный М. Эриксоном (1995). Предпочтение этому методу отдавалось в силу его “мягкости”, что было более адекватным при



работе с суицидальными больными. Важное преимущество этого метода состоит в возможности пациента активно участвовать в процессе гипнотизации, что, помимо основного лечебного эффекта, позволяет получить информацию для дальнейшей аналитической работы. Важным было и то, что этот метод гипнотизации не провоцирует уязвимые черты личности пациента. Это выгодно отличает его от классического (директивного) гипноза, использование которого нельзя признать целесообразным для коррекции суицидальных состояний. При эриксоновском гипнозе формулы внушения ненавязчиво “вплетались” в основную “паутину слов”, и у пациента создавалось ощущение непосредственного участия в процессе лечения. Активизировались потенциальные возможности и способности личности, расширялись резервы ее адаптации, появлялась реальная возможность скорейшего купирования острых эмоциональных состояний, отсутствовали осложнения гипнотизации. Длительность гипнотических сеансов составляла 30–45 минут. Важно отметить, что при проведении эриксоновской терапии использовались и методики нейролингвистического направления (Бендлер Р., Гриндер Д., 2008), позволявшие пациенту получить доступ к своим внутренним ресурсам и сформировать новые сано-генные механизмы реагирования.

Для пациентов, совершивших попытку суицида спонтанного и аффективного типов, является эффективным обучение методикам самовнушения, которые могут быть использованы ими самостоятельно в дальнейшей жизни. В таких случаях пациентов обучают регистрировать объективные признаки эмоций через наблюдение за напряжением и расслаблением соответствующих групп мышц. Достигаемое снижение нервно-мышечного напряжения позволяет им самостоятельно регулировать свое эмоциональное состояние.

При проведении психотерапии у лиц с институциональным и резонансным типами суицидального поведения основным является разрушение ложной психопатологической конструкции. Предпочтение следует отдать рациональной психотерапии. В процессе ее проведения используются за-

коны логического мышления, с помощью которых проводится критический разбор ошибок в логических построениях больного, разъясняются причины его неправильного поведения, демонстрируется зависимость между неверным пониманием причин болезни и ее динамикой. Таким образом, действующими факторами являются логическая аргументация, разъяснение, внушение, эмоциональное воздействие, изучение и коррекция личности, дидактические и риторические приемы. При институциональном суициде психотерапия протекает с планомерным убеждением пациента в ошибочной трактовке актуальных вопросов, связанных с его убеждениями. Ему следует объяснить, что лечебный эффект при проведении этой терапии наступает относительно медленно. Важная особенность резонансного типа суицида состоит в сложности, возникающей у пациента в процессе самоидентификации, четком ощущении своих психологических границ. Зачастую причины этих нарушений уходят корнями в раннее детство пациентов. Работа с ними строилась на основе принципов психодинамики, позволяющей глубоко и полно проанализировать особенности раннего детского развития и сформировать новые саногенные формы поведения.

При проведении психотерапии лиц, совершивших маскированный суицид, основной целью было установление продуктивного контакта между сознательным и бессознательным пациента, достижение возможности осознанного понимания им собственных подсознательных импульсов и побуждений. В отношении таких пациентов возможно применение разных психологических методик, однако все они требуют длительной психотерапевтической работы, что в большинстве случаев невозможно. Наиболее приемлем метод имажинативной психотерапии или символдрамы. В ходе работы с пациентом происходит активация его бессознательного путем фантазирования, представления образов как спонтанных, так и предлагаемых (луг, текущий ручей, гора, дом, опушка леса, пещера, и т.п.). Такое разворачивание грез наяву и их дальнейшая творческая проработка способствуют прояснению эмоций, “проживанию” негативных

аффектов, регрессии к фазам основных нарушений в раннем возрасте. Все это формирует относительно стабильный базис для осознанного столкновения с конфликтами прошлого и настоящего, способствует осознанию пациентом собственных внутриличностных конфликтов и вытесняемых комплексов.

Таким образом, психотерапия лиц с суицидальным поведением имеет определенную специфику, связанную с повышенным риском рецидива суицида, и особенности течения суицидального процесса. Это важно учитывать при оказании антисуицидальной терапии на всех ее этапах.

### **Контрольные вопросы**

1. Назовите основные принципы психотерапии суицидального поведения.
2. В чем особенности психотерапевтического консультирования лиц с суицидальным поведением?
3. На каком этапе суицидального процесса рекомендуется начинать проведение психотерапевтических мероприятий?
4. Назовите клинико-психологические типы суицидального поведения.
5. Что лежит в основе клинико-психологической классификации суицидального поведения?
6. Перечислите основные особенности каждого клинико-психологического типа суицидального поведения.
7. Какие формы психотерапии наиболее предпочтительны при проведении психотерапии лиц с суицидальным поведением?
8. Какой психотерапевтический метод является приоритетным при проведении психотерапии лиц с суицидальным поведением?
9. Является ли целесообразным назначение психофармакотерапии при проведении психотерапии лиц с суицидальным поведением?
10. Каковы рекомендуемые сроки проведения психотерапии при лечении лиц с суицидальным поведением?

## **Глава 4**

# **ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

*М.А. Парпара*

Психосоматика (от др.-греч. ψυχή – душа и σῶμα – тело) как направление в медицине и психологии изучает влияние психогенных факторов на возникновение и течение соматических болезней. Методология психосоматических расстройств разработана недостаточно, соответствующая рубрика в МКБ-10 отсутствует, психические и соматические диагнозы разделены и, по сути, противопоставлены друг другу, что осложняет диагностику и негативно сказывается на оказании квалифицированной помощи больным. На сегодняшний день, говоря о психосоматике, чаще всего условно выделяют:

1. Психические расстройства с соматическими симптомами, не имеющими установленной соматической причины (**психосоматические расстройства**). К данной группе относятся аффективные, тревожные, соматоформные, невротические расстройства, а также псевдоневротические состояния при расстройствах шизофренического спектра.
2. Психические расстройства, связанные с соматическим заболеванием общим патогенезом (**соматопсихические расстройства**). Данная группа включает органические поражения головного мозга, состояния при измененном гормональном статусе пациента и т.д.

Данная классификация широко используется в различных пособиях, однако она существенно упрощает взгляд на проблему психосоматики и лишь отчасти ориентирует специалистов в вопросах терапии. Для понимания сложности психосоматического взаимодействия, выбора адекватных

мишенной психотерапии необходимо проанализировать существующие взгляды на проблему психосоматики.

### **Психосоматические концепции**

Концепция психосоматической медицины, подразумевающей единство и взаимное влияние психического и соматического, восходит к древности, однако научное оформление данное направление получает в связи с успехами в изучении центральной нервной системы, попытками лечить нервные болезни. Расширение неврологической практики привело к накоплению данных о необычных соматических симптомах у людей, не страдающих явной формой безумия. Данные расстройства чаще возникали на фоне психогенных стрессов, предполагалось, что они связаны с истощением нервной системы. G.M. Beard (1880) указанные состояния назвал *неврастенией*. Основными клиническими признаками этого расстройства он считал глубокое психическое и физическое истощение, выражавшееся головной болью, слабостью, шумом в ушах, покраснением, сердцебиением, тревогой, нарушениями сна, сердцебиением, непонятными болями, летучими невралгиями, раздражением спинного мозга и матки, импотенцией и безнадёжностью. К симптомам неврастения G.M. Beard (1880) причислял также клаустрофобию и страх заражения (Gosling F.G., 1987).

Концепцию нервного истощения по-своему продолжил S. Freud (1894) в своей психоаналитической теории. Необычные соматические симптомы при этом становились проявлением внутриличностного конфликта, не достигшего уровня невроза. P. Janet, напротив, связал наблюдаемую у больных слабость нервной системы с нарушением чувства реальности и деперсонализации (концепция психастений) (Gosling F.G., 1987).

В отличие от Запада, где под влиянием психоанализа понятие о неврастении к середине XX в. почти полностью исчезло, в отечественной психиатрической литературе представления об астенических состояниях активно развивались (Goering L., 2003). Вначале данные расстройства рассматри-

вались исключительно как конституционально обусловленные личностные нарушения, но затем появилась концепция психогений и соматогенных расстройств. При этом астенические состояния понимались и как результат истощения центральной нервной системы, и как патофизиологическая “почва”, определяющая повышенную соматопсихическую уязвимость. Особенно ярко это проявилось в рассмотрении астении как одного из исходов реакций экзогенного типа, описанных К. Bonhoeffer (Гиндикин В.Я., 1997).

На протяжении 30-х–40-х годов прошлого века представления о повышенной психической уязвимости, проявляющейся астенией, постепенно начали оформляться в концепцию органических неврозов. При этом органические неврозы стали противопоставляться эндогенно-процессуальным заболеваниям, которые связывались с первично идеаторными и аффективными нарушениями. В результате в отечественной науке сложилось понимание психовегетативных нарушений как соматопсихических расстройств, в генезе которых важнейшую роль играют психогенные условно-рефлекторные механизмы, сопряженные с патофизиологическими нейро-эндокринными сдвигами (Карвасарский Б.Д., 1988). Такой подход явился прямым продолжением “физиологического” подхода к оценке психосоматических соотношений, который нашел свое выражение в концепции психовегетативного синдрома.

Разработка представлений о психовегетативном синдроме особенно активно осуществлялась в немецкой психиатрической школе на протяжении 50-х годов прошлого века, откуда она перешла в отечественную психоневрологию, в том числе в рамках изучения гипоталамических расстройств (Gosling F.G., 1987). Под психовегетативным синдромом (ПВС) понимают разнообразные вегетативные расстройства (побледнение или гиперемия кожных покровов, тремор, гипергидроз, тахикардия, повышение или снижение артериального давления, алгические ощущения, дисфункции систем и органов), возникающие в ответ на любое, даже незначительное, эмоциональное напряжение. Согласно

L. Delius (1966), ПВС имеет конституционально-наследственный характер и связан с лептосомным строением тела. Другим этиологическим фактором являются перенесенные соматические заболевания. В зависимости от отнесения вегетативных симптомов к одной или нескольким физиологическим системам выделяют две клинические разновидности ПВС – изолированную и генерализованную. В структуре психовегетативного синдрома имеется несколько относительно самостоятельных компонентов: соматический, неврологический и психический. По типам декомпенсации различают две основные формы психовегетативного синдрома. При первом преобладают симптомы раздражения, внутреннего напряжения, беспокойства и страха. Второй вариант – психовегетативный синдром истощения. В отечественной литературе психовегетативные нарушения рассматриваются в рамках вегето-сосудистой (вегетативной) дистонии. В.И. Маколкин и С.А. Аббакумов (1985), Д.Р. Штульман и О.С. Левин (2005) выделяют конституциональную вегетативную дистонию, обусловленную различными соматическими заболеваниями и неврозами.

В зависимости от вовлеченности систем организма выделяют следующие типы функциональных психовегетативных синдромов:

- Кардиоваскулярный синдром, проявляющийся изменениями сердечного ритма, атипичными болями в сердце, а также патологическими вазомоторными реакциями.
- Гипервентиляционный синдром, который проявляется функциональными нарушениями дыхания (инспираторная одышка, приступы непродуктивного кашля, сопения и зевоты), которые можно расценивать как своеобразные эквиваленты гипервентиляции.
- Расстройства пищеварительного тракта, к которым относятся психогенные дисфагии, рвота, тяжесть в эпигастрии, преходящее вздутие живота, а также боли в различных областях ЖКТ, синдром раздраженной кишки, проявляющийся болью в нижних отделах

живота, облегчаемой дефекацией и сочетающейся с изменением частоты и консистенции стула (запоры, поносы или их чередование), ощущением вздутия живота, чувством неполного опорожнения кишечника.

- Нарушение потоотделения в виде эссенциального гипергидроза, которое во время сна обычно прекращается.
- Сексуальная дисфункция, проявляющаяся нарушениями эрекции или эякуляции у мужчин, вагинизмом или аноргазмией у женщин при сохранном или сниженном либидо. Вариантом сексуальной дисфункции считается также цисталгия с учащенным мочеиспусканием при отсутствии органических нарушений.
- Нарушение терморегуляции может наблюдаться в виде гипертермии, гипотермии, ознобopodobного гиперкинеза и синдрома ознобления.

Несмотря на то, что при психовегетативном синдроме на первый план в картине заболевания выходят нарушения со стороны соматических органов и систем, большинство специалистов относят его к психическим расстройствам и, в частности, к категории соматоформных расстройств (Краснов В.Н. и соавт., 2009).

Длительное время считалось, что вегетативные нарушения возникают вследствие дисбаланса между симпатической и парасимпатической нервной системой. Однако в течение последних десятилетий представления о патогенезе этих состояний существенно усложнились. В настоящее время считается установленным, что определяющую роль в механизмах психовегетативного синдрома играет неразрывное взаимодействие между эмоциональными, эндокринными и соматическими проявлениями многих заболеваний, особенно на ранних – “функциональных” стадиях (психосоматозы). При этом немаловажное значение имеет преморбидный дефект вегетативной нервной регуляции. Ценность концепции психовегетативных расстройств обусловлена тем, что в рамках данного научного направления была выде-



лена специфическая группа нарушений, проявляющихся соматическими симптомами, генез и динамика которых тесно связаны с психоэмоциональным состоянием человека. При этом была прослежена зависимость соматической симптоматики от эмоциональных нарушений и чрезмерной активации центральной нервной системы. Во-вторых, в его рамках было заложено понимание психовегетативных расстройств как центрального звена, связывающего психические и соматические компоненты соматоформных расстройств в единое целое.

Однако в рамках рассматриваемого подхода собственно психические механизмы, ответственные за возникновение вегетативной симптоматики, в значительной степени остались недооцененными. Концепция психовегетативного синдрома обращает внимание на специфику периферических вегетативных нарушений, однако конкретных центральных механизмов данного синдрома в рамках данного научного направления выделить не удалось. Очевидно, что это обусловлено многообразием и сложностью вовлеченных систем мозга, выходящих далеко за границы гипоталамуса и лимбической системы. Не случайно, что в последнее время даже неврологами осуществляются попытки изучения когнитивных нейропсихологических нарушений, лежащих в основе соматизации.

Большое место в определении сущности психосоматических расстройств занимают представления о *конверсии*, *соматизации* и *алекситимии*. Согласно воззрениям П. Жане, при истерии возникает постоянное расщепление личности, при котором одна ее часть игнорирует другую (Bob P., 2003; Bogousslavsky J., 2011). В основе такой *диссоциации* лежит ослабление способности психики синтезировать получаемую информацию, что приводит к сужению поля сознания и проявляется в рассеянности, нарушениях внимания, психической нестабильности, внушаемости и понижении критичности. Кроме того, диссоциация способствует повышению готовности к конверсии, т.е. усилению влияния психических факторов на телесные процессы. Ключевую

роль в происхождении диссоциации играет изоляция травматического материала в подсознании в форме фикс-идей, что сопровождается разрывом их связи с другими психическими процессами и произвольным контролем. Некоторые удаленные из сознания фикс-идеи, согласно концепции П. Жанэ, находясь в подсознании, проходят самостоятельное развитие. Эти подсознательные фикс-идеи в последующем выражаются в замаскированном виде через соматические проявления истерии, которые приобретают отчетливый символический характер и отражают предшествующий травматический опыт, воспоминания и мысли о котором были удалены из сознания.

Еще более детальную разработку концепция *конверсии* получила в рамках психоанализа (Freeman A., 1990). Психоаналитическое исследование показало, что у многих пациентов, страдающих неврозами, под воздействием продолжительных негативных эмоций могут развиваться хронические соматические симптомы. Впервые указанная симптоматика была выявлена у истериков. З. Фрейд ввел понятие конверсионной истерии, при которой телесные симптомы появляются как специфический патологический ответ на хронические эмоциональные конфликты. Одно из важных открытий психоанализа состояло в том, что если эмоция не может быть выражена или ослаблена в результате произвольной активности, она способна стать источником хронических психических и соматических расстройств. При этом важную роль играет механизм вытеснения, благодаря которому происходят исключение из сознания травматического материала и блокада адекватной эмоциональной разрядки. Вследствие этого эмоциональная разрядка происходит по другим – конверсионным механизмам. В физиологическом плане истерический конверсионный симптом схож с экспрессивным движением или чувственным восприятием, поскольку он передает психологическое возбуждение. Однако при истерии побудительный психологический импульс бессознателен. Поэтому он может выражаться индивидуально, своеобразным поведенческим или соматическим паттерном,

отражающим бессознательное стремление пациента вытеснить эмоциональное напряжение, связанное с неприемлемым психологическим содержанием его субъективных переживаний. В итоге эти аффекты и побуждения конвертируются в соматические симптомы, что позволяет им быть выраженными изолированно и неосознанно.

В последние годы отмечается заметное оживление интереса к проблеме *диссоциации*, поскольку была показана ее большая роль в генезе не только истерии, но и других психопатологических состояний, таких как посттравматическое стрессовое расстройство, деперсонализационно-дереализационное и паническое расстройство, азартное расстройство и другие виды поведенческих зависимостей. С механизмом диссоциацией связывают состояния измененного сознания – гипнотические, трансовые, сопряженные с употреблением психоактивных веществ, а также стрессовые и постстрессовые (Bob P., 2003).

Согласно современным представлениям диссоциация представляет собой структурное разделение психических процессов (например, восприятия, воли, эмоций, воспоминаний, идентичности), которые обычно интегрированы и доступны осознанию. В литературе имеется описание целого ряда диссоциативных феноменов. *Абсорбция* – своеобразная концентрация внимания, при которой происходит тотальное сужение сознания и поглощенность процессом восприятия. Другим вариантом диссоциации является *рассеянность*, которая сопряжена с повышенной мечтательностью (созерцанием) или полной отстраненностью от реальности по типу так называемого “дорожного транса” или “временного провала”. Еще одним важным диссоциативным феноменом является *деперсонализация*. Это явление переживается как чувство качественного видоизменения собственных эмоций, потери чувственной яркости восприятия, а в тяжелых случаях – тягостного ощущения трансформации или даже отчуждения собственных психических процессов и *Я* в целом. При этом различают *соматопсихическую деперсонализацию*, которая сопровождается чувством бестелесности, и *психиче-*

скую деперсонализацию, характеризующуюся эмоциональным оцепенением, утратой субъективности воспоминаний и дереализацией.

Представления о тождественности диссоциации и конверсии не являются общепринятыми. Так, в DSM-IV-TR диссоциативные расстройства рассматриваются отдельно от конверсионных, поскольку последние относятся к рубрике соматоформных состояний. Несмотря на это, в последние годы все сильнее звучит требование об объединении этих состояний так, как это сделано в МКБ-10. Клинические представления о диссоциации и конверсии, несмотря на всю важность, обнаружили свою существенную ограниченность. Попытки выйти за эти ограничения привели к возникновению концепции соматизации (Brown R.J., 2004). Термин “*соматизация*” ввели психоаналитики для обозначения истероформных соматических нарушений, рассматриваемых как символическое выражение бессознательного конфликта, как правило, сексуального по своей природе (Steckel W., 1943). Позже также в рамках психодинамического направления термин “*соматизация*” стал использоваться для обозначения так называемых психосоматических заболеваний, в происхождении которых большая роль отводилась психологическим факторам. При этом понятие соматизации было разведено с понятием конверсии на основании того, что при соматизации, согласно психодинамическим воззрениям, интрапсихический конфликт проецируется на органы и системы, не поддающиеся осознанному волевому контролю (Sifneos P.E., 1973; Starobinski J., 1990). То есть конверсия ассоциируется с работой центральной нервной системы (псевдопарезы, всевропараличи и т.д.), в то время как конверсия – с вегетативной (органные неврозы). В рамках такого понимания сложилось представление об “*органных неврозах*”, в основе которого лежит положение о специфической взаимосвязи между различными эмоциональными ситуациями и специфическими сочетаниями психосоматических реакций (Сыркин А.Л., 2000). При этом эмоциональные воздействия могут стимулировать или угнетать деятельность любого

органа. Органные неврозы, согласно *классической психосоматической концепции*, возникают при взаимодействии трех основных факторов. Среди них – сформировавшиеся в раннем детстве интрапсихические конфликты и связанные с ними защиты. Сюда же относятся: предрасполагающий образ жизни или пусковые события, реактивирующие эти конфликты, а также конституциональная соматическая уязвимость. Формирующееся на этой основе патологическое невротическое развитие личности приводит к тому, что не выполняются необходимые для снятия напряжения действия по отношению к внешним объектам. Исходя из этих представлений, был выделен целый ряд психосоматических расстройств и так называемых *органных неврозов*. При этом многие специалисты полагали, что органические заболевания. К органическим неврозам относили, в частности, следующие состояния: кардиневроз (кардиофобия, синдром Да Коста, псевдостенокардия), синдром гипервентиляции (гипервентиляционная тетания, дыхательная тетания Rossier, невротическое диспноэ), синдром кома в горле (страх глотания), синдром раздраженного желудка (нервная гастропатия, незвенная диспепсия, невротические нарушения функции желудка), синдром раздраженного кишечника (эмоциональная диарея, функциональные запоры, синдром возбужденной толстой кишки, слизистая колика), психосоматический цистит (раздраженный мочевого пузырь) и др.

Концепцию органических неврозов в психодинамическом ключе можно встретить и в современных справочниках (Lieb R. et al., 2007). В то же время, на сегодняшний день соматизация более не связывается исключительно с психодинамическими теориями, но роль длительного психо-вегетативного напряжения признается большинством исследователей (Sifneos P.E., 1973; Taylor G.J., 2004). Отчасти этому способствовало то, что связь между локальными вегетативными расстройствами и соматическими заболеваниями имеет более сложный и нелинейный характер, и

за “органными невротами” нередко скрываются системные психофизиологические нарушения. Еще один аспект проблемы соматизации связан с ее коммуникативным значением. На этот аспект псевдосоматических расстройств большое внимание обращается в рамках биопсихосоциальной перспективы. Поэтому в общем виде соматизация все чаще определяется как склонность некоторых пациентов переживать и сигнализировать окружающим о наличии у них психологических или межличностных затруднений в форме соматического неблагополучия либо необъяснимых с точки зрения медицины симптомов, по поводу которых они обращаются за медицинской помощью. При этом подчеркивается роль межперсональных механизмов в генезе соматизации. Межличностные механизмы соматизации обнаруживаются в формировании оперантного подкрепления со стороны родственников и близких. Указанные механизмы могут также включаться под влиянием социального научения, обусловленного функционированием систем здравоохранения и социального обеспечения. В результате возникают психо-социальные феномены, получившие название поведения, связанного с заболеванием (*illnessbehavior*).

Концепция соматизации также нашла свое отражение в разработке концепции *маскированных депрессий*. Согласно этой концепции ряд психосоматических расстройств и невротозов имеет эндотимическую основу нейродинамической природы, что, однако, не отрицает значимости реактивных психологических структур. Этим объясняются факт патогенетической близости между психовегетативными, соматосенсорными и аффективными нарушениями, а также высокая эффективность в таких случаях тимоаналептической терапии. Важным подтверждением обоснованности рассмотрения психовегетативных нарушений как депрессивных эквивалентов является и то, что у многих пациентов на протяжении их жизни отмечается смена симптоматики, когда вегетативные и соматические нарушения во все большей степени приобретают очерченные эндогенно-депрессивные характеристики. К расстройствам данного типа J.J. Lopez-

Ibor (1972) относил, прежде всего, четыре типа расстройств: боли и парестезии; агорафобию и тимопатическое головокружение; психосоматические нарушения; нервную анорексию и истерию. А основными критериями для их выделения, по его мнению, являлись: отсутствие органической причины, объясняющей появление соматических симптомов; фазное течение, хотя нередко перерывы между фазами могут быть слабо выражены; наличие базисного субдепрессивного состояния, характеризующегося витальными или эндотимическими чертами. К признакам маскированных депрессий относятся также: наличие в преморбиде малых депрессий или депрессивных эквивалентов с иной симптоматикой; отсутствие эффекта от обычной соматической терапии, направленной на купирование болей и парестезий; сочетание соматической симптоматики с отчетливой депрессивной картиной или ее возникновение на выходе из депрессии. Важнейшим критерием маскированной депрессии является также терапевтический эффект от антидепрессантов. Положительная роль концепции маскированной депрессии заключалась в том, что она прямо связала предъявляемые пациентом “локальные” соматические жалобы с нарушением аффективной регуляции.

Происхождение маскированных депрессий обычно объясняется влиянием культуральных факторов, а также особенностями воспитания, обуславливающими склонность таких пациентов подавлять эмоциональную выразительность, отрицать или сознательно заглушать возникающие эмоциональные переживания. Однако у ряда больных большой депрессией ее стертый характер обусловлен тем, что они просто оказываются не в состоянии воспринимать или обозначать свои эмоциональные состояния, а также отсутствием в их лексиконе слов для описания эмоций. Говоря другими словами, генез большого количества соматизированных расстройств связывается с алекситимией.

*Алекситимия* – понятие, впервые введенное психотерапевтом P. Sifneos (1973), а затем подтвержденное работе с J. Nemiah (1996). Этот теоретический конструкт был ис-

пользован для описания характерного стиля реагирования психосоматических пациентов. По мнению Р. Sifneos, алекситимичные пациенты были не в состоянии описывать свои чувства, у них также отмечался явный дефицит способности к фантазиям, связанным с побуждениями или переживаниями. Впоследствии теоретический конструкт алекситимии был валидизирован при помощи ряда психометрических методик и различных экспериментальных подходов (Березин Ф.Б. и соавт., 2008; Taylor G.J., 2004). Причем была показана высокая корреляция между алекситимией и депрессией. Считается, что алекситимия связана с рядом распространенных соматических и психических расстройств, обусловленных недостаточной взаимосвязью эмоционального возбуждения и когнитивной переработки. К расстройствам такого рода относят функциональную патологию желудочно-кишечного тракта, эссенциальную гипертонию, бронхиальную астму и другие состояния (психосоматозы), характеризующиеся склонностью к соматизации. Первоначально *алекситимия* рассматривалась в психодинамическом ключе как развитие представлений о защитах личности и, в частности, отрицания и подавления. Однако психодинамическая модель не давала адекватного объяснения различиям между конверсионной истерией и психосоматическими расстройствами, в том числе тому факту, что процесс символизации играет большую роль в формировании истерической симптоматики и не имеет существенного значения при психосоматозах. Популярным объяснением этому феномену стала концепция J. McDougall (1980). Согласно этой концепции вследствие нарушений детско-родительских отношений у ребенка формируется “психосоматический характер”. Его ключевой особенностью является неспособность переживать чувства и развивать способность к фантазированию как инструменту символического удовлетворения потребностей. В результате внимание ребенка чрезмерно фокусируется на окружающей среде, развивается суперадаптация к реальности, и когда он вырастает, то отличается бедной эмоциональной жизнью и ограниченной способностью к фантазии. При этом перед



лицом инстинктивных побуждений человек оказывается неспособным справляться с ними в силу ограниченности их субъективной репрезентации и сниженного аффективного ответа. Однако впоследствии этот конструкт начал интерпретироваться в психофизиологическом и когнитивном контексте (De Berardis D., 2007). Исследователи начали рассматривать алекситимию в связи с избеганием сопереживания, слабым вовлечением в психотерапию, усилением соматических жалоб при депрессии и соматоформных расстройствах. Одним из неблагоприятных последствий формирования копингов, сопряженных с алекситимией, является ограничение в развитии метакогнитивных способностей (Lane R.D., 1996). Это предрасполагает к дизрегуляции аффекта, что наблюдается при пограничном расстройстве личности или при сужении когнитивно-аффективных переживаний при ананкастных и тревожных расстройствах личности и шизофрении (Hanel G., 2009). Таким образом, понятие алекситимии выступает на сегодняшний день в качестве важного связующего звена между концепцией соматизации и представлениями о нарушениях аффективной регуляции.

Наряду с указанными выше теориями стоит упомянуть о концепции *соматосенсорной амплификации* (Barsky A.J., 1988). Этим понятием обозначается склонность пациентов испытывать соматические ощущения, даже незначительные, как интенсивные, неприятные, беспокоящие и считать их проявлением физической болезни. О соматосенсорной амплификации принято говорить в тех случаях, когда жалобы больного на физическое недомогание не соответствуют объективной тяжести его соматического состояния и при этом исключается симуляция или телесные галлюцинации. Считается, что соматосенсорная амплификация играет роль в соматизации аффекта, а именно: она связана с субъективным усилением восприятия телесных проявлений эмоций, нередко за счет редукции собственно аффективных.

Первоначально соматосенсорная амплификация объяснялась снижением сенсорных порогов и особым конституциональным типом личности. Однако впоследствии теория

сенсорных порогов не получила психофизиологического подтверждения. Как было показано с помощью методики вызванных потенциалов, соматосенсорная амплификация не коррелирует с повышенной интерорецепцией, а скорее всего, отражает продолжительный латентно протекающий когнитивный процесс. С учетом этих данных в последние годы феномен амплификации стали связывать с центральными механизмами сенсibilизации, описанными на примере хронического болевого расстройства. При этом патогенез соматосенсорной амплификации объясняется тем, что при переживании эмоций в некоторых отделах центральной нервной системы происходит своеобразное “усиление” первичных сенсорных стимулов и/или их “генерализация”, в то время как аффективные проявления эмоций в этот момент редуцируются. Сказанное отчасти позволяет объяснить появление множественных “необъяснимых” физических жалоб и формирование ипохондрической концептуализации, а также различия в интенсивности субъективных переживаний, которые испытывают разные пациенты вне зависимости от тяжести имеющихся у них соматических расстройств (Brown R.J., 2004).

В литературе описаны три компонента соматосенсорной амплификации:

- “повышенная бдительность”, которая включает в себя постоянное наблюдение за собой и внимание к возникающим телесным ощущениям;
- склонность выделять и фиксироваться на определенных относительно слабых или необычных телесных ощущениях;
- тенденция интерпретировать сомнительные или неопределенные внутренние и соматические ощущения как патологические и являющиеся выражением симптомов заболевания, отвергая их естественную или функциональную природу.

Амплификация, по существу, одновременно и состояние, и процесс. Она является частью так называемого “пер-

цептивного” стиля, т.е. способности фиксировать только неприятные симптомы (Barsky A.J., 1988). С учетом этого амплификацию можно рассматривать как неадаптивный способ совладания с негативными эмоциями и невротизмом, который меняется в зависимости от настроения и самочувствия индивида. Указанный стиль совладания приводит к дистанцированию от возможных неудач и переключению с внешнего мира на внутренний. При этом негативная аффективность усугубляет этот патологический путь и, как следствие, происходят еще большая фиксация на телесных ощущениях и формирование “избегающего темперамента”, лежащего в основе соматизации.

Таким образом, концепция амплификации в клиническом плане была призвана интегрировать представления о нарушениях соматосенсорных процессов, которые представляют собой континуум взаимных переходов от неприятных ощущений при соматических и вегетативных нарушениях до фантомных болей и сенестопатий. Однако теоретический и методический аппарат, лежащий в основе этого подхода, оказался недостаточным для решения всех возникающих при этом проблем.

Подводя итог краткому описанию основных теорий и систем помощи при психосоматических заболеваниях, необходимо выделить ряд общих положений.

1. Психосоматические расстройства подразумевают наличие необъяснимых с соматической точки зрения симптомов.
2. Психосоматические симптомы возникают на особой психопатологической почве, специфику которой всегда необходимо учитывать при выборе тактики лечения.
3. Психосоматические симптомы могут возникать и поддерживаться в особых семейных и социальных условиях, так как их важным компонентом является нарушение коммуникации.

## **Психотерапия психосоматических расстройств**

Психотерапевтические подходы к терапии психосоматических заболеваний во многом интегративны, сочетают в себе психотерапевтическую работу с личностью (*Я*-образ), когнитивными особенностями пациента (схемы, установки, атрибуции, алекситимия, абсорбция, сверхбдительность, соматосенсорная амплификация), сопутствующими аффективными расстройствами (соматизация аффекта), семейной дисгармонией и трудностями в межличностных отношениях (Бобров А.Е., 2005). На сегодняшний день научно доказанными методами психотерапии неэндогенных психосоматических расстройств являются: когнитивно-поведенческая, психодинамическая, основанная на ментализации и межперсональная психотерапия (Бройтигам В. и соавт., 1999). Достаточно широко используются гештальт-терапия, экзистенциальная психотерапия, психоанализ, групповые и семейные подходы, интегративные модели (Бройтигам В., 1999; Прохазка Дж. и соавт., 2005; Кавасарский Б.Д., 2012).

При наличии эндогенного психического заболевания (неврозоподобные эндогенные заболевания, биполярные расстройства) психотерапевтические интервенции существенно ограничены ввиду высокого риска ухудшения состояния, их применение должно быть согласовано с лечащим врачом-психиатром. Категорически запрещен гипноз, существенно ограничены глубинные техники, включая психоанализ и гештальт-терапию. Таким пациентам рекомендовано психообразование и некоторые элементы когнитивно-поведенческих техник. Необходимо подчеркнуть, что любые тренинги (например, коммуникативных навыков, релаксации, психообразование) в этом случае проводятся под контролем врача-психиатра.

## **Психические расстройства, возникающие в связи с соматическим заболеванием**

Как было сказано выше, разделение на психогенные и соматогенные расстройства условно. При выделении данной группы учитывается наличие органического расстройства,

указывается на вероятность редукции психопатологической симптоматики при нормализации соматической почвы (Карвасарский Б.Д., 2012). К данным расстройствам относят реакции личности на болезнь и собственно соматогении.

### **Реакции личности на болезнь**

На сегодняшний день большинство авторов считают, что наличие любой хронической болезни личность переживает как тяжелую утрату (Гиндикин В.Я., 1997). То есть пациент последовательно проходит типичные для переживания горя фазы:

1. Анозогнозия – отказ принятия болезни, изоляция, вытеснение (“этого не может быть”).
2. Протест – гнев и ярость по поводу своей тяжелой судьбы, “наказания божьего” и т.д. (“почему именно я?”).
3. Ведение переговоров в надежде на изменение путем “сотрудничества”, торжественные обещания “начать жизнь заново” в случае исцеления.
4. Депрессия – страх, печаль, замкнутость или, наоборот, желание постоянно говорить о болезни.
5. Принятие – спокойствие (нет желания об этом разговаривать).

Образ *Я* пациента, его когнитивные особенности, аффективное состояние, семейное и социальное положение, а также “карьера” (длительность лечения, успехи и неудачи терапии) могут приводить к трансформации роли пациента, к появлению у него желания получить выгоды от своей болезни.

Первичная выгода (психодинамический феномен) – когда для смягчения межличностных конфликтов возникает внутрличностный.

Вторичная выгода (медико-социальный феномен) – когда в процессе обследования и лечения пациент требует участия, утешения.

### **Соматогении**

Наряду с психологическим стрессом болезнь оказывает соматогенное воздействие, что также повышает риск воз-

никновения психических расстройств. Примерами могут служить депрессия на фоне иммуносупрессивной терапии гепатита С, аффективные нарушения при органических расстройствах головного мозга.

### **Психотерапия психических расстройств, возникающих в связи с соматическим заболеванием**

Ввиду того, что динамика органической патологии существенно влияет на выраженность психического расстройства (Бройтигам В. и соавт., 1999), психотерапевту необходимо улучшать комплаентность пациентов к лечению соматических заболеваний, соблюдать режим приема лекарств, своевременно посещать врача и т.д. Психотерапевтическую работу выстраивают в соответствии с фазой принятия болезни и особенностями личности пациента. Необходимо отметить, что любые интервенции проводят с учетом суицидального риска в данной группе пациентов. Наличие высокого суицидального риска является противопоказанием к плановой амбулаторной психотерапии, больного необходимо госпитализировать в кризисный стационар. После выписки из кризисного учреждения ему могут назначить амбулаторную психотерапию (хорошо зарекомендовала себя диалектическая психотерапия, экзистенциальная психотерапия, группы самопомощи), однако ввиду повышенного риска повторного эпизода целесообразно продолжать наблюдение такого пациента и у лечащего врача-психиатра.

При наличии длительного органического заболевания и низком суицидальном риске важной темой для психотерапевта является условная выгодность болезни, однако ее обсуждение возможно лишь при достаточном уровне доверия между врачом и пациентом.

Своеобразным ограничением психотерапии при соматогениях становятся выраженные когнитивные нарушения, а также внезапно возникшие угрожающие жизни состояния.

При терминальных стадиях постепенно развивающейся органической болезни (например, при угасании онкологического больного) могут использоваться техники поддерживаю-

щей терапии, легкие трансовые методы (для обезболивания), арттерапевтические техники, помогающие принятию болезни и факта неизбежного ухода из жизни.

### **Контрольные вопросы**

1. Что такое алекситимия?
2. Назовите признаки маскированных депрессий.
3. В контексте каких психотерапевтических подходов изучалась соматизация?
4. В чем различие конверсии и соматизации?
5. Что такое абсорбция?
6. Что такое соматосенсорная амплификация?
7. В чем вы видите значимость концепции психовегетативного синдрома?
8. Назовите слабые стороны концепции психовегетативного синдрома.
9. В чем заслуга психоанализа при изучении психосоматических расстройств?
10. Назовите этапы принятия болезни.
11. Можно ли пациентам с сенестоипоходрическим синдромом проводить гипноз или психоанализ?
12. В чем заключается психотерапевтическая помощь при соматогениях?
13. Что такое оперантное научение в контексте психосоматических расстройств?

## Л и т е р а т у р а

Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение / Под ред. С.Л. Шишкина: Пер. с англ. / А.М. Боковникова, В.В. Старовойтова. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2004. – 336 с.

Ануфриев А.К. Либерман Ю.И., Остроглазов В.Г. Глоссарий психопатологических синдромов и состояний/Под ред. В.С. Ястребова, А.К. Ануфриева, М.А. Лисина. – М., 1990. – 112 с.

Бендлер Р., Гриндер Д. Структура магии. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2008. – 384 с.

Березин Ф.Б., Безносюк Е.В., Соколова Е.Д. Психологические механизмы психосоматических заболеваний // Российский медицинский журнал. – 1998. – №2. – С.43-49.

Берн Э. Игры, в которые играют люди. Библиотека психологии и психотерапии / Под ред. В.В. Макарова и Б.И. Хасана. – Красноярск: Фонд ментального здоровья, 1995 – 172 с.

Бобров А.Е. Тревожные расстройства: их систематика, диагностика и фармакотерапия // Русский медицинский журнал. – 2005. – Т. 114. – С.522-536.

Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. – М.: Гэотар Медицина. – 1999. – 376 с.

Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением: Учебное пособие. – Москва–Екатеринбург, 1999. – 364 с.

Быюдженталь Дж. Искусство психотерапевта. – СПб.: Питер, 2001. – 304 с.

Бэк А., Фримэн А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. – СПб.: Питер, 2002. – 258 с.

Вейн А.М. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. – М.: Медицинское информационное агентство. – 2003. – 37 с.

Гиндикин В.Я. Клиника и лечение соматогенных аффективных расстройств (в помощь практическому врачу) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1997. – № 11. – С. 47-51.

Данилова С.В., Бадмаева В.Д. Расстройства личности (кратко о важном). – М.: “Мицар”, 2012. – 296 с.

Калмыкова Е.С. Кэхеле Х. Изучение психотерапии за рубежом: история, современное состояние // Журнал практической психологии и психоанализа. – № 1. – январь, 2000.

Карвасарский Б.Д., Простомолотов В.Ф. Невротические расстройства внутренних органов. – Кишинев: Штиинца, 1988. – 166 с.



Краснов В.Н., Довженко Т.В., Бобров А.Е., Семиглазова М.А., Рыбина Н.А. Распространенность психических расстройств у больных первичной медицинской практики в Москве и методы их выявления // Актуальные вопросы внебольничной психоневрологической помощи детскому и взрослому населению: Материалы научно-практической конференции с международным участием. Санкт-Петербург, 21–22 мая 2009 г. / Под ред. Н.Г. Незнанова. – СПб.: изд. СПб науч.-иссл. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева, 2009. – С. 157-158.

Лакосина Н. Д., Трунова М. М. Неврозы, невротические развития личности. Клиника и лечение. – М.: Медицина, 1994. – 192 с.

Лапланш Ж., Понталис Ж. -Б. Словарь по психоанализу: Пер. с франц. Н.С. Автономовой. – М.: Высшая школа, 1996. – 623 с.

Маколкин В.И., Аббакумов С.А. Нейроциркуляторная дистония в терапевтической практике. – М.: Медицина. – 1985. – 192 с.

Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике: Пер с англ. / Нуллер Ю.Л., Циркина С.Ю. – Киев: Факт, 1999. – 272 с.

Положий Б.С. Клиническая суицидология: этнокультуральные подходы. – М.: РИО ФГУ “ГНЦ ССП им. В.П. Сербского”, 2006. – С.162-180.

Прохазка Дж., Норкросс Дж. Системы психотерапии / Серия: Психологическая энциклопедия. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2005 – 384 с.

Психотерапия: Учебник для вузов. – 4-е изд. / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2012. – 672 с.

Рахманов В.М. Психосоциальная реабилитация больных с функциональными и органическими расстройствами слуха: Дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 1993. – 455 с.

Роджерс К. Клиент-центрированная психотерапия: теория, современная практика и применение. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 512 с.

Руководство по психотерапии / Под ред. В.Е. Рожнова. – 3-е изд., доп. и переработ. – М.: Медицина, 1985. – 719 с.

Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. – М.: “Когито-Центр”. – 2005. – 376 с.

Сыркин А. Л., Рапопорт С. И., Смулевич А. Б., Органные неврозы как психосоматическая проблема // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. – Т. 2. – С. 4-12.

Томе Х., Кехеле Х. Современный психоанализ. Т. 1. Теория: Пер. с англ. / Общ. ред. А.В. Казанской. – М.: Издательская группа “Прогресс”, 1996. – 576 с.

Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник: Пер. с англ. и нем. / Общ. ред. Л.Я. Гозмана и Д.А. Леонтьева. – М.: Прогресс, 1990. – 368 с.

Фрейд А. Психология Я и защитные механизмы. – М.: Педагогика-Пресс, 1993. – 68 с.

Штульман Д.Р., Левин О.С. Неврология: справочник практ. врача. – М.: МЕДпресс, 2005. – 1024 с.

Эриксон М. Мой голос останется с вами. – СПб., 1995. – 255 с.

Barsky A. J. et al. The amplification of somatic symptoms // *Psychosomatic Medicine*. – *Psychosomatic Medicine*, 1988 – V. 50. – № 5. – С. 510-519.

Beck A.T. Thinking and depression: II. Theory and therapy // 1964. 10. P. 561-571.

Beck A.T. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Harper & Row. (Republished as *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1972).

Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change / Edited by M.J. Lambert. – 6th ed. – 2013 / Copyright by J. Wiley & Sons, Inc.

Birtchnell, J. Dependence and its relationship to depression. *British Journal of Medical Psycholog.* – 1984. 57. – P. 215-225.

Bob P. Dissociation and neuroscience: history and new perspectives // *International Journal of Neuroscience* – 2003. – V. 113. – P. 903-914.

Bogousslavsky J. Hysteria after Charcot // *Following Charcot: A forgotten history of neurology and Psychiatry.*: Karger, 2011. – *Frontiers of neurology and neuroscience.* – V. 29. – 207с.

Brown R.J. Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model // *Psychological Bulletin Psychol.* – 2004. – V. 130. – P. 793-812.

Browning M., Fletcher P., Sharpe M. Can neuroimaging help us to understand and classify somatoform disorders? A systematic and critical review// *Psychosomatic Medicine*. – 2011. – V.2. –№. 73. – P. 173-184.

Bugental J.F.T. The Art of the Psychoterapist // New York: W.W. Norton. – 1987.

De Berardis D. et al. Alexithymia, fear of bodily sensations, and somatosensory amplification in young outpatients with panic disorder// *Psychosomatics.* – 2007. – V.48. – №3. – P.239-246.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. – 4th ed., text revision. – Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000. – 943 p.

DiGiuseppe R. The implication of the philosophy of science for rational-emotive theory and therapy// *Psychotherapy*, 1986.23(4). P. 634-639.

Eysenck H.F. The effects of psychotherapy: An evaluation // *Journal of Consulting Psychology*. 1952. 16. – P. 319-324.

Freeman A. Cognitive therapy: An overview. In A. Freeman & V. Greenwood (Eds.), *Cognitive therapy: Applications in psychiatric and medical settings*. New York: Human Sciences Press. 1987.

Freeman A. Understanding personal, cultural, and religious schema in psychotherapy // A. Freeman, N. Epstein, & K. Simon (Eds.), *Depression in the family*. – New York: Haworth Press. 1987.

Freeman A., Pretzer J., Fleming B., & Simon K. *Clinical applications of cognitive therapy*. New York: Plenum Press. 1990.

Freud S. The neuro-psychoses of defence // The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. *Die Abwehr-Neuropsychosen* (1894) – London: Hogarth press and the Institute of Psychoanalysis, 1962. – V. III.

Goering L. “Russian Nervousness”: Neurasthenia and National Identity in Nineteen-Century Russia// *Medical History*. – 2003. – T. 47. – P.23-46.

Gosling F.G. *Before Freud: Neurasthenia and the American Medical Community*: Chicago, Ill: University of Chicago Press. –P.1987-192.

Gracely R.H. Geisser M.E., Giesecke T., Grant M.A., Petzke F., Williams D.A. Pain catastrophizing and neural responses to pain among persons with fibromyalgia// *Brain*. – 2004. – V. 127 –№ 4. – P. 835-843.

Grandes G., Montoya I. Arietaleanizbeaskoa M.S., Arce V., Sanchez A. et el.. MAS The burden of mental disorders in primary care// *Eur Psychiatry*. – 2011. –V 7. –№ 26. –P. 428-435.

Grawe K., Donati R., Bernauer F. *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe – Gottingen – Bern – Toronto – Seattle, 1994.

Greenwald J.A. In: C. Hatcher and P. Himelstein (Eds.), *The handbook of Gestalt therapy*. – New York: Jason Aronson. – 1976.

Gumley A. Metacognition, affect regulation and symptom expression: A transdiagnostic perspective // *Psychiatry Research*. – 2011. – № 190. –P. 72-78.

Hanel G., Henningsen P., Herzog W., Sauer N., Schaefer R., Szecsenyi J., Löwe B. Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2009. – V.3. – № 67. – P. 189-197.

Jenkins G., Röhrich F. From Cenesthesias to Cenesthopathic Schizophrenia: A Historical and Phenomenological Review// *Psychopathology*. – 2007. – № 40. –P. 361-368.

Kramer U. Coping and defense mechanisms: What`s the difference? – Second act // *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. – 2010. – 83. – P. 207-221.

Lane R. D. et al. Impaired verbal and nonverbal emotion recognition in alexithymia // *Psychosomatic Medicine*. – 1996. – V. 58. –№6. – P.203-210.

Lazarus A.A. In support of Technical eclecticism // *Psychological Reports.* – 1967, 21. – P. 415-416.

Leiknes K.A., Finset A., Moum T., Sandanger I. Overlap, comorbidity, and stability of somatoform disorders and the use of current versus lifetime criteria// *Psychosomatics.* – 2008. –V. 2. –№ 49. – P. 152-162.

Lesser I.M. A Review of the Alexithymia Concept// *Psychosomatic Medicine.* – 1981. –V. 6. –№ 43. – P.531-543.

Lieb R., Meinlschmidt G., Araya R. Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive disorders: an update// *Psychosomatic Medicine*– 2007. –V.9 –№ 69. – P. 860-863.

Lipowski Z.J. *Psychosomatic Medicine: An Overview*// Modern trends in psychosomatic medicine 3/ ред. Hill O.. – London: Butterworths, 1976.– P.1-20.

Lopez Ibor J.J. Masked Depressions. The Forty-fifth Maudsley / Lecture, delivered before the Royal Medico-Psychological Association, 20 November 1970 // *British Journal of Psychiatry.* – 1972. – № 120. – P. 245-258.

Luborsky L., Singer B. Comparative studies of psychotherapies: Is it true that “everyone has won and all must have prizes”? *Archives of General Psychiatry.* – 1975.32. – P. 995-1008.

Margison F.R., Barkham M., Evans C. et al. Measurement and psychotherapy: Evidence-based practice and practice-based evidence // *British J. of Psychiatry.* – 2000. 177. – P. 123-130.

McDougall D., Drake C. T. Effects of the absence of a father and other male models on the development of boys’ sex roles// *Developmental Psychology.* – 1977. – C. 537-538.

McFall M. E., Wollersheim J. P. Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive-behavioral formulation and approach to treatment // *Cognitive Therapy and Research.* 1979. 3. – P. 333-348.

Murphy L.B. *The widening world of childhood* // New York Basic Books, 1962.

Nemiah J.C. Alexithymia: Present, Past–and Future?// *Psychosomatic Medicine.* – 1996. – № 58. – P. 217-218.

Overholser J. C. Facilitating autonomy in passive-dependent persons: An integrative model // *Journal of Contemporary Psychotherapy.* 1987. 17.– P. 250-269.

Patterson C.H. *Counseling and psychotherapy: Theory and practice.* – New York: Harper & Row. – 1959.

Pichot P. Neurasthenia, yesterday and today// *L’ Encéphale.* – 1994. – V.20. – № 3–P. 545-549.

Plutchik R., Conte H.R. Measuring emotions and their derivatives: Personality traits, ego defenses, and coping styles // In S. Wetzler M. Katz

(Eds.), Contemporary approaches to psychological assessment. – N.Y.: Brunner/Mazel, 1989.

Pöldinger W. Psychosomatic aspects in the diagnosis of depression // *Der Internist*. – 1974. – V.15– №.5– P. 232-237.

Prochaska J.O., Norcross J.C. Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis / Fifth Ed., 2003.

Rehm L. A self-control model of depression // *Behavior Therapy*. 1977. 8. P. 787-804.

Rudestam K. Experiential groups: in Theory and Practice. – 1982.

Sansone R.A., Sansone L.A. Psychiatric disorders: a global look at facts and figures// *Psychiatry*(Edgmont). – 2010. – V.12. – № 7. – P. 16-19.

Sifneos P.E. The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients// *Psychother Psychosom*. – 1973. – № 22. – C. 255-262.

Starobinski J. A short history of bodily sensations // *Psychological Medicine*. – 1990. – № 20. – C. 23-33.

Steckel W. The Interpretation of Dreams: New Developments and Technique. – 1943. – 207 p.

Stein D.J., Muller J. Cognitive-affective neuroscience of somatization disorder and functional somatic syndromes: reconceptualizing the triad of depression-anxiety-somatic symptoms // *CNS Spectrums*. – 2008. – V.5. – №13. – P. 379-384.

Stiles W.B., Shapiro D.A., Elliott R. Are all psychotherapies equivalent? // *Amer. Psychologist*. – 1986. – V. 41. – P. 165-180.

Taylor G. J. Alexithymia and psychopathology in patients with psychiatric and functional gastrointestinal disorders // *Psychotherapy and Psychosomatics*. – 2004. – V.73. – № 2. – P. 68-77.

Yalom I.D. Existential Psychotherapy. Basic Books: A Division of Harper Collins Publishers. – 1980. – 576 p.

Wallerstein R.S. The psychotherapy research projet (PRP) of the Menninger Foundation: An overview // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1989. V. 57. – P. 195-205.

# **Актуальные вопросы современной психотерапии**

## ***Учебное пособие***

*Заведующая редакцией*

*Н.Б. Гончарова*

*Редактор*

*М.М. Игнатенко*

*Компьютерная верстка*

*М.М. Абрамовой*

Подписано в печать 5.10.17 г.

Формат 60х84/16. Гарнитура Century Schoolbook.

Бумага офсетная. Цифровая печать. Усл. печ. л. 6,9.

Тираж 50 (октябрь).

Федеральное государственное бюджетное учреждение  
“Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии  
и наркологии имени В.П. Сербского” Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

119991 ГСП-1, Москва, Кропоткинский пер., 23.

## ДЛЯ ЗАМЕТОК

## ДЛЯ ЗАМЕТОК