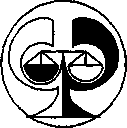
**ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского” Министерства здравоохранения**

1

**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 меди- цинских 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 психи- атрии – 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 психологи- ческого консультирования, а также об отдельных видах психотерапии: краткосрочной психодинамической психотерапии, трансперсональной психотерапии депрессий, психотерапии суицидального поведения и психо- соматических заболеваний. Разделы пособия соответствуют темати- ческому 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.

2

**СОДЕРЖАНИЕ**

ВВЕДЕНИЕ 4

1. [ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХОТЕРАПИИ 6](#_TOC_250002)

Введение в психотерапию

*Е.А. Панченко* ......................................................... 6

Индивидуальное психотерапевтическое консультирование

М.А. Парпара 12

1. [ОТДЕЛЬНЫЕ ВИДЫ ПСИХОТЕРАПИИ 40](#_TOC_250001)

[Краткосрочная психодинамическая психотерапия](#_TOC_250000)

Е.А. Алкеева-Костычева, В.И. Бородин 40

1. ПСИХОТЕРАПИЯ ОТДЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

И СОСТОЯНИЙ 57

Трансперсональная психотерапия депрессий

Л.С. Канаева, В.И. Бородин 57

Особенности психотерапии лиц с суицидальным поведением

Е.А. Панченко 75

Общие вопросы психосоматики. Психосоматические расстройства (клиника, диагностика и подходы к психотерапии)

М.А. Парпара 89

Психотерапия психосоматических расстройств

Е.А. Панченко 112

Психотерапия нарушений пищевого поведения

Е.А. Панченко 117

**ВВЕДЕНИЕ**

Психотерапия становится все более востребованным видом медицинской и психологической помощи населе- нию России. Сравнительно недавно в системе государ- ственной 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 на- стоящее время в арсенале психотерапии имеется большое разнообразие психотерапевтических подходов и направле- ний. Появляются новые психотерапевтические разработки, проводятся исследования эффективности различных пси- хотерапевтических методик. Все это требует регулярного обновления программ подготовки специалистов.

*Цель настоящего учебного пособия* заключается в углу- бленном 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 публи- кации сотрудников ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского”, перечень которых представлен в разделе “Справочно-би- блиографический аппарат”.

Учебное пособие предназначено для непрерывного про- фессионального 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 обра- зовательной программе высшего образования по подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре по специаль- ности 31.08.22 “Психотерапия”.

# ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХОТЕРАПИИ

**ВВЕДЕНИЕ В ПСИХОТЕРАПИЮ**

*Е.А. Панченко*

# Определение

Психотерапия – комплексное лечебное воздействие с по- мощью 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, диа- гностика, решение проблем и т.д.
2. Ось объекта: личность, семья или группа.
3. Ось модели: медицинская, психологическая, педаго- гическая, философская, социальная, недифференци- рованная.
4. Ось места: только психотерапия, психофармакология плюс психотерапия.
5. Ось продолжительности: сверхкороткая (часы), ко- роткая (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 деструктив- ные); катарсис либидо.
3. Сознательное, бессознательное, сверхсознательное (со- весть, самонаблюдение, создание идеалов) – цензура.

# Основные положения (по Юнгу К.)

1. Коллективное бессознательное.
2. Архетипы – форма без содержания, которая направ- ляет 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, одобре- ние, признание.
5. Познавательные потребности: знать, уметь, исследо- вать.
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 при- родой, 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 сконцентри- рованы.
8. Обнаружение своих “защит” и работа по отказу от них.

# Цели когнитивной психотерапии

* 1. Проведение функционального поведенческого ана- лиза.
  2. Изменение представлений о себе.
  3. Коррекция дезадаптивных форм поведения и ирра- циональных установок.
  4. Развитие компетентности в социальном функциони- ровании.

# Нейролингвистическое программирование

1. Человеческий мозг подобен компьютеру, использу- ющему 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 предъ- является 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 – EAP) (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 подготовлен- ности.
3. Гарантировано разнообразие терапевтических мето- дов.
4. Образование в области одного из психотерапевтичес- ких методов должно осуществляться интегрально; оно включает теорию, личный терапевтический опыт и практику под руководством супервизора; одновремен- но 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 психоте- рапии (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 мо- тивацией на длительную психотерапию, а также в связи с недостаточной доступностью квалифицированной психо- терапевтической помощи. Врачам-психотерапевтам, пси- хиатрам 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 затрудне- ний психологического характера (Карвасарский Б.Д., 2002). Консультирование способствует новому видению челове- ком самого себя и своих конфликтов, эмоциональных про- блем 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 кли- нической 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 (***кли-***

***ента***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 упро- щены.

Консультирование может быть самодостаточным видом помощи, но может и мотивировать пациента на более дли- тельные программы психотерапии в случае такой необхо- димости.

# Консультативный процесс Консультативный процесс (по Блазеру А.)

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

1 ***Клиент*** – это *обратившийся за консультацией индивид. В слу- чае 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 собствен- ной 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 консуль- тации;
* Консультации по личному обращению / консультации в результате вызова, направления;
* Без дополнительного тестирования / с дополнитель- ным тестированием;
* Без привлечения методов психологической коррекции (доведение до клиента имеющей отношение к его проблемам психологической информации) / с при- влечением методов;
* Консультации изолированные / комбинированные с другими методами психологической помощи (на- пример, социально-психологический тренинг период между консультациями);
* По характеру теоретического подхода, в котором ра- ботает консультант: когнитивная психология, бихе- виоризм, гуманистическая психология, психоанализ и т.д.).

# Виды консультирования (по Карвасарскому Б.Д.)

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

*Личностно-ориентированное консультирование,* на- правленное 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-ориентиро- ванное консультирование*.

# Проблемно-ориентированное консультирование

Акцент здесь делается на модификации поведения, ана- лизе 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 от- носят поведенческие направления, когнитивно-поведенчес- кую психотерапию, рационально-эмотивную психотерапию и другие.

# Личностно-ориентированное консультирование

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

Многие приемы, используемые в рамках этого направле- ния, 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 кли- ента 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

**Цели консультирования**

**в зависимости от его направления**

*Таблица 1*

|  |  |
| --- | --- |
| Направления консультирования | Цели консультирования |
| Психоаналитическое | Достижение инсайта, развитие более зрелых способов адаптации |
| Экзистенциально-гуманистическое | Обретение и осознание смысла жизни, личностной свободы и от- ветственности за нее, осмысление своих проблем и трудностей, разви- тие собственных способностей для полноценного общения в обществе (в группе, семье, социуме) |
| Гештальт-консультирование | Достижение интеграции личности и реализации творческого потен- циала |
| Поведенческое (бихевиоральное) | Достижение адаптивного поведе- ния |
| 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 кли- ента, осознанию им собственных чувств, потребностей и умению безопасно и конструктивно реализовывать их, принимая во внимание социальные ограничения;
  + Помогать клиенту в обретении и укреплении позитив- ного отношения к себе, осознании себя как творческой, саморазвивающейся, продуктивной личности;
  + Развивать и поддерживать межличностные отноше- ния, способность нести ответственность за их сохра- нение.

# Частные задачи консультирования

*Таблица 2*

**Частные задачи консультирования в зависимости от его направления**

|  |  |
| --- | --- |
| Направление консультирования | Задачи консультирования |
| Психоаналитическое | Способствовать осознанию клиен- том 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 личност- ной свободы и ответственности. |
| Гештальт-консультирование | Cоздать атмосферу, которая спо- собствует развитию творческой силы клиента, его движению по самоактуализации. |

|  |  |
| --- | --- |
| Поведенческое (бихевиоральное) | Определять факторы, поддержи- вающие дисфункциональное по- ведение, обучать новым навыкам (адаптивного) поведения. |
| Когнитивное | Выявлять так называемые автома- тические мысли, изменять их на рациональные, более адаптивные. |

**Этические аспекты консультирования Основной принцип** оказания психотерапевтической,

в том числе консультативной, помощи заключается в нена- несении ущерба (Айсина Р.М., 2018).

Остальные принципы можно считать уточнением к ос- новному.

*Выделяют следующие этические принципы консульти- рования:*

* 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 подчи- нением 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 контрак- та** 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 моти- вацию 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 профессиональ- ного сообщества психотерапевтов.

# Ответственность

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

Врачу-психотерапевту необходимо следить за сохране- нием 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 психоте- рапевтов и задают соответствующие вопросы.

Врач-психотерапевт сдержан в своих обещаниях и от- вечает за них.

3 ***Психотерапевтический контракт*** *представляет собой договор о целях и задачах терапии, длительности, об ответственнос- ти 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 психотера- пии 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 это- го, есть мнение, что у клиента могут возникать сильные отрицательные чувства, например, неадекватное чувство вины, что он более уязвим при любой встрече со своим пси- хотерапевтом.

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 большин- ства соцсетей позволяют изменять конфиденциальность.

По мнению западных коллег, личные отношения с клиен- том 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 во- прос 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 вырабатыва- лись на основе негативного опыта предыдущих поколений психологов и не следует ими пренебрегать.

В случае, если о наличии общих знакомых или родствен- ников 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 само- го пациента (клиента). Недопустимо навязывать пациенту другую систему ценностей.

Например, пациент считает неприемлемым (допустим, по религиозным причинам) применение гипноза, в этом слу- чае, 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 деструктив- ных сект. Известны случаи, когда психолог покидал ряды профессионалов и становился “духовным лидером” такой группы.

# Личностные характеристики, необходимые психотерапевту консультанту

Необходимо обладать ***зрелой идентичностью*** 4, глу- боким 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) индивиду- альность: 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 иден- тичности***, когда личность такой гармонии не достигает и, наоборот, не способна делать осознанный взрослый выбор.

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

Во многих гуманистических подходах психотерапии и консультирования необходимыми считается ***аутентич- ность*** 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 довери- тельных отношений, ход и исход консультации. Техникам вербальной коммуникации необходимо обучаться, существу- ют 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, сопере- живание 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. Ис- кусство консультирования во многом связано с правильно- стью задавания вопросов, своевременностью их задавания.

*Таблица 3*

**Виды вопросов и их функции**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Типы вопросов | Чего можно достичь с помо- щью вопроса | Как его задавать? | Когда его следует задавать? |
| Открытый | Расширение и углубление контакта | С помощью вопро- сительного слова (Что? Как? Для чего?) | На всех этапах консультирова- ния |
| Альтерна- тивный | Перевод беседы в иное русло | С помощью союзов “или”, “либо” | Преимущественно на этапах анали- за и обработки проблемы |
| Закрытый | Добиться опре- деленности | Таким образом, чтобы получить однозначный ответ | Преимущественно в начале и по завершении кон- сультирования |

# 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 вер- бальной активности клиента в тех случаях, когда клиент испытывает опасения или другие затруднения при верба- лизации 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 кли- ента. 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 мыс- ли 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 окру- жающих 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 появ- ляются 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 иссле- дование 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 акту- ализации его основного содержания и сокращению лишней информации. В резюме выражается основная идея несколь- ких утверждений или долгого запутанного высказывания. Оно помогает клиенту систематизировать свои мысли, вспомнить то, что было сказано, побуждает к рассмотрению наиболее значимых.

В отличие от парафраза, применяемого для конкрети- зации только что сказанного, резюмирование относится к беседе, более крупной ее части и даже всей сессии.

Резюмирование применяется в следующих случаях:

* консультант хочет структурировать обсуждение, объ- единив сказанное на данной сессии с тем, что было сказано на предыдущей сессии, ее отдельными эпи- зодами;
* клиент говорит очень долго и запутано;
* тема уже исчерпана или маркирует чрезмерно за- щитную 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 по- пытались 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 стремле- нием переложить ответственность на других”.

# Отражение чувств

Отражение чувств представляет собой словесное обозна- чение 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 раздраже- ние целый день”.

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

# Конфронтация

Конфронтация – это выявление и демонстрация противо- речий между различными элементами опыта клиента, об- ращение 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 психоло- гической литературы, но с другой – как будто все время откладываете визит к специалисту”.

# Самораскрытие

Самораскрытие представляет собой способ продемон- стрировать 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 реаль- ным в отношениях с клиентом (Ягнюк 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 объясне- ние, 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 (Ягнюк К.В., 2014).

*Пример.*

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

*Пример.*

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

# Прямое руководство

Прямое руководство допускается в аналитической тера- пии, однако чаще используется в рациональных подходах (когнитивно-поведенческая психотерапия, рационально-эмо- тивная 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 бес- сознательном переносе ранее пережитых (особенно в детстве) чувств и отношений, проявлявшихся к одному лицу, совсем на другое лицо.*

8 ***Контрперенос*** *– называется перенос, возникающий у терапев- та, на клиента*.

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

# Приглашение к ассоциациям

Данный способ коммуникации представляет собой пси- хоаналитическую 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 “чи- тается” 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, душев- ного 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 со- беседника о своем отношении и намерениях. Активная жестикуляция часто свидетельствует об эмоциональности, открытости. Жест не прерывает речь, он не является ее по- мехой. 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 по- мощью консультант должен показывать уверенность, спо- койствие. 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 следу- ющую классификацию дистанций общения.

10 ***Синхронизация взаимодействия*** – это согласованность движе- ний людей в процессе взаимодействия.

*Интимная дистанция* (до 45 см) – дистанция общения самых близких людей, при котором включены все сенсор- ные каналы. Иными словами, доступ в эту зону разрешен лишь лицам, с которыми установлен тесный эмоциональ- ный контакт: детям, родителям, супругам и любовникам. Персональная, или личная, дистанция (от 46 до 120 см) – нор- мальная 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 офици- альных 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 ка- бинете 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 по- нимании.

В обоих примерах также идет контроль за темпом рас- сказа со стороны терапевта.

# Рекомендации психотерапевту

С помощью невербального поведения психотерапевт может способствовать раскрытию клиента, установить ***рап- порт*** 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 по- вторяющиеся 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 спе-

циально или клиент стремится произвести впечатление.

Движения клиента: беспорядочные они или скоордини- рованные, 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 невер- бальных знаков.

# Распределение ролей при консультировании

Когда клиент вступает в психотерапевтические отно- шения, он имеет определенные ожидания от того, кто та- кой 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 ожида- ют 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 кли- ента.*

*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 пра-*

*вомерности*.

*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 про- межуточные 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) – двойствен- ность 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 депрес- сию 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 чув- ствами.*

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

*Указание на взгляды клиента относительно человечес- кой 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, ини- циатив 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 специ- алиста поддержать, неискреннее подбадривание может привести к противоположному эффекту.

*Отрицание*. Самая заманчивая из ответных реакций для психотерапевта. Например, когда мы видим страдаю- щего 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 мо- жет начать обвинять клиента. Например, спросить: “Чем же Вы так рассердили начальницу, что она вас выгнала?” Теперь клиент уверен, что психотерапевт считает его вино- ватым.

*Светские реплики*. Они легко сходят с языка, но не при- носят 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 фрустрации 13, 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 консуль- танту 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 контроли-

ровать процесс.

Клиент перестает отвечать на важные вопросы и при этом у консультанта возникает чувство неловкости, неумест- ности 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 об- разом.

*Таблица 4*

**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 кон- сультации | 45–50% | 25–30 мин | 50 мин |
| Окончание консультации | 20% | 10 мин | 15–20 мин |

# Контрольные вопросы

1. Назовите задачи индивидуального психотерапевти- ческого консультирования.
2. Какие специалисты могут осуществлять психотера- певтическое консультирование?
3. Чем консультирование отличается от психотерапии?
4. Какие компоненты включает в себя схема консульта- тивного 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-ориентиро- ванном консультировании?
8. На чем делается акцент при решение-ориентирован- ном консультировании?
9. На чем делается акцент при личностно-ориентиро- ванном консультировании?
10. Назовите цель психоаналитического консультиро- вания.
11. Назовите цель когнитивного консультирования.
12. Назовите цель гештальт-консультирования.
13. Назовите цель экзистенциально-гуманистического консультирования.
14. Каковы задачи психоаналитического консультиро- вания?
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.

**Литература**

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

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

Программа постдипломного образования врачей психотера- певтов (психиатров), работающих в первичной медицинской сети

/ Сборник инструктивно-методических материалов для врачей первичного звена здравоохранения по оказанию помощи пациен- там 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 распро- страненности психических расстройств и экономическим кризисом наряду с разнообразными формами длительной психотерапии резко возросла потребность в краткосрочных методах психологического воздействия, в частности, в кра- ткосрочной психодинамической психотерапии (КПП).

# Определение

Краткосрочной считается психодинамическая психотера- пия, ограниченная 1–40 сессиями (наиболее распространен- ный 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 продол- жаются острые дискуссии о возможности и допустимости вообще краткосрочных форм психотерапевтической помощи, поскольку они вступают в противоречие с базисным психо- терапевтическим постулатом, принятым в психоанализе, а именно “глубинности – долгосрочности”.

Многие психоаналитики и психоаналитически ориен- тированные 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 соз- дает хорошие условия для психоаналитического изучения

проблем времени, разлуки и смерти. И если некоторые пси- хоаналитики 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 пре- восходным методом познания ради достижения быстрых и весьма сомнительных терапевтических целей.

Средний курс психоанализа, проводимого самим З. Фрей- дом, был относительно коротким (от 3 до 6 месяцев), а некоторые из его ближайших учеников (Ранк О.) целена- правленно ограничивали психотерапию 10–12 сеансами. С течением времени, однако, психоанализ стал значительно более длительной процедурой. Только историческая не- обходимость в период после окончания Второй мировой войны, количественное и качественное расширение спроса на психотерапевтическую помощь со стороны малоимущих и защищаемых обществом слоев населения заставили орто- доксальных психоаналитиков отказаться от своих позиций. Франц Александер одним из первых стал применять крат- косрочное психоаналитическое лечение широкого спектра психологических нарушений. К числу сторонников и осно- воположников 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 сторо- ной проблему осуществления психоаналитического лечения в медицинских учреждениях. По мнению ряда авторов, в стационарных условиях при проведении КПП вполне допу- стимо использование любых наличных ресурсов психоана- лиза 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 психо- терапии”, “ориентированной на инсайт терапии”, “эксплора- тивной психотерапии”. Психоаналитическая психотерапия берет начало от классического психоанализа.

# Принципы психоаналитического подхода

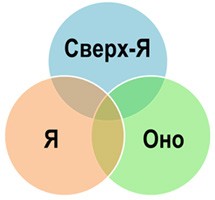
Психоаналитический подход включает пять фундамен- тальных принципов:

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

## Структурный принцип:

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

* Ид (Оно; бессознательное; влечения, принцип удо- вольствия);
* 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 вза- имодействия (конфликта) антагонистических сил (влечений, различных инстанций психического аппарата).

## Экономический принцип:

Логически вытекает из динамического принципа, под- разумевая количественный аспект взаимодействия антаго- нистических сил; вводит понятие относительной величины этих сил.

## Генетический принцип:

Принцип развития, в соответствии с которым все пси- хические феномены имеют происхождение из исходных биологических задатков (влечений) и проходят через по- следовательные этапы психосексуального развития.

## Адаптационный принцип:

Основная цель психического функционирования – адап- тация 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 бес- сознательного. 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 сориентиро- вана 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 взрос-

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 психоте- рапии 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 осо- бые когнитивные механизмы или защиты, межличностное взаимодействие и восприятие партнера по общению через перенос, которому пациент следует в течение жизни и ко- торый таким образом влияет на его психическое состояние и поведение.

Целью ее является понимание функционирования пси- хологических 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 разре- шения таких конфликтов и усиления Эго.
* Желательным является достижение глубокого по- нимания своего прошлого опыта, выражающее собой не только интеллектуальное, но и эмоционально на- сыщенное знание (инсайт).
* Основная задача психотерапевта заключается в пони- мании 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 восстанов- ление, по возможности, полной истории заболевания;
* “мягкое игнорирование” психологических проблем вне фокуса анализируемого конфликта;
* свободные ассоциации;
* интерпретация переноса;
* интерпретация сопротивления и защитных механиз- мов личности;
* подведение четкого итога психотерапевтической рабо- ты на завершающей стадии терапии и формирование рационального отношения к проблеме.

# Четыре последовательные терапевтические процедуры в КПП

***Конфронтация:*** распознавание пациентом специфи- ческих 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 материа- лом, определяя (в вопросительной форме) основной смысл или причину события.

***Проработка:*** обращена к повторениям привычных стереотипов мышления и поведения, постепенному и тща- тельному 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 – “ли- цом к лицу”.
* Соблюдение принципа единообразия времени и места проведения терапии.

# Диагностическая стадия в КПП

Диагностическая стадия в психодинамической психоте- рапии 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 на- стоящего, трансфер (перенос), защита, сопротивление, а также описание и объяснение “пассивной” манеры психотерапевта. При этом перед пациентом ставятся следующие задачи: стре- миться к установлению рабочего альянса с психотерапевтом, учиться свободно ассоциировать, оценивать по достоинству атмосферу безопасности, принять разочарование начальной фазы лечения, достигать понимания трансфера, защит и со- противления, 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 повторяю- щихся стереотипов поведения.
* Обычно фокальный конфликт достаточно явно и активно проявляет себя в жизни пациента тем или иным образом.
* Пробная интерпретация фокального конфликта весь- ма часто приводит к яркому эмоциональному ответу.
* При анализе фокального конфликта следует обращать внимание на значимые для пациента переживания (утраты или успеха), учитывая те области психиче- ского аппарата, где наблюдается явное торможение реакции на терапевтические интервенции.
* Центрирование на том или ином фокальном конфлик- те должно осуществляться в отношении определенной трансферной фигуры (значимой для пациента лич- ности).

# Критерии отбора пациентов для КПП

* 1. Достаточная сила Эго (удовлетворительный уровень интеллекта, образования, зрелое сексуальное поведе- ние, наличие у клиента определенного рода занятий, а также способности принимать на себя ответствен- ность).
  2. Хотя бы одна история межличностных отношений в прошлом, указывающая на способность клиента к ба- зисному доверию, которое является существенным для формирования рабочего (терапевтического) альянса.
  3. Способность к эффективному взаимодействию с тера- певтом (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 про- сто 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 сосре- доточено 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 растройства 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 отреагирова- нию переживаний в виде суицидального или нарко- манического 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-

изоляцию. Телефонные звонки и внезапные вхождения дру- гих людей могут также нарушать терапевтический процесс.

# Варианты КПП

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

Прежде чем остановить свой выбор на том или ином мето- де краткосрочной психотерапии, необходимо провести тща- тельную 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

* + Требующая вмешательства дезорганизация жизни пациента.
  + Хроническое отсутствие объектных отношений (дли- тельная 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 интерпре- таций 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 диагнос- тики и уточнения рамок терапевтического пространства с последующим переходом к поддерживающей или фокусной психоаналитической психотерапии. Продолжительность лечения: от 5 до 30 сеансов.

* + 1. **Экстренная психоаналитическая психотерапия (ЭПП)**

Данный вариант КПП может применяться в качестве неотложной психотерапевтической помощи в наиболее экс- тренных случаях (экстренное вмешательство). Основной целью терапии здесь является оперативное устранение или смягчение наиболее выраженных и острых проявлений расстройств, уменьшение тревоги, обеспечение общей пси- хологической атмосферы комфортности и безопасности при декомпенсации психического состояния пациента, отсутствии или снижении у него способности самостоятельного пре- одоления 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, преимуще- ственно 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 погранич- ных психических расстройствах с тревожно-депрессивной и ипохондрической симптоматикой.

* + 1. **Краткосрочная экспрессивная психотерапия (КЭП)**

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

Заключение специального договора на лечение, в кото- ром 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 невротически- ми расстройствами, а также широком спектре расстройств личности.

## Типичная терапевтическая техника

При проведении интерпретационной работы рекоменду- ется опираться на технически нейтральную, принимающую установку, одновременно предоставляющую возможность дистанцирования. Когда у пациента обнаруживается де- структивное или неблагоприятно влияющее на ход лечения поведение, тогда терапевт может активно вмешиваться, используя директивные интервенции. Затем терапевту не- обходимо 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 сложив- шейся 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 по- граничных пациентов, используя для этого интерпретацию ситуации “здесь и сейчас”.

Основной целью психотерапии является развитие у па- циента способностей к интеграции противоречивых, расще- пленных 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.

* + 1. **Поддерживающая психодинамическая психотерапия (ППП)**

Поддерживающая психотерапия, основанная на пси- хоаналитических концепциях, показана для пациентов, у которых нет достаточной мотивации для более интенсив- ной психотерапевтической работы (в рамках экспрессив- ной психотерапии) или недостаточно развита способность психологически мыслить, т. е. рассматривать собственные психические переживаниями 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 организаци- ей, которые не способны выполнить предварительные условия для экспрессивной или фокусной терапии;
* при этом саморазрушительное (аутоагрессивное) по- ведение 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 психотера- пии, уровень интеллекта и речевого развития паци- ента должен быть достаточно высоким.

## Типичная терапевтическая техника

Акцент на реальности, присущий технике ППП, сни- жает выраженность негативной терапевтической реакции, которая могла бы усилиться при более экспрессивном под- ходе. ППП также предполагает, что жизненная ситуация пациента не чрезмерно хаотична или деструктивна, по- скольку 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 соблюде- ние принципа разделения (для пациента) лекарственного и психотерапевтического воздействия и улучшение комплай- енса по отношению к терапии в целом. Продолжительность лечения: от 5 до 30 сеансов.

* + 1. **Фокусная психодинамическая психотерапия (ФПП)**

Форма краткосрочной психодинамической психотера- пии, рассчитанная на психологическую проработку только главного (фокального) конфликта, то есть определяющего актуальную симптоматику. Маркерами фокального кон- фликта 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 паци- ента 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 расстрой- ствами, находящиеся в острых кризисных ситуациях, связанных с трудностями выбора профессии, сексу- ального 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 фо- куса*, 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 использу- ется анализ переноса и интерпретация материала, получен- ного от пациента, что приводит к прояснению и осознанию проблем и стабилизации личностных реакций пациента. Возможен даже пересмотр отношения личности к имею- щимся проблемам.

ФПП в значительно большей мере, чем долгосрочная психотерапия, ориентируется на способность самого па- циента обобщать и использовать материал, полученный в процессе психотерапии. Ведущий технический принцип: “кресло вместо кушетки”. Применяются интерпретации, от- носящиеся исключительно к главному конфликту. Главный конфликт прорабатывается на уровне переноса, в рамках терапевтических отношений между психотерапевтом и па- циентом, 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 требова- ния к ролевой позиции психотерапевта:

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

Такое “добросердечное отсутствие заботы” на за- вершающем этапе терапии может привести к отри- цательным 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 опре- деление фокального конфликта; на этот этап затрачивается 1–2 встречи с пациентом; в итоге заключается психотера- певтический контракт.

*Средняя – фаза переработки фокального конфликта:*

здесь проводится основная терапевтическая работа.

*Заключительная – фаза сепарации:* разрешение пере- носа и достаточно директивное завершение психотерапии.

Успех лечения проявляется в переживаниях пациен- том 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 отреаги- рованием в виде агрессии и аутоагрессии;
* возможность оказания неотложной медицинской по- мощи;
* комплексный подход к лечению (медикаментозное и немедикаментозное) и реабилитации пациентов;
* ежедневная доступность для пациента врача-специ- алиста.

Кроме этого стационарные условия позволяют не только эффективно использовать наличные ресурсы психодина- мического психотерапевтического лечения, но также инте- грировать традиционный клинико-психопатологический подход и основные принципы психоаналитической метап- сихологии. При этом становится возможным сочетание различных методик КПП с другими терапевтическими и реабилитационными методами (лекарственное и нелекар- ственное биологическое лечение, групповая психотерапия, комплайенс-терапия и др.).

# Заключение

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

# 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 психо- терапевтических 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 созна- ния (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; Гроф С., 1995; Fadiman J., 1980; Vaughan F., 1980; Walsh R.N., 1980; Walsh R.N., Vaughan F., 1980) оформилась как самосто- ятельное 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 спец- ифическое 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 пси- хотерапии, заключающийся в гипервентиляции легких за счет учащенного дыхания и активизации подкорки в результате гипокапнии; на фоне этого возникает чувство эйфории, обманы восприятия и измененное состояние со- знания, облегчающее и обеспечивающее терапевтическое воздействие. Холотропное дыхание было официально раз- решено и зарегистрировано Минздравом РФ в 1993 году.

# Исторические ссылки

* 1. ***Станислав Гроф*** – чешский и американский психо- лог и психиатр, один из пионеров психоделической терапии

– провел исследования влияния препарата ЛСД на челове- ческое сознание и разработал психотерапевтическую технику холотропного дыхания. Он подчеркивал возможность транс- персональных переживаний для любого человека и на этой основе создал расширенную картографию психики.

* 1. ***Кеннет Эрл Уилбер*** – американский философ, писа- тель и публицист, теоретик трансперсональной психологии, использующий интегральный подход к научному знанию, – предложил собственную *теорию* спектра сознания, в рам- ках 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 непатологи- ческие состояния сознания, с комплексом специфических переживаний, которые нельзя расценивать как проявления “внетелесного” опыта “мистических откровений”, “космиче- ского 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 воз- можности 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 трансперсональ- ных 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 транс- персональной психологией и психотерапией, являются создание неординарных моделей сознания и исследование сущности и целительных возможностей ИСС.

Трансперсональная психотерапия изучает сознание в ши- роком спектре его проявлений: множественность состояний сознания, духовный кризис, околосмертные переживания, развитие интуиции, творчества, высшие состояния созна- ния, 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, ра- бота 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 трансперсо- нальной 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 транфор- мацию 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, трав- мирующим факторам.
* Выработка новых стереотипов поведения.
* Переживания в ИСС, символически отражая конкрет- ные эмоции, способствуют внутреннему переосмысле- нию индивидом своей жизненной позиции.

# Клинические базы для КТП

Наиболее предпочтительными базами для использования клинической трансперсональной психотерапии являются:

1. специализированные отделения и клиники погра- ничных состояний;
2. амбулаторные учреждения для пациентов с погра- ничными 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 воз- можностью 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 за- висимости от целей и задач, а также особенностей контингента больных.

# Рамки проведения занятий по КТП

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

# Структура занятий по КТП

* Разминка с самомассажем, элементами самопогруже- ния и релаксации (15 мин).
* Собственно занятие, в которое входит гипнотическое “наведение” различных образов, ощущений и пере- живаний типа полета, бега, погружения в океан и т.д. (15 мин).
* Последующий обмен мнениями и спонтанное рисо- вание (15–30 мин).

# Основное содержание занятия по КТП

В процессе основной (музыкальной) части занятия вер- бальные 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 нача- ле 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 фрагмен- ты программ, предлагаемые С. Грофом, так и этническую музыку, некоторые композиции А. Шнитке (3-ю и 5-ю симфо- нии), С. Губайдулиной, Э. Денисова, Ж-М. Жар, К. Шульце и др. Желательно, чтобы музыка была незнакомой паци- ентам, достаточно громкой и подавалась в определенной последовательности: 1) активизирующая-эмоционально- напрягающая, 2) содействующая эмоциональной разрядке,

1. релаксирующая.

Темп дыхания часто синхронизируется с музыкальным ритмом.

# Работа с телом

Ведущие группы должны стремиться уменьшить спасти- ческие 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 пережива- ний естественным образом как бы вытекал из клинически определенных симптомов и характерологических реакций. При работе с телом пациенты обучаются преодолевать различные негативные реакции (боли, мышечное напряже-

ние, 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 соответ- ствуют 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 ин- дивидуальный автоматизм дыхания, утрачивается про- странственное восприятие своего тела, нередко возникают спонтанные движения (как правило, рук, ног, головы), появляется ощущение “выхода из телесной оболочки”, не- весомости тела, единства с другими людьми. После занятий большинство пациентов испытывают эмоциональный подъ- ем, уверенность в себе, физическую гармонию.

# Процесс “управления сеансом”

Данный процесс фактически сводится к гибкому реагиро- ванию врача, который, используя знание конкретных клини- ческих и характерологических особенностей пациентов, вы- полняет 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 раскован- ности больных, их естественности в выражении чувств

и ощущений, чтобы они не играли роль, а стали сами- ми собой, полностью проявляя собственную спонтан- ность;

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

# Клинические феномены ИСС в процессе КТП

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

# Непатологические феномены в структуре ИСС

* изменения восприятия в виде синестезий, эйдетиче- ских образов, галлюцинаторных образов в зрительном (80%), тактильном (90%), слуховом (11%) и вкусовом (2%) анализаторах, гипер-, гипе- и парастезий, из- менения восприятия схемы тела и явления сомато-, ауто- и аллопсихической деперсонализации-дереали- зации, 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 экстатических аффектов;
* изменения влечений (булимия, гиперсексуальность, активизация моторных реакций);
* соматовегетативные проявления (тахикардия, потли- вость, озноб).

# Факторы развития непатологических феноменов в структуре ИСС

* + Предварительное суггестивное воздействие на слу- ховой анализатор.
    - Музыкальное воздействие на слуховой анализатор.
    - Гипервентиляция.
    - Как правило, ИСС развиваются непосредственно во время сеанса и прекращаются по его окончании; к со- держанию переживаний, галлюцинаторным образам у больных сохраняется критическое отношение, боль- ные сохраняют способность частично или полностью их контролировать.

# Формы реагирования в ИСС

* + - Аффективно-мышечная.
    - Дремотоподобная (соматическая).
    - Сноподобная (трансперсональная).
    - По степени выраженности любая из форм реагиро- вания 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 житей- ских обстоятельствах. Данные негативные эмоции нередко сопровождаются желанием плакать, слезами, реже – рыда- ниями. Позитивный аффект в этой фазе возникает редко и выражается в чувстве приподнятости, уверенности, повышен- ного тонуса, реже – силы, мощи, любви к людям, эйфории. ***Истероподобный тип*** характеризуется мышечным напряжением (от легких форм мышечной “зажатости”, на- пряжения отдельных мышц до карпопедальных спазмов),

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

***Для обоих типов характерно*** то, что сенсорные ощу- щения крайне разнообразные и изменчивые. Визуальные переживания: от мелькания точек, цветных пятен или гео- метрических 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 характери- зуются пациентами “как бурное воображение”. Тактильные ощущения представлены парестезиями, чувством жара или холода, реже – ощущением “холодного голубого потока, про- ходящего сквозь тело”. “Разнообразные запахи” (например, цветов), слуховые обманы (например, скрип колес, журчание воды) наблюдаются довольно редко и обычно соотносятся со зрительными представлениями. Больные сохраняют само- контроль, 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 реагиру- ют 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, “растворен- ности”. 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 са- мосознания” 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 сценоподобный характер, всегда с живым участием больного. Обилие эмо- ционально воспринимаемых образов, чувство вовлечен- ности в происходящее, сила аффективного реагирования поражают больных. Внешне пациенты спокойно лежат, их лица отражают сосредоточенность или восторг, иногда боль- ные делают незначительные движения руками и ногами в такт музыке или в соответствии со своими переживаниями. Вегетативные параметры отражают особенности транспер- сональных переживаний. После занятия пациенты либо активны, деятельны, бодры, либо несколько заторможены.

# Трансперсональные переживания

В клинической психотерапии попытки оценить транс- персональные переживания строятся на анализе динамики последних в процессе курсового лечения больных. Как и в сновидениях, переживания пациентов в сессиях транспер- сональной психотерапии представляют собой причудливую смесь, состоящую из реальных событий прошлого и насто- ящего, их оценки субъектом и индивидуальной трактовки,

фантазий, скрытых желаний и переживаний, как будто не имеющих отношения к данной личности. При всей странно- сти, 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 ***пере- воплощением***. Он отражает чаще всего бессознательную (или сознательно не принимаемую) констатацию своего по- ложения в микросоциальной среде на данный момент. “Я вижу себя растрепанной вороной, сидящей на гнилом болоте, несчастной и глупой” (самоотчет больной 31-го года, с диаг- нозом “Невротическая депрессия”, находящейся в условиях субъективно трудноразрешимой семейной ситуации).

Очень часто в переживаниях пациентов в символической форме отражается ***нереализованная агрессивность***, же- лание быть сильным, внушать страх и уважение окружаю- щим, 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 истеровозбудимой 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” (самоот- чет инженера 41 года, находящегося в конфликтной ситу- ации на работе, с ипохондрической фиксацией; диагноз: “Неврастения коморбидная с зависимостью от алкоголя”).

Очень близки по форме “реинкарнационные” пережива- ния, в большинстве своем отражающие бессознательное ***же- лание уйти от скучного, монотонно-обыденного мира***

***болезней, забот и проблем в мифологически-сказочный мир***. Можно предположить, что при этом в переживания во- влекается чрезвычайно глубокий материал долговременной памяти, когда создается впечатление, что “человек не мог этого знать”. “Ощущаю себя пещерным человеком со шкурой через плечо и копьем 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 за- висимости, нереализованности с уходом в болезнь”).

Экстатические переживания безбрежной свободы, кос- мических полетов, невероятной мощи, битвы, сражения, общения с богами, обладания особыми экстрасенсорными способностями при всей их мегаломаничности весьма легко объясняются ***типологическими особенностями личнос- ти с полузабытыми детскими фантазиями о своей особой значимости***. Они в гротескной, символической фор- ме 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 па- циентом 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 зре- ния 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 пароксиз- мальных расстройств сознания). Данная дифференциальная диагностика проводится на основе сравнения феноменоло- гической структуры ИСС, индуцируемых в сеансах КТП, с разработанными рядом авторов критериями патологических состояний сознания.

Достаточно убедительным доказательством, позволяю- щим дифференцировать ИСС с патологическими состоя- ниями 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 расстрой- ствами:*

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

*Дифференциация ИСС с онейроидом:*

С онейроидом ИСС сближает их сказочно-фантастичес- кий или грезоподобный характер, с деперсонализационны- ми, иллюзорно-галлюцинаторными и вегетовисцеральными проявлениями, гипо- и гиперестезией, нарушениями схемы тела.

*Отличием служат:*

* наличие критического отношения больных к собствен- ным 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 рас- стройством сознания:*

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

*Дифференциация ИСС с делирием*:

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

Отличием являются, прежде всего, отсутствие предше- ствующих интоксикаций, своеобразная “двойная” ориен- тировка, при которой у больных сохраняется ориентация в окружающем, контроль за поведением, движениями, возможность вступить в контакт с больным, отсутствие ис- тинных галлюцинаций и бредовой трактовки переживаний.

*Дифференциация ИСС с исключительными состояни- ями*:

Сходство с исключительными состояниями придает фа- була переживаний (угроза опасности, реальная психотрав- мирующая ситуация), аффект страха.

Отсутствие условий, способствующих возникновению ис- ключительных 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 воспомина- ний о переживаниях событий, происходящих в зале, сви- детельствуют против диагноза исключительных состояний сознания.

# Терапевтическое применение КТП

Клиническая трансперсональная психотерапия ис- пользуется для лечения больных в клинике пограничных состояний в следующих случаях:

* при неврозах, особенно протекающих хронически, и состояниях тревоги, в том числе у пациентов с пани- ческими атаками;
* при депрессиях;
* терапевтически резистентных состояниях;
* расстройствах личности;
* психосоматических расстройствах (бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, экзема, нейродер- мит, 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 же- лание больного сотрудничать с врачом (комплайенс).

# КТП при депрессиях

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

* + повторные легкие или умеренно выраженные психо- генные 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 дру- гим методам терапии. Она хорошо сочетается и дополняется другими психотерапевтическими методиками, а также ле- карственной 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 диагно- стике и лечению психических расстройств.

* + КТП эффективна при легких и умеренно выражен- ных депрессиях и ряде других форм пограничных психических и психосоматических расстройств на всех этапах лечения.
  + КТП хорошо сочетается с другими видами психоте- рапевтического и лекарственного лечения в рамках комбинированной терапии.
  + Переносимость КТП при лечении больных с легкими и умеренно выраженными депрессиями в целом сопо- ставима 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. Преобла- дающие формы психической патологии: шизофрения; органическое психическое расстройство с депрессив- ным синдромом. Постсуицидальный период с высо- ким 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 осознавание собственной неустроенности, развивается де- прессивное состояние, появляются или усиливаются анти- витальные переживания.

В докризисном периоде отмечаются: выраженная направ- ленность личности на соответствие нормативным критериям; инертность, догматизм, желание опираться на существующие мнения, правила и инструкции. Выявляется повышенная требовательность к окружающим и себе, желание соответ- ствовать моральным критериям социума, высоконравствен- ный (или псевдонравственный) образ жизни с тенденцией к подавлению насущных потребностей. Характерными являются подавление спонтанности, контроль над агрес- сивностью, 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 за- болевания и наклонность к формированию зависи- мостей. Пресуицидальный период – длительный. Преобладающие формы психической патологии: депрессивные расстройства; расстройства, связан- ные с употреблением психоактивных веществ. Пост- суицидальный период – риск совершения повторных суицидальных действий умеренный.
4. Суицидальный акт недостаточно продуман. Способ суицида – чаще нелетальный.

Психологическая защита ***вытеснение***. Уход от внутрен- него конфликта происходит путем активного выключения из осознания неприемлемого мотива или неприятной информа- ции. 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 – пережи- вания нескольких разнонаправленных тенденций, борьба мотивов.

В докризисном периоде отмечается высокая потребность в душевном покое и комфорте. Такие люди отличаются скром- ностью, 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 непро- должительный. Преобладающие формы психической патологии: расстройства личности, особенно истериче- ское, возбудимое и диссоциальное. Постсуицидальный период – риск совершения повторных суицидальных действий низкий (при условии разрешения конфликт- ной 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 эмоциональ- ность мышления, высокий уровень социальных притязаний при нестабильной и необъективной самооценке. Потребности

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

# Спонтанный тип

1. Внезапное блокирование какой-либо значимой по- требности.
2. Наличие антисуицидальных факторов.
3. Пресуицидальный период отсутствует. Преобладающие формы психической патологии: расстройства личнос- ти, невротические расстройства. Постсуицидальный период – отношение к суициду критическое или аналитическое. Риск совершения повторных суици- дальных действий умеренный.
4. Суицидальный акт носит неподготовленный, спон- танный 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 склон- ность к импульсивным действиям, низкую способность к анализу собственных действий, нетерпеливость, склонность к риску, часто завышенные притязания, уровень которых име- ет 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 фру- страцией актуальной для пациента потребности.
  2. Наличие антисуицидальных факторов.
  3. Пресуицидальный период короткий. Преобладающие формы психической патологии: алкогольная зави- симость, 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, вынужден- ные действия в ответ на враждебность и недоброжелатель- ность других. Этот тип свойственен пациентам с невысоким морально-этическим уровнем личности. Если же пациент обладает более высоким морально нравственным потенци- алом, то отреагирование агрессии вовне часто рассматрива- ется 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 ригид- ность мышления, склонность к накоплению аффекта с его последующей разрядкой, высокой уровень агрессивности, что в сочетании с существующими морально-нравственными установками является почвой для появления саморазруши- тельных тенденций. Характерны склонность к аффективной захваченности доминирующими идеями, к реакциям раз- дражения и гнева.

# Институциональный тип

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

В докризисном периоде у пациентов формируются психо- логические 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 вос- приятии 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 со- стояние растерянности. Важной особенностью в структуре

личности являются гипертрофированные религиозное или нравственное 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 лич- ности и поведения, чаще по неустойчивому типу. Постсуицидальный период – риск совершения по- вторных суицидальных действий низкий.
  4. Способ суицида, как правило, повторяет способ само- убийства объекта идентификации.

Типичными психологическими защитами для таких па- циентов 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 идентифика- ции происходит бессознательный перенос на себя чувств и качеств, присущих другому человеку и недоступных, но желательных для себя. Происходит неосознаваемое следова- ние идеалу, позволяющее преодолеть собственную слабость и комплекс неполноценности. Благодаря идентификации достигается символическое обладание желаемым, но недося- гаемым 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 пере- живания на фоне психотравмирующих ситуаций. Преобладающие формы психической патологии: де- прессивные расстройства. Постсуицидальный период

– риск совершения повторных суицидальных действий умеренный.

1. Суицидальная попытка бессознательно маскируется под несчастный случай.

Характерны психологические защиты по типу *вытесне- ния* и изоляции аффекта. Неприятная информация выклю- чается из осознания и легко забывается. Однако негативный эмоциональный заряд продолжает “разрушительное” воз- действие на психическую и соматическую составляющую пациента. Пациенты демонстрируют высокий уровень внут- ренней цензуры, не позволяющей “запретным” эмоциям и побуждениям подниматься на поверхность. Вытесненный эмоциональный фрагмент становится объектом сознания вторично, в виде симптомов невроза, сновидения и непред- намеренных случайных действий.

В докризисном периоде имеется склонность к алексити- мии 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 побуж- дений, улучшение качества. межличностных отношений.

*Вид психотерапии:* трансактный анализ.

***Типы суицида:*** спонтанный и аффективный.

*Цель:* обучение самостоятельному распознаванию спон- танных эмоциональных импульсов и управлению их про- явлениями.

*Вид психотерапии:* эриксоновский гипноз, НЛП, само- внушение.

***Типы суицида:*** институциональный, резонансный, маскированный.

*Цель:* разрушение ложной психопатологической кон- струкции.

*Вид психотерапии:* рациональная психотерапия.

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

* 1. Конструктивный – с ожиданием помощи в преодоле- нии кризисной ситуации.
  2. Симптоматический – с мотивацией лишь к ликвида- ции 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 докри- зисный уровень функционирования, а при необхо- димости – и к расширению своих адаптационных возможностей.
2. Достаточно высокого уровня критичности, обеспечива- ющего пациенту возможность исследовать совместно с психотерапевтом кризисную ситуацию в свете соб- ственного участия в развитии кризиса.
3. Внутриличностных ресурсов, необходимых для рассмо- трения рекомендаций психотерапевта, терапевтичес- кой 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 шоки- рованным.
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 кли- ента. Ему больно, и важно показать, что Вы это по- нимаете.
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.

1. 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 продолже- ния 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 явля- ется выраженное чувство *вины* перед пациентом, о котором сообщают 83% членов семей суицидента. Кроме того, род- ственники достаточно часто (31%) испытывают чувство *гнева* по отношению к пациенту, осуждают его за произошедшее.

Около 8% семей говорят о *безразличии*, холодности, непри- язни. 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, игнори- рование 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; сохра- нение самообладания; эмоциональная разрядка; альтруизм. Нередко распознание пациентом механизмов психоло- гической защиты затруднено. В этом случае акцент в пси- хотерапевтической 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 от- ношения к пациенту;
  + невозможно предотвратить самоубийство, если паци- ент окончательно принял такое решение.

## Тактика при консультировании пациентов с суицидными намерениями

* + необходимы бдительность и готовность к неудаче;
  + в рискованных случаях обязательно следует консуль- тироваться с коллегами.

## Как реагировать на самоубийство пациента

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

## Преодоление последствий самоубийства пациента

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

**Особенности кризисной терапии**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Терапевтические факторы | Традиционная психотерапия | Кризисная психотерапия |
| Ориентация | Патогенетическая | Проблемная (кризис- ная) |
| Цель терапии | Осознание и коррекция неадаптивных внутри- и межличностных уста- новок | Купирование кризис- ных проявлений и профилактика их реци- дивов |
| Задачи терапии | Повышение возможнос- тей самовыражения, ау- тентичности и эмпатии | Дезактуализация травмирующих пережи- ваний, повышение воз- можностей адаптации |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Основные методы | Спонтанное взаимодей- ствие, инсайт, коммуни- кативный тренинг | Кризисно-проблемные дискуссии, когнитивная перестройка, тренинг навыков адаптации |
| Фокус занятия | Межличностный процесс “здесь и сейчас” | Высокозначимые взаи- моотношения в микро- социальном окружении пациента |
| Позиция психотерапевта | Недирективная, с паритетным разделе- нием ответственности за результат лечения и полной ответственности пациента за его пове- дение | Активная, при необхо- димости директивная, обеспечивающая под- держку 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 σμα – тело) – направление в медицине (психосоматическая медицина) и психологии, изучающее влияние психологических факторов на возникновение и течение соматических (телесных) за- болеваний. На сегодняшний день (говоря о психосоматике) чаще всего условно выделяют:

1. Психические расстройства с соматическими симпто- мами, не имеющие установленной соматической причины (психосоматические расстройства). К данной группе относят- ся аффективные, тревожные, соматоформные, невротические расстройства, а также псевдоневротические состояния при расстройствах шизофренического спектра.
2. Психические расстройства, связанные с соматичес- ким заболеванием общим патогенезом (соматопсихические расстройства). Данная группа включает органические по- ражения головного мозга, состояния при измененном гор- мональном статусе пациента и т.д.

Данная классификация широко используется в различ- ных пособиях, однако она существенно упрощает взгляд на проблему психосоматики и лишь отчасти ориентирует в вопросах терапии. Для понимания сложности психосома- тического 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 счи- тал, 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 возник- новения депрессий. Отечественные авторы также свидетель- ствуют 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, фиброми- алгия);
* Сопутствующие психические расстройства (прежде всего тревожные и депрессивные).

Поведенческие признаки

* Явное расхождение между степенью страдания и объ- ективно 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 приобретае- мые 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 нагру- зок 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 психиатричес- кой школе на протяжении 50-х годов прошлого века, откуда она перешла в отечественную психоневрологию, в том числе в рамках изучения гипоталамических расстройств. Под пси- ховегетативным синдромом (ПВС) понимают разнообразные вегетативные расстройства (побледнение или гиперемия кожных покровов, тремор, гипергидроз, тахикардия, повы- шение или снижение артериального давления, алгические ощущения, дисфункции систем и органов), возникающие в ответ на любое, даже незначительное, эмоциональное на- пряжение.

Согласно L. Delius, ПВС имеет конституционально-на- следственный характер и связан с лептосомным строением тела. Другим этиологическим фактором являются пере- несенные соматические заболевания. В зависимости от от- несения вегетативных симптомов к одной или нескольким физиологическим системам выделяют две клинические раз- новидности 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 нару- шения рассматриваются в рамках вегетососудистой (вегета- тивной) дистонии. В зависимости от вовлеченности систем организма выделяют следующие типы функциональных психовегетативных синдромов:

1. Кардиоваскулярный синдром, проявляющийся изме- нениями сердечного ритма, атипичными болями в области сердца, а также патологическими вазомоторными реакци- ями.
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, преходящие вздутия живота, а также боли в раз- личных областях ЖКТ, синдром раздраженного кишечника, проявляющийся болью в нижних отделах живота облегча- емой дефекацией и сочетающейся с изменением частоты и консистенции стула (запоры, поносы или их чередование), ощущением вздутия живота, чувством неполного опорож- нения кишечника.
4. Нарушение потоотделения в виде эссенциального гипергидроза, которое во время сна обычно прекращается.
5. Сексуальная дисфункция, проявляющаяся наруше- ниями эрекции или эякуляции у мужчин, вагинизмом или аноргазмией у женщин при сохранном или сниженном ли- бидо. Вариантом сексуальной дисфункции считается также цисталгия с учащенным мочеиспусканием при отсутствии органных нарушений.
6. Нарушение терморегуляции может наблюдаться в виде гипертермии, гипотермии, ознобоподобного гиперки- неза 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 времени считается установленным, что определяющую роль в меха- низмах 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 об- условлена тем, что в рамках данного научного направления была выделена специфическая группа нарушений, проявля- ющихся соматическими симптомами, генез и динамика кото- рых тесно связаны с психоэмоциональным состоянием чело- века. 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 рас- стройств как центрального звена, связывающего психические и соматические компоненты соматоформных расстройств в единое целое. Однако в рамках рассматриваемого подхода собственно психические механизмы, ответственные за воз- никновение вегетативной симптоматики, в значительной степени остались недооцененными.

Концепция психовегетативного синдрома обращает внимание на специфику периферических вегетативных на- рушений, 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 на- рушений, лежащих в основе соматизации.

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

# Конверсия

Согласно психодинамической концепции психосомати- ческих 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 вну- тренний мир, склонность к эмоционально незрелым реак- циям, 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 ко- торой телесные симптомы появляются как специфический патологический ответ на хронические эмоциональные кон- фликты. Одно из важных открытий психоанализа состояло в том, что, если эмоция не может быть выражена или осла- блена в результате произвольной активности, она способна стать источником хронических психических и соматических расстройств. При этом важную роль играет механизм вы- теснения, благодаря которому происходят исключение из сознания травматического материала и блокада адекватной эмоциональной разрядки. Вследствие этого эмоциональная разрядка осуществляется по другим, конверсионным, меха- низмам. В итоге эти аффекты и побуждения конвертируются в соматические симптомы, что позволяет им быть выражен- ными 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, актив- ные действия и соматические реакции все более заменяются речью и внутренними переживаниями.

Однако при неблагоприятном развитии, стрессах, трав- мах 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, пере- живших 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 двух- фазного вытеснения – динамического изменения неврозов и соматических заболеваний. Он исходил из наблюдения, что при тяжелых кризах соматического заболевания не- вроз может видоизменяться или даже исчезать. Согласно данной концепции, после неудач “первой линии обороны” – психических способов решения конфликта включается со- матизация – попытка решить проблему за счет симптома. К первой линии относят прежде всего зрелые способы совла- дания: 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 “соматиза- ция”. Он использовал его для обозначения истероформных соматических нарушений, рассматриваемых как символичес- кое выражение бессознательного конфликта, как правило, сексуального по своей природе.

Позже, также в рамках психодинамического направ- ления, произошло расширение этого понятия, и оно стало использоваться для обозначения так называемых психосо- матических заболеваний, в происхождении которых большая роль отводилась психологическим факторам. При этом по- нятие соматизации было разведено с понятием конверсии на основании того, что при соматизации, согласно психоди- намическим воззрениям, интропсихический конфликт про- ецируется на органы и системы, не подающиеся 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 эмоци- ональными ситуациями и специфическими сочетаниями психосоматических реакций. При этом эмоциональные воз- действия могут стимулировать или угнетать деятельность любого органа.

Органные неврозы, согласно классической психосома- тической 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 “орган- ных неврозов”. При этом многие специалисты полагали, что органные неврозы являются лишь начальной – функ- циональной – фазой развития органических заболеваний. К органным неврозам относили, в частности, следующие состояния:

* кардионевроз (кардиофобия, синдром д’Акосты, псев- достенокардия);
* синдром гипервентиляции (гипервентиляционная тетания, дыхательная тетания Rossier, невротическое диспноэ);
  + синдром кома в горле (страх глотания);
  + синдром раздраженного желудка (нервная гастропа- тия, неязвенная диспепсия, невротические нарушения функции желудка);
  + синдром раздраженного кишечника (эмоциональная диарея, функциональные запоры, синдром возбуж- денной толстой кишки, слизистая колика);
  + психосоматический цистит (раздраженный мочевой пузырь) и др.

Соматизация, в современном понимании, уже не связы- вается исключительно с психодинамическими теориями, однако большая роль длительного психовегетативного на- пряжения, на которую указывалось в психосоматической концепции, признается большинством исследователей. Отчасти этому способствовало то, что связь между локаль- ными вегетативными расстройствами и соматическими за- болеваниями имеет более сложный и нелинейный характер, и за “органными неврозами” нередко скрываются системные психофизиологические нарушения. Еще один аспект пробле- мы соматизации связан с ее коммуникативным значением. На этот аспект псевдосоматических расстройств обра- щается большое внимание в рамках биопсихосоциальной перспективы. Поэтому в общем виде соматизация все чаще определяется как *склонность некоторых пациентов субъ- ективно переживать и сигнализировать окружающим о наличии у них психологических или межличностных за- труднений 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 психотера- певтом П. Сифнеосом (Р. 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 называе- мая 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 адап- тированы 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 характе-

ристик личности:

* затруднение в определении и описании (вербализа- ции) собственных эмоций и эмоций других людей;
* затруднение в различении эмоций и телесных ощу- щений;
* снижение способности к символизации, в частности, к фантазии;
* фокусирование преимущественно на внешних собы- тиях, в ущерб внутренним переживаниям;
* склонность к конкретному, утилитарному мышлению при дефиците эмоциональных реакций.

Первоначально алекситимия рассматривалась в пси- ходинамическом ключе как развитие представлений о за- щитах 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 формирова- нии истерической симптоматики и не имеет существенного значения при психосоматозах.

Популярным объяснением этому феномену стала кон- цепция 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 вырас- тает с обедненной эмоциональной жизнью и ограниченной способностью к фантазии. При этом перед лицом инстин- ктивных побуждений человек оказывается неспособным справляться с ними в силу ограниченности их субъективной репрезентации и сниженного аффективного ответа.

Однако впоследствии этот конструкт начал интерпрети-

роваться в психофизиологическом и когнитивном контексте. Исследователи начали рассматривать алекситимию в связи с избеганием сопереживания, слабым вовлечением в психо- терапию, усилением соматических жалоб при депрессии и соматоформными расстройствами.

Одним из неблагоприятных последствий формирования копингов, сопряженных с алекситимией, является огра- ничение 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 сегод- няшний день в качестве важного связующего звена между концепцией соматизации и представлениями о нарушениях аффективной регуляции.

# Соматосенсорная амплификация

Этим понятием обозначается склонность пациентов ис- пытывать соматические ощущения, даже незначительные, как интенсивные, неприятные, беспокоящие и считать их проявлением физической болезни. О соматосенсорной ам- плификации принято говорить в тех случаях, когда жалобы больного на физическое недомогание не соответствуют объ- ективной 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 субъ- ективным усилением восприятия телесных проявлений эмоций, нередко за счет редукции собственно аффективных. Первоначально соматосенсорная амплификация связыва- лась со снижением сенсорных порогов и особым конститу- циональным 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 ампли- фикации стал связываться с центральными механизмами сенсибилизации, описанными на примере хронического болевого расстройства. При этом патогенез соматосенсор- ной амплификация 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 аффек- тивные проявления эмоций в этот момент редуцируются. Сказанное отчасти позволяет объяснить появление множе- ственных “необъяснимых” физических жалоб и формирова- ние ипохондрической концептуализации, а также различия в интенсивности субъективных переживаний, которые ис- пытывают 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 воз- никающим телесным ощущениям;
* склонность выделять и фиксироваться на определен- ных относительно слабых или необычных телесных ощущениях;
  + тенденция интерпретировать сомнительные или не- определенные внутренние и соматические ощущения как патологические и являющиеся выражением сим- птомов заболевания, отвергая их естественную или функциональную природу.

Амплификация является, по существу, одновременно и состоянием, и процессом. Она является частью так называ- емого “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 пато- логический путь и, как следствие, происходит еще большая фиксация на телесных ощущениях и формирование “избе- гающего темперамента”, лежащего в основе соматизации.

Таким образом, концепция амплификации в клиничес- ком плане была призвана интегрировать представления о на- рушениях 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 рас- стройств и неврозов имеет эндогенную природу (генетичес- кую предрасположенность, которая протекает по своим внутренним законам), однако данная теория не отрицает значимости реактивных психологических структур (согласно данной теории, стрессы также влияют на развитие депрес- сии). Этим объясняются патогенетическая близость между психовегетативными, соматосенсорными и аффективными нарушениями, а также высокая эффективность терапии антидепрессантами в таких случаях. Важным подтверж- дением 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; агорафо- бию 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 пере- рывы между фазами могут быть слабо выражены; наличие базисного субдепрессивного состояния, характеризующегося витальными или эндотимическими чертами.

К признакам маскированных депрессий относятся так- же – наличие в преморбиде малых депрессий или депрессив- ных 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 кри- терием маскированной депрессии является также положи- тельный эффект от антидепрессантов. Значение концепции маскированной депрессии заключалось в том, что она прямо связала предъявляемые пациентом “локальные” соматичес- кие жалобы с нарушением аффективной регуляции.

Происхождение маскированных депрессий обычно объяс- няется влиянием культуральных факторов, а также особен- ностями воспитания, обуславливающими склонность таких пациентов подавлять эмоциональную выразительность, отрицать или сознательно подавлять возникающие эмоци- ональные 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 рас- стройств связывается с алекситимией.

# Концепция соматоформных расстройств

Современная классификация психосоматических рас- стройств 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 рас- стройств являются следующие проявления (общие крите- рии):*

Повторяющееся предъявление соматических симптомов в сочетании с требованием медицинского обследования, не- смотря 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 ипохондри- ческого бредового расстройства и поддаются коррекции в какой-то степени.

*В МКБ-10 выделяется несколько основных видов сома- тоформных расстройств:*

* + Cоматизированное расстройство – F45.0;
  + Недифференцированное соматоформное расстройство

– F45.1;

* + Ипохондрическое расстройство – F45.2;
  + Cоматоформная 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 дифферен- цирующие критерии:

Если присутствует вариабельность необъяснимых с меди- цинской точки зрения соматических симптомов (множествен- ность, изменчивость и разнообразие локализации телесных сенсаций и функциональных соматических нарушений), то речь идет о соматизированном расстройстве – F45.0.

Если присутствует ограниченность “необъяснимых” сома- тических симптомов и их связь с определенными органами или физиологическими системами, то имеет место психове- гетативная дисфункция – F45.3.

Фиксация на возможном наличии серьезных и прогрес- сирующих соматических заболеваний (так называемая тре- вога за здоровье) свидетельствует об ипохондрическом рас- стройстве – F45.2.

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

Рассмотрим каждое соматоформное расстройство под- робнее.

# Соматизированное расстройство – F45.0

*Диагностические критерии:*

* общие критерии для соматоформного расстройства,
* длительность указанной симптоматики – не менее двух лет, на протяжении которых не выявлено зна- чимой патологии,
* нарушение социальной адаптации (чаще внутрисе- мейных отношений), связанное с причинами, выз- вавшими данные расстройства,
* нередко сопровождаются тревожными и депрессивны- ми 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 на- личием тяжелого прогрессирующего заболевания физической природы или уродства,
  + нормальные ощущения интерпретируются как при- знаки 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 – стрем- ление к преодолению недуга путем подбора оздоро- вительных мероприятий, щадящего режима и само- лечения.

# 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 веге- тативной 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 (мимолет- ные вздутия, жжения, чувство тяжести и т.д.).

# Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы – F45.3

Диагноз должен быть уточнен пятым знаком, в зависимо- сти 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 рас- стройства:*

* общие критерии для соматоформных расстройств,
* постоянная, тяжелая и психически угнетающая боль,
* связь появления симптомов с конфликтами или пси- хосоциальными проблемами,
* отсутствие других (первичных) психических рас- стройств (в первую очередь – депрессивных), обуслов- ливающих алгии,
* в ряде случаев – стремление к преодолению болевых расстройств путем разработки вычурных методов ле- чения 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 ми- оспастические расстройства,
  + Психогенный зуд,
  + Психогенная дисменорея,
  + “Скрежетание” зубами.

# Соматоформное расстройство, неуточненное – F45.9

*Критерии соматоформного расстройства, неуточнен- ного:*

* + общие критерии для соматоформных расстройств,
  + отсутствие критериев других соматоформных рас- стройств.

# 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 рефлек- сов, когда даже мысли становятся рефлекторными, однако данные теории существенно подкрепляют психоаналитиче- ские, создают дополнительные мишени для психотерапии.

# Концепция поисковой активности (по Ротенбергу B.C. – Аршавскому В.В.)

Согласно этой теории, поисковая активность обладает стимулирующим действием на организм и повышает устой- чивость к действию вредных факторов. Отказ от поиска, напротив, снижает адаптивные возможности организма. Концепция основана на наблюдении, что во время войн, экс- тремальных 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 утра- той смысла жизни, что снижает сопротивляемость организма.

# Теория выученной беспомощности М. Селигмана

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

# Теория контроля У. Глассера

Поведение всегда представляет собой проявление по- пытки 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 обуча- ется 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 психосома- тических 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, соматосен- сорная амплификация), сопутствующими аффективными расстройствами (соматизация аффекта), семейными дис- гармониями 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 рас- стройства) психотерапевтические интервенции существенно ограничены ввиду высокого риска ухудшения состояния, их применение должно быть согласовано с лечащим врачом-пси- хиатром. Для психотерапии указанных состояний категори- чески 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 пациен- тов 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 свидетель- ствуют о том, что наличие любой хронической болезни личность переживает как утрату. То есть пациент последо- вательно 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, аф- фективное 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 возник- новения 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 су- щественно 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 (хо- рошо зарекомендовала себя диалектическая психотерапия, экзистенциальная психотерапия, группы самопомощи), однако ввиду повышенного риска повторного эпизода це- лесообразно продолжать наблюдение такого пациента и у лечащего врача-психиатра.

При наличии длительного органического заболевания и низком суицидальном риске важной мишенью для психо- терапии является условная выгодность болезни, однако ее обсуждение возможно лишь при достаточном уровне доверия между психотерапевтом и пациентом.

Своеобразным ограничением психотерапии при сомато- гениях становятся выраженные когнитивные нарушения, а также внезапно возникшие угрожающие жизни состояния. При терминальных стадиях постепенно развивающейся органической болезни (например, при угасании онкологиче- ских больных) могут использоваться техники поддержива- ющей терапии, легкие трансовые методы (для обезболива- ния), 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 действитель- ностью – динамическая, гуморально-духовная, психосома- тическая концепция (“человек болен”). Школа первых ана- томов Книдоса объясняла болезнь как поражение какой-то материальной структуры – это механическая, органная, соматическая ориентация (“у человека есть болезнь”).

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

Роль семьи: воспитание по типу доминирующей гиперпро- текции (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 особен- ностями 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 наруше- нием 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 ответ- ственности 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, гипер- протекция – зависимость от матери. Внутриличностный (бес- сознательный) конфликт: зависимости-независимости или близости-дистанцирования. Страх между слиянием с объек- том и потерей объекта. Псевдонезависимость. *Особенности психотерапии*: преодоление “выученной беспомощности”; в общении с пациентом избегание как близости, так и от- даления.

# Гипертоническая болезнь

Гипертоническая болезнь – заболевание, протекающее с артериальной гипертензией и характеризующееся сни- жением адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы, нарушением механизмов, регулирующих гемоди- намику, ускорением возрастной динамики сосудистых из- менений и прогрессирующими осложнениями. *Роль стресса*: хроническое интенсивное нервно-психическое напряжение. Особенности личности: желание открыто выражать враждеб- ность при условии сохранения самоконтроля; повышенная ориентированность на социальный успех; дефензивно-эпи- лептоидные. *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 ре- ализации авторитарности.

# Диффузный токсический зоб

Диффузный токсический зоб – заболевание, обусловлен- ное избыточной секрецией тиреоидных гормонов диффузно увеличенной щитовидной железы. *Роль стресса*: выявляется связь с реальным, нередко острым стрессом (например, ис- пуг, горе, декомпенсция 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; гипер- опека близких. Внутриличностный (бессознательный) конфликт: ранняя идентификация со взрослыми приводит к эмоциональной перегрузке; гиперкомпенсаторное само- утверждение; 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 рециди- вирующее воспалительное заболевание кожи, проявляю- щееся интенсивным зудом, папулезными высыпаниями и уплотнением кожи с усилением ее рисунка (лихинезацией). ***Псориаз (чешуйчатый лишай)*** – хроническое неин- фекционное заболевание, поражающее в основном кожу. *Роль стресса*: нервно-психическая травма; умственное переутомление; физическое перенапряжение; длительное переживание отрицательных эмоций. *Особенности лич- ности*: пассивность, трудности самоутверждения; нарцис- сизм (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. Внутриличностный (бессознательный) конфликт: конфликт истерического типа

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

# Язвенная болезнь

Язвенная болезнь – хроническое рецидивирующее за- болевание, при котором в результате нарушения нервных и гуморальных механизмов, регулирующих секреторно-тро- фические процессы в гастродуоденальной зоне, в желудке и 12-перстной кишке, образуются язвы. *Роль стресса*: нерв- но-психическое перенапряжение. *Особенности личности*: ананкаст; повышенная тревожность; консерватизм; песси- мизм относительно будущего; внутреннее напряжение; раз- дражение по поводу несоответствия реального ожидаемому; неспособность получать удовольствие от жизни. *Семья*: противоречивость воспитания (сочетание гипо- и гиперопе- ки); конфликтные отношения у родителей; доминантность отца. Внутриличностный (бессознательный) конфликт: фру- страция 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 соеди- нительной ткани, основным клиническим проявлением которого является хронический эрозивно-деструктивный полиартрит. *Роль стресса*: психоэмоциональные стрессы; ин- фекции; физические факторы (переохлаждение, инсоляция). Особенности личности: терпеливость и невзыскательность, склонность к опеке окружающих; запрет на открытое выра- жение агрессивных тенденций; преувеличенная готовность помочь (агрессивная окраска помощи, “любящая тирания”) *Семья*: воспитание по типу высокой моральной ответственно- сти или непоследовательное воспитание (противоречивость установок и требований); холодная мать и подавляемый

ею отец. Внутриличностный (бессознательный) конфликт: вытесненная агрессия со временем трансформируется в навязчивую заботу о других. *Особенности психотерапии*: создание возможности осознавания собственных пережива- ний и вторичной выгоды болезней.

**МАСКИРОВАННАЯ ДЕПРЕССИЯ**

***Признаки***: ангедония, замедление ассоциативной дея- тельности, рудиментарная тоскливость, гипобулия, дереали- зация и деперсонализация, нарушения витальных функций, жалобы соматического характера.

# Соматопсихические ощущения в структуре маскированной депрессии

1. Собственно депрессивные боли (цефалгии, абдоми- нальные 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 пси- хоэмоционального состояния.
2. Выработка эффективных копинг-стратегий.
3. Проработка неосознаваемых (вторичных) “выгод”.

Основные виды проводимой психотерапии: *рациональная, суггестивная*.

Форма проводимой психотерапии: *групповая, индивиду- альная*.

Продолжительность проводимой психотерапии: *кратко- срочная, с возможным последующим длительным куриро- ванием*.

**ПСИХОТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ**

*Е.А. Панченко*

Addictus – это юридический термин, употребляемый в отношении человека “подчиняющегося, осужденного”. Метафорически аддиктивным поведением называется глу- бокая, 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, требую- щие от человека тотального повиновения.

Аддиктивное поведение выражается в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состоя- ния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах или актив- ностях (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 толе- рантности);
  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 предлага- емого кем-то приема пищи, что отражает тенденцию к подчинению, зависимости от мнения окружающих).
4. Псевдокультурная (со стремлением продемонстриро- вать 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 прибега- нии к средствам аддикции и определенной частоты реализации аддиктивного поведения.
3. Развитие аддиктивного поведения как интегральной части личности и его доминация с изменением стиля жизни и отношений с окружающими.
4. Отсутствие удовольствия от аддиктивного поведения.
5. Разрушение психических, биологических и физио- логических 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 реше- ний;
6. Стереотипность, повторяемость поведения;
7. Зависимость;
8. Тревожность.

# Психотерапия нарушений пищевого поведения (переедания)

В последней четверти ХХ в. ожирение стало социальной проблемой в странах с высоким уровнем экономического развития. Тучность – это энергетический дисбаланс между поступлением энергии и ее расходованием. 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, при- водит к развитию прежде всего алиментарного (экзогенно- конституционального, простого) ожирения, которое состав-

ляет 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 постсинапти- ческих рецепторов и другими причинами.

Учитывая, что нарушения в системе этих же нейроме- диаторов обусловливают 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 рас- стройством, возникающим на оральной стадии развития, у людей с генотипически-соматическим преформированием, которое отражает нарушение взаимосвязи мать-дитя, веду- щее 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.

Лечения ожирения предполагает обязательную психоте- рапевтическую 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 по- ведения.
2. Работа с поиском альтернативных способов нормали- зации психоэмоционального состояния.
3. Проработка неосознаваемых (вторичных) “выгод” из- быточного веса.

В момент раздражения или скуки возникает стремление к приему пищи с фиксацией на приятных вкусовых ощуще- ниях 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 про- блемах, а при отсутствии адекватного способа справляться с трудностями аддиктивное поведение становится защит- ным механизмом, который поддерживает психологический гомеостаз.

Основные **виды** проводимой психотерапии: *рациональ- ная, суггестивная*.

**Форма** проводимой психотерапии: *групповая, индиви- дуальная*.

**Продолжительность** проводимой психотерапии: крат- косрочная, с возможным последующим длительным кури- рованием.

# Механизмы совладания с перееданием

1. Отвлечение или переключение мыслей с психотрав- мирующей 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 информа- ции, 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 психоте- рапевта.
6. Перечислите нежелательные эффекты психотерапии.
7. Какой тип реакции на болезнь можно считать раци- ональным?
8. Кто автор метода рациональной психотерапии?
9. Назовите основной метод рациональной психотера- пии.
10. Что представляет собой метод Э. Куэ?
11. Какое точное название метода, предложенного Э. Дже- кобсоном?
12. Какое состояние Э. Джекобсон понимал под диффе- ренцированной релаксацией?
13. Кто ввел термин “аутогенная тренировка”?
14. Назовите этапы внушения в гипнозе.
15. Кто первым в России начал читать курс гипнотера- пии?
16. Кто ввел термин “антисуггестивный барьер”?
17. Какие цели есть у предварительной беседы во время гипносуггестии?
18. От каких факторов зависит восприимчивость к гип- нозу?
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 три- ады 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 психоте- рапии?
33. Что такое “группа встреч”? Кто ввел термин “психо- соматический”?
34. Кто впервые использовал термин “соматопсихиче- ский”?
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 психовегативный синдром? Какие виды психовегетативного синдрома можно выделить?
40. Расскажите о концепции поисковой активности по

B.C. Ротенбергу – В.В. Аршавскому.

1. В чем заключается концепция десоматизации – ре- соматизации?
2. Раскройте термин “алекситимия”.
3. Что собой представляет концепция двухфазного вы- теснения?
4. Расскажите о соматосенсорной амплификации.
5. Что такое “маскированная” депрессия?
6. Перечислите реакции личности на болезнь.
7. Что такое анозогнозия?
8. Какие адаптивные реакции на болезнь Вы можете назвать?
9. Что такое “выученная беспомощность”?
10. Назовите мишени для психотерапии психосоматиче- ских расстройств.
11. Что представляют собой соматоформные расстройства?
12. Когда трансперсональная психотерапия оформилась как самостоятельное направление?
13. На чем основано холотропное дыхание?
14. Какие категории выделяют в спектре сознания по К. Уилберу?
15. Что включает в себя расширенный биопсихосоциаль- ный подход?

**Литература**

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

Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и при- менение / Под ред. Шишкина С.Л.: перев. с англ. А.М. Боковникова, В.В. Старовойтова. – М.: Институт общегуманитарных исследова- ний, 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 меди- цинский журнал. –1998. – №2. – С.43-49.

Берн Э. Игры, в которые играют люди. Библиотека психоло- гии 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, диагно- стика и фармакотерапия // Русский медицинский журнал. – 2005.

– Т. 114. – С. 522-536.

Боброва М.А. Эмоциональные, когнитивные и личностные на- рушения 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 меди- цина. – 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, диагно- стика, 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 пере- смотр). 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 аффек- тивных 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, трансценден- ция в психотерапии. – М., 1993. – 497 с.

Данилова С.В., Бадмаева В.Д. Расстройства личности (коротко 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 рас- стройства 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 психонев- рологической помощи детскому и взрослому населению: избран- ные труды. Материалы научно-практической конференции с международным участием, Санкт-Петербург, 21–22 мая 2009 г.

/ Под ред. Н.Г. Незнанова. – СПб.: Изд. Санкт-петергбургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, 2009. – С. 157-158.

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

Лакосина Н.Д., Трунова М.М. Неврозы, невротические разви- тия 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 дисто- ния 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 рас- стройствами в клинике пограничных состояний: Автореф. дис.

канд. мед. наук. – М., 1992. – 23 с.

Налимов В.В. Спонтанность сознания. Вероятностная теория смыслов и смысловая архитектоника 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. Дми- триевой, 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. Кар- васарского. – 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: учеб- ник. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 880 с.

Спивак Л.И. Измененные состояния сознания при лечении не- вротических 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 не- врозы 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: Педа- гогика-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. – Р. 510-519.

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

Beck. A. T. Thinking and depression: theory and therapy // Archives of General Psychiatry. – 1964. – №10. – Р. 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 р.

Brown R.J. Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model// Psychological Bulletin Psychol. – 2004. – Vol. 30. – Р. 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. – Р.173-184.

Bugental J.F.T. The Art of the Psychotherapist // N. Y.: W.W. Nor- ton. – 1987.

De Berardis D. at al. Alexithymia, fear of bodily sensations, and somatosensory amplification in young outpatients with panic disorder

// Psychosomatics. – 2007. – Vol. 48., №3. – Р. 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)

– Р. 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, В.,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. – Р. 23-46.

Gosling F.G. Before Freud: Neurasthenia and the American Medical Community: Chicago, Ill: University of Chicago Press. – 1987. – Р.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. – Р. 835-843.

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

Gumley A. Metacognition, affect regulation and symptom ex- pression: A transdiagnostic perspective// Psychiatry Research. – 2011.

– № 190. – Р. 72-78.

Hanel G., Henningsen P., Herzog W., Sauer N., Schaefert 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. – Р. 189-197.

Jenkins G., Röhricht F. From Cenesthesias to Cenesthopathic Schizophrenia: A Historical and Phenomenological Review // Psychopathology. – 2007. – № 40. – Р. 361368.

Karazu T.B. Toward Clinical Model for Depression// Psychiatry.

– 1990. – V. 147, N 2 – Р. 133-147.

Klerman G.L. Affective Disorders// Psychopathology. – 1986. – Part 3, Chappter 13 – Р. 265-278.

Kramer U. Coping and defense mechanisms: What`s the dif- ference? – Second act // Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. – 2010. – №83 – Р. 207-221.

Lane R.D. et al. Impaired verbal and nonverbal emotion re- cognition 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, comor- bidity, and stability of somatoform disorders and the use of current versus lifetime criteria // Psychosomatics. – 2008. – Vol.2, № 49. – Р.152-162.

Lesser I.M. A Review of the Alexithymia Concept// Psychosomatic Medicine. – 1981. – Vol.6., № 43. – Р. 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. – Р.860-863.

Lipowski Z.J. Psychosomatic Medicine: An Overview// Modern trends in psychosomatic medicine 3/ ред. Hill O. – London: But- terworths, 1976. – Р.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.

– Р. 245-258.

Luborsky L., Singer В. Comparative studies of psychotherapies: Is it true that “everyone has won and all must have prizes?”// Archives of General Psychiatry. – 1975. – №32. – Р. 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. – Р.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. – Р.333-348.

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

Nemiah J.C. Alexithymia: Present, Past–and Future?// Psychoso- matic Medicine. – 1996. – № 58. – Р. 217-218.

Overholser J. C. Facilitating autonomy in passive-dependent persons: An integrative model.//Journal of Contemporary Psycho- therapy. – 1987. – №17. – Р. 250-269.

Patterson С.Н. Counseling and psychotherapy: Theory and practice. – New York: Harper & Row. – 1959.

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

Pöldinger W. Psychosomatic aspects in the diagnosis of depression

// Der Internist. – 1974. – Vol. 15, №.5 – Р. 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 – Р. 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.

– Р.16-19.

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

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

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

Stein D.J., Muller J. Cognitive-affective neuroscience of somati- zation disorder and functional somatic syndromes: reconceptualizing the triad of depression-anxiety-somatic symptoms // CNS Spectrums.

– 2008. – Vol.5., № 13. – Р. 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. – Р. 68-77.

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

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

Welwood J. On Psychotherapy and Meditation. In book: Awakening the Heart Est/West approaches to Psychotherapy and the Healing Relationship. – 1983. – Р. 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.