

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

**КОНСПЕКТЫ ИЗБРАННЫХ ЛЕКЦИЙ
ПО ПСИХОТЕРАПИИ**

Учебное пособие



Москва - 2019

УДК 616-08-031.81
ББК 53.57
Б82

Учебное пособие подготовлено в Учебно-методическом отделе ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России докторами медицинских наук **В.И. Бородиным, Е.А. Панченко и Л.С. Канаевой**, а также кандидатами медицинских наук **Е.А. Алкеевой-Костычевой и М.А. Парпара**.

Учебное пособие утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России 26 ноября 2018 г., протокол №9.

Рецензенты:

Р.Д. Тукаев – доктор медицинских наук, Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России.

М.А. Самушия – доктор медицинских наук, ФГБУ ДПО “Центральная государственная медицинская академия” Управления делами Президента Российской Федерации.

Б82 Бородин В.И., Панченко Е.А., Парпара М.А., Канаева Л.С., Алкеева-Костычева Е.А. **Конспекты избранных лекций по психотерапии**: Учебное пособие. – М.: ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2019. – 132 с.

В учебном пособии представлены лекции по тематике психологического консультирования, а также об отдельных видах психотерапии: краткосрочной психодинамической психотерапии, трансперсональной психотерапии депрессий, психотерапии суицидального поведения и психосоматических заболеваний. 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 и иных специалистов.

ISBN 978-5-86002-259-1

ББК 56.14

© Группа авторов, 2019.

© ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского”
Минздрава России, 2019.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХОТЕРАПИИ	6
Введение в психотерапию	
<i>Е.А. Панченко</i>	<i>6</i>
Индивидуальное психотерапевтическое консультирование	
<i>М.А. Парпара</i>	<i>12</i>
2. ОТДЕЛЬНЫЕ ВИДЫ ПСИХОТЕРАПИИ	40
Краткосрочная психодинамическая психотерапия	
<i>Е.А. Алкеева-Костычева, В.И. Бородин</i>	<i>40</i>
3. ПСИХОТЕРАПИЯ ОТДЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ И СОСТОЯНИЙ	57
Трансперсональная психотерапия депрессий	
<i>Л.С. Канаева, В.И. Бородин</i>	<i>57</i>
Особенности психотерапии лиц с суицидальным поведением	
<i>Е.А. Панченко</i>	<i>75</i>
Общие вопросы психосоматики. Психосоматические расстройства (клиника, диагностика и подходы к психотерапии)	
<i>М.А. Парпара</i>	<i>89</i>
Психотерапия психосоматических расстройств	
<i>Е.А. Панченко</i>	<i>112</i>
Психотерапия нарушений пищевого поведения	
<i>Е.А. Панченко</i>	<i>117</i>

ВВЕДЕНИЕ

Психотерапия становится все более востребованным видом медицинской и психологической помощи населению России. Сравнительно недавно в системе государственной психиатрической службы появились программы реабилитационной и профилактической направленности. Психотерапевты активно работают при психиатрических диспансерах и стационарах, в клиниках памяти, а также в составе групп, обслуживающих пациентов на дому. В настоящее время в арсенале психотерапии имеется большое разнообразие психотерапевтических подходов и направлений. Появляются новые психотерапевтические разработки, проводятся исследования эффективности различных психотерапевтических методик. Все это требует регулярного обновления программ подготовки специалистов.

Цель настоящего учебного пособия заключается в углубленном изучении теоретических и практических вопросов современной психотерапии, в частности, консультативной помощи населению, краткосрочной психодинамической психотерапии, трансперсональной психотерапии депрессий, психотерапии стрессовых и психосоматических расстройств, лиц с суицидальным поведением.

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

Учебное пособие предназначено для непрерывного профессионального образования психиатров, психотерапевтов, клинических психологов и иных специалистов, деятельность которых связана с проведением психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий в отношении разных групп пациентов.

Значительное место отведено специфике проведения психотерапевтических мероприятий для пациентов, стра-

дающих определенными формами психической патологии. Широкая распространенность соответствующих нозологий и дефицит предназначенных для них психотерапевтических программ определяют актуальность настоящего пособия.

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

1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХОТЕРАПИИ

ВВЕДЕНИЕ В ПСИХОТЕРАПИЮ

Е.А. Панченко

Определение

Психотерапия – комплексное лечебное воздействие с помощью психических средств на психику больного, а через нее на весь его организм, с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде (Рожнов В.Е.).

Психотерапия – процесс психологического упорядочения прошлого, настоящего и будущего, достижение гармонии с собой и миром в настоящем (Макаров В.В., 1999).

Лечебные факторы психотерапии (по Ялому И., Кратохвилу С.)

1. Универсальность.
2. Акцентация (принятие).
3. Альтруизм.
4. Отреагирование.
5. Самораскрытие.
6. Обратная связь.
7. Инсайт.
8. Коррекция эмоционального опыта.
9. Проверка нового поведения.
10. Предоставление информации.

Многоосевая классификация (по Макарову В.В.)

1. Ось цели: лечение, предупреждение, развитие, диагностика, решение проблем и т.д.
2. Ось объекта: личность, семья или группа.
3. Ось модели: медицинская, психологическая, педагогическая, философская, социальная, недифференцированная.

4. Ось места: только психотерапия, психофармакология плюс психотерапия.
5. Ось продолжительности: сверхкороткая (часы), короткая (дни), длительная (месяцы), сверхдлительная (годы).
6. Описательная ось: 3 основных вида терапии по смыслу и по методу (зарегистрировано более 700 методов).

Факторы, определяющие эффективность психотерапии

1. Ожидания пациента.
2. Значение для пациента факта выздоровления.
3. Характер проблем пациента.
4. Готовность к сотрудничеству.
5. Ожидания терапевта.
6. Опыт терапевта.
7. Специфическое воздействие конкретных методов психотерапии.

Основные положения (по Фрейду З.)

1. Психический детерминизм (к психической жизни применим закон сохранения энергии).
2. Две группы инстинктов (сексуальные и деструктивные); катарсис либидо.
3. Сознательное, бессознательное, сверхсознательное (сознательное, самонаблюдение, создание идеалов) – цензура.

Основные положения (по Юнгу К.)

1. Коллективное бессознательное.
2. Архетипы – форма без содержания, которая направляет и организует психические процессы; символ – внешнее выражение архетипа.
3. Персона, Эго, Тень, Анима (Анимус), Самость.
4. Психологические типы.

Основные положения (по Франклу В.)

1. Логотерапия – стремление к поиску и реализации смысла своей жизни;
2. Ценности: творчество (труд), переживания (любовь) и отношения (поиск смысла в любых обстоятельствах);
3. Задача консультанта – подвести пациента к принятию ответственности за реализацию собственного смысла бытия.

Пирамида потребностей (по Маслоу А.)

1. Физиологические потребности: голод, жажда, половое влечение и т.д.
2. Потребность в безопасности: чувство уверенности, избавление от страха и неудач.
3. Потребность в любви.
4. Потребность в уважении: достижение успеха, одобрение, признание.
5. Познавательные потребности: знать, уметь, исследовать.
6. Эстетические потребности: гармония, порядок, красота.
7. Потребность в самоактуализации: реализация своих целей, способностей, развитие собственной личности.

8 типов поведения, ведущих к самореализации (по Маслоу А.)

1. Моменты повышенного сознания и интенсивного интереса.
2. В каждом жизненном выборе решать в пользу роста, то есть открывать себя новому, неожиданному опыту.
3. Научение сонастраиваться со своей собственной природой, независимость от мнения других.
4. Принятие ответственности за свои действия.
5. Научение доверять своим суждениям и инстинктам.
6. Постоянный процесс развития своих способностей.
7. “Пик-переживаний”, в которых мы более сконцентрированы.
8. Обнаружение своих “защит” и работа по отказу от них.

Цели когнитивной психотерапии

1. Проведение функционального поведенческого анализа.
2. Изменение представлений о себе.
3. Коррекция дезадаптивных форм поведения и иррациональных установок.
4. Развитие компетентности в социальном функционировании.

Нейролингвистическое программирование

1. Человеческий мозг подобен компьютеру, использующему для управления поведением специфические программы, как генетические, так и полученные в опыте.
2. Усвоение опыта происходит с помощью различных модальностей.
3. Большая часть “программ” не осознается, но предъясняется в речи и в невербальном языке.
4. Нежелательные поведенческие стереотипы могут быть “перепрограммированы” с помощью специальных технологий.

Признаки функциональной семьи (по Роджерсу К.)

1. Исполнение обязательств.
2. Выражение чувств.
3. Неприятие ролей.
4. Способность понять и разделить внутреннюю жизнь партнера.

Стадии в отношениях (по Бендлер Л.К.)

1. Привлечение.
2. Увлеченность.
3. Привыкание.
4. Ожидание.
5. Разочарование.
6. Порог.

7. Удостоверение.
8. Разрыв отношений.

Групповая психотерапия

Групповая психотерапия – метод, при котором с лечебной целью используется групповая динамика, то есть отношения и взаимодействия членов группы как с психотерапевтом, так и между собой (Кратохвил С.).

Лечебные факторы психотерапевтической группы (по Ялому И.)

1. Сплоченность.
2. Внушение надежды.
3. Обобщение.
4. Альтруизм.
5. Предоставление информации.
6. Множественный перенос.
7. Межличностное обучение.
8. Имитирующее поведение.
9. Катарсис.

Фазы группового процесса (по Кратохвилу С.)

1. Ориентация и зависимость.
2. Конфликты и протест.
3. Развитие и сотрудничество.
4. Целенаправленная деятельность.

Страсбургская декларация (Европейская психотерапевтическая ассоциация – ЕАР) (Страсбург, 21 октября 1990 г.)

1. Психотерапия является особой дисциплиной, занятие которой представляет собой свободную и независимую профессию.
2. Психотерапевтическое образование требует высокого уровня теоретической и клинической подготовленности.

3. Гарантировано разнообразие терапевтических методов.
4. Образование в области одного из психотерапевтических методов должно осуществляться интегрально; оно включает теорию, личный терапевтический опыт и практику под руководством супервизора; одновременно приобретаются широкие представления о других методах.
5. Доступ к такому образованию возможен при условии широкой предварительной подготовки, в частности, в области гуманитарных и общественных наук.

ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

М.А. Парпара

Актуальность проблемы

Индивидуальное консультирование представляет собой относительно новое направление, выделившееся из психотерапии (Айсина Р.М., 2017). Традиционно консультированием занимались психологи, в связи с чем данное направление развивается как “психологическое” консультирование.

В настоящее время врачи-психотерапевты значительно чаще стали именно консультировать население в связи с возросшим запросом на данный вид помощи, низкой мотивацией на длительную психотерапию, а также в связи с недостаточной доступностью квалифицированной психотерапевтической помощи. Врачам-психотерапевтам, психиатрам и наркологам необходимо совершенствоваться в искусстве консультирования, а также развивать данную область взаимодействия с пациентом как врачебную, т.е. психотерапевтическую.

Определение

Консультирование можно рассматривать как процесс, направленный на помощь человеку в разрешении (поиске путей разрешения) возникающих у него проблем и затруднений психологического характера (Карвасарский Б.Д., 2002).

Консультирование способствует новому видению человеком самого себя и своих конфликтов, эмоциональных проблем и особенностей поведения, что в дальнейшем может приводить к определенным изменениям в когнитивной, эмоциональной и поведенческих сферах и, таким образом, способствовать развитию личности.

Клиническая беседа и психотерапевтическое интервью

Беседа с психологом или психотерапевтом практически всегда является психотерапевтическим вмешательством,

кроме той ситуации, когда специалист лишь опрашивает обратившегося за помощью. В этом случае речь идет о клинической беседе, которая лишь воссоздает картину страдания или болезни.

Психотерапевтическое интервью, напротив, представляет собой метод воздействия, набор технологий как вербального, так и невербального уровня (Макаров В.В., 1999)

Консультативная помощь включает как клиническую беседу, так и психотерапевтическое воздействие.

Отличие консультирования от психотерапии

- консультирование ориентировано на людей, имеющих трудности в повседневной жизни;
- может применяться при запросе на личностный рост, творческую самореализацию;
- ориентировано больше на возможности пациента (*клиента*¹), на настоящее и будущее, чем на прошлое;
- предполагает меньшее число сессий (до 15–25 встреч, чаще 1–2 встречи);
- может быть рекомендовано большему количеству клиентов, так как требует меньших ресурсов;
- консультирование могут осуществлять и психологи, так как требования к подготовке специалистов упрощены.

Консультирование может быть самостоятельным видом помощи, но может и мотивировать пациента на более длительные программы психотерапии в случае такой необходимости.

Консультативный процесс

Консультативный процесс (по Блазеру А.)

- Установление контакта.
- Субъективное изложение жалоб.
- Анализ проблемы.

¹ ***Клиент*** – это обратившийся за консультацией индивид. В случае консультации пациентов больницы данные термины тождественны.

- Формулирование проблемы.
- Проработка проблемы.
- Завершение консультации.

Консультативный процесс (по Алешиной Ю.А.)

- Выслушивание обратившегося за консультацией.
- Облегчение его эмоционального состояния.
- Помощь консультанта в принятии клиентом собственной ответственности за происходящее в его (клиента) жизни.
- Помощь консультанта в определении того, что именно и как можно изменить в ситуации.

Виды индивидуального консультирования (по Овчаровой Р.В., Кочюнас Р. и соавт.)

- Однократные консультации / многократные консультации;
- Консультации по личному обращению / консультации в результате вызова, направления;
- Без дополнительного тестирования / с дополнительным тестированием;
- Без привлечения методов психологической коррекции (доведение до клиента имеющей отношение к его проблемам психологической информации) / с привлечением методов;
- Консультации изолированные / комбинированные с другими методами психологической помощи (например, социально-психологический тренинг период между консультациями);
- По характеру теоретического подхода, в котором работает консультант: когнитивная психология, бихевиоризм, гуманистическая психология, психоанализ и т.д.).

Виды консультирования (по Карвасарскому Б.Д.)

Проблемно-ориентированное консультирование, фокусирующееся на анализе сущности и внешних причин проблемы, поиске путей разрешения;

Личностно-ориентированное консультирование, направленное на поиск индивидуальных, личностных причин возникновения проблемных и конфликтных ситуаций и путей предотвращения подобных проблем в будущем;

Консультирование, ориентированное на выявление ресурсов для решения проблемы, т.е. *решение-ориентированное консультирование*.

Проблемно-ориентированное консультирование

Акцент здесь делается на модификации поведения, анализе внешних причин проблемы.

Цель работы с клиентом заключается в формировании и укреплении его способности к адекватным ситуации действиям, обучении техникам, позволяющим улучшить самоконтроль.

К проблемно-ориентированному консультированию относят поведенческие направления, когнитивно-поведенческую психотерапию, рационально-эмотивную психотерапию и другие.

Личностно-ориентированное консультирование

Центрировано на анализе индивидуальных, личностных причин проблемы, на процессе формирования деструктивных личностных стереотипов, предотвращении подобных проблем в будущем. Консультант принципиально воздерживается от советов и организационной помощи, так как это уводит в сторону от внутренних, глубинных причин проблемы.

Многие приемы, используемые в рамках этого направления, заимствованы из многочисленных психоаналитических и постпсихоаналитических течений западной психотерапии. В первую очередь к ним следует отнести техники гештальт-терапии, гуманистической психотерапии.

Решение-ориентированное консультирование

Упор делается на активацию собственных ресурсов клиента для решения проблемы.

Представители этого подхода обращают внимание на тот факт, что анализ причин возникновения проблемы неминуемо приводит к усилению чувства вины у клиента, что является препятствием к сотрудничеству психолога-консультанта и клиента.

Многие приемы, используемые в рамках этого подхода, взяты из краткосрочной позитивной терапии.

Цели индивидуального психотерапевтического консультирования

Таблица 1

Цели консультирования в зависимости от его направления

Направления консультирования	Цели консультирования
Психоаналитическое	Достижение инсайта, развитие более зрелых способов адаптации
Экзистенциально-гуманистическое	Обретение и осознание смысла жизни, личностной свободы и ответственности за нее, осмысление своих проблем и трудностей, развитие собственных способностей для полноценного общения в обществе (в группе, семье, социуме)
Гештальт-консультирование	Достижение интеграции личности и реализации творческого потенциала
Поведенческое (бихевиоральное)	Достижение адаптивного поведения
Когнитивное	Достижение адаптивных способов мышления

Задачи индивидуального психотерапевтического консультирования

Задачи консультирования можно условно разделить на общие, касающиеся всех видов, и частные, в зависимости от вида психотерапии.

Общие задачи консультирования (по Айсиной Р.М.)

- Способствовать развитию личностной рефлексии у клиента, осознанию им собственных чувств, потребностей и умению безопасно и конструктивно реализовывать их, принимая во внимание социальные ограничения;
- Помогать клиенту в обретении и укреплении позитивного отношения к себе, осознании себя как творческой, саморазвивающейся, продуктивной личности;
- Развивать и поддерживать межличностные отношения, способность нести ответственность за их сохранение.

Частные задачи консультирования

Таблица 2

Частные задачи консультирования в зависимости от его направления

Направление консультирования	Задачи консультирования
Психоаналитическое	Способствовать осознанию клиентом своих эмоциональных проблем, внутриличностного конфликта, формированию более адаптивных способов компромисса.
Экзистенциально-гуманистическое	Активно поддерживать клиента, сочувствовать ему, способствовать глубокому проживанию эмоций, помогать в полном их осознании и решении проблем. Способствовать формированию новых смыслов жизни. Внушать уверенность клиенту, что он сможет все преодолеть. Способствовать развитию личностной свободы и ответственности.
Гештальт-консультирование	Создать атмосферу, которая способствует развитию творческой силы клиента, его движению по самоактуализации.

Поведенческое (бихевиоральное)	Определять факторы, поддерживающие дисфункциональное поведение, обучать новым навыкам (адаптивного) поведения.
Когнитивное	Выявлять так называемые автоматические мысли, изменять их на рациональные, более адаптивные.

Этические аспекты консультирования

Основной принцип оказания психотерапевтической, в том числе консультативной, помощи заключается в нанесении ущерба (Айсина Р.М., 2018).

Остальные принципы можно считать уточнением к основному.

Выделяют следующие этические принципы консультирования:

- конфиденциальность;
- ответственность;
- запрет на **“двойные отношения”**² с клиентом;
- ориентация на системы ценностей клиента;
- запрет на использование грубых психотравмирующих техник, а также связанных с унижением или подчинением воли.

Рассмотрим каждый пункт отдельно.

Конфиденциальность

Важно избегать любого разглашения информации о пациенте.

Принцип конфиденциальности может быть нарушен при угрозе жизни пациента или его опасности для окружающих, а также при совершении им противоправных действий.

На наш взгляд, следует информировать клиента и об этом вероятном случае нарушения конфиденциальности

² **“Двойные отношения”** – термин в психологии, когда между психологом и клиентом имеются более чем одна роль, например, когда они являются друзьями, коллегами или родственниками.

на этапе заключения **психотерапевтического контракта**³. Отечественное законодательство разрешает и даже обязывает недобровольно госпитализировать пациента врачом-психиатром или психотерапевтом в соответствии с “Законом о психиатрической помощи”, однако в долгосрочной перспективе такая недоговоренность на предварительном этапе вредит отношениям с пациентом, снижает его мотивацию к повторному обращению.

В случае аудио- и видеофиксации сессии пациент дает письменное согласие. В случае супервизии необходимо письменное согласие. В настоящее время данному аспекту уделяется все больше внимания со стороны профессионального сообщества психотерапевтов.

Ответственность

Психотерапевт четко знает, с какими пациентами и их запросами он может работать.

Врачу-психотерапевту необходимо следить за сохранением собственного профессионального уровня, проходить супервизии. Прохождение супервизии и личной терапии в России не является обязательным условием, но влияет на качество оказания помощи; кроме этого, сами клиенты все чаще информированы об этом аспекте подготовки психотерапевтов и задают соответствующие вопросы.

Врач-психотерапевт сдержан в своих обещаниях и отвечает за них.

³ **Психотерапевтический контракт** представляет собой договор о целях и задачах терапии, длительности, об ответственности психотерапевта и клиента. По сути, это письменные обязанности сторон. Как правило, контракт хранится и у психотерапевта, и у клиента. Контракт может заключаться и при оказании бесплатной помощи, в этом случае указываются сроки, цели, задачи, условия прекращения психотерапии или психотерапевтических консультаций. Многие психотерапевты и клиники опубликовывают на своих сайтах подобные условия (контракты) лечения или высылают их по электронной почте потенциальному клиенту, и, прежде чем оказывать помощь, просят подписывать информированное согласие.

Запрет на “двойные отношения”

Психотерапевт не должен иметь личных контактов с клиентами, он не вправе консультировать коллег на работе, своих родственников или друзей. Это приводит к смешению ролей и в результате к неэффективности психотерапии. Принято считать, что клиенту сложнее будет отказывать своему психотерапевту в различных услугах, а кроме этого, есть мнение, что у клиента могут возникать сильные отрицательные чувства, например, неадекватное чувство вины, что он более уязвим при любой встрече со своим психотерапевтом.

Недопустимо иметь дружеские отношения с пациентом вне сессий во время психотерапии, тем более вступать с ними в интимные отношения.

Не рекомендуется “дружить” в соцсетях с клиентами, делиться с ними личной информацией. Настройки большинства соцсетей позволяют изменять конфиденциальность.

По мнению западных коллег, личные отношения с клиентом возможны, но не ранее, чем через 5 лет после завершения психотерапии. В случае, если психотерапевт оказывается на общих мероприятиях с пациентом, уйти должен именно психотерапевт.

Не так давно в социальных сетях вновь обсуждался вопрос о возможности дружбы психолога и клиента, как и о возможности совмещать роль психолога и преподавателя, что свидетельствует о неоднородности мнений по данной проблеме. На наш взгляд, этические нормы вырабатывались на основе негативного опыта предыдущих поколений психологов и не следует ими пренебрегать.

В случае, если о наличии общих знакомых или родственников стало известно в процессе психотерапии, на наш взгляд, следует перенаправить клиента другому терапевту.

Недопустимо использовать информацию, полученную от пациента, в личных целях, даже если речь идет о не-большой выгоде.

Ориентация на систему ценностей клиента

Врач-психотерапевт исходит из системы ценностей самого пациента (клиента). Недопустимо навязывать пациенту другую систему ценностей.

Например, пациент считает неприемлемым (допустим, по религиозным причинам) применение гипноза, в этом случае, согласно этическим принципам, психотерапевт должен отказаться от данного вида психотерапии. Психотерапевт должен быть в курсе различных мировоззрений.

Запрет на использование грубых психотравмирующих техник

Данный запрет введен для профессиональных психологов и психотерапевтов во избежание создания ими деструктивных сект. Известны случаи, когда психолог покидал ряды профессионалов и становился “духовным лидером” такой группы.

Личностные характеристики, необходимые психотерапевту консультанту

Необходимо обладать *зрелой идентичностью*⁴, глубоким интересом к поведению и внутреннему миру людей,

⁴ *Зрелая идентичность* отражает конечный этап формирования личности, когда индивид субъективно ощущает себя цельным, уникальным, верным своим взглядам, но в то же время отождествляет себя с различными группами (по полу, возрасту, культуре и т.д.). Термин введен М.Эриксоном, зрелая идентичность, с точки зрения автора, включает в себя: а) индивидуальность: осознанное ощущение собственной уникальности и собственного отдельного существования; б) тождественность и целостность: ощущение внутренней тождественности, непрерывности между тем, кем человек был в прошлом и кем обещает быть в будущем; в) единство и синтез: ощущение внутренней гармонии и единства, синтез образов себя и своих детских представлений о себе; г) социальная солидарность: ощущение внутренней солидарности с идеалами общества и своей подгруппы.

По М. Эриксону, личность проходит путь от одних форм идентичности к другим через ряд кризисов, необходимых для взросления. Наиболее важный период-подростковый.

Термин зрелой идентичности противопоставлен *диффузной идентичности*, когда личность такой гармонии не достигает и, наоборот, не способна делать осознанный взрослый выбор.

чувствительностью к установкам и поведению людей, способностью уважать людей и в, частности, их право на выбор, открытостью собственному опыту, способностью к развитию самопознания, толерантностью к неопределенности, готовности к риску, способностью брать на себя личную ответственность, умением ставить реалистичные цели, необходимо обладать *эмпатией*⁵.

Во многих гуманистических подходах психотерапии и консультирования необходимыми считается *аутентичность*⁶.

Способы коммуникации

Вербальная коммуникация

Вербальная коммуникация представляет собой передачу информации посредством слов.

От умения консультантом задать вопрос, перенаправить ход беседы, подвести итоги и многих других способов общения во многом зависят контакт с клиентом, построение доверительных отношений, ход и исход консультации. Техникам вербальной коммуникации необходимо обучаться, существуют тренинги общения для помогающих специальностей, в том числе для врачей.

К вербальной коммуникации относятся:

- вопрос;
- повтор сказанного;
- поощрение;
- поддержка;
- информирование;
- парафраз (или перефразирование);
- резюмирование (подведение итогов, суммирование);

⁵ *Эмпатия* представляет собой эмоциональный отклик, сопереживание и умение погрузиться во внутренний мир клиента и общаться на этом уровне в течение всей консультации, если этого требует ситуация. Это не сочувствие клиенту, это понимание его чувств.

⁶ *Аутентичность* способность быть самим собой как в своих непосредственных реакциях, так и в целостном поведении, способность к искренности и самораскрытию.

- отражение чувств;
- конфронтация;
- самораскрытие;
- прямое руководство;
- интерпретация;
- прояснение;
- приглашение к ассоциациям.

Рассмотрим каждый вид невербальной коммуникации.

Вопрос

Нередко консультанту приходится задавать вопросы. Особенно если клиент молчит или просит их задавать с самого начала консультации.

Ниже представлены виды вопросов и их функции. Искусство консультирования во многом связано с правильностью задавания вопросов, своевременностью их задавания.

Таблица 3

Виды вопросов и их функции

Типы вопросов	Чего можно достичь с помощью вопроса	Как его задавать?	Когда его следует задавать?
Открытый	Расширение и углубление контакта	С помощью вопросительного слова (Что? Как? Для чего?)	На всех этапах консультирования
Альтернативный	Перевод беседы в иное русло	С помощью союзов “или”, “либо”	Преимущественно на этапах анализа и обработки проблемы
Закрытый	Добиться определенности	Таким образом, чтобы получить однозначный ответ	Преимущественно в начале и по завершении консультирования

Повторение сказанного

Повтор представляет собой повторение одного-двух (не более!) ключевых слов из высказывания клиента с целью

направления его речи в определенное русло и концентрации на важной для консультанта проблеме.

Пример.

Клиент: “И наконец, я получила желаемую свободу, но вместо этого я почувствовала пустоту”.

Консультант: “Пустоту”.

Клиент: “Да, как будто бы постоянные скандалы вносили оживление и отвлекали от чего-то внутри”.

Консультант: “Отвлекали”.

Поощрение

Поощрение или поддержка – это стимулирование вербальной активности клиента в тех случаях, когда клиент испытывает опасения или другие затруднения при вербализации своих чувств.

В качестве примера используют следующие выражения: “Пожалуйста, продолжайте”, “Понимаю”, “Расскажите об этом подробнее”, “Не спешите” и т.д.

Поддержка

Поддержка терапевта может способствовать адаптации клиента с помощью:

- похвалы и одобрения,
- утешения и успокоения,
- побуждения и воодушевления,
- вселения надежды,
- ослабления чувства вины,
- напоминания о способностях.

Информирование

Информирование – это вид вербальной коммуникации, предоставляет информацию в форме изложения фактов, может проводиться по инициативе консультанта или клиента. Это может быть информация о длительности встреч, о целях и задачах консультаций, о существующих видах помощи и проч.

Парафраз (или перефразирование)

Парафраз представляет собой повторение основной мысли клиента своими словами в утвердительной форме.

Задачи парафраза:

- оказать клиенту, что консультант его внимательно слушает, слышит и хочет понять;
- выделить основную мысль;
- проверить правильность понимания клиента.

Правила перефразирования:

- перефразируется основная мысль клиента;
- нельзя искажать смысл или добавлять что-то от себя;
- стремиться избегать дословного повторения слов клиента.

Примеры парафраза:

Первый пример.

Клиентка: “Если поднимать вопрос о головной боли, то она часто возникает в ситуациях, когда я начинаю думать о том, как обо мне думают окружающие”.

Консультант: “То есть для Вас очень важна оценка окружающих и чтобы эта оценка была положительной”.

Второй пример.

Клиентка: “Мне хочется быть независимой и, когда меня начинают критиковать, мне кажется, что на меня давят и пытаются управлять”.

Консультант: “Если я правильно поняла, у Вас появляются мысли, что, критикуя Вас, человек пытается Вас контролировать”.

Прояснение

Это способ исследовать представления клиента, прийти к совместному пониманию. Эта цель достигается с помощью вопросов, перефразирования и других способов. Термин “прояснение” является техникой и часто используется в психоаналитическом подходе.

О. Кенинберг (2000) определяет прояснение как исследование вместе с пациентом всего неясного, когда все, что

говорит пациент, не ставится под сомнение, но обсуждается, чтобы выяснить, что из этого следует, и оценить, насколько он сам понимает проблему.

М. Певзнер (2002) считает, что прояснение представляет собой сочетание двух техник: перефразирования и вопроса. Многие психоаналитики используют также метафоры.

По мнению К.В. Ягнюка, прояснение, во-первых, является “мягкой” интерпретацией, а во-вторых, побуждает клиента развивать собственную способность к самонаблюдению.

Резюмирование

Резюмирование представляет собой обобщение смысла сказанного клиентом своими или его словами с целью актуализации его основного содержания и сокращению лишней информации. В резюме выражается основная идея нескольких утверждений или долгого запутанного высказывания. Оно помогает клиенту систематизировать свои мысли, вспомнить то, что было сказано, побуждает к рассмотрению наиболее значимых.

В отличие от парафразы, применяемого для конкретизации только что сказанного, резюмирование относится к беседе, более крупной ее части и даже всей сессии.

Резюмирование применяется в следующих случаях:

- консультант хочет структурировать обсуждение, объединив сказанное на данной сессии с тем, что было сказано на предыдущей сессии, ее отдельными эпизодами;
- клиент говорит очень долго и запутано;
- тема уже исчерпана или маркирует чрезмерно защитную функцию и требуется перейти к другой, более значимой теме;
- при стремлении придать беседе более определенное направление в конце сессии.

Пример.

Консультант: “Анна, сегодня мы начали с того, что попытались разобраться, с чем связаны беспокоящие Вас симптомы – тошнота, головокружение, и вышли на Вашу

ранимость в отношении оценок окружающих, а также на конфликт между стремлением к независимости и стремлением переложить ответственность на других”.

Отражение чувств

Отражение чувств представляет собой словесное обозначение вербально или невербально выраженных клиентом эмоций. Этот прием помогает усилить их выражение или осмыслить их появление (Ягнюк К.В., 2014).

Пример.

Клиент: “Я весь день на взводе, лучше становится, лишь когда прилягу отдохнуть”.

Консультант: “То есть чувствуете тревогу или раздражение целый день”.

Клиент: “Да, это похоже на раздражение и тревогу”.

Конфронтация

Конфронтация – это выявление и демонстрация противоречий между различными элементами опыта клиента, обращение его внимания на то, чего он избегает, вызов его иррациональным идеям, защитам или сопротивлению. Цель конфронтации заключается в конструктивном столкновении клиента с информацией, противоречащей его опыту, его взгляду на ситуацию, на других людей (Трунов Д.Г., 2013).

“Цель конфронтации – добиться более ясного восприятия клиентом себя и своих действий” (Соммерз-Фланаган Д., Соммерз-Фланаган Р., 2006).

Пример.

Консультант: “С одной стороны Вы говорите, что ищите помощи, и проводите много времени за чтением психологической литературы, но с другой – как будто все время откладываете визит к специалисту”.

Самораскрытие

Самораскрытие представляет собой способ продемонстрировать клиенту, что перед ним реальный человек, а не

только профессионал. Гуманистические и экзистенциальные психотерапевты настаивают на самораскрытии, так как, по их мнению, консультант должен быть настоящим и реальным в отношениях с клиентом (Ягньюк К.В., 2014).

Однако такое мнение не разделяют психоаналитики, акцентируя внимание на **переносе**⁷ и **контрпереносе**⁸ в отношениях с клиентом.

Интерпретация

Интерпретация представляет собой своеобразное объяснение, придание нового смысла переживаниям или событиям в жизни клиента. Интерпретация широко используется в психоанализе, можно сказать, служит основной его техникой, целью при этом является достижение клиентом **инсайта**⁹ касательно себя и собственного поведения (Ягньюк К.В., 2014).

Пример.

Консультант: “То есть Вы отреагировали на меня, как будто я Ваша супруга?”

Пример.

Консультант: “Мне интересно, не является ли Ваше опоздание способом избегания неприятного чувства?”

Прямое руководство

Прямое руководство допускается в аналитической терапии, однако чаще используется в рациональных подходах (когнитивно-поведенческая психотерапия, рационально-эмотивная и другие). Оно реализуется путем советов, убеждений, предписаний, директивных указаний с указанием сделать что-то прямо на сеансе или в домашних заданиях.

⁷ **Перенос** – это психологический феномен, заключающийся в бессознательном переносе ранее пережитых (особенно в детстве) чувств и отношений, проявлявшихся к одному лицу, совсем на другое лицо.

⁸ **Контрперенос** – называется перенос, возникающий у терапевта, на клиента.

⁹ **Инсайт**-просветление или внезапное осознание в ходе сильного внутреннего переживания.

Приглашение к ассоциациям

Данный способ коммуникации представляет собой психоаналитическую технику, это один из основных методов психоанализа. Клиенту предлагают свободно говорить все, что приходит в голову.

Невербальная коммуникация

- визуальный контакт,
- лицевая экспрессия,
- невербальные аспекты речи,
- пространство и дистанция во взаимодействии,
- жесты,
- позы,
- невербальные послания.

Визуальный контакт

Взгляд, как известно, устанавливает контакт между людьми. Встретиться взглядами – значит проявить интерес, внимание, установить контакт. При обсуждении интересной темы взгляды, как правило, встречаются. Напротив, если человек не желает о чем-либо говорить, он отводит взгляд. Пристальный взгляд многим людям неприятен, в нем “читается” вызов, угроза.

Лицевая экспрессия

Мимика быстрее отражает эмоции, чем слова.

Сдвинутые брови чаще свидетельствуют о неодобрении, но могут сигнализировать о том, что услышанное непонятно.

Страх, восторг или удивление могут иногда выразиться через приоткрывание рта.

Множество функций у улыбки – от удовольствия, душевного расположения до маскировки каких-то сильных чувств, например, гнева.

Позы

Поза представляет собой положение тела, которое человек принимает сознательно или не вполне осознано. Принято

считать, что с помощью позы человек демонстрирует свое отношение к другим и свои индивидуальные особенности.

Успешный контакт консультанта с клиентом приводит к феномену ***синхронизации взаимодействия***¹⁰ как символу подлинного эмоционального контакта.

В ряде подходов, например, в эриксоновском гипнозе, консультант сознательно копирует позы клиента, но это требует определенного мастерства, в противном случае, если это сделано преувеличенно, то может вызывать негативные эмоции у клиента.

Жесты

С помощью жестикуляции человек информирует собеседника о своем отношении и намерениях. Активная жестикуляция часто свидетельствует об эмоциональности, открытости. Жест не прерывает речь, он не является ее помехой. Он может нести столько же информации, сколько и слова, а часто даже больше. Скупой жест может объяснить то, что не поддается описанию словами. С помощью жеста можно получить обратную связь не прерывая собеседника, не претендуя на то, чтобы высказаться.

Невербальные аспекты речи

Голос является средством выражения чувств. С его помощью консультант должен показывать уверенность, спокойствие. Особенно это важно, если помощь оказывается по телефону.

К невербальным аспектам речи относят:

- паузы и молчание,
- смех и юмор,
- плач,
- зевание.

Пространство и дистанция

Американский этнопсихолог Э. Холл предложил следующую классификацию дистанций общения.

¹⁰ ***Синхронизация взаимодействия*** – это согласованность движений людей в процессе взаимодействия.

Интимная дистанция (до 45 см) – дистанция общения самых близких людей, при котором включены все сенсорные каналы. Иными словами, доступ в эту зону разрешен лишь лицам, с которыми установлен тесный эмоциональный контакт: детям, родителям, супругам и любовникам. *Персональная, или личная, дистанция* (от 46 до 120 см) – нормальная дистанция, соблюдаемая при ежедневном общении. Зона неформальных дружеских и официальных контактов.

Социальная дистанция (от 1,21 до 3,6 м) – зона общения между чужими людьми; она соблюдается также на официальных приемах в случае различия в социальных статусах.

Публичная дистанция (свыше 3,6 м) – это зона контакта с аудиторией и большими группами людей.

Нарушение личного пространства приводит к ощущению небезопасности, дискомфорта.

Консультант может поставить мебель таким образом, чтобы клиент сам выбрал степень близости к специалисту на время психотерапевтической сессии. Например, в кабинете психолога есть два близко расположенных мягких кресла, кушетка, а также есть возможность сесть ближе к письменному столу, чтобы он оказывался между клиентом и консультантом.

Сокращение дистанции консультантом может вызывать у клиента дискомфорт, расцениваться им как давление, в то время как отклонение назад символизировать отстранение.

Виды невербальных посланий (по Ягнюку К.В.)

- Подтверждение и повторение,
- отрицание и запутывание,
- усиление и акцентирование,
- контроль и регуляция.

Невербальное поведение может повторять то, что было сказано вслух.

Пример.

Клиент поворачивает головой из стороны в сторону, как бы повторяет телом вслух сказанную фразу: “С меня хватит!”

Пример.

Клиент вспоминает что-то болезненное из прошлого, говорит об этом, а консультант сочувственно кивает головой вместо фразы “Я понимаю, как Вам было тяжело”.

Невербальное поведение может отрицать или запутывать вербальное сообщение.

Пример.

На вопрос “Вы не расстроились на мои слова?” человек дрожащим голосом отвечает: “Нет”.

Пример.

Человек говорит, что зол, но при этом улыбается. Улыбка в данном случае может означать: “Я очень не хочу сейчас об этом говорить”.

Невербальное послание может усиливать сказанное.

Пример.

На вопрос консультанта “Говорили ли Вы ей об этом?” клиент отвечает: “Я даже не могу этого представить!”, а при этом закрывает глаза руками.

Невербальные послания часто используют для регуляции процесса взаимодействия и контроля поведения другого.

Пример.

Слегка нахмуренные брови у участников беседы могут быть сигналом для говорящего, что сказанное им не вполне понятно.

Пример.

Кивки головой консультанта свидетельствуют о его понимании.

В обоих примерах также идет контроль за темпом рассказа со стороны терапевта.

Рекомендации психотерапевту

С помощью невербального поведения психотерапевт может способствовать раскрытию клиента, установить **раппорт**¹¹ Он достигается следующими способами:

¹¹ Раппорт – термин в психологии, имеющий несколько смежных значений: подразумевает установление специфического контакта, вклю-

- поддержка контакта глазами,
- открытая поза,
- легкий наклон головы в сторону клиента,
- естественность, отсутствие напряженности.

Психотерапевт должен отслеживать:

Эмоциональное состояние клиента: например, возбужден ли он или, наоборот, апатичен.

Признаки напряженности клиента: совершает ли он повторяющиеся действия (глотание, почесывание или другие).

Одежду клиента: опрятная ли она или неряшливая, скромная или кричащая. Сочетаются ли детали туалета. Иногда одежда подбирается для встречи с терапевтом специально или клиент стремится произвести впечатление.

Движения клиента: беспорядочные они или скоординированные, неуклюжие.

Позу клиента: открытая или закрытая, напряженная?

Голос клиента: не дрожит ли он?

Поведение клиента: может быть, он принимает детские позы и говорит как бы детским голосом? Как реагирует на сказанное?

Состояние здоровья клиента: бледность или румянец, покрасневшие глаза, другие признаки нездоровья.

Адекватность вербальных посланий клиента и невербальных знаков.

Распределение ролей при консультировании

Когда клиент вступает в психотерапевтические отношения, он имеет определенные ожидания от того, кто такой психотерапевт и как он должен себя вести. Он может предполагать, что консультант будет вести себя тепло или сдержанно, но то, как при этом в действительности он будет вести себя, ему неизвестно. Исследования показывают, что

чающего определенную меру доверия или взаимопонимания с человеком или группой людей, а также само состояние такого контакта.

когда ожидания клиента подтверждаются, повышается его степень самораскрытия (Duehn W.D., Proctor K.K., 1977).

Вхождение в роли клиента и психотерапевта начинается с самого начала консультации. От психотерапевта ожидают компетентности, он является врачом и, по сути, часто становится учителем для клиента. Но в этом заключается и опасность, так как клиент может занять пассивную роль. Таким образом, специалисту придется ясно дать ему понять, где он и клиент равны, а где у него приоритет.

Полезные реакции психотерапевта

Указание на несоответствие чувств и поведения клиента.

Пример. “Вы говорите, что знаете, что это неправильно, но тем не менее продолжаете это делать. Видимо, тут есть противоречие; хотелось бы знать, что вы при этом ощущаете”.

*Указание на **амбивалентность**¹² и признание ее правомерности.*

Пример. “Вы говорите, что хотите получить эту работу, но уже второй раз опаздываете на собеседование. Возможно, у Вас двойственное к ней отношение”.

Указание на стиль мышления “либо-либо”.

Пример. “Итак, Вы видите только два варианта: или Вы остаетесь в текущей ситуации и будете несчастны всю жизнь, или собираете вещи и уходите. Возможно, есть какие-то промежуточные варианты, которые не приходили Вам в голову”

Указание на стереотипы поведения, но только в том случае, если они явно выражены и не опасны.

Пример. “Судя по тому, что Вы говорите, Вас страшно злит, когда кто-то пытается учить Вас, как жить, и Вам хочется ему ответить”.

Определение, чья это проблема.

¹² Амбивалентность (в психологии, в психоанализе) – двойственность переживания, сложная гамма чувств. В отличие от психиатрии, термин свидетельствует о норме, о том, что все чувства, скорее всего, противоречивы, просто индивид не всегда это осознает.

Пример. Клиент берет на себя ответственность за депрессию жены, считает, что из-за него она несчастлива. “Даже когда вы знаете, что Ваши действия никак не могут повлиять на депрессию Вашей жены, Вам все-таки кажется, что ей станет лучше, если Вы приложите еще больше стараний”.

Указание на роли клиента.

Пример. “Итак, хотя Вы уже взрослый мужчина, у Вас есть жена и дети, но когда Вы приходите домой к родителям, они обращаются с Вами, как с ребенком, и Вы начинаете вести себя, как ребенок. Вы снова возвращаетесь в детство и играете эту же роль”.

Указание на чувство, скрывающееся за другими чувствами.

Пример. “Значит, Вы сердитесь, когда начальник просит Вас что-то сделать в свободное от работы время, но Вы соглашаетесь. А гнев у Вас вызывает чувство вины за то, что Вы боитесь ему возразить”.

Указание на взгляды клиента относительно человеческой природы.

Пример. “Следовательно, когда Вы знакомитесь с кем-либо, Вы вспоминаете, чему Вас учили в детстве: никому нельзя доверять, кроме своей семьи”.

Подтверждение права человека на проявление чувства.

Пример. “Похоже, что у Вас есть право сердиться в этой ситуации”.

Признание и подкрепление позитивных импульсов, инициатив и поступков.

Пример. “Значит, Вы попросили начальника о встрече и, хотя он отказал, Вы все равно рады, потому что решились просить его”.

Лучше избегать вопросов, а отражать чувства клиента.

Пример. Вместо “Вы пробовали об этом поговорить?” сказать: “Похоже, Вам было трудно обсуждать Ваши чувства с родителями”.

Задавая вопрос, способствовать тому, чтобы клиент выявил что-то новое в себе.

Пример. “Что Вы тогда чувствовали?” “О чем Вы тогда думали?”. В то же время лучше меньше задавать вопросы, больше отражать чувства.

Ошибки консультирования

Неискреннее подбадривание. Клиент часто приходит с ощущением безнадежности. Несмотря на желание специалиста поддержать, неискреннее подбадривание может привести к противоположному эффекту.

Отрицание. Самая заманчивая из ответных реакций для психотерапевта. Например, когда мы видим страдающего человека, хочется сказать, что его чувства ошибочны: “Конечно же, Ваши родители Вас любят” или “На самом деле Вы любите свою жену”. В этом случае клиент или должен притвориться, что согласен с вами, чтобы не разочаровать вас, или будет спорить с вами. Важно помнить, что клиенту не поможет ни то, ни другое.

Обвинение клиента. Непроизвольно психотерапевт может начать обвинять клиента. Например, спросить: “Чем же Вы так рассердили начальницу, что она вас выгнала?” Теперь клиент уверен, что психотерапевт считает его виноватым.

Светские реплики. Они легко сходят с языка, но не приносят никакой пользы и даже вредны. Например: “Я Вас понимаю, у меня было то же самое. Помню, как-то раз...” – и клиент не может понять – кому нужна помощь, ему или психотерапевту? Или, например, психотерапевт говорит: “Вот увидите, завтра все будет хорошо...” – и клиент может расстроиться, так как знает, что завтра ничего не изменится.

Советы. Они нередко порождают чувство фрустрации¹³, обычно люди не следуют никаким советам. То есть человек сначала соглашается с советом, но потом мысленно часто добавляет: “Но” – и объясняет себе, почему этот совет ему не

¹³ **Фрустрация** – психическое состояние, возникающее в ситуации реальной или предполагаемой невозможности удовлетворения тех или иных потребностей, ситуация безвыходности.

годится. Задача психотерапевта – помочь человеку сказать самому себе, что полезно для него будет, а не вместо него говорить о полезном.

Почему клиент молчит?

Он может размышлять о чем-либо. В этом случае консультанту не стоит прерывать молчание, если оно не порождает чувство неловкости.

Клиент может находиться в замешательстве – и тогда молчание нужно прервать и прояснить ситуацию.

Он пытается разобраться в своих чувствах – в этом случае можно помочь клиенту, предложить рассказать о чувствах.

Клиент находится под влиянием очень сильных чувств – можно предложить ему рассказать о чувствах, но контролировать процесс.

Клиент перестает отвечать на важные вопросы и при этом у консультанта возникает чувство неловкости, неуместности паузы – в этом случае ему стоит прокомментировать сложившуюся ситуацию.

Пример. “Мне кажется, молчание вызывает у нас обоих чувство неловкости. Я могу подождать, но, если Вы сейчас о чем-то думаете, неплохо было бы рассказать мне об этом”.

Примеры фраз, которые можно использовать в этом случае.

- Вы смотрите на меня и будто хотите сказать: “И что же дальше?”
- Интересно, что мешает нам продолжить нашу беседу?
- Кажется, Вам трудно продолжать. Если Вам нужно время, я могу подождать.
- Видимо, Вам сейчас трудно подобрать нужные слова.
- Не знаю, все ли мы сказали друг другу?

Рекомендации по структуре консультации

Структура времени на сессию выглядит следующим образом.

**Рекомендации
по распределению времени консультации**

Часть консультации	Время консультации	Консультация длится 50 мин	Консультация длится 90 мин
Начало консультации	20–25%	10–15 мин	20–25 мин
Середина консультации	45–50%	25–30 мин	50 мин
Окончание консультации	20%	10 мин	15–20 мин

Контрольные вопросы

1. Назовите задачи индивидуального психотерапевтического консультирования.
2. Какие специалисты могут осуществлять психотерапевтическое консультирование?
3. Чем консультирование отличается от психотерапии?
4. Какие компоненты включает в себя схема консультативного процесса по А. Блазеру?
5. Какие компоненты включает в себя консультативный процесс по Ю.А. Алешиной?
6. Назовите виды консультирования.
7. На чем делается акцент при проблемно-ориентированном консультировании?
8. На чем делается акцент при решение-ориентированном консультировании?
9. На чем делается акцент при личностно-ориентированном консультировании?
10. Назовите цель психоаналитического консультирования.
11. Назовите цель когнитивного консультирования.

12. Назовите цель гештальт-консультирования.
13. Назовите цель экзистенциально-гуманистического консультирования.
14. Каковы задачи психоаналитического консультирования?
15. Каковы задачи когнитивного консультирования?
16. Каковы задачи поведенческого консультирования?
17. Каковы задачи гештальт-консультирования?
18. Каковы действия консультанта в том случае, если клиент молчит?
19. Какие реакции психотерапевта в ходе сессии являются желательными?
20. Схема затрат времени на консультацию.

Л и т е р а т у р а

Айсина Р.М. Индивидуальное психологическое консультирование: Учебное пособие. – М.: РИОР ИНФА, 2018. – 148 с.

Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. – М.: “Академический проект”; Екатеринбург: Деловая книга, 1999. – 416 с.

Программа постдипломного образования врачей психотерапевтов (психиатров), работающих в первичной медицинской сети / Сборник инструктивно-методических материалов для врачей первичного звена здравоохранения по оказанию помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами (на основе полипрофессионального взаимодействия различных специалистов) / Под ред. В.Н. Краснова. – М.: Медпрактика, 2012. – Ч.1. – 328 с.

Файн С., Глассер П. Первичная консультация. Установление контакта и завоевание доверия. – М.: Когито-центр, 2016. – 238 с.

Ягнюк К.В. Анатомия терапевтической коммуникации. Базовые навыки и техники. – М.: Когито-центр, 2014. – Вып.9. – 166 с.

2. ОТДЕЛЬНЫЕ ВИДЫ ПСИХОТЕРАПИИ

КРАТКОСРОЧНАЯ ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Е.А. Алкеева-Костычева, В.И. Бородин

В последние годы во всем мире в связи с ростом распространенности психических расстройств и экономическим кризисом наряду с разнообразными формами длительной психотерапии резко возросла потребность в краткосрочных методах психологического воздействия, в частности, в краткосрочной психодинамической психотерапии (КПП).

Определение

Краткосрочной считается психодинамическая психотерапия, ограниченная 1–40 сессиями (наиболее распространенный вариант – 10–12 сессий) при частоте встреч с пациентом 1 раз в неделю.

История возникновения и развития КПП

Термин “краткосрочная психотерапия” предложен в 50–60-х гг. XX в. представителями психоаналитического, или психодинамического, направления клинической психологии и психотерапии. Следует отметить, что до сих пор продолжают острые дискуссии о возможности и допустимости вообще краткосрочных форм психотерапевтической помощи, поскольку они вступают в противоречие с базисным психотерапевтическим постулатом, принятым в психоанализе, а именно “глубинности – долгосрочности”.

Многие психоаналитики и психоаналитически ориентированные психотерапевты расценивают краткосрочную терапию как противоестественную попытку установить априори хронологические рамки для психоаналитического процесса, так или иначе оказывающие негативное влияние на его спонтанность и, таким образом, искажающие его. Иные, напротив, полагают, что краткосрочная терапия создает хорошие условия для психоаналитического изучения

проблем времени, разлуки и смерти. И если некоторые психоаналитики превозносят этот подход, благодаря которому психодинамическая психотерапия становится доступной для широких слоев населения, то их оппоненты обвиняют краткосрочную терапию в измене психоаналитическим принципам, полагая, что ее приверженцы жертвуют превосходным методом познания ради достижения быстрых и весьма сомнительных терапевтических целей.

Средний курс психоанализа, проводимого самим З. Фрейдом, был относительно коротким (от 3 до 6 месяцев), а некоторые из его ближайших учеников (Ранк О.) целенаправленно ограничивали психотерапию 10–12 сеансами. С течением времени, однако, психоанализ стал значительно более длительной процедурой. Только историческая необходимость в период после окончания Второй мировой войны, количественное и качественное расширение спроса на психотерапевтическую помощь со стороны малоимущих и защищаемых обществом слоев населения заставили ортодоксальных психоаналитиков отказаться от своих позиций. Франц Александер одним из первых стал применять краткосрочное психоаналитическое лечение широкого спектра психологических нарушений. К числу сторонников и основоположников краткосрочной терапии также принадлежат В. Штекель, С. Ференчи, Т. Френч, Д. Малан, П. Сифнеос, Дж. Манн, Х. Даванлоо.

В ходе дискуссии на тему КПП невозможно обойти стороной проблему осуществления психоаналитического лечения в медицинских учреждениях. По мнению ряда авторов, в стационарных условиях при проведении КПП вполне допустимо использование любых наличных ресурсов психоанализа и сохранение при этом верности основным принципам классического психоаналитического (психодинамического) подхода (Malan D., 1979; Leuzinger-Bohleber M., 1985).

Психодинамическое направление

В основе динамического подхода в психотерапии лежит стремление достичь понимания динамики психической

жизни индивида на основании концепции бессознательно-го. Динамическая (или психодинамическая) психотерапия известна также под названием “психоаналитической психотерапии”, “ориентированной на инсайт терапии”, “эксплоративной психотерапии”. Психоаналитическая психотерапия берет начало от классического психоанализа.

Принципы психоаналитического подхода

Психоаналитический подход включает пять фундаментальных принципов:

1. Структурный (топологический),
2. Динамический,
3. Экономический,
4. Генетический,
5. Адаптационный.

Структурный принцип:

Психика представляет собой психический аппарат, или систему, состоящую из нескольких инстанций, выполняющих различные функции и взаимодействующих между собой (Рис.):

- Ид (Оно; бессознательное; влечения, принцип удовольствия);
- Эго (Я; сознательный контроль, принцип реальности);
- Супер-Эго (Сверх-Я; совесть, идеалы, моральный контроль).



Рис. Структура личности психики (по Фрейду З.).

Динамический принцип:

Понимание психических феноменов как результата взаимодействия (конфликта) антагонистических сил (влечений, различных инстанций психического аппарата).

Экономический принцип:

Логически вытекает из динамического принципа, подразумевая количественный аспект взаимодействия антагонистических сил; вводит понятие относительной величины этих сил.

Генетический принцип:

Принцип развития, в соответствии с которым все психические феномены имеют происхождение из исходных биологических задатков (влечений) и проходят через последовательные этапы психосексуального развития.

Адаптационный принцип:

Основная цель психического функционирования – адаптация к условиям внешней (объективной) и внутренней (субъективной) реальности, то есть согласование принципа удовольствия с принципом реальности.

Конечная цель психодинамической психотерапии

Терапевтические изменения и лечебный процесс в психодинамической психотерапии, как и в классическом психоанализе, имеют своей конечной целью осознание бессознательного. Это означает то, что психотерапевт стремится вызвать у пациента такие психологические изменения, которые так или иначе облегчат проявление и понимание бессознательного, в основном, либидинозного содержания.

В то же время психодинамическая психотерапия имеет более узкий фокус, чем психоанализ, и более сориентирована на то, что происходит “здесь” и “теперь”. Объединяет эти методы общее стремление понять природу внутренних конфликтов пациента, дезадаптивного стиля поведения, исходящего из детства (известного также под названием “инфантильный невроз”) и их последствий в жизни взрослых.

лого человека. Важной целью также является понимание функционирования психологических защитных механизмов и трансферентных реакций (или реакций переноса) в том их виде, в каком они проявляются в ходе общения пациента с терапевтом.

Краткосрочная психодинамическая психотерапия

Краткосрочная психодинамическая психотерапия (КПП) является одним из вариантов психодинамической психотерапии и в полной мере сохраняет принятые в последней как теоретические, так и практические принципы. Внимание в ней акцентируется на воздействии прошлого опыта на формирование определенного стиля поведения – через особые когнитивные механизмы или защиты, межличностное взаимодействие и восприятие партнера по общению через перенос, которому пациент следует в течение жизни и который таким образом влияет на его психическое состояние и поведение.

Целью ее является понимание функционирования психологических защитных механизмов и трансферентных реакций (реакций переноса) в том их виде, в котором они проявляются в ходе общения пациента с терапевтом.

Основные положения КПП

- Концепция патологии основывается на признании существования конфликтов в сфере ранних (детских) либидинозных влечений и желаний, являющихся бессознательными.
- Психическое здоровье достигается в процессе разрешения таких конфликтов и усиления Эго.
- Желательным является достижение глубокого понимания своего прошлого опыта, выражающее собой не только интеллектуальное, но и эмоционально насыщенное знание (инсайт).
- Основная задача психотерапевта заключается в понимании содержания бессознательной психики пациента.

- Психотерапевтическая техника основывается на интерпретации свободных ассоциаций, анализе переноса, сопротивлений пациента, его оговорок и сновидений.

Терапевтические приемы в КПП

- устойчивый терапевтический альянс;
- вербализация психических переживаний и восстановление, по возможности, полной истории заболевания;
- “мягкое игнорирование” психологических проблем вне фокуса анализируемого конфликта;
- свободные ассоциации;
- интерпретация переноса;
- интерпретация сопротивления и защитных механизмов личности;
- подведение четкого итога психотерапевтической работы на завершающей стадии терапии и формирование рационального отношения к проблеме.

Четыре последовательные терапевтические процедуры в КПП

Конфронтация: распознавание пациентом специфических психических явлений, подлежащих исследованию.

Прояснение: помещение явлений в “резкий фокус” для отделения важных аспектов анализируемого психического содержания от не столь значительных.

Интерпретация: осуществляется терапевтом и как бы следует за полученным от пациента психическим материалом, определяя (в вопросительной форме) основной смысл или причину события.

Проработка: обращена к повторениям привычных стереотипов мышления и поведения, постепенному и тщательному исследованию интерпретаций и сопротивлений до тех пор, пока представленный материал не интегрируется в сознательное понимание пациента.

Сеттинг в КПП

- Продолжительность лечения от 10 до 20 сессий (при необходимости может быть увеличена до 40).
- Оптимальная частота сеансов 1–2 раза в неделю.
- Продолжительность одного сеанса 45–60 минут.
- Основное расположение пациента и терапевта – “лицом к лицу”.
- Соблюдение принципа единообразия времени и места проведения терапии.

Диагностическая стадия в КПП

Диагностическая стадия в психодинамической психотерапии занимает от 1 до 4 сессий и включает оценку:

- клинического диагноза;
- общей истории жизни;
- наиболее ранних воспоминаний и значимых объектов в прошлом;
- вариантов поведения пациента, несущих угрозу жизни и здоровью;
- опасений больного в связи с началом лечения;
- обстоятельств, в которых возникло заболевание и в которых произошло обращение за помощью;
- недавних или повторяющихся сновидений;
- опыта прежних обращений к психотерапевтам.

Информирование пациента перед началом КПП

В начале лечения важно проинформировать пациента о следующих понятиях и явлениях: прошлое как образец настоящего, трансфер (перенос), защита, сопротивление, а также описание и объяснение “пассивной” манеры психотерапевта. При этом перед пациентом ставятся следующие задачи: стремиться к установлению рабочего альянса с психотерапевтом, учиться свободно ассоциировать, оценивать по достоинству атмосферу безопасности, принять разочарование начальной фазы лечения, достигать понимания трансфера, защит и сопротивления, учиться работать с содержанием сновидений.

Определение главного конфликта

- Главный (или фокальный) психологический конфликт высвечивается при тщательном анализе значимых ранних травм в жизни пациента, а также повторяющихся стереотипов поведения.
- Обычно фокальный конфликт достаточно явно и активно проявляет себя в жизни пациента тем или иным образом.
- Пробная интерпретация фокального конфликта весьма часто приводит к яркому эмоциональному ответу.
- При анализе фокального конфликта следует обращать внимание на значимые для пациента переживания (утраты или успеха), учитывая те области психического аппарата, где наблюдается явное торможение реакции на терапевтические интервенции.
- Центрирование на том или ином фокальном конфликте должно осуществляться в отношении определенной трансферной фигуры (значимой для пациента личности).

Критерии отбора пациентов для КПП

1. Достаточная сила Эго (удовлетворительный уровень интеллекта, образования, зрелое сексуальное поведение, наличие у клиента определенного рода занятий, а также способности принимать на себя ответственность).
2. Хотя бы одна история межличностных отношений в прошлом, указывающая на способность клиента к базисному доверию, которое является существенным для формирования рабочего (терапевтического) альянса.
3. Способность к эффективному взаимодействию с терапевтом (способность к позитивному переносу).
4. Способность мыслить в психологических понятиях (способность рассматривать собственные психические переживания в качестве объекта изучения).
5. Способность испытывать чувства (т.е. быть в контакте с внутренними переживаниями).

6. Достаточно сильная мотивация к изменениям (не просто сильное желание освободиться от симптомов, но и понимание того, что могут потребоваться некоторые изменения привычных адаптационных паттернов).
7. Конструктивная реакция на пробную интерпретацию терапевта.
8. Наличие узлового конфликта, вокруг которого сосредоточено большинство проблем пациента (это может быть конфликт зависимости/независимости, эдипов конфликт, соперничество сиблингов или трудности совладания с утратой объекта).

Клинические показания для применения КПП

- Тревожные и тревожно-фобические расстройства;
- Обсессивно-компульсивное расстройство;
- Диссоциативные расстройства;
- Другие расстройства невротического уровня, корни которых связаны с эдиповым конфликтом;
- Легкие и умеренно выраженные депрессии;
- Дистимия;
- Расстройства личности;
- Психосоматические заболевания.

Клинические противопоказания для применения КПП

- Выраженная депрессия;
- Расстройства психотического уровня;
- Наличие тенденции к патологическому отреагированию переживаний в виде суицидального или наркоманического поведения.

Материально-техническое обеспечение метода КПП

Для проведения КПП необходим отдельный кабинет. В кабинете должны быть два кресла и часы. По возможности, он должен быть достаточно уютным и иметь хорошую звуко-

изоляция. Телефонные звонки и внезапные вхождения других людей могут также нарушать терапевтический процесс.

Варианты КПП

Все варианты КПП так или иначе связаны с психоаналитической теорией, что подразумевает систематическое исследование, анализ и интерпретацию таких психологических (или психоаналитических) феноменов, как сопротивление, перенос (трансфер) и контрперенос (контртрансфер).

Прежде чем остановить свой выбор на том или ином методе краткосрочной психотерапии, необходимо провести тщательную оценку состояния пациента в полном соответствии с требованиями психоаналитического подхода и определить показания и противопоказания к конкретному варианту КПП, оставляя при этом открытой возможность перехода к более длительным методам психоаналитического лечения.

1. Психоаналитическая консультация (ПК)

Собирательное название консультативных мероприятий, в основе которых лежат психоаналитические концепции. Могут проводиться в различных учреждениях с самыми разными пациентами и преследовать самые разные цели (воспитательные, стимулирующие, поддерживающие). При этом любая подобная консультация содержит в себе психотерапевтическое измерение. В случае необходимости предполагает встречи с родственниками, лечащим врачом, социальным работником.

Показания для ПК

- Требуемая вмешательства дезорганизация жизни пациента.
- Хроническое отсутствие объектных отношений (длительная социальная изоляция).
- Выраженные неспецифические проявления слабости Эго.

Позиция психоаналитика-консультанта

Психоаналитик-консультант обычно занимает активную позицию (расспрашивает, выслушивает, контейнирует, дает

рекомендации по окончании консультации), но интерпретаций пациенту, как правило, не дает.

Применение ПК

В клинике пограничной психиатрии применялась на первых этапах взаимодействия с пациентами, относящимися к неневротическому регистру (пограничное расстройство личности, аффективные расстройства), с целью диагностики и уточнения рамок терапевтического пространства с последующим переходом к поддерживающей или фокусной психоаналитической психотерапии. Продолжительность лечения: от 5 до 30 сеансов.

2. Экстренная психоаналитическая психотерапия (ЭПП)

Данный вариант КПП может применяться в качестве неотложной психотерапевтической помощи в наиболее экстренных случаях (экстренное вмешательство). Основной целью терапии здесь является оперативное устранение или смягчение наиболее выраженных и острых проявлений расстройств, уменьшение тревоги, обеспечение общей психологической атмосферы комфортности и безопасности при декомпенсации психического состояния пациента, отсутствии или снижении у него способности самостоятельного преодоления кризисной ситуации. Задача полного устранения психопатологических или поведенческих нарушений при этом виде помощи не ставится.

Показания для ЭПП

- Острые и подострые реакции на стресс.
- Кратковременные расстройства адаптации.
- Панические и аффективные нарушениях, преимущественно психогенного происхождения.

Типичная терапевтическая техника

Терапевт занимает подчеркнуто активную позицию, готов оказать пациенту максимальную психологическую поддержку, а интерпретации осуществляет только в крайнем случае, пытаясь в этих рамках выявить и проработать, по

возможности, психодинамическое значение переживаемого пациентом психологического кризиса. Продолжительность лечения: от 1 до 5 сеансов.

Данный вид КПП хорошо сочетается с медикаментозной терапией, усиливая эффективность последней при пограничных психических расстройствах с тревожно-депрессивной и ипохондрической симптоматикой.

3. Краткосрочная экспрессивная психотерапия (КЭП)

При этом виде психотерапии терапевт активно использует интерпретации и допускаемые общими правилами психотерапии экспрессивные приемы. В рамках психодиагностики, проводимой перед началом лечения, особое внимание обращается на то, как пациент реагирует на предоставляемую ему помощь, на особенности его взаимодействия с терапевтом в ситуации исследования и способность контролировать деструктивные формы поведения.

Заключение специального договора на лечение, в котором тщательно оговариваются его условия, резко отличает этот метод психотерапии от всех остальных вариантов КПП.

Показания для КЭП

Данный вид КПП эффективен при рентных установках у пациентов с диссоциативными и другими невротическими расстройствами, а также широком спектре расстройств личности.

Типичная терапевтическая техника

При проведении интерпретационной работы рекомендуется опираться на технически нейтральную, принимающую установку, одновременно предоставляющую возможность дистанцирования. Когда у пациента обнаруживается деструктивное или неблагоприятно влияющее на ход лечения поведение, тогда терапевт может активно вмешиваться, используя директивные интервенции. Затем терапевту необходимо как можно быстрее возвратиться к нейтральной установке, используя прояснение ситуации и интерпретацию переноса, обусловившего отреагирование пациента. Терапевт

должен тем или иным образом сконцентрировать разговор на значении того, что произошло как раз сейчас в сложившейся ситуации, используя интерпретацию для того, чтобы показать свое отношение к происходящему. В остальном терапевт концентрирует лечение на проработке переноса и связанной с этим типичной психологической защитой пограничных пациентов, используя для этого интерпретацию ситуации “здесь и сейчас”.

Основной целью психотерапии является развитие у пациента способностей к интеграции противоречивых, расщепленных аспектов самости и объектов, регуляции аффектов и контроля импульсов, то есть всего того, что относится к сфере Я. Продолжительность лечения: от 5 до 50 сеансов.

4. Поддерживающая психодинамическая психотерапия (ППП)

Поддерживающая психотерапия, основанная на психоаналитических концепциях, показана для пациентов, у которых нет достаточной мотивации для более интенсивной психотерапевтической работы (в рамках экспрессивной психотерапии) или недостаточно развита способность психологически мыслить, т. е. рассматривать собственные психические переживания в качестве объекта изучения (способность к интроспекции). Короткое время нахождения пациента в стационаре также может оказаться фактором выбора данного варианта КПП.

Показания для ППП

ППП показана:

- всем пациентам с пограничной личностной организацией, которые не способны выполнить предварительные условия для экспрессивной или фокусной терапии;
- при этом саморазрушительное (аутоагрессивное) поведение в целом должно находиться под контролем;
- когда поддерживающая техника не в состоянии его контролировать, тогда условия стационара выполняют роль сдерживающего фактора и помогают проведению психотерапевтического лечения;

- несмотря на поддерживающий характер психотерапии, уровень интеллекта и речевого развития пациента должен быть достаточно высоким.

Типичная терапевтическая техника

Акцент на реальности, присущий технике ППП, снижает выраженность негативной терапевтической реакции, которая могла бы усилиться при более экспрессивном подходе. ППП также предполагает, что жизненная ситуация пациента не чрезмерно хаотична или деструктивна, поскольку на первом месте стоит задача изменения поведения пациента, а не окружающей его обстановки. Сочетание с медикаментозным лечением нередко требует от лечащего врача дополнительных усилий, направленных на соблюдение принципа разделения (для пациента) лекарственного и психотерапевтического воздействия и улучшение комплайенса по отношению к терапии в целом. Продолжительность лечения: от 5 до 30 сеансов.

5. Фокусная психодинамическая психотерапия (ФПП)

Форма краткосрочной психодинамической психотерапии, рассчитанная на психологическую проработку только главного (фокального) конфликта, то есть определяющего актуальную симптоматику. Маркерами фокального конфликта являются указания пациента на связанные с ним травмы детского возраста, повторяющиеся в связи с ними травматические переживания, связь данного конфликта с одной из фигур переноса (отцовской или материнской). Косвенным показателем адекватного выбора фокального конфликта является аффективная ответная реакция пациента на пробную его интерпретацию.

Предикторы эффективности ФПП

- Достаточно сильная сфера Я (достаточно высокий социальный статус на момент терапии).
- Наличие острого конфликта.
- Отсутствие склонности превращать свои недуги в хронические симптомы.

- Достаточные мотивация и способность пациента к терапевтическому расщеплению сферы *Я*, то есть готовность к анализу собственных переживаний.

Показания для ФПП

- Пациенты с пограничными психическими расстройствами, находящиеся в острых кризисных ситуациях, связанных с трудностями выбора профессии, сексуального партнера.
- Пациенты, принявшие решение начать длительное психотерапевтическое лечение.
- Острые и подострые невротические состояния или нарциссические расстройства личности.

Типичная терапевтическая техника

В процессе лечения осуществляется *проработка фокуса*, обнаружившегося в материале психоаналитической диагностики. Выбранная конфликтная тема одновременно исследуется в трех областях:

- в актуальных межличностных отношениях пациента;
- во взаимоотношениях с терапевтом (в переносе);
- в биографической предыстории пациента.

В процессе проработки фокусного конфликта используется анализ переноса и интерпретация материала, полученного от пациента, что приводит к прояснению и осознанию проблем и стабилизации личностных реакций пациента. Возможен даже пересмотр отношения личности к имеющимся проблемам.

ФПП в значительно большей мере, чем долгосрочная психотерапия, ориентируется на способность самого пациента обобщать и использовать материал, полученный в процессе психотерапии. Ведущий технический принцип: “кресло вместо кушетки”. Применяются интерпретации, относящиеся исключительно к главному конфликту. Главный конфликт прорабатывается на уровне переноса, в рамках терапевтических отношений между психотерапевтом и пациентом, с тщательным анализом возникающих при этом сопротивлений. Появляющиеся позднее в ходе лечения

другие конфликтные темы исключаются из рассмотрения либо учитываются постольку, поскольку они находятся в связи с главным конфликтом.

В результате этого лечебный процесс характеризуется высокой эмоциональной концентрацией, а регрессия со стороны пациента ограничивается одной узловой зоной.

Позиция терапевта

Данный вариант КПП предъявляет следующие требования к ролевой позиции психотерапевта:

- способность быстро установить эмоциональный контакт с пациентом;
- высокая активность во взаимодействии с пациентом и интерпретациях, сочетающаяся при этом с “добро-сердечным отсутствием заботы”.

Такое “добросердечное отсутствие заботы” на завершающем этапе терапии может привести к отрицательным переживаниям кризисного характера со стороны пациента, которые должны быть обязательно проинтерпретированы и проработаны во избежание нежелательных побочных эффектов.

Этапы терапевтической работы

Начальная – отборочная фаза: на этом этапе проводится диагностика мотивации и силы Я пациента, а также определение фокального конфликта; на этот этап затрачивается 1–2 встречи с пациентом; в итоге заключается психотерапевтический контракт.

Средняя – фаза переработки фокального конфликта: здесь проводится основная терапевтическая работа.

Заключительная – фаза сепарации: разрешение переноса и достаточно директивное завершение психотерапии.

Успех лечения проявляется в переживаниях пациентом возврата энергии и активности, которые могут быть использованы для решения жизненно важных проблем. Продолжительность лечения: от 10 до 30 сеансов.

КПП в условиях стационара

Преимущества:

- структурирование поведения пациента окружающей обстановкой;
- возможность контроля над деструктивным отреагированием в виде агрессии и аутоагрессии;
- возможность оказания неотложной медицинской помощи;
- комплексный подход к лечению (медикаментозное и немедикаментозное) и реабилитации пациентов;
- ежедневная доступность для пациента врача-специалиста.

Кроме этого стационарные условия позволяют не только эффективно использовать наличные ресурсы психодинамического психотерапевтического лечения, но также интегрировать традиционный клинико-психопатологический подход и основные принципы психоаналитической метапсихологии. При этом становится возможным сочетание различных методик КПП с другими терапевтическими и реабилитационными методами (лекарственное и нелекарственное биологическое лечение, групповая психотерапия, комплайнс-терапия и др.).

Заключение

Отличительными особенностями КПП являются достаточно высокая степень структурированности, технической воспроизводимости, а также возможность использования ее в качестве неотложной психотерапевтической помощи в экстренных случаях, в отличие от классического психоаналитического подхода. Указанные особенности свидетельствуют в пользу применения КПП в условиях психиатрического стационара и, особенно, клиники пограничных состояний. При этом ФПП обладает приоритетом среди других вариантов КПП.

3. ПСИХОТЕРАПИЯ ОТДЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ И СОСТОЯНИЙ

ТРАНСПЕРСОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИЙ

Л.С. Канаева, В.И. Бородин

Трансперсональная психотерапия – это направление психотерапии, которое включает в себя как традиционные представления и направления психологических и психотерапевтических исследований, так и нетрадиционные, которые касаются расширения возможностей внутреннего личностного роста и осознания, выходящих за пределы установленных представлений о здоровье человека. В этой связи признается значимость измененных состояний сознания (ИСС), которые позволяют выйти за пределы обычных состояний *Я* (Эго) и личности в целом (Налимов В.В., 1989; Грофф С., 1991, 1992, 1994; Walsh R.N., Vaughan F., 1980; Welwood J., 1983; Trungpa C., 1983).

Историческая справка

Трансперсональная психотерапия (Ассаджоли Р., 1994; Грофф С., 1995; Fadiman J., 1980; Vaughan F., 1980; Walsh R.N., 1980; Walsh R.N., Vaughan F., 1980) оформилась как самостоятельное направление в 70-х годах прошлого столетия, когда западные исследователи начали интересоваться изучением личностного функционирования в процессе медитации и других состояниях альтернативного сознания (Dass R., 1980; Goleman D., 1980; Kornfield J., 1980).

Терминология

Трансперсональное – это исторически сложившийся, прочно закрепившийся термин, который обозначает специфическое расширение самосознания личности в процессе психотерапевтического лечения.

Холотропный – “обращенный к цельности” (от греч. “holos” – целый, весь, “trepeiv” – движущийся к чему-либо или в направлении чего-либо).

Холотропное дыхание – метод трансперсональной психотерапии, заключающийся в гипервентиляции легких за счет учащенного дыхания и активизации подкорки в результате гипокании; на фоне этого возникает чувство эйфории, обманы восприятия и измененное состояние сознания, облегчающее и обеспечивающее терапевтическое воздействие. Холотропное дыхание было официально разрешено и зарегистрировано Минздравом РФ в 1993 году.

Исторические ссылки

1. **Станислав Гроф** – чешский и американский психолог и психиатр, один из пионеров психоделической терапии – провел исследования влияния препарата ЛСД на человеческое сознание и разработал психотерапевтическую технику холотропного дыхания. Он подчеркивал возможность трансперсональных переживаний для любого человека и на этой основе создал расширенную картографию психики.

2. **Кеннет Эрл Уилбер** – американский философ, писатель и публицист, теоретик трансперсональной психологии, использующий интегральный подход к научному знанию, – предложил собственную *теорию* спектра сознания, в рамках которой выделил три категории или формы сознания: доличностную (*преэгоическую*), личностную (*эгоическую*) и надличностную (*трансэгоическую* или трансперсональную).

Измененные состояния сознания (ИСС)

Измененные состояния сознания (ИСС) – термин скорее философский, чем клинический, и обозначает непатологические состояния сознания, с комплексом специфических переживаний, которые нельзя расценивать как проявления “внетелесного” опыта “мистических откровений”, “космического сознания”, т.е. метафизически.

Как показывает клиническая практика, ИСС при всей их “странности”, непривычности обладают значительным целительным потенциалом и при правильном медицинском подходе способны значительно расширить лечебные возможности традиционного психотерапевтического подхода.

Варианты ИСС:

- Различные варианты гипнотического транса;
- Аутогенное погружение;
- Медитация;
- Чувства, переживаемые любителями классической музыки;
- Состояния “благодати”, свойственные религиозным людям;
- Творческое вдохновение;
- Аффективный прорыв в экстремальной ситуации и др.

Основная причина болезни и научная проблематика

Основной причиной болезни, по мнению трансперсональных психотерапевтов, является идентификация личности с негативными мыслями и эмоциями, поэтому для личностного роста необходимо “разотождествление” с ними и “избавление от иллюзорной или ошибочной реальности”.

Основными научными проблемами, изучаемыми трансперсональной психологией и психотерапией, являются создание неординарных моделей сознания и исследование сущности и целительных возможностей ИСС.

Трансперсональная психотерапия изучает сознание в широком спектре его проявлений: множественность состояний сознания, духовный кризис, околосмертные переживания, развитие интуиции, творчества, высшие состояния сознания, личностные ресурсы. Данная методика опирается на целостное видение человека в перспективе его личностного роста, классическую философскую антропологию, мировые духовные традиции, разнообразные способы самопознания и психотерапии, такие как медитация, холотропное дыхание, телесно-ориентированные техники, терапия искусством, работа со сновидениями, активное воображение и самогипноз.

Расширенный биопсихосоциальный подход

В последние годы в философии, медицине, психиатрии много говорится о расширении классической биопсихосоци-

альной парадигмы рассмотрения психических расстройств, т.е. о *био-психо-социально-духовном подходе*. Таким образом, область человеческих смыслов и ценностей интегрируется в рамках целостного междисциплинарного анализа наиболее сложных и значимых проблем современности, к которым относится проблема психического здоровья. В связи с этим возрастает научно-практическая значимость трансперсональной психологии и психотерапии.

Клиническая трансперсональная психотерапия (КТП)

КТП основана на новой парадигме, предполагающей не подавление “энергии симптомов”, прежде всего с тревожным радикалом, а целенаправленную и управляемую трансформацию тревоги и напряжения в другие естественные формы психической активности. Такой формой активности является сложный спектр непатологических измененных (необычных) состояний сознания (ИСС). Как показывает клиническая практика, индуцируемые психотерапевтом ИСС обладают выраженным терапевтическим потенциалом, позволяющим значительно эффективнее и быстрее осуществить лечебный процесс.

Основные задачи КТП:

- Устранение расстройств.
- Изменение отношения к себе, своему состоянию, травмирующим факторам.
- Выработка новых стереотипов поведения.
- Переживания в ИСС, символически отражая конкретные эмоции, способствуют внутреннему переосмыслению индивидом своей жизненной позиции.

Клинические базы для КТП

Наиболее предпочтительными базами для использования клинической трансперсональной психотерапии являются:

- 1) специализированные отделения и клиники пограничных состояний;

- 2) амбулаторные учреждения для пациентов с пограничными психическими расстройствами;
- 3) отделения и кабинеты больниц общего профиля, поликлиник и диспансеров, санаторно-курортных учреждений.

Условия проведения занятий в рамках КТП

- Для проведения трансперсональной психотерапии необходимо хорошо проветриваемое помещение с деревянным полом, покрытым паласом.
- Помещение должно быть достаточно уютным, с возможностью неполного затемнения.
- Желательно иметь маты, типа спортивных, и одеяла.
- Музыкальная аппаратура для занятий должна быть достаточно высокого качества и мощности. Необходима также фонотека музыкальных программ; обычно ее подбирает и комплектует сам психотерапевт в зависимости от целей и задач, а также особенностей контингента больных.

Рамки проведения занятий по КТП

- Лечебный курс КТП включает 10–12 групповых занятий.
- В стационарных условиях или в режиме дневного стационара предпочтительнее закрытые группы; в условиях амбулаторной практики допустимо проведение открытых групп.
- Оптимальное количество больных в группе – 10–12 человек, хотя допустимы меньшие и большие по количеству участников группы, возможна и индивидуальная работа.
- Продолжительность занятий – 1,5–2 часа.

Структура занятий по КТП

- Разминка с самомассажем, элементами самопогружения и релаксации (15 мин).

- Собственно занятие, в которое входит гипнотическое “наведение” различных образов, ощущений и переживаний типа полета, бега, погружения в океан и т.д. (15 мин).
- Последующий обмен мнениями и спонтанное рисование (15–30 мин).

Основное содержание занятия по КТП

В процессе основной (музыкальной) части занятия вербальные контакты с больными почти отсутствуют, однако именно в этот период осуществляется тонкий переход их внутреннего переживания по типу пассивного воображения, несущего основной лечебный радикал, к его постепенной вербализации и осознанию.

Поскольку последствия выраженной гипервентиляции не всегда предсказуемы и, возможно, небезвредны, пациентам рекомендуется интенсивно дышать несколько минут в начале сессии и 1–2 раза по 2–3 минуты в течение занятия, если в этом есть необходимость (потребность углубить состояние).

Музыкальные программы

Для углубления ИСС можно использовать как фрагменты программ, предлагаемые С. Грофом, так и этническую музыку, некоторые композиции А. Шнитке (3-ю и 5-ю симфонии), С. Губайдулиной, Э. Денисова, Ж.-М. Жар, К. Шульце и др. Желательно, чтобы музыка была незнакомой пациентам, достаточно громкой и подавалась в определенной последовательности: 1) активизирующая-эмоционально-напрягающая, 2) содействующая эмоциональной разрядке, 3) релаксирующая.

Темп дыхания часто синхронизируется с музыкальным ритмом.

Работа с телом

Ведущие группы должны стремиться уменьшить спастические напряжения мышц, физические выражения экстаза, тенденцию к истерическим разрядам, успокаивая пациентов, изменяя характер их ассоциаций путем внушения лечебных

положений, т.е. способствуя тому, чтобы характер переживаний естественным образом как бы вытекал из клинически определенных симптомов и характерологических реакций.

При работе с телом пациенты обучаются преодолевать различные негативные реакции (боли, мышечное напряжение, беспокойство и т.д.).

На занятиях ведущий стремится сгладить и предупредить приступы насильственного смеха или палача, судорожные состояния, успокаивая больных.

Динамика ИСС в процессе КТП

На первом-втором занятиях пациенты часто испытывают беспокойство, “видят” цветовые пятна, цвета обычно соответствуют эмоциональному состоянию (депрессии соответствует черный, фиолетовый, серый цвет, тревоге – коричневый), сохраняется ощущение своего тела, чувство неудобства от жесткого пола, громкой музыки.

На третьем-четвертом занятиях устанавливается индивидуальный автоматизм дыхания, утрачивается пространственное восприятие своего тела, нередко возникают спонтанные движения (как правило, рук, ног, головы), появляется ощущение “выхода из телесной оболочки”, невесомости тела, единства с другими людьми. После занятий большинство пациентов испытывают эмоциональный подъем, уверенность в себе, физическую гармонию.

Процесс “управления сеансом”

Данный процесс фактически сводится к гибкому реагированию врача, который, используя знание конкретных клинических и характерологических особенностей пациентов, выполняет совершенно определенную задачу отреагирования, воспроизведения психотравмирующей ситуации, включения замещающих механизмов пассивного воображения, вплоть до ярких переживаний трансперсонального характера.

Для решения данной задачи необходимо:

- с одной стороны, добиться максимальной раскованности больных, их естественности в выражении чувств

и ощущений, чтобы они не играли роль, а стали самими собой, полностью проявляя собственную спонтанность;

- с другой стороны, врач должен контролировать (там, где это необходимо) проявления спонтанной истероподобной активности, в которую наиболее легко трансформируется эмоциональное напряжение.

Клинические феномены ИСС в процессе КТП

С клинических позиций ИСС, индуцируемые в процессе клинической трансперсональной психотерапии, рассматриваются как комплекс соматопсихических реакций защитно-адаптационного характера, возникающих в ответ на стрессовое воздействие.

Непатологические феномены в структуре ИСС

- изменения восприятия в виде синестезий, эйдетических образов, галлюцинаторных образов в зрительном (80%), тактильном (90%), слуховом (11%) и вкусовом (2%) анализаторах, гипер-, гипе- и парестезий, изменения восприятия схемы тела и явления сомато-, ауто- и аллопсихической деперсонализации-дереализации, изменения течения времени в виде бради- или тахихронии и др.;
- изменения памяти по типу гипермнезии;
- изменения мышления с неожиданным переходом к образному или абстрактно-логическому;
- изменения в эмоциональной сфере – от негативных до экзотических аффектов;
- изменения влечений (булимия, гиперсексуальность, активизация моторных реакций);
- соматовегетативные проявления (тахикардия, потливость, озноб).

Факторы развития непатологических феноменов в структуре ИСС

- Предварительное суггестивное воздействие на слуховой анализатор.

- Музыкальное воздействие на слуховой анализатор.
- Гипервентиляция.
- Как правило, ИСС развиваются непосредственно во время сеанса и прекращаются по его окончании; к содержанию переживаний, галлюцинаторным образам у больных сохраняется критическое отношение, больные сохраняют способность частично или полностью их контролировать.

Формы реагирования в ИСС

- Аффективно-мышечная.
- Дремотоподобная (соматическая).
- Сноподобная (трансперсональная).
- По степени выраженности любая из форм реагирования может считаться глубокой или поверхностной, они легко смешиваются, переходят одна в другую, но все-таки обычно доминирует один тип реакций, а остальные выражены относительно слабо.

Аффективно-мышечная форма реагирования

- *Катартический тип:*
с преимущественно эмоциональной реакцией
- *Истероподобный тип:*
с преимущественно мышечной реакцией.

Катартический тип проявляется чувствами тревоги, грусти, возникающими как будто беспричинно (на первых сеансах), иногда ощущением тоскливой безнадежности, с переживанием вины при воспоминании о реальных житейских обстоятельствах. Данные негативные эмоции нередко сопровождаются желанием плакать, слезами, реже – рыданиями. Позитивный аффект в этой фазе возникает редко и выражается в чувстве приподнятости, уверенности, повышенного тонуса, реже – силы, мощи, любви к людям, эйфории.

Истероподобный тип характеризуется мышечным напряжением (от легких форм мышечной “зажатости”, напряжения отдельных мышц до карпопедальных спазмов),

выразительными жестами, мимикой, экспрессией тела, которые соответствуют эмоциональному состоянию больного. Внешнее поведение пациентов при этом варианте довольно беспокойное: лежа на полу, они постоянно меняют позу, двигаются, открывают глаза, неадекватно смеются, совершают однообразные движения (например, как при плавании, езде на велосипеде). “Я чувствовал потребность в таких движениях”, – говорили они после сеанса.

Для обоих типов характерно то, что сенсорные ощущения крайне разнообразные и изменчивые. Визуальные переживания: от мелькания точек, цветных пятен или геометрических фигур перед глазами до яркого света и образных представлений, отражающих воспоминания, жизненные реалии или фантазии субъекта. Зрительные образы крайне неустойчивые, часто неопределенны по фабуле и характеризуются пациентами “как бурное воображение”. Тактильные ощущения представлены парестезиями, чувством жара или холода, реже – ощущением “холодного голубого потока, проходящего сквозь тело”. “Разнообразные запахи” (например, цветов), слуховые обманы (например, скрип колес, журчание воды) наблюдаются довольно редко и обычно соотносятся со зрительными представлениями. Больные сохраняют самоконтроль, могут прервать “поток переживаний”, открыть глаза и прекратить сеанс. Аффективно-мышечные реакции к окончанию сеанса сменяются мышечной релаксацией.

Дремотоподобная (соматическая) форма реагирования

Наблюдаемые в этих случаях состояния напоминают 2-ю фазу гипнотического состояния по А. Форелю. Больные лежат тихо, выражение их лиц умиротворенное, мышцы расслаблены. Конечности теплые, дыхание медленное, глубокое, пульс ровный, спокойный. Утрачивается связь между ритмом музыки и дыханием. Больные не реагируют на происходящее в зале, напоминают сладко спящих людей. По их самоотчетам у них, как правило, возникают неяркие зрительные образы, отмечается чувство физической

и душевной гармонии, эмоционального покоя, “растворенности”. Исчезает ощущение неудобства от жесткого пола, утрачивается чувство времени, сеанс продолжительностью в 1,5–2 часа воспринимается как “5–15-минутный транс”, и пациенты поначалу выражают недоумение и недовольство по этому поводу. При заметной “глубине отрешенности самосознания” частичный контроль за состоянием (как и при других формах реагирования) сохраняется. Легкий сигнал или слово со стороны ведущего мгновенно выводит больного из трансового состояния.

Сноподобная (трансперсональная) форма реагирования

Основными признаками данной формы реагирования является обилие зрительных образов, сменяющих друг друга. Данные образы воспринимаются несравненно ярче, чувственнее и острее, чем при самом пылком воображении у некоторых пациентов. Они часто имеют сценopodobный характер, всегда с живым участием больного. Обилие эмоционально воспринимаемых образов, чувство вовлеченности в происходящее, сила аффективного реагирования поражают больных. Внешне пациенты спокойно лежат, их лица отражают сосредоточенность или восторг, иногда больные делают незначительные движения руками и ногами в такт музыке или в соответствии со своими переживаниями. Вегетативные параметры отражают особенности трансперсональных переживаний. После занятия пациенты либо активны, деятельны, бодры, либо несколько заторможены.

Трансперсональные переживания

В клинической психотерапии попытки оценить трансперсональные переживания строятся на анализе динамики последних в процессе курсового лечения больных. Как и в сновидениях, переживания пациентов в сессиях трансперсональной психотерапии представляют собой причудливую смесь, состоящую из реальных событий прошлого и настоящего, их оценки субъектом и индивидуальной трактовки,

фантазий, скрытых желаний и переживаний, как будто не имеющих отношения к данной личности. При всей странности, парадоксальности они в символической форме отражают “глубинный мир” переживаний субъекта.

Две группы трансперсональных переживаний:

- Расширение переживаний в рамках “объективной реальности”.
- Расширение переживаний за пределы “объективной реальности”.

Типы трансперсональных переживаний

Особенно интересен трансперсональный опыт с ***перевоплощением***. Он отражает чаще всего бессознательную (или сознательно не принимаемую) констатацию своего положения в микросоциальной среде на данный момент. “Я вижу себя растрепанной вороной, сидящей на гнилом болоте, несчастной и глупой” (самоотчет больной 31-го года, с диагнозом “Невротическая депрессия”, находящейся в условиях субъективно трудноразрешимой семейной ситуации).

Очень часто в переживаниях пациентов в символической форме отражается ***нереализованная агрессивность***, желание быть сильным, внушать страх и уважение окружающим, особенно недоброжелателям. “Я ощущаю себя хищной рыбой, опасной и безжалостной, чувствую вкус крови моей добычи в пасти, хруст ее костей” (самоотчет больной 28-ми лет с большими трудностями по работе; диагноз: “Депрессивный эпизод у истероэзбудимой личности”).

Переживания могут быть связаны со ***стремлением к свободе*** в условиях фрустрирующей ситуации, с желанием освободиться от забот, обязанностей, нагрузок. “Я ощущаю себя планером, со свистом парящим в поднебесье” (самоотчет инженера 41 года, находящегося в конфликтной ситуации на работе, с ипохондрической фиксацией; диагноз: “Неврастения коморбидная с зависимостью от алкоголя”).

Очень близки по форме “реинкарнационные” переживания, в большинстве своем отражающие бессознательное ***желание уйти от скучного, монотонно-обыденного мира***

болезней, забот и проблем в мифологически-сказочный мир. Можно предположить, что при этом в переживания вовлекается чрезвычайно глубокий материал долговременной памяти, когда создается впечатление, что “человек не мог этого знать”. “Ощущаю себя пещерным человеком со шкурой через плечо и копьём с костяным наконечником в руках, сижу у костра, чувствую присутствие враждебных сил, духов. Страшно, но очень волнующе” (самоотчет больной 35-ти лет, домохозяйки; диагноз: “Депрессивный эпизод, ситуация зависимости, нереализованности с уходом в болезнь”).

Экстатические переживания безбрежной свободы, космических полетов, невероятной мощи, битвы, сражения, общения с богами, обладания особыми экстрасенсорными способностями при всей их мегаломаничности весьма легко объясняются **типологическими особенностями личности с полузабытыми детскими фантазиями о своей особой значимости.** Они в гротескной, символической форме отражают проблемы нереализованности, невротические комплексы, страхи, желания осознанные и неосознанные. Например, переживание вселенской общности, единства с людьми, глубинно духовного взаимопонимания обычно имеет место у лиц одиноких, при “одиночестве в толпе людей”. Подобные же состояния иногда возникают у лиц с депрессиями при отсутствии эмоционального резонанса такого больного с близкими.

Нужно ли интерпретировать трансперсональные переживания?

В идеале психотерапевту нежелательно обсуждать с пациентом или пытаться трактовать символический смысл этих переживаний. В этом всегда есть элемент искусственности и навязанности. В последующих занятиях больной обычно самостоятельно “дорабатывает” проблему как с точки зрения своих психофизиологических реакций, так и лучшего ее осознания в целом.

Дифференциация ИСС

ИСС имеют признаки, позволяющие отграничить их от патологических состояний сознания (онейроида, ониризма,

делирия, исключительных состояний сознания и пароксизмальных расстройств сознания). Данная дифференциальная диагностика проводится на основе сравнения феноменологической структуры ИСС, индуцируемых в сеансах КТП, с разработанными рядом авторов критериями патологических состояний сознания.

Достаточно убедительным доказательством, позволяющим дифференцировать ИСС с патологическими состояниями сознания, является возможность их возникновения у практически здоровых людей (на основе обследования контрольной группы врачей, у которых отсутствовали какие-либо данные, свидетельствующие о наличии психической, соматической или неврологической патологии).

Дифференциация ИСС с пароксизмальными расстройствами:

- наличие этапности в прямом и обратном развитии ИСС;
- отсутствие указаний на наличие органического поражения ЦНС;
- возможность усилием воли прервать переживания и выйти из сеанса.

Дифференциация ИСС с онейроидом:

С онейроидом ИСС сближает их сказочно-фантастический или грезоподобный характер, с деперсонализационными, иллюзорно-галлюцинаторными и вегетовисцеральными проявлениями, гипо- и гиперестезией, нарушениями схемы тела.

Отличием служат:

- наличие критического отношения больных к собственным ощущениям и фабуле переживаний;
- контроль за своим состоянием;
- возможность усилием воли прервать сеанс;
- сохранность воспоминаний как о самих переживаниях, так и доступных восприятию событиях, происходящих во время сеанса;
- ориентация в месте, времени и собственной личности,

- доступность больного вербальному и невербальному контакту,
- выражение аффекта в мимике, жестах, поведении,
- прекращение всех переживаний с окончанием сеанса.

Дифференциация ИСС с психогенно обусловленным расстройством сознания:

Аффективно-мышечный тип ИСС напоминает психогенное аффективное расстройство сознания из-за наличия ярких воспоминаний о психотравмирующей ситуации, сопровождающихся эмоциональной реакцией, моторным возбуждением или, наоборот, “оцепенением”, аффективными психогенными галлюцинациями или эйдетическими представлениями. Однако классификация этих состояний в рамках психогений невозможна, так как пациенты с ИСС осознают свою безопасность и оценивают данные переживания как воспоминания.

Дифференциация ИСС с делирием:

С делирием ИСС объединяют устрашающие сюжеты, сопровождающиеся эмоциональным напряжением (страхом, тревогой), экспрессивная мимика и ее соответствие аффекту, вегетовисцеральные симптомы, парестезии.

Отличием являются, прежде всего, отсутствие предшествующих интоксикаций, своеобразная “двойная” ориентировка, при которой у больных сохраняется ориентация в окружающем, контроль за поведением, движениями, возможность вступить в контакт с больным, отсутствие истинных галлюцинаций и бредовой трактовки переживаний.

Дифференциация ИСС с исключительными состояниями:

Сходство с исключительными состояниями придает фабула переживаний (угроза опасности, реальная психотравмирующая ситуация), аффект страха.

Отсутствие условий, способствующих возникновению исключительных состояний сознания (сильное телесное или умственное перенапряжение, прием спиртного, высокая температура в комнате, обильный прием пищи, внезапное

пробуждение, органическое поражение ЦНС), агрессивных действий, направленных на окружающих, и возможность контроля за поступками, а также сохранность воспоминаний о переживаниях событий, происходящих в зале, свидетельствуют против диагноза исключительных состояний сознания.

Терапевтическое применение КТП

Клиническая трансперсональная психотерапия используется для лечения больных в клинике пограничных состояний в следующих случаях:

- при неврозах, особенно протекающих хронически, и состояниях тревоги, в том числе у пациентов с паническими атаками;
- при депрессиях;
- терапевтически резистентных состояниях;
- расстройствах личности;
- психосоматических расстройствах (бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, экзема, нейродермит, некоторые заболевания желудочно-кишечного тракта);
- у пациентов, столкнувшихся с субъективно трудно-разрешимой конфликтной ситуацией;
- при тяжелых стрессах.

Противопоказания к КТП

- ургентные состояния,
- шизофрения,
- эпилепсия,
- истерическая психопатия,
- недавно перенесенные физические травмы,
- соматические заболевания в стадии декомпенсации,
- беременность,
- глаукома.

Эффективность КТП в целом обеспечивают:

- правильная клиническая диагностика;

- фундаментальные характеристики болезненного процесса (течение заболевания, патопластические факторы);
- генетически обусловленные особенности пациента;
- адекватное назначение терапии;
- тщательный учет всех возможных противопоказаний, побочных эффектов и осложнений;
- уровень социального функционирования больного;
- нормогнозическая внутренняя картина болезни и желание больного сотрудничать с врачом (комплаенс).

КТП при депрессиях

При депрессиях КТП наиболее эффективна у пациентов со следующими клиническими характеристиками:

- повторные легкие или умеренно выраженные психогенные депрессии;
- тревожные, астенические или истерические депрессии гомогенной структуры;
- истерические особенности характера.

КТП в структуре комбинированного лечения депрессий

КТП не выступает как антагонист по отношению к другим методам терапии. Она хорошо сочетается и дополняется другими психотерапевтическими методиками, а также лекарственной терапией.

Сравнительная переносимость КТП и СИОЗС при комбинированном лечении депрессий

Общая распространенность нежелательных явлений (НЯ) при антидепрессивной терапии с использованием СИОЗС и КТП примерно одинакова и составляет, соответственно, 80,0 и 78,3%. Общее количество НЯ на одного больного также достаточно сопоставимо:

- у принимающих СИОЗС – 1,86;
- у принимающих КТП – 1,77.

Общее количество отказов пациентов от лечения – как первичных (до начала лечения), так и вторичных (в процессе лечения) – статистически достоверно больше при КТП.

Наиболее распространенные нежелательные явления при КТП

- тревога/беспокойство (28,3%);
- психическая гиперактивация (16,7%);
- ком в горле (13,3%);
- головные боли (11,7%);
- увеличение сновидений (11,7%).

Выводы

- КТП является новым направлением современной клинической психотерапии.
- КТП методологически соответствует расширенному – био-психо-социально-духовному подходу к диагностике и лечению психических расстройств.
- КТП эффективна при легких и умеренно выраженных депрессиях и ряде других форм пограничных психических и психосоматических расстройств на всех этапах лечения.
- КТП хорошо сочетается с другими видами психотерапевтического и лекарственного лечения в рамках комбинированной терапии.
- Переносимость КТП при лечении больных с легкими и умеренно выраженными депрессиями в целом сопоставима с терапией СИОЗС (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина).

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ЛИЦ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Е.А. Панченко

Критерии выделения клинико-психологических типов суицидального поведения

1. Нарушения в сфере потребностей личности.
2. Наличие и степень выраженности антисуицидальных факторов.
3. Особенности течения суицидального процесса.
4. Обстоятельства совершения суицидальной попытки.

Клинико-психологические типы суицидального поведения

1. Витальный;
2. Амбивалентный;
3. Ситуационный;
4. Спонтанный;
5. Аффективный;
6. Институциональный;
7. Резонансный;
8. Маскированный.

Витальный тип

1. Все основные жизненные потребности блокированы.
2. Антисуицидальные факторы отсутствуют.
3. Пресуицидальный период длительный. Преобладающие формы психической патологии: шизофрения; органическое психическое расстройство с депрессивным синдромом. Постсуицидальный период с высоким риском совершения повторных суицидальных действий.
4. Суицидальный акт хорошо спланирован, тщательно подготовлен. Способ суицида – заведомо летальный. Незавершенность суицида обусловлена случайными факторами.

Психологическая защита *изоляции* или *отчуждения*. Отмечается чувство утраты эмоциональной связи с другими людьми, ранее значимыми событиями или собственными переживаниями. Появляются феномены дереализации и деперсонализации. Как следствие приходит объективное осознание собственной неустроенности, развивается депрессивное состояние, появляются или усиливаются анти-витальные переживания.

В докризисном периоде отмечаются: выраженная направленность личности на соответствие нормативным критериям; инертность, догматизм, желание опираться на существующие мнения, правила и инструкции. Выявляется повышенная требовательность к окружающим и себе, желание соответствовать моральным критериям социума, высоконравственный (или псевдонравственный) образ жизни с тенденцией к подавлению насущных потребностей. Характерными являются подавление спонтанности, контроль над агрессивностью, ориентация на правила, инструкции, избегание ответственности из-за страха не справиться с поставленными задачами. Именно такое сочетание черт характера не дает возможности успешно адаптироваться к изменяющимся по различным причинам обстоятельствам окружающего мира. У такого человека с “исчезновением значимых внешних обстоятельств исчезала и сама личность”.

Амбивалентный тип

1. Блокирование нескольких ведущих потребностей.
2. Антисуицидальные факторы отсутствуют.
3. Досуицидальный период – психосоматические заболевания и склонность к формированию зависимостей. Пресуицидальный период – длительный. Преобладающие формы психической патологии: депрессивные расстройства; расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ. Постсуицидальный период – риск совершения повторных суицидальных действий умеренный.
4. Суицидальный акт недостаточно продуман. Способ суицида – чаще нелетальный.

Психологическая защита **вытеснение**. Уход от внутреннего конфликта происходит путем активного выключения из осознания неприемлемого мотива или неприятной информации. Так ущемленное самолюбие, задетая гордость и обида и т.п. порождают декларирование ложных мотивов своих поступков, чтобы скрыть истинные не только от других, но и от себя. Так, для психологии этих пациентов характерно формирование внутриличностных конфликтов – переживания нескольких разнонаправленных тенденций, борьба мотивов.

В докризисном периоде отмечается высокая потребность в душевном покое и комфорте. Такие люди отличаются скромностью, повышенной тревожностью в отношении мелких житейских проблем и тревогой за своих близких. Выражена потребность в понимании, любви, доброжелательном к себе отношении.

Ситуационный тип

1. Наличие препятствий к удовлетворению актуальной потребности.
2. Наличие антисуицидальных факторов.
3. Пресуицидальный период – преимущественно непродолжительный. Преобладающие формы психической патологии: расстройства личности, особенно истерическое, возбудимое и диссоциальное. Постсуицидальный период – риск совершения повторных суицидальных действий низкий (при условии разрешения конфликтной ситуации).
4. Суицидальный акт носит демонстративный характер. Способ суицида, как правило, нелетальный.

Психологическая защита – **регрессия**. В этом случае происходит психологическое возвращение в ранний возраст, что проявляется в появлении инфантильных реакций. В досуицидальном периоде пациенты проявляют эмоциональность мышления, высокий уровень социальных притязаний при нестабильной и необъективной самооценке. Потребности

отличаются высокой степенью напряженности. Реакции на конфликты носят инфантильный характер. Пациент стремится во что бы то ни стало получить желаемое. Отмечается завышенный уровень притязаний при игнорировании объективных обстоятельств. Самоубийство выступает как один из инструментов воздействия на окружающих. Воспитание в родительских семьях у большинства пациентов было непоследовательным. Уже в раннем детстве закреплялись патологические способы привлечения внимания.

Спонтанный тип

1. Внезапное блокирование какой-либо значимой потребности.
2. Наличие антисуицидальных факторов.
3. Пресуицидальный период отсутствует. Преобладающие формы психической патологии: расстройства личности, невротические расстройства. Постсуицидальный период – отношение к суициду критическое или аналитическое. Риск совершения повторных суицидальных действий умеренный.
4. Суицидальный акт носит неподготовленный, спонтанный характер.

Психологическая защита по типу *избегания (эскапизм)* и *перекладывания ответственности*. Пациенты привычно обходятся или “без боя” покидают зоны напряжений, когда *Я* подвергалось атакам. Часто это приводит к конфликту с социальными требованиями и нормами, однако пациент не в состоянии контролировать свое поведение.

В докризисном периоде пациенты обнаруживают склонность к импульсивным действиям, низкую способность к анализу собственных действий, нетерпеливость, склонность к риску, часто завышенные притязания, уровень которых имеет выраженную зависимость от сиюминутных побуждений и внешних влияний. Важной чертой является искажение нормального чувства намерения и воли (Шапиро Д., 2000). Эта особенность проявляется как “импульс, которому невоз-

можно сопротивляться”. Часто действия совершаются без ясной мотивации, без решения или намерения. При этом человек говорит, что он испытывает внезапное ощущение “стремления” или импульса. Эти черты часто проявляются в характерных для таких пациентов девиантных формах поведения.

Аффективный тип

1. Выраженная аффективная реакция, вызванная фрустрацией актуальной для пациента потребности.
2. Наличие антисуицидальных факторов.
3. Пресуицидальный период короткий. Преобладающие формы психической патологии: алкогольная зависимость, расстройство личности возбудимого типа, умственная отсталость. Постсуицидальный период – риск совершения повторных суицидальных действий низкий. При фрустрации актуальных потребностей может быть высоким.
4. Заранее суицидальный акт не планируется. Способ суицида – нелетальный, но травматичный (нанесение себе увечий).

Психологические защиты – *отреагирование вовне* по внешне обвиняющему типу и *замещение*. При первом типе индивид дает волю своему гневу, проявляя его в том или ином виде. Часто в таких случаях собственные агрессивные реакции индивидом трактуются как защитные, вынужденные действия в ответ на враждебность и недоброжелательность других. Этот тип свойственен пациентам с невысоким морально-этическим уровнем личности. Если же пациент обладает более высоким морально нравственным потенциалом, то отреагирование агрессии вовне часто рассматривается как недопустимое. В таком случае формируется более сложный механизм психологической защиты – замещение. Суть замещения состоит в переадресации реакции. Если при наличии какой-либо потребности желаемый путь для ее удовлетворения закрыт, активность человека ищет другой выход для достижения поставленной цели.

В докризисном периоде такие пациенты выявляют ригидность мышления, склонность к накоплению аффекта с его последующей разрядкой, высокой уровень агрессивности, что в сочетании с существующими морально-нравственными установками является почвой для появления саморазрушительных тенденций. Характерны склонность к аффективной захваченности доминирующими идеями, к реакциям раздражения и гнева.

Институциональный тип

1. Смерть выступает как необходимое условие достижения цели, связанной с особенностями мировоззрения суицидента.
2. Отсутствуют антисуицидальные факторы.
3. Пресуицидальный период может быть как длительным, так и коротким. Преобладающие формы психической патологии: шизофрения, шизотипическое расстройство. Постсуицидальный период – высокий риск совершения повторных суицидальных действий.
4. Суицид тщательно спланирован, подготовлен и носит ритуальный характер, отражая соответствующие убеждения и представления пациента.

В докризисном периоде у пациентов формируются психологические защиты, по типу *уход в мир мечты и фантазии*. В крайних случаях это достигает степени фанатизма, что значительно облегчает появление и “расцвет” суицидальных тенденций

Пациенты демонстрируют выраженное стремление к индивидуалистичности на фоне сниженных социальных потребностей и потребностей в межличностном общении, склонность к неадаптивным формам поведения. У них плохо формируются практическая, реалистическая база в восприятии мира, основанная на житейском опыте. В большей степени они ориентированы на субъективизм и интуицию, что делает их оторванными от реальностей окружающего мира. В ситуациях стресса у этих пациентов возникает состояние растерянности. Важной особенностью в структуре

личности являются гипертрофированные религиозные или нравственные чувства (Рибо А., 2002), часто достигающие степени сверхценных идей.

Резонансный тип

1. Идентификация с объектом собственной страсти.
2. Наличие антисуицидальных факторов.
3. Пресуицидальный период – короткий. Преобладающие формы психической патологии: расстройства личности и поведения, чаще по неустойчивому типу. Постсуицидальный период – риск совершения повторных суицидальных действий низкий.
4. Способ суицида, как правило, повторяет способ самоубийства объекта идентификации.

Типичными психологическими защитами для таких пациентов являются *примитивная идеализация, интроекция и идентификация*. В случае примитивной идеализации происходит неосознанное преувеличение силы и престижа другого человека. Именно по этому механизму появляются кумиры. Склонность к интроекции определяет некритичное усвоение чужих убеждений и установок. При идентификации происходит бессознательный перенос на себя чувств и качеств, присущих другому человеку и недоступных, но желательных для себя. Происходит неосознаваемое следование идеалу, позволяющее преодолеть собственную слабость и комплекс неполноценности. Благодаря идентификации достигается символическое обладание желаемым, но недостижимым объектом, что затем ложится в основу формирования суицидального поведения.

В досуицидальном периоде они демонстрируют высокую потребность в любви и романтических отношениях, а также желание конструировать собственную жизнь под влиянием более сильной доминирующей личности, вплоть до полной идентификации с этой личностью. Подобное сочетание черт в структуре личности приводит при определенных обстоятельствах (например, смерть кумира) к появлению суицидальных тенденций.

Маскированный тип

1. Выраженная фрустрация.
2. Ослабление влияния антисуицидальных факторов.
3. Пресуицидальный период – субдепрессивные переживания на фоне психотравмирующих ситуаций. Преобладающие формы психической патологии: депрессивные расстройства. Постсуицидальный период – риск совершения повторных суицидальных действий умеренный.
4. Суицидальная попытка бессознательно маскируется под несчастный случай.

Характерны психологические защиты по типу *вытеснения* и изоляции аффекта. Неприятная информация выключается из осознания и легко забывается. Однако негативный эмоциональный заряд продолжает “разрушительное” воздействие на психическую и соматическую составляющую пациента. Пациенты демонстрируют высокий уровень внутренней цензуры, не позволяющей “запретным” эмоциям и побуждениям подниматься на поверхность. Вытесненный эмоциональный фрагмент становится объектом сознания вторично, в виде симптомов невроза, сновидения и непреднамеренных случайных действий.

В докризисном периоде имеется склонность к алекситимии и, как следствие, психосоматическим заболеваниям. Все пациенты с трудом могут вербализовать собственные ощущения, чувства и переживания.

Дифференцированные подходы к психотерапии

Типы суицида: витальный, амбивалентный.

Цель: обретение смысла существования.

Вид психотерапии: экзистенциально-гуманистическая психотерапия.

Типы суицида: ситуационный.

Цель: улучшение понимания самого себя и своих побуждений, улучшение качества межличностных отношений.

Вид психотерапии: трансактный анализ.

Типы суицида: спонтанный и аффективный.

Цель: обучение самостоятельному распознаванию спонтанных эмоциональных импульсов и управлению их проявлениями.

Вид психотерапии: эриксоновский гипноз, НЛП, самовнушение.

Типы суицида: институциональный, резонансный, маскированный.

Цель: разрушение ложной психопатологической конструкции.

Вид психотерапии: рациональная психотерапия.

**Уровень терапевтической установки пациента
(по Старшенбауму Г.В.):**

1. Конструктивный – с ожиданием помощи в преодолении кризисной ситуации.
2. Симптоматический – с мотивацией лишь к ликвидации симптомов.
3. Манипулятивный – с попыткой использовать влияние психотерапевта для улучшения отношения к себе участников конфликта.
4. Демобилизующий – с отказом от психотерапии.

**Эффективное применение кризисной терапии
возможно при наличии или мобилизации
у пациента:**

1. Выраженной потребности к возвращению на докризисный уровень функционирования, а при необходимости – и к расширению своих адаптационных возможностей.
2. Достаточно высокого уровня критичности, обеспечивающего пациенту возможность исследовать совместно с психотерапевтом кризисную ситуацию в свете собственного участия в развитии кризиса.
3. Внутриличных ресурсов, необходимых для рассмотрения рекомендаций психотерапевта, терапевтической перестройки, принятия и выполнения решений, направленных на разрешение кризиса.

Наиболее частые ошибки при проведении кризисной терапии (по Дернер К. и Плог У.)

1. Недостаточное внимание к сигналам пациента о его суицидальных намерениях, которое обычно связано с опасениями терапевта относительно риска суицида.
2. Навязывание пациенту позитивного решения, чтобы успокоить собственный страх.
3. Бесконечные расспросы, скрывающие от пациента страх и недостаточную эмпатию.
4. Взятие на себя полной ответственности за жизнь пациента, активные профессиональные воздействия без учета их влияния на пациента, которому остается пассивная роль.

Рекомендации консультанту, работающему с суицидальным клиентом:

1. Не впадайте в замешательство и не выглядите шокированным.
2. Не пытайтесь спорить с пациентом или отговаривать его от суицида, Вы проиграете спор.
3. Не пытайтесь преуменьшить боль, переживаемую другим. Высказывания типа “Нет причин лишать себя жизни из-за этого” лишь показывают человеку, что Вы его не понимаете.
4. Не пытайтесь улучшить и исправить состояние клиента. Ему больно, и важно показать, что Вы это понимаете.
5. Не предлагайте простых ответов на сложные вопросы. Принимайте проблемы человека серьезно, говорите о них открыто и откровенно, оценивайте их значимость с точки зрения этого человека, а не со своей собственной или общепринятой.
6. Не говорите: “Подумай, скольким людям гораздо хуже, чем тебе, ты должен быть благодарен судьбе за все, что имеешь!” Эти слова не решат проблемы, а усугубят у

человека чувство вины, поэтому они могут принести только вред.

7. Никогда не обещайте держать план суицида в секрете.

ЗАДАЧИ КРИЗИСНОЙ ТЕРАПИИ:

Кризисная поддержка

1. Установление терапевтического контакта.
2. Раскрытие психотравмирующих переживаний.
3. Мобилизация личностной защиты.
4. Заключение терапевтического договора.

Кризисное вмешательство

1. Рассмотрение еще неопробованных способов решения кризисной проблемы.
2. Выявление неадаптивных установок, блокирующих оптимальные способы решения кризиса.
3. Коррекция неадаптивных установок.
4. Активизация терапевтической установки.

Повышение уровня адаптации

1. Тренинг неопробованных способов адаптации.
2. Выработка навыков самоконтроля и самокоррекции в отношении неадаптивных установок.
3. Введение новых значимых других с целью продолжения тренинга навыков адаптации после окончания терапии.

СЕМЕЙНАЯ КРИЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ

Семейная кризисная терапия показана и возможна при наличии собственной инициативы членов семьи пациента, их вовлеченности в кризис, необходимости их включения в помощь индивиду. Важным признаком членов семей является выраженное чувство *вины* перед пациентом, о котором сообщают 83% членов семей суицидента. Кроме того, родственники достаточно часто (31%) испытывают чувство *гнева* по отношению к пациенту, осуждают его за произошедшее.

Около 8% семей говорят о *безразличии*, холодности, неприязни. Как правило, пациент в этих семьях был изолирован, чувствуя при этом свое одиночество. Эти семьи наиболее сложные в плане проведения психокоррекционной работы. Они оказывают минимальную поддержку пациенту.

Согласно схеме семейных отношений Э.Е. Бехтеля (1991), при возникновении болезни или проблем у члена семьи его близкие проходят 4 стадии отношений. Первая стадия – игнорирование болезни родственника. Вторая стадия – этап осознания болезни родственника и активные усилия, предпринимаемые для его выздоровления. Третья стадия – этап затухания активности родственников, игнорирование больного. Четвертая стадия – перестройка структуры семьи и инкапсуляция больного. Часто суицидент находится именно на четвертой стадии.

Наиболее продуктивными при проведении психотерапии являются следующие действия: активное сотрудничество пациента в терапевтическом процессе; активный поиск поддержки в терапевтической и социальной среде; анализ стрессовой ситуации его последствий; разумная степень игнорирования конфликта; стоицизм и терпеливость; сохранение самообладания; эмоциональная разрядка; альтруизм.

Нередко распознавание пациентом механизмов психологической защиты затруднено. В этом случае акцент в психотерапевтической работе делается именно на развитии и поддержании у пациента механизмов совладания.

РЕКОМЕНДАЦИИ В РАБОТЕ С ПОТЕНЦИАЛЬНЫМИ САМОУБИЙЦАМИ (по Менингеру К.)

Мировоззренческие установки

- специалист не может нести ответственность за то, что говорит и делает пациент вне стен терапевтического кабинета;
- самоубийство иногда происходит независимо от отношения к пациенту;

- невозможно предотвратить самоубийство, если пациент окончательно принял такое решение.

Тактика при консультировании пациентов с суицидными намерениями

- необходимы бдительность и готовность к неудаче;
- в рискованных случаях обязательно следует консультироваться с коллегами.

Как реагировать на самоубийство пациента

- исходите из того, что самоубийство всем причиняет боль;
- вы приобретаете профессиональный опыт;
- не удивляйтесь собственному подавленному настроению, чувствам вины и гнева.

Преодоление последствий самоубийства пациента

- скорбь – естественная реакция, и все ее переживают одинаково;
- говорите и переживайте, но без излишнего самообвинения;
- позвольте себе выговориться с коллегами, друзьями, в семье.

Особенности кризисной терапии

Терапевтические факторы	Традиционная психотерапия	Кризисная психотерапия
Ориентация	Патогенетическая	Проблемная (кризисная)
Цель терапии	Осознание и коррекция неадаптивных внутри- и межличностных установок	Купирование кризисных проявлений и профилактика их рецидивов
Задачи терапии	Повышение возможностей самовыражения, аутентичности и эмпатии	Дезактуализация травмирующих переживаний, повышение возможностей адаптации

Основные методы	Спонтанное взаимодействие, инсайт, коммуникативный тренинг	Кризисно-проблемные дискуссии, когнитивная перестройка, тренинг навыков адаптации
Фокус занятия	Межличностный процесс “здесь и сейчас”	Высокозначимые взаимоотношения в микро-социальном окружении пациента
Позиция психотерапевта	Недирективная, с паритетным разделением ответственности за результат лечения и полной ответственности пациента за его поведение	Активная, при необходимости директивная, обеспечивающая поддержку и руководство поведением пациента
Срок лечения	3–6 месяцев	1 месяц

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХОСОМАТИКИ. ПСИХОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

(клиника, диагностика и подходы к психотерапии)

М.А. Парпара

ПСИХОСОМАТИКА

Психосоматика (др.-греч. ψυχή – душа и σῶμα – тело) – направление в медицине (психосоматическая медицина) и психологии, изучающее влияние психологических факторов на возникновение и течение соматических (телесных) заболеваний. На сегодняшний день (говоря о психосоматике) чаще всего условно выделяют:

1. Психические расстройства с соматическими симптомами, не имеющие 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 в вопросах терапии. Для понимания сложности психосоматического взаимодействия, выбора адекватных мишеней психотерапии необходимо проанализировать существующие взгляды на проблему психосоматики.

Термин “психосоматический” впервые появился в 1818 г., его использовал врач И.Х. Гейнрот (Heinroth), который считал, что моральные качества человека и переживание им чувства вины являются причиной различных заболеваний и расстройств. М. Якоби (Jacobi) дополнил эту концепцию определением “соматопсихический” в 1822 г., подчеркнув, таким образом, вклад соматического в психическое состояние.

Так, согласно данным проф. Н. Сарториуса (Sartorius, 2018), больные диабетом имеют более высокий риск возникновения депрессий. Отечественные авторы также свидетельствуют о высокой коморбидности психических и соматических расстройств, что ухудшает прогноз соматических болезней, в том числе за счет снижения приверженности лечению, повышает риск суицидов у пациентов с неблагоприятным прогнозом их соматической патологии.

РАЗДЕЛ 1. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Признаки психосоматических заболеваний (по Schneider, 2007)

Клинические признаки

- Явное разногласие между жалобами и результатами обследованиями;
- Нечеткие или “псевдодиагнозы” (дистония, фибромиалгия);
- Сопутствующие психические расстройства (прежде всего тревожные и депрессивные).

Поведенческие признаки

- Явное расхождение между степенью страдания и объективно ожидаемым масштабом жалоб;
- Ожидаемая **вторичная выгода**¹ от болезни;
- Выраженный отход от социума;
- Частая смена лечащего врача (“доктор-шоппинг”);
- Психиатрическое или психотерапевтическое лечение в анамнезе;
- Подозрение на аггравацию или симуляцию.

¹ Вторичная выгода – преимущества, бессознательно приобретаемые человеком при его заболевании и извлекаемые им из самой болезни (Лейбин В., 2008); первичная выгода – напротив, осознанная выгода, например, больничный лист.

Связь с психической травмой

- Временная связь актуальных или длительных нагрузок или травмирующих воспоминаний с появлением соматических симптомов;
- Признаки ранних детских травм, текущих длительных стрессов.

Основные концепции возникновения психосоматических расстройств

Психовегетативный синдром

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. 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, 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 первой форме преобладают симптомы раздражения, внутреннего напряжения, беспокойства и страха.

При второй форме – симптомы истощения.

В отечественной литературе психовегетативные нарушения рассматриваются в рамках вегетососудистой (вегетативной) дистонии. В зависимости от вовлеченности систем организма выделяют следующие типы функциональных психовегетативных синдромов:

1. Кардиоваскулярный синдром, проявляющийся изменениями сердечного ритма, атипичными болями в области сердца, а также патологическими вазомоторными реакциями.

2. Гипервентиляционный синдром, который выражается функциональными нарушениями дыхания, инспираторной одышкой, приступами непродуктивного кашля, сопением и зевотой, которые можно расценивать как своеобразные эквиваленты гипервентиляции.

3. Расстройства пищеварительного тракта, к которым относятся психогенные дисфагии, рвота, тяжесть в области эпигастрия, переходящие вздутия живота, а также боли в различных областях ЖКТ, синдром раздраженного кишечника, 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.

4. Нарушение потоотделения в виде эссенциального гипергидроза, которое во время сна обычно прекращается.

5. 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 органных нарушений.

6. Нарушение терморегуляции может наблюдаться в виде гипертермии, гипотермии, ознобоподобного 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. 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. При этом немало важное значение имеет преморбидный дефект вегетативной нервной регуляции

Ценность концепции психовегетативных расстройств обусловлена тем, что в рамках данного научного направления была выделена 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. Кроме этого, 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, но 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.

Психовегетативный синдром, согласно МКБ-10, включен в категорию соматоформных расстройств. Однако как синдром может наблюдаться при депрессиях и тревожных расстройствах.

Конверсия

Согласно психодинамической концепции психосоматических расстройств, у больного имеется внутриличностный конфликт, а тело является лишь ареной для символического выражения происходящего.

По мнению психоаналитиков, личностные особенности, такие как застенчивость, чрезмерная погруженность во внутренний мир, склонность к эмоционально незрелым реакциям, например, обвинению окружающих в своих неудачах, могут приводить к возникновению различных неврозов, в том числе с психосоматическими жалобами.

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 осуществляется по другим, конверсионным, механизмам. В итоге эти аффекты и побуждения конвертируются в соматические симптомы, что позволяет им быть выраженными изолированно и неосознанно.

Теория Шура “Десоматизация – ресоматизация”

Предполагается, что по мере взросления, созревания психической и соматовегетативной сфер, развития произ-

вольности и дифференцированности функционирования происходит десоматизация – вегетативные процессы, активные действия и соматические реакции все более заменяются речью и внутренними переживаниями.

Однако при неблагоприятном развитии, стрессах, травмах может происходить так называемая ресоматизация с регрессом от психологического уровня к соматическому способу реагирования, как это происходит у детей. При этом эмоциональное нарушение трансформируется в нарушение соматических функций. Это чаще происходит у людей, переживших в раннем детстве много психологических травм и обнаруживающих ограничение функции Я, причем выбор органа определяется как ранними детскими травмами, так и наследственной предрасположенностью.

Модель двухэшелонной линии обороны А. Митчерлиха

А. Митчерлих (Mitscherlich) описал концепцию двухфазного вытеснения – динамического изменения неврозов и соматических заболеваний. Он исходил из наблюдения, что при тяжелых кризах соматического заболевания невроз может видоизменяться или даже исчезать. Согласно данной концепции, после неудач “первой линии обороны” – психических способов решения конфликта включается соматизация – попытка решить проблему за счет симптома. К первой линии относят прежде всего зрелые способы совладания: обсуждение проблем, зрелые личностные защиты, а кроме этого, и незрелые: депрессии, навязчивые мысли и действия, страхи, фобии и т.п.

Соматизация

Считается, что психоаналитик В. Штекель (W. Steckel) впервые ввел в клиническую практику термин “соматизация”. Он использовал его для обозначения истероформных соматических нарушений, рассматриваемых как символическое выражение бессознательного конфликта, как правило, сексуального по своей природе.

Позже, также в рамках психодинамического направления, произошло расширение этого понятия, и оно стало 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, интропсихический конфликт проецируется на органы и системы, не поддающиеся осознанному волевому контролю. Это отличие обусловлено тем что эти органы иннервируются вегетативной нервной системой. 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. При этом эмоциональные воздействия могут стимулировать или угнетать деятельность любого органа.

Органные неврозы, согласно классической психосоматической концепции, возникают на основе констелляции трех основных факторов. Среди них – сформировавшиеся в раннем детстве интропсихические конфликты и связанные с ними защиты. Сюда же относятся предрасполагающий образ жизни или пусковые события, реактивирующие эти конфликты, а также конституциональная соматическая уязвимость.

Исходя из этих представлений, был выделен целый ряд психосоматических расстройств и так называемых “органных неврозов”. При этом многие специалисты полагали, что органные неврозы являются лишь начальной – функциональной – фазой развития органических заболеваний. К органным неврозам относили, в частности, следующие состояния:

- кардионевроз (кардиофобия, синдром д’Аюсты, псевдостенокардия);
- синдром гипервентиляции (гипервентиляционная тетания, дыхательная тетания Rossier, невротическое диспноэ);

- синдром кома в горле (страх глотания);
- синдром раздраженного желудка (нервная гастропатия, неязвенная диспепсия, невротические нарушения функции желудка);
- синдром раздраженного кишечника (эмоциональная диарея, функциональные запоры, синдром возбужденной толстой кишки, слизистая колика);
- психосоматический цистит (раздраженный мочевой пузырь) и др.

Соматизация, в современном понимании, уже не связывается исключительно с психодинамическими теориями, однако большая роль длительного психовегетативного напряжения, на которую указывалось в психосоматической концепции, признается большинством исследователей. Отчасти этому способствовало то, что связь между локальными вегетативными расстройствами и соматическими заболеваниями имеет более сложный и нелинейный характер, и за “органными неврозами” нередко скрываются системные психофизиологические нарушения. Еще один аспект проблемы соматизации связан с ее коммуникативным значением.

На этот аспект псевдосоматических расстройств обращается большое внимание в рамках биопсихосоциальной перспективы. Поэтому в общем виде соматизация все чаще определяется как *склонность некоторых пациентов субъективно 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*. Концепция соматизации лежит в основе представления о соматоформных расстройствах.

Алекситимия

Алекситимия – понятие, впервые введенное психотерапевтом П. Сифнеосом (P. Sifneos), а затем подтвержденное в его совместной работе с Дж. Неми (J. Nemiah). Было описано, что больные с психосоматическими расстройствами ограни-

чены в способности сообщать свои внутренние переживания, что их отличает от невротиков, которые готовы выговориться о сложности своих чувств, их двойственности (так называемая амбивалентность в психоаналитическом значении, что, в отличие от психиатрического термина амбивалентности, применимо к психически здоровым людям).

Было также отмечено, что психосоматические больные, в отличие от больных неврозами, относительно хорошо адаптированы в своем социальном окружении и могут годами имитировать себе и близким состояние удовлетворенности, несмотря даже на объективные факторы стресса. Данный феномен получил название алекситимии, т.е. затруднение в выражении чувств. Ниже дано его современное определение.

Алекситимия – это совокупность следующих характеристик личности:

- затруднение в определении и описании (вербализации) собственных эмоций и эмоций других людей;
- затруднение в различении эмоций и телесных ощущений;
- снижение способности к символизации, в частности, к фантазии;
- фокусирование преимущественно на внешних событиях, в ущерб внутренним переживаниям;
- склонность к конкретному, утилитарному мышлению при дефиците эмоциональных реакций.

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 частности, почему процесс символизации играет большую роль в формировании истерической симптоматики и не имеет существенного значения при психосоматозах.

Популярным объяснением этому феномену стала концепция McDougall. 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 он вырастает с обедненной 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. Исследователи начали рассматривать алекситимию в связи с избеганием сопереживания, слабым вовлечением в психотерапию, усилением соматических жалоб при депрессии и соматоформными расстройствами.

Одним из неблагоприятных последствий формирования копингов, сопряженных с алекситимией, является ограничение в развитии метакогнитивных способностей. 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.

Таким образом, понятие алекситимии выступает на сегодняшний день в качестве важного связующего звена между концепцией соматизации и представлениями о нарушениях аффективной регуляции.

Соматосенсорная амплификация

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 связывалась со 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 стал связываться 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.

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 является, по существу, одновременно и состоянием, и процессом. Она является частью так называемого “перцептивного” стиля, т.е. способности фиксировать только неприятные симптомы. С учетом этого амплификацию можно рассматривать как неадаптивный способ совладания с негативными эмоциями, 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, происходит 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, однако теоретический и методический аппарат, лежащий в основе этого подхода, оказался недостаточным для решения всех возникающих при этом проблем.

Маскированные депрессии

Согласно этой концепции, ряд психосоматических расстройств и неврозов имеет эндогенную природу (генетическую предрасположенность, которая протекает по своим внутренним законам), однако данная теория не отрицает значимости реактивных психологических структур (согласно данной теории, стрессы также влияют на развитие депрессии). Этим объясняются патогенетическая близость между психовегетативными, соматосенсорными и аффективными нарушениями, а также высокая эффективность терапии антидепрессантами в таких случаях. 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 все больше приобретают очерченные эндогенно-депрессивные характеристики.

К расстройствам данного типа Lopez Ibor 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 перемены 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 традиционной 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 положительный эффект от антидепрессантов. Значение концепции маскированной депрессии заключалось 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 подавлять возникающие эмоциональные переживания. Однако у ряда больных “большой депрессией” ее стертый характер обусловлен тем, что они оказываются не в состоянии воспринимать или обозначать свои эмоциональные состояния, а также из-за отсутствия в их лексиконе нужных слов для описания эмоций. Иначе

говоря, генез большого количества соматизированных расстройств связывается с алекситимией.

Концепция соматоформных расстройств

Современная классификация психосоматических расстройств выделяет группу соматоформных расстройств в самостоятельную рубрику. Современные представления о соматоформных расстройствах базируются на том, что эти состояния неоднородны по происхождению. Их объединение в единую группу обусловлено исключительно клинической целесообразностью.

Основополагающими критериями соматоформных расстройств являются следующие проявления (общие критерии):

Повторяющееся предъявление соматических симптомов в сочетании с требованием медицинского обследования, несмотря на отсутствие объективных доказательств физической причины имеющихся расстройств.

Негативное отношение больного к попыткам объяснить данные расстройства психологическими причинами.

Элементы демонстративности поведения, направленного на привлечение внимания, напористых и драматический характер предъявляемых жалоб.

Имеющиеся расстройства не носят характер ипохондрического бредового расстройства и поддаются коррекции в какой-то степени.

В МКБ-10 выделяется несколько основных видов соматоформных расстройств:

- Соматизированное расстройство – F45.0;
- Недифференцированное соматоформное расстройство – F45.1;
- Ипохондрическое расстройство – F45.2;
- Соматоформная вегетативная дисфункция – F45.3;
- Хроническое соматоформное болевое расстройство – F45.4;
- Другие соматоформные расстройства – F45.8;
- Соматоформное расстройство, неуточненное – F45.9.

Для дифференциации отдельных видов соматоформных расстройств в МКБ-10 используются следующие дифференцирующие критерии:

Если присутствует вариабельность необъяснимых с медицинской точки зрения соматических симптомов (множественность, изменчивость и разнообразие локализации телесных ощущений и функциональных соматических нарушений), то речь идет о соматизированном расстройстве – F45.0.

Если присутствует ограниченность “необъяснимых” соматических симптомов и их связь с определенными органами или физиологическими системами, то имеет место психовегетативная дисфункция – F45.3.

Фиксация на возможном наличии серьезных и прогрессирующих соматических заболеваний (так называемая тревога за здоровье) свидетельствует об ипохондрическом расстройстве – F45.2.

Отдельную группу составляет состояние упорной соматоформной боли, которая не может быть объяснена наличием соматической патологии F45.4.

Рассмотрим каждое соматоформное расстройство подробнее.

Соматизированное расстройство – F45.0

Диагностические критерии:

- общие критерии для соматоформного расстройства,
- длительность указанной симптоматики – не менее двух лет, на протяжении которых не выявлено значимой патологии,
- нарушение социальной адаптации (чаще внутрисемейных отношений), связанное с причинами, вызвавшими данное расстройство,
- нередко сопровождаются тревожными и депрессивными расстройствами, которые выражены незначительно и являются вторичными.

Недифференцированное соматоформное расстройство. – F45.1

Клиника схожа с соматизированным расстройством, но отсутствует полная и типичная картина соматизированного

расстройства. Например, времени, с момента возникновения жалоб на множественные симптомы прошло меньше двух лет.

Ипохондрическое расстройство – F45.2

Критерии ипохондрического расстройства:

- общие критерии для соматоформных расстройств,
- постоянная озабоченность возможностью или наличием тяжелого прогрессирующего заболевания физической природы или уродства,
- нормальные ощущения интерпретируются как признаки заболевания,
- внимание, как правило, сконцентрировано на одном – двух органах или системах организма,
- нередко попытки манипулирования в семье или иных социальных сферах с использованием декларируемых расстройств,
- в ряде случаев на первом плане состояния – стремление к преодолению недуга путем подбора оздоровительных мероприятий, щадящего режима и самолечения.

Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы – F45.3

Критерии соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы:

- общие критерии соматоформных расстройств,
- декларируемые расстройства схожи с симптомами заболеваний, обусловленных нарушениями вегетативной нервной системы, однако больные редко конкретизируют, какое именно заболевание у них имеется,
- указания на связь между симптомами и имеющимися проблемами психологического характера.

Как правило, имеется два типа симптомов:

а) отражающие объективные признаки вегетативного возбуждения (сердцебиение, гипергидроз, эритема, тремор)

б) субъективные, неспецифические симптомы (мимолетные вздутия, жжения, чувство тяжести и т.д.).

Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы – F45.3

Диагноз должен быть уточнен пятым знаком, в зависимости от органа или системы, которые пациент рассматривает в качестве причины болезни:

- F45.30 – сердца и сердечно-сосудистой системы;
- F45.31 – верхнего отдела желудочно-кишечного тракта;
- F45.32 – нижнего отдела желудочно-кишечного тракта;
- F45.33 – дыхательной системы;
- F45.34 – мочеполовой системы;
- F45.35 – других органов и систем.

Устойчивое соматоформное болевое расстройство – F45.4

Критерии устойчивого соматоформного болевого расстройства:

- общие критерии для соматоформных расстройств,
- постоянная, тяжелая и психически угнетающая боль,
- связь появления симптомов с конфликтами или психосоциальными проблемами,
- отсутствие других (первичных) психических расстройств (в первую очередь – депрессивных), обуславливающих алгии,
- в ряде случаев – стремление к преодолению болевых расстройств путем разработки вычурных методов лечения с возможной аутоагрессией в тяжелых случаях.

Другие соматоформные расстройства – F45.8

Критерии других соматоформных расстройств:

- общие диагностические критерии для соматоформных расстройств,
- симптомы строго ограничены каким-либо органом или частью тела.

Наиболее частые симптомы:

- Ощущения разбухания,
- “Истерический ком” и другие дисфагии,
- Психогенная кривошея или другие психогенные миопастические расстройства,
- Психогенный зуд,
- Психогенная дисменорея,
- “Скрежетание” зубами.

Соматоформное расстройство, неуточненное – F45.9

Критерии соматоформного расстройства, неуточненного:

- общие критерии для соматоформных расстройств,
- отсутствие критериев других соматоформных расстройств.

Когнитивно-поведенческие теории

По мнению представителей когнитивно-поведенческого направления, образование психосоматических расстройств связано с формированием неправильных интерпретаций телесных ощущений, а также формированием неадаптивных форм поведения в связи с возникшими симптомами.

Определенным недостатком всех нижеперечисленных теорий является редукционизм психики до уровня рефлексов, когда даже мысли становятся рефлексорными, однако данные теории существенно подкрепляют психоаналитические, создают дополнительные мишени для психотерапии.

Концепция поисковой активности (по Ротенбергу В.С. – Аршавскому В.В.)

Согласно этой теории, поисковая активность обладает стимулирующим действием на организм и повышает устойчивость к действию вредных факторов. Отказ от поиска, напротив, снижает адаптивные возможности организма. Концепция основана на наблюдении, что во время войн, экстремальных событий заболеваемость психосоматическими расстройствами снижается, а при нормализации условий – вновь достигает исходного уровня.

В.С. Ротенбергом описан “синдром Мартина Идена” – когда психосоматические болезни возникают у человека на пике его активности. Автор предполагает, что возникающие в этом случае “болезни достижения” (инфаркты, инсульты и т.д.) также связаны с отказом от дальнейшего поиска и утратой смысла жизни, что снижает сопротивляемость организма.

Теория выученной беспомощности М. Селигмана

Выученная беспомощность – состояние, которое возникает у человека или животных после более или менее длительного *аверсивного*² воздействия, избежать которого не удастся. Выученная беспомощность может возникать при длительных стрессах, неправильном воспитании, семейной дисгармонии, в результате собственных неудач.

Теория контроля У. Глассера

Поведение всегда представляет собой проявление попытки контролировать мир и самого себя как часть этого мира с целью наиболее полного удовлетворения собственных потребностей.

Болезнь – это неадаптивное поведение, неэффективный способ контроля, который человек выбирает для управления окружающей реальностью. В раннем возрасте ребенок обучается контролировать окружающих с помощью определенных паттернов своего поведения (плач, улыбка, гнев). У взрослого человека это является инфантильным способом контроля над значимыми фигурами из своего окружения, получения от них помощи либо самооправданием своей бездеятельности.

Психотерапевтические подходы к лечению психосоматических расстройств

Психотерапевтические подходы к терапии психосоматических заболеваний во многом интегративны, сочетают в себе психотерапевтическую работу с личностью (“Я-образ”),

² *Аверсивное воздействие* – событие или физическое ощущение, которое человек считает неприятным и воспринимает как наказание.

когнитивными особенностями пациента (схемы, установки, алекситимия, абсорбция, сверхбдительность, соматосенсорная амплификация), сопутствующими аффективными расстройствами (соматизация аффекта), семейными дисгармониями и трудностями в межличностных отношениях.

На сегодняшний день научно доказанными методами психотерапии неэндогенных психосоматических расстройств являются: когнитивно-поведенческая, психодинамическая, основанная на ментализации, а также межперсональная психотерапия. Достаточно широко используются гештальт-терапия, экзистенциальная психотерапия, психоанализ, групповые и семейные подходы, интегративные модели.

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. Для психотерапии указанных состояний категорически запрещен гипноз, существенно ограничены глубинные техники, включая психоанализ и гештальт-терапию. Таким пациентам рекомендовано психообразование и элементы когнитивно-поведенческих техник. Необходимо подчеркнуть, что любые тренинги (например, коммуникативных навыков, релаксации, психообразование) для данной группы пациентов проводятся под контролем врача-психиатра.

РАЗДЕЛ 2. СОМАТОПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Как было сказано выше, разделение на психогенные и соматогенные расстройства условно. При выделении данной группы учитывается важность органического расстройства, подчеркивается вероятность редукции психопатологической симптоматики при нормализации соматической почвы.

К данным расстройствам относят реакции личности на болезнь и собственно соматогении.

Реакции личности на болезнь

На сегодняшний день большинство авторов свидетельствуют о том, что наличие любой хронической болезни личность переживает как утрату. То есть пациент последовательно проходит типичные для горя фазы:

1. Анозогнозия – отказ принятия болезни, изоляция, вытеснение (“этого не может быть”).
2. Протест – гнев и ярость в отношении своей судьбы, Бога и т.д. (“почему именно я?”).
3. Ведение переговоров – надежда на изменение путем “сотрудничества”, торжественные обещания “начать жизнь заново” в случае исцеления.
4. Депрессия – страх, печаль, замкнутость, повышенное желание говорить о болезни.
5. Принятие – спокойствие, нет желания разговаривать на эту тему.

“Я-образ” пациента, его когнитивные особенности, аффективное состояние, семейное и социальное положение, а также длительность лечения, успехи и неудачи терапии могут приводить к трансформации роли пациента, осознанию наличия выгоды от болезни.

Соматогении

Наряду с психологическим стрессом болезнь оказывает соматогенное воздействие, что также повышает риск возникновения психических расстройств. Примером могут служить депрессия на фоне иммуносупрессивной терапии гепатита С, аффективные нарушения при органических расстройствах головного мозга, сахарного диабета.

Психотерапевтические подходы к лечению соматопсихических расстройств

Ввиду того, что динамика органической патологии существенно влияет на наличие психического расстройства, психотерапевту необходимо способствовать улучшению комплайентности пациентов в отношении указанных сома-

тических заболеваний: режиму приема лекарств, посещению 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 у пациента является противопоказанием к плановой амбулаторной психотерапии, такого больного необходимо госпитализировать в кризисный стационар. После выписки из кризисного учреждения таким больным могут назначать 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 мишенью для психотерапии является условная выгодность болезни, однако ее обсуждение возможно лишь при достаточном уровне доверия между психотерапевтом 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 онкологических больных) могут использоваться техники поддерживающей терапии, легкие трансовые методы (для обезболивания), арттерапевтические техники, помогающие принятию болезни и факта приближающейся кончины.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Е.А. Панченко

Гипократическая школа Косса трактовала болезнь как расстройство отношений между субъектом и действительностью – динамическая, гуморально-духовная, психосоматическая концепция (“человек болен”). Школа первых анатомов Книдоса объясняла болезнь как поражение какой-то материальной структуры – это механическая, органная, соматическая ориентация (“у человека есть болезнь”).

Определение по М. Блейлеру: психосоматические нарушения – это расстройства функций органов и систем в связи с воздействием психогенно травмирующих факторов при определенной личностной диспозиции.

Роль семьи: воспитание по типу доминирующей гиперпротекции (развивается беспомощность, отсутствует поисковая активность), не поощряется свободная экспрессия чувств, нарушение диады “мать-ребенок”.

Классификация (по Сидоровой П.И., Парняковой А.В.)

1. Психосоматозы.
2. Соматизированные формы неврозов и ларвированные депрессии.
3. Психосоматические расстройства, связанные с особенностями эмоционально-личностного реагирования (алкоголизм, наркомания, переедание и пр.).

ПСИХОСОМАТОЗЫ

Бронхиальная астма

Бронхиальная астма (БА) – аллергическая болезнь, аллергоз дыхательных путей, проявляющийся приступами экспираторной одышки и нередко кашля в связи с нарушением бронхиальной проходимости, в основе которых лежит измененная чувствительность (реактивность) бронхов к раз-

личным стимулам. *Роль стресса*: тревога – специфический “маркер” БА. Приступ астмы – эквивалент подавленного плача. *Особенности личности*: “зависимый” тип личности (активное или пассивное перекладывание на других ответственности в важнейших решениях своей жизни; подчинение своих потребностей другим людям; чувство беспомощности и одиночества; страх быть покинутым). *Семья*: неполная или алкогольная семья; мать, не принимающая ребенка, гиперпротекция – зависимость от матери. Внутриличностный (бессознательный) конфликт: зависимости-независимости или близости-дистанцирования. Страх между слиянием с объектом и потерей объекта. Псевдонезависимость. *Особенности психотерапии*: преодоление “выученной беспомощности”; в общении с пациентом избегание как близости, так и отдаления.

Гипертоническая болезнь

Гипертоническая болезнь – заболевание, протекающее с артериальной гипертензией и характеризующееся снижением адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы, нарушением механизмов, регулирующих гемодинамику, ускорением возрастной динамики сосудистых изменений и прогрессирующими осложнениями. *Роль стресса*: хроническое интенсивное нервно-психическое напряжение. *Особенности личности*: желание открыто выражать враждебность при условии сохранения самоконтроля; повышенная ориентированность на социальный успех; дефензивно-эпилептоидные. *Семья*: воспитание строгое и контролирующее; повышенный акцент на воспитании учтивости, послушания, трудолюбия; запрет на выражение агрессивных эмоций. Внутриличностный (бессознательный) конфликт: конфликт между пассивно и активно оборонительными началами. *Особенности психотерапии*: недирективность в общении с пациентом; обучение механизмам отреагирования эмоций; релаксация; социализация с возможностью саногенной реализации авторитарности.

Диффузный токсический зоб

Диффузный токсический зоб – заболевание, обусловленное избыточной секрецией тиреоидных гормонов диффузно увеличенной щитовидной железой. *Роль стресса*: выявляется связь с реальным, нередко острым стрессом (например, испуг, горе, декомпенсация на фоне страха); крах жизненного стиля. *Особенности личности*: эмоционально-лабильный циклоид и психастенический типы. *Семья*: недостаточная забота; преждевременное привлечение ребенка в жизни взрослых; повышенная моральная ответственность; гиперопека близких. Внутрилиchnостный (бессознательный) конфликт: ранняя идентификация со взрослыми приводит к эмоциональной перегрузке; гиперкомпенсаторное самоутверждение; преждевременные усилия созреть и стать самостоятельным”. *Особенности психотерапии*: переработка стрессовой ситуации; гипноз.

Кожные заболевания

Экзема – острое (реже хроническое) рецидивирующее заболевание кожи, характеризующееся полиморфизмом морфологических. **Нейродермит** – хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание кожи, проявляющееся интенсивным зудом, папулезными высыпаниями и уплотнением кожи с усилением ее рисунка (лихенизацией).

Псориаз (чешуйчатый лишай) – хроническое неинфекционное заболевание, поражающее в основном кожу. *Роль стресса*: нервно-психическая травма; умственное переутомление; физическое перенапряжение; длительное переживание отрицательных эмоций. *Особенности личности*: пассивность, трудности самоутверждения; нарциссизм (преувеличенная оценка собственных способностей, эксплуатация других, реагирование на критику чувствами ярости или унижения; требование повышенного внимания; одержимость чувством зависти). *Семья*: воспитание по типу “кумира семьи”; дефицит психологических “поглаживаний”; недостаточный физический контакт. Внутрилиchnостный (бессознательный) конфликт: конфликт истерического типа

(сильная зависимость самооценки от мнения окружающих и отсюда постоянное желание производить благоприятное впечатление на других). *Особенности психотерапии*: объективизация самооценки; техники с внушением.

Язвенная болезнь

Язвенная болезнь – хроническое рецидивирующее заболевание, при котором в результате нарушения нервных и гуморальных механизмов, регулирующих секреторно-трофические процессы в гастродуоденальной зоне, в желудке и 12-перстной кишке, образуются язвы. *Роль стресса*: нервно-психическое перенапряжение. *Особенности личности*: ананкаст; повышенная тревожность; консерватизм; пессимизм относительно будущего; внутреннее напряжение; раздражение по поводу несоответствия реального ожидаемому; неспособность получать удовольствие от жизни. *Семья*: противоречивость воспитания (сочетание гипо- и гиперопеки); конфликтные отношения у родителей; доминантность отца. Внутриличностный (бессознательный) конфликт: фрустрация желания быть вознагражденным и избалованным. Одновременное желание быть независимым и сильным и в то же время потребность в защите и опеке (псевдонезависимые пациенты). *Особенности психотерапии*: симптоматическая терапия; семейная терапия.

Ревматоидный артрит

Ревматоидный артрит – системное заболевание соединительной ткани, основным клиническим проявлением которого является хронический эрозивно-деструктивный полиартрит. *Роль стресса*: психоэмоциональные стрессы; инфекции; физические факторы (переохлаждение, инсоляция). *Особенности личности*: терпеливость и невзыскательность, склонность к опеке окружающих; запрет на открытое выражение агрессивных тенденций; преувеличенная готовность помочь (агрессивная окраска помощи, “любящая тирания”) *Семья*: воспитание по типу высокой моральной ответственности или непоследовательное воспитание (противоречивость установок и требований); холодная мать и подавляемый

ею отец. Внутриличный (бессознательный) конфликт: вытесненная агрессия со временем трансформируется в навязчивую заботу о других. *Особенности психотерапии:* создание возможности осознания собственных переживаний и вторичной выгоды болезней.

МАСКИРОВАННАЯ ДЕПРЕССИЯ

Признаки: ангедония, замедление ассоциативной деятельности, рудиментарная тоскливость, гипобулия, дереализация и деперсонализация, нарушения витальных функций, жалобы соматического характера.

Соматопсихические ощущения в структуре маскированной депрессии

1. Собственно депрессивные боли (цефалгии, абдоминальные алгии и пр.).
2. Гиперестетические алгии.
3. Фантомные боли.
4. Соматогенные, но усиленные депрессией боли.
5. Психалгии (переживания душевной боли).
6. Сенестопатии и сенестоалгии.

Основные точки приложения психотерапии при психосоматических расстройствах

1. Поиск альтернативных способов нормализации психоэмоционального состояния.
2. Выработка эффективных копинг-стратегий.
3. Проработка неосознаваемых (вторичных) “выгод”.

Основные виды проводимой психотерапии: *рациональная, суггестивная.*

Форма проводимой психотерапии: *групповая, индивидуальная.*

Продолжительность проводимой психотерапии: *краткосрочная, с возможным последующим длительным курированием.*

ПСИХОТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Е.А. Панченко

Addictus – это юридический термин, употребляемый в отношении человека “подчиняющегося, осужденного”. Метафорически аддиктивным поведением называется глубокая, рабская зависимость от некой власти, непреодолимой силы, которая обычно воспринимается и переживается как идущая извне – будь то наркотики, алкоголь, сексуальный партнер, пища, деньги, любая система или объект, требующие от человека тотального повиновения.

Аддиктивное поведение выражается в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах или активностях (видах деятельности), что сопровождается развитием интенсивных эмоций (Короленко Ц.П., Донских Т.А., 1990).

Признаки аддикции (по Завьялову В.Ю., 1988; Шейдеру Р., 1998)

1. Неодолимая тяга к ПАВ;
2. Необходимость увеличения дозы (повышение толерантности);
3. Активные поиски препарата;
4. Физическая зависимость.

Разновидности аддиктивных мотиваций

1. Атарактическая (служит для уменьшения внутреннего напряжения, тревоги).
2. Гедонистическая (направлена “на поиск приятного” с целью испытать удовольствие, “побаловать себя”, украсить или разнообразить свою жизнь).
3. Субмиссивная (неспособность отказаться от предлагаемого кем-то приема пищи, что отражает тенденцию к подчинению, зависимости от мнения окружающих).
4. Псевдокультурная (со стремлением продемонстрировать изысканный вкус или материальный достаток).

Основные этапы формирования аддиктивного процесса (по Короленко Ц.П., Донских Т.Д.)

1. Изменение психического состояния в виде повышения настроения в момент приема вещества и фиксация в сознании этой связи.
2. Установление четкой последовательности в прибегании к средствам аддикции и определенной частоты реализации аддиктивного поведения.
3. Развитие аддиктивного поведения как интегральной части личности и его доминанция с изменением стиля жизни и отношений с окружающими.
4. Отсутствие удовольствия от аддиктивного поведения.
5. Разрушение психических, биологических и физиологических процессов в организме аддикта.

Ведущие психологические особенности пациентов при формировании аддиктивных расстройств:

1. Снижение переносимости трудностей повседневной жизни, наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций;
2. Скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством;
3. Внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами;
4. Стремление обвинять других;
5. Попытки уйти от ответственности в принятии решений;
6. Стереотипность, повторяемость поведения;
7. Зависимость;
8. Тревожность.

Психотерапия нарушений пищевого поведения (переедания)

В последней четверти XX в. ожирение стало социальной проблемой в странах с высоким уровнем экономического развития. Тучность – это энергетический дисбаланс между поступлением энергии и ее расходом. 40% мужчин и

28% женщин имеют избыточную массу тела, у 13% мужчин и 16% женщин выявляется ожирение. По данным Института питания РАМН, лишний вес имеют до 40% населения ряда регионов России, причем у 25% из них отмечается ожирение.

Переедание, лежащее в основе пищевой аддикции, приводит к развитию прежде всего алиментарного (экзогенно-конституционального, простого) ожирения, которое составляет более 75% от всех видов ожирения.

Согласно современным представлениям о биологическом базисе депрессивных состояний, основную роль в их развитии играет дефицит катехоламиновой системы: низкий уровень нейромедиатора может быть обусловлен его замедленным синтезом либо ускоренным распадом; гиперактивацией его обратного захвата, низкой чувствительностью постсинаптических рецепторов и другими причинами.

Учитывая, что нарушения в системе этих же нейромедиаторов обуславливают расстройство пищевого поведения, можно предположить, что оба заболевания (ожирение и депрессия) патогенетически могут быть взаимосвязаны и оказывают отягощающее воздействие друг на друга. Часто *ожирение* является типичным психосоматическим расстройством, возникающим на оральной стадии развития, у людей с генотипически-соматическим преформированием, которое отражает нарушение взаимосвязи мать-дитя, ведущее к перекармливанию младенцев и увеличению числа жировых клеток.

При ожирении имеют значение

1. Личностные особенности.
2. Личностные ресурсы (в том числе микросоциальные).
3. Особенности социализации в детском возрасте.

Лечение ожирения предполагает обязательную психотерапевтическую перестройку пищевого поведения; регуляцию поступления в организм энергетических веществ; увеличение энергетических затрат организма (лечебная физкультура, физические методы воздействия).

Основные точки приложения психотерапии

1. Выработка мотивации на изменение пищевого поведения.
2. Работа с поиском альтернативных способов нормализации психоэмоционального состояния.
3. Проработка неосознаваемых (вторичных) “выгод” избыточного веса.

В момент раздражения или скуки возникает стремление к приему пищи с фиксацией на приятных вкусовых ощущениях и вытеснение в подсознание содержаний, имеющих психологически неприятное содержание. Можно сказать, что формирование пищевой аддикции подавляет поиск информации, из которой субъект мог бы узнать о своих проблемах, а при отсутствии адекватного способа справляться с трудностями аддиктивное поведение становится защитным механизмом, который поддерживает психологический гомеостаз.

Основные **виды** проводимой психотерапии: *рациональная, суггестивная.*

Форма проводимой психотерапии: *групповая, индивидуальная.*

Продолжительность проводимой психотерапии: краткосрочная, с возможным последующим длительным курением.

Механизмы совладания с перееданием

1. Отвлечение или переключение мыслей с психотравмирующей ситуации на другие, “более важные” темы размышлений.
2. Эмоциональная разрядка – отреагирование чувств, вызванных психотравмирующей ситуацией.
3. Принятие ситуации, если душевная боль неизбежна.
4. Проблемный анализ психотравмирующей ситуации и ее последствий: поиск соответствующей информации, обдумывание и поиск продуктивных выходов из создавшейся ситуации; придание значения и смысла ситуации и т.д.

5. Отвлечение – обращение к какой-либо деятельности, уход в работу; альтруизм (забота о других).
6. Конструктивная активность – удовлетворение какой-то давней потребности.
7. Поиск поддержки – стремление быть выслушанным; получить понимание и поддержку.

Контрольные вопросы

1. На каких уровнях проявляется субъективная картина болезни?
2. Назовите основные элементы личности.
3. Какие виды описаний используются в психологии?
4. Назовите элементы внутренней картины болезни.
5. Назовите основные требования к личности психотерапевта.
6. Перечислите нежелательные эффекты психотерапии.
7. Какой тип реакции на болезнь можно считать рациональным?
8. Кто автор метода рациональной психотерапии?
9. Назовите основной метод рациональной психотерапии.
10. Что представляет собой метод Э. Куэ?
11. Какое точное название метода, предложенного Э. Джекобсоном?
12. Какое состояние Э. Джекобсон понимал под дифференцированной релаксацией?
13. Кто ввел термин “аутогенная тренировка”?
14. Назовите этапы внушения в гипнозе.
15. Кто первым в России начал читать курс гипнотерапии?
16. Кто ввел термин “антисуггестивный барьер”?

17. Какие цели есть у предварительной беседы во время гипносуггестии?
18. От каких факторов зависит восприимчивость к гипнозу?
19. В какое состояние необходимо ввести больного для успешного проведения гипнотерапии?
20. Какие лечебные механизмы включаются во время терапии гипнотическим сном?
21. Перечислите компоненты психотерапевтической триады В.М. Бехтерева.
22. Назовите методы гипноза без словесного внушения.
23. От каких факторов зависит эффективность гипноза?
24. Перечислите признаки легкого транса.
25. Перечислите признаки транса среднего уровня.
26. Перечислите признаки глубокого транса.
27. Назовите противопоказания для гипносуггестии.
28. У каких групп лиц повышена гипнабельность?
29. Какова взаимосвязь когнитивной психотерапии и бихевиоризма?
30. Что такое Тэвинстонская (или Балентовская) группа?
31. В чем заключается “метод конфронтации”?
32. Каковы противопоказания для групповой психотерапии?
33. Что такое “группа встреч”? Кто ввел термин “психосоматический”?
34. Кто впервые использовал термин “соматопсихический”?
35. Какие специалисты могут заниматься психотерапией в России?
36. Расскажите об истоках термина “соматизация”.
37. Какие признаки психосоматических заболеваний Вы можете назвать?

38. Что такое “вторичная выгодность” болезни?
39. Что представляет собой психовегетативный синдром? Какие виды психовегетативного синдрома можно выделить?
40. Расскажите о концепции поисковой активности по В.С. Ротенбергу – В.В. Аршавскому.
41. В чем заключается концепция десоматизации – ресоматизации?
42. Раскройте термин “алекситимия”.
43. Что собой представляет концепция двухфазного вытеснения?
44. Расскажите о соматосенсорной амплификации.
45. Что такое “маскированная” депрессия?
46. Перечислите реакции личности на болезнь.
47. Что такое анозогнозия?
48. Какие адаптивные реакции на болезнь Вы можете назвать?
49. Что такое “выученная беспомощность”?
50. Назовите мишени для психотерапии психосоматических расстройств.
51. Что представляют собой соматоформные расстройства?
52. Когда трансперсональная психотерапия оформилась как самостоятельное направление?
53. На чем основано холотропное дыхание?
54. Какие категории выделяют в спектре сознания по К. Уилберу?
55. Что включает в себя расширенный биопсихосоциальный подход?

Л и т е р а т у р а

Аведисова А.С., Бородин В.И. К проблеме нежелательных явлений при психотерапии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2004. – Т. 01, № 3. – С. 16-19.

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

Ахмедов Т.И., Жидко М.Е. Психотерапия в особых состояниях сознания (история, теория, практика). – М.: ООО “Издательство АСТ”, 2000. – 768 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.

Боброва М.А. Эмоциональные, когнитивные и личностные нарушения при соматоформных расстройствах (типология, терапия и прогноз): Автореф. ... дис. канд. мед. наук. – М., 2012. – 24 с.

Бородин В.И., Миронова Н.В., Новиков Д.Д. Нежелательные явления в процессе психотерапии (обзор литературы) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2004. – Т.1, № 3. – С. 22-25.

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.

Бьюдженталь 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.

Вельтищев Д.Ю. К вопросу дифференцированной терапии психогенных депрессий. Психологические и психопатологические аспекты прогноза и терапии депрессий. – М., 1985. – С. 40-44.

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

Гроф С. За пределами мозга. Рождение, смерть, трансценденция в психотерапии. – М., 1993. – 497 с.

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

Канаева Л.С. Клиническая трансперсональная психотерапия непсихотических депрессивных расстройств: Автореф. ... дис. канд. мед. наук. – М., 1996. – 26 с.

Канаева Л.С. Ремиссии при непсихотических депрессивных расстройствах (комплексный анализ): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2013 – 34 с.

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

Клиническая психология: Учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер., 2002.

Корсаков С.С. Курс психиатрии. – М., 1893. – 251 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: избранные труды. Материалы научно-практической конференции с международным участием, Санкт-Петербург, 21–22 мая 2009 г. / Под ред. Н.Г. Незнанова. – СПб.: Изд. Санкт-петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, 2009. – С. 157-158.

Краснов В.Н. Некоторые психические особенности протрагированных психогенных депрессий. Материалы конференции “Актуальные проблемы клиники, лечения и социальной реабилитации психически больных”. – М., 1982. – С. 144-147.

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.

Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. – М.: МЕД-пресс, 1998.

Мохамед И.Д., Эмоционально-стрессовая гипнотерапия в системе комплексного лечения больных с депрессивными расстройствами в клинике пограничных состояний: Автореф. ... дис. канд. мед. наук. – М., 1992. – 23 с.

Налимов В.В. Спонтанность сознания. Вероятностная теория смыслов и смысловая архитектура личности. – М., 1989. – 287 с.

Панков Д.В. О некоторых механизмах психической травмы. В сб.: Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях / Под. ред. В.Е. Рожнова, Д.В. Карвасарского. – М., 1982. – С. 41-44.

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

Психиатрия. Национальное руководство / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. – М.: Гэотар – медиа, 2009. – 1000 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.: Апрель-Пресс: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 512 с.

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

Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: учебник. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 880 с.

Спивак Л.И. Измененные состояния сознания при лечении невротических расстройств (опыт применения голотропного дыхания) // Физиология человека. – 1992. – 18(2). – С. 22-26.

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

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

Томе Х., Кехеле Х. Современный психоанализ. 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. – Т.50. – Vol. 50, № 5. – P. 510-519.

Battegey R., Psychotherapy of depressives // Psychopathology. – 1986. – №19 (suppl. 2) – P. 118-123.

Beck. A. T. Thinking and depression: theory and therapy // Archives of General Psychiatry. – 1964. – №10. – P. 561-571.

Beck, A. T. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. N.Y.: 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 Psychology. – 1984. – №57 – P.215-225.

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

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

Brown R.J. Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model// Psychological Bulletin Psychol. – 2004. – Vol. 30. – 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. – Vol. 2, №. 73. – P.173-184.

Bugental J.F.T. The Art of the Psychotherapist // N. Y.: 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. – Vol. 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.

Di Giuseppe, 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., Pretzer J., Fleming, B., Simon, K. Clinical applications of cognitive therapy. N.Y.: Plenum Press. – 1990.

Freud S. The neuro-psychoses of defence// The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth press and the Institute of Psychoanalysis – 1962. – Vol. III.

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

Gosling F.G. Before Freud: Neurasthenia and the American Medical Community: Chicago, Ill: University of Chicago Press. – 1987. – P.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 – Vol. 127, № 4. – P. 835-843.

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

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. – Vol.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.

Karazu T.B. Toward Clinical Model for Depression// *Psychiatry*. – 1990. – V. 147, N 2 – P. 133-147.

Klerman G.L. Affective Disorders// *Psychopathology*. – 1986. – Part 3, Chapter 13 – P. 265-278.

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. – Vol.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. – Vol.2, № 49. – P.152-162.

Lesser I.M. A Review of the Alexithymia Concept// *Psychosomatic Medicine*. – 1981. – Vol.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. – Vol.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. – P.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. – Vol. 20, № 3. – P. 545-549.

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

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

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. – Vol. 12., №7. – P.16-19.

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

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

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

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. – Vol.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. – Vol.73., № 2. – P. 68-77.

Trungpa C. Becoming a full human being. In book: *Awakening the Heart Est/West approaches to Psychotherapy and the Healing Relationship.* – 1983. – P.126-131.

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

Welwood J. On Psychotherapy and Meditation. In book: *Awakening the Heart Est/West approaches to Psychotherapy and the Healing Relationship.* – 1983. – P. 79-90.

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

Конспекты избранных лекций по психотерапии

Учебное пособие

Заведующая редакцией

Н.Б. Гончарова

Редактор

М.М. Игнатенко

Компьютерная верстка

М.М. Абрамовой

Подписано в печать 12.11.2019 г.

Формат 60х84/16. Гарнитура Century Schoolbook.

Бумага офсетная. Цифровая печать. Усл. печ. л. 8,25.

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

119034 ГСП-1, Москва, Кропоткинский пер., 23.