

Участники издания

Главные редакторы

Васильева Анна Владимировна — доктор медицинских наук, руководитель международного отдела, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» (ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева») Минздрава России, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова») Минздрава России, вице-президент Российского общества психиатров (РОП), член координационного совета Российской психотерапевтической ассоциации (РПА), сертифицированный психоаналитик Немецкой академии психоанализа (ДАР), председатель российского отделения Всемирной ассоциации динамической психиатрии (ВАДП)

Караваева Татьяна Артуровна — доктор медицинских наук, руководитель Федерального консультационно-методического центра по психотерапии Минздрава России, руководитель, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», профессор кафедры общей и прикладной психологии с курсами медико-биологических дисциплин и педагогики ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» (ФГБОУ ВО «СПбГПМУ») Минздрава России, ведущий научный сотрудник научного отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» (ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова») Минздрава России, член правления РОП, вице-президент РПА

Незnanов Николай Григорьевич — доктор медицинских наук, профессор, директор, научный руководитель отделения гериатрической психиатрии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» (ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова») Минздрава России, главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора, президент Всемирной ассоциации динамической психиатрии, президент РОП, заслуженный деятель науки РФ

Авторский коллектив

Абабков Валентин Анатольевич — доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии факультета психологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»

Абриталин Евгений Юрьевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии, медицинской психологии и сексологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, профессор кафедры неврологии и психиатрии с клиникой Института медицинского образования ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России, профессор кафедры психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

Агилloва Татьяна Васильевна — доктор медицинских наук, главный научный сотрудник ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы», сертифицированный транзактный аналитик (психотерапия)

Бабин Сергей Михайлович — доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, президент РПА, супервизор РПА, член исполнительного комитета и правления РОП, научный руководитель Образовательного центра «Психотерапия», эксперт Национальной медицинской палаты, руководитель русскоязычной группы Международного общества психологических и социальных подходов к лечению психозов (ISPS), член правления Восточно-Европейской ассоциации экзистенциальной терапии (ВЕАЭТ), приглашенный профессор ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», постоянный приглашенный профессор Института гуманистической и экзистенциальной психологии (HEPI) (г. Бирштонас, Литва), партнер Альянса помогающих практик «Пробоно»

Будинайте Гражина Леонардовна — кандидат психологических наук, доцент департамента психологии и академический руководитель Магистерской программы «Системная семейная психотерапия» факультета социальных наук Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», член правления Общества семейных консультантов и

психотерапевтов, член тренингового комитета Европейской ассоциации тренеров по семейной терапии

Варга Анна Яковлевна — кандидат психологических наук, преподаватель магистерской программы «Системная семейная психотерапия» факультета социальных наук ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», член правления Общества семейных консультантов и психотерапевтов

Васильева Анна Владимировна — доктор медицинских наук, руководитель международного отдела, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, вице-президент РОП, член координационного совета РПА, сертифицированный психоаналитик Немецкой академии психоанализа (ДАР), председатель российского отделения Всемирной ассоциации динамической психиатрии

Участники издания

Винокур Владимир Александрович — доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, президент Балинговской ассоциации (Россия), член консультативного совета Международной Балинговской Федерации, член редакционной коллегии журнала Balint-Journal [Zeitschrift der Deutschen Balint-Gesellschaft (Германия)], сертифицированный ведущий балинговских групп, аккредитован Общероссийской профессиональной психотерапевтической лигой в качестве супервизора балинговских групп

Гегель Наталья Викторовна — врач-психиатр, психотерапевт, тренер/супервизор Международного общества схема-терапии (ISST), соучредитель ООО «Институт схема-терапии» и психологического центра МИSTherapy

Гордеев Михаил Николаевич — доктор медицинских наук, кандидат психологических наук, профессор, ректор ЧОУ ДПО «Институт психологии и психотерапии Милтона Эриксона», ведущий научный сотрудник Научно-исследовательского центра медицинской реабилитации ФГБУ «Федеральный центр мозга и нейротехнологий» ФМБА России

Городнова Марина Юрьевна — доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры психотерапии, сексологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, председатель Санкт-Петербургского филиала Ассоциации детских психиатров и психологов, врач-психотерапевт высшей категории, сертифицированный гештальт-терапевт

Еричев Александр Николаевич — доктор медицинских наук, доцент кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России

Исурина Галина Львовна — кандидат психологических наук, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»

Караваева Татьяна Артуровна — доктор медицинских наук, руководитель Федерального консультационно-методического центра по психотерапии Минздрава России, руководитель, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», профессор кафедры общей и прикладной психологии с курсами медико-биологических дисциплин и педагогики ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава России, ведущий научный сотрудник научного отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, член правления РОП, вице-президент РПА

Ковпак Дмитрий Викторович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, президент Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии, вице-президент РПА, член координационного совета Санкт-Петербургского отделения Российского психологического общества (РПО), исполнительного совета Международной ассоциации когнитивно-поведенческой терапии (IACBT boardmember), Международного консультативного комитета Института Бека, врач-психотерапевт

Копытин Александр Иванович — доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры психологии ГБУ ДПО «Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического образования»

Кулаков Сергей Александрович — доктор медицинских наук, профессор, врач-психотерапевт, заместитель директора по реабилитационной работе медицинского центра

«Бехтерев», председатель супервизорского экспертного совета РПА

Куликов Андрей Иванович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры психотерапии АНО ВО «Восточно-Европейский Институт Психоанализа», обучающий аналитик и супервизор Европейской конфедерации психоаналитической психотерапии, психотерапевт-психоаналитик

Лукина Ирина Сергеевна — кандидат психологических наук, старший преподаватель АНО ВО «Восточно-Европейский Институт Психоанализа», обучающий аналитик и супервизор Европейской конфедерации психоаналитической психотерапии, психолог-психоаналитик

Лутова Наталия Борисовна — доктор медицинских наук, руководитель Института клинической психиатрии, руководитель, главный научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»

Макаров Виктор Викторович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии и сексологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, президент Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги и Национальной саморегулируемой организации «Союз психотерапевтов и психологов», избранный президент Азиатской Федерации психотерапии, вице-президент Всемирного Совета по психотерапии

Марьясова Дарья Андреевна — кандидат медицинских наук, преподаватель ООО «Институт схема-терапии», член Международного общества схема-терапии (ISST), Ассоциации когнитивно-бихевиоральных терапевтов, Общества когнитивных психотерапевтов и консультантов (ОКПК), Всеобщей сети клинической практики (GCPN), врач-психиатр, психотерапевт

Меньшикова Александра Алексеевна — кандидат психологических наук, клинический психолог клиники Mental Health Center (Москва)

Мизинова Елена Борисовна — кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»

Незnanов Николай Григорьевич — доктор медицинских наук, профессор, директор, научный руководитель отделения гериатрической психиатрии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора, президент Всемирной ассоциации динамической психиатрии, президент РОП, заслуженный деятель науки РФ

Участники издания

Николаев Евгений Львович — доктор медицинских наук, профессор, начальник управления международной деятельности, заведующий кафедрой социальной и клинической психологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»

Пичиков Алексей Александрович — кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

Подсадный Сергей Александрович — кандидат медицинских наук, директор Центра дополнительных образовательных программ по направлениям «Медицина», «Медицинские технологии», «Стоматология» ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», вице-президент РПА, президент АНО ДПО «Академия реконструктивной психотерапии»

Полторах Станислав Валериевич — кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, член ревизионной комиссии РПА

Полуэктов Михаил Гурьевич — кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины, заведующий отделением медицины сна УКБ № 3 ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), президент Российского общества сомнологов, президент Национального общества специалистов по детскому сну

Пушкарев Дмитрий Федорович — кандидат медицинских наук, руководитель учебного центра клиники Mental Health Center (Москва), заведующий программой подготовки по диалектической бихевиоральной (поведенческой) терапии «Поведенческая компания»,

руководитель секции по диалектической бихевиоральной (поведенческой) терапии Ассоциации когнитивно-бихевиоральных терапевтов

Пчелина Полина Валерьевна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины, врач отделения медицины сна УКБ № 3 ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)

Резницкая Татьяна Борисовна — кандидат искусствоведения, доцент, заведующая кафедрой камерного ансамбля и концертмейстерской подготовки ГБОУ ВО «Оренбургский государственный институт искусств им. Л. и М. Ростроповичей», музыкальный терапевт

Решетников Михаил Михайлович — доктор психологических наук, кандидат медицинских наук, профессор, ректор АНО ВО «Восточно-Европейский Институт Психоанализа», член президиума и вице-президент Санкт-Петербургского отделения РПО, президент Европейской конфедерации психоаналитической психотерапии (Россия), член президиумов РПА и Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги, член Всемирной ассоциации динамической психиатрии, член экспертного совета Государственной думы РФ, заслуженный деятель науки РФ

Семиглазова Татьяна Юрьевна — доктор медицинских наук, доцент, заведующая научным отделом инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, профессор кафедры ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, член правления Российского общества клинической онкологии (RUSSCO) и правления Российского общества онкомаммологов (ROOM)

Сорокин Михаил Юрьевич — кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами, ученый секретарь ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

Строганов Александр Евгеньевич — доктор медицинских наук, директор Института клинической психологии, профессор кафедры психиатрии, медицинской психологии и наркологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России

Третьяк Леонид Леонидович — кандидат медицинских наук, руководитель секции гештальт-терапии РПА, врач-психотерапевт

Тукаев Рашит Джаудатович — доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии и сексологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, президент Ассоциации специалистов в области клинического гипноза (АСОКГ)

Тучина Ольга Дмитриевна — научный сотрудник, психолог ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы»

Федоров Ян Олегович — кандидат медицинских наук, заведующий дневным стационаром № 4 СПб ГБУЗ «Больница им. П.П. Кащенко», вице-президент межрегиональной общественной организации «Европейская ассоциация развития психоанализа и психотерапии» (ЕАРПП), супервизор РПА и Европейской конфедерации психоаналитических психотерапий (ЕСРР), член РОП и Международного общества психологических и социальных подходов к лечению психозов (ISPS)

Федорова Анна Игоревна — доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, вице-президент Национального общества по изучению женского сексуального здоровья, председатель сексологической секции Профессиональной медицинской психотерапевтической ассоциации (ПМПА), сопредседатель секции «Сексология» РОП, член Международного общества сексуальной медицины (ISSM) и Международной академии сексологических исследований (IASR)

Фомичева Мария Валерьевна — клинический психолог, сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

Участники издания

Шаболтас Алла Вадимовна — доктор психологических наук, профессор, декан факультета психологии, заведующая кафедрой психологии здоровья и отклоняющегося поведения ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», председатель Этического комитета Санкт-Петербургского психологического общества, председатель Федерального учебно-методического объединения укрупненной группы научных специальностей «Психологические науки» при Минобрнауки России

Шойгу Юлия Сергеевна — кандидат психологических наук, директор Центра экстренной психологической помощи МЧС России, заведующая кафедрой экстремальной психологии

факультета психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», вице-президент РПО, заслуженный спасатель РФ

Шустов Дмитрий Иванович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, обучающий и супервизирующий транзактный аналитик (психотерапия)

Яковлев Александр Викторович — кандидат технических наук, доцент, старший научный сотрудник научно-исследовательского центра ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, доцент кафедры прикладной информатики ФГАОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет аэрокосмического приборостроения»

Ялтонская Александра Владимировна — кандидат медицинских наук, сооснователь и руководитель образовательного подразделения ООО «Институт схема-терапии», практикующий психотерапевт психологического центра МИSTherapy, руководитель секции «Схема-терапия» Ассоциации когнитивно-бихевиоральных терапевтов, член рабочей группы по обеспечению качества образовательных программ Международного общества схема-терапии (ISST)

Предисловие

Это первое издание национального руководства по психотерапии, хотя следует отметить, что психотерапия как самостоятельная медицинская специальность в нашей стране существует не один десяток лет, ее история, этапы становления подробно освещаются на страницах данной книги. Определение здоровья как состояния полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствия болезней и физических дефектов, сформулированное в Преамбуле к Уставу Всемирной организации здравоохранения, принятому Международной конференцией здравоохранения еще в 1946 г., само по себе указывает на важную роль психотерапии в системе оказания помощи больным как с психическими расстройствами, так и с соматическими заболеваниями. Это понимание здоровья всегда было основой теоретической базы и практической работы ленинградской–санкт-петербургской школы психотерапии с ее оригинальным методом личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, ставшей наиболее каузально-ориентированным методом в нашей стране с большим объемом проведенных исследований, что дало возможность, как представить собственно метод, так и продемонстрировать на примере отдельных нозологий алгоритм выделения мишеней и организации психотерапевтического процесса при лечении конкретного расстройства.

С момента выхода в 1985 г. книги Б.Д. Карвасарского «Психотерапия», а затем изданной в 1999 г. под его редакцией первой «Психотерапевтической энциклопедии» прошло много лет. Специальность интенсивно развивалась, появились новые интересные отечественные методы. Активное международное сотрудничество позволило многим психотерапевтам пройти обучение, а в дальнейшем самим организовать преподавание по наиболее признанным психотерапевтическим методам за рубежом с достойной базой доказательных исследований. Широкая научная деятельность способствовала объединению лучших отечественных специалистов в блестящий авторский коллектив данного издания. Разделы, посвященные отдельным методам психотерапии, подготовлены руководителями соответствующих профессиональных психотерапевтических ассоциаций, институтов и кафедр, что дает им право на авторский стиль и терминологию в изложении соответствующего материала. Отказ от жестких рамочных унифицированных стандартов изложения позволил стать книге более содержательной и многогранной.

Для описания диагностического этапа, собственно нозоспецифических психотерапевтических методов были выделены отдельные главы. В них рассмотрены как отдельные психические расстройства, так и значимые немедицинские состояния, к примеру, синдром эмоционального выгорания, где своевременное применение психокоррекции является ключевым в профилактике психических нарушений.

В руководстве отдельно представлена специфика проведения психотерапии с лицами разных возрастных групп. В качестве иллюстраций были выбраны психологически наиболее сложные возрастные периоды, когда сам возраст может быть психотравмирующим фактором либо определять специфику реагирования на жизненные обстоятельства и психотерапевтические интервенции.

Сегодня активно развивается применение психотерапии в комплексном лечении соматических больных. Ограничения по объему руководства не позволили рассмотреть применение психотерапии во всех областях медицины. В качестве образца как наиболее значимая ее область была выбрана онкология, а описанные в данном разделе мишени и методы могут быть отчасти экстраполированы и на другие медицинские аспекты специальности.

Многие ведущие специалисты в области психического здоровья, как ученые, так и организаторы, и практики сходятся во мнении, что недостаточная изученность механизмов действия психотерапии и ее эффективности в большей степени связана с ограниченным финансированием необходимых для этого исследований. В психотерапии, как и в психофармакотерапии, также многие используемые методы и средства лечения вошли в рутинную клиническую практику задолго до эпохи доказательной медицины. Задачей будущего является подтверждение эффективности отечественного лечебного арсенала в соответствии с международными критериями доказательной медицины, поэтому в данное руководство включены наиболее признанные на основании профессионального консенсуса отечественные методы психотерапии, которые заняли свое значимое место в российском здравоохранении.

Перспективы использования новых технологий, в том числе искусственного интеллекта, также освещены в соответствующей главе издания.

Сегодня цифровая среда стала неотъемлемой частью нашей жизни и системы отношений. Цифровое поведение и поведение в цифровой среде открывают новые возможности для объективизации клинических проявлений психических нарушений и для повышения качества доказательных исследований в области психотерапии. В будущем необходимо будет найти баланс между проблемным использованием Интернета и включением элементов геймификации в лечебный процесс для повышения приверженности терапии. Возможности искусственного интеллекта активно используются в новых компьютеризированных психотерапевтических программах, что дает возможность обеспечить доступ к высококачественной психотерапии широким слоям населения независимо от региона проживания и существенно снизить затраты на лечение. Использование новых технологий открывает новые возможности по исследованию эффекта долговременной психотерапии. Первое национальное руководство по психотерапии освещает широкий круг вопросов и представляет интерес как для психотерапевтов, так и для психиатров, организаторов здравоохранения, клинических психологов и всех, кто интересуется данной специальностью.

А.В. Васильева, доктор медицинских наук,

Т.А. Караева, доктор медицинских наук,

Н.Г. Незнанов, профессор, заслуженный деятель науки РФ

Список сокращений и условных обозначений

- ♣ — торговое название лекарственного средства
- ℞ — лекарственное средство не зарегистрировано в РФ
- ⊗ — лекарственное средство в России аннулировано, то есть исключено из официального Регистра лекарственных средств
- БАР — биполярное аффективное расстройство
- ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения
- ГТР — генерализованное тревожное расстройство
- ДБТ — диалектическая бихевиоральная (поведенческая) терапия (англ. dialectical behavior therapy, DBT)
- ДПДГ — десенсибилизация и переработка травмы движениями глаз (англ. eye movement desensitization and reprocessing, EMDR)
- ККВ — краткосрочные контактные вмешательства
- КПТ — когнитивно-поведенческая психотерапия
- ЛОРП — личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия
- МКБ-10 — Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра
- МКБ-11 — Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 11-го пересмотра
- МКТ — метакогнитивная терапия
- МРТ — магнитно-резонансная томография
- ОКР — обсессивно-компульсивное расстройство
- ПАВ — психоактивные вещества
- ППР — пограничные психические расстройства
- ППС — патопсихологический симптомокомплекс
- ПРЛ — пограничное расстройство личности
- ПСР — психосексуальное развитие
- ПТСР — посттравматическое стрессовое расстройство
- РКИ — рандомизированные клинические исследования
- РОП — Российское общество психиатров
- РПА — Российская психотерапевтическая ассоциация

РПП — расстройства пищевого поведения

СИОЗС — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

СПАЛ — система психологической адаптации личности

ССП — семейная системная психотерапия

СЭВ — синдром эмоционального выгорания

ТОМ — терапия на основе ментализации

ТФР — тревожно-фобические расстройства

ЧС — чрезвычайная ситуация

АСТ — терапия принятия и ответственности (от англ. acceptance and commitment therapy)

CAMS — совместная оценка суицидальности и управление ею (от англ. Collaborative Assessment and Management of Suicidality)

CAS — когнитивно-аттентивный синдром (от англ. Cognitive Attentional Syndrome)

CREST — когнитивная ремедиация и тренинг эмоциональных навыков (от англ. Cognitive Remediation and Emotion Skills Training)

DSM-IV — Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 4-го издания (1994) (от англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders)

DSM-V — Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 5-го издания (2013) (от англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders)

MANTRA — лечение нервной анорексии Модели у взрослых (от англ. the maudsley anorexia nervosa treatment for adults)

MBT — терапия, основанная на ментализации (от англ. mentalization-based treatment)

MBCT — когнитивная терапия на основе осознанности (майндфулнесс) (от англ. mindfulness based cognitive therapy)

MMPI — Миннесотский многоаспектный личностный опросник (от англ. Minnesota Multiphasic Personality Inventory)

NICE — Национальный институт здравоохранения и повышения квалификации (от англ. National Institute for Health and Care Excellence)

SSCM — специализированная поддерживающая терапия (от англ. specialist supportive clinical management)

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

Глава 1. История психотерапии

Психотерапия, как и любая другая отрасль медицины, имеет свою историю — как науки и практики врачевания.

Развитие науки, в том числе и психотерапии, не линейный, а сложный, многогранный процесс движения вперед и возвращения к уже пройденным этапам. Ее история прослеживает ход накопления знаний, эволюцию идей, смену теорий и полученных результатов, делая акцент на главном — на формировании содержательной стороны, которая представляет для нее доминирующий интерес.

При анализе истории психотерапии, при постоянном внимании к оценке ее достижений и неудач на каждом временном этапе открывается неисчерпаемый резервуар «материалов» для новых направлений, теорий, концепций.

В истории психотерапии можно выделить два больших (основных) периода. Первый, донаучный, охватывающий тысячелетия, и второй — всего два столетия, XIX–XXI вв. — научный период. История отечественной психотерапии неразрывно связана с развитием мировой, чье описание опирается на два основных критерия: внутреннюю логику развития самой науки и влияние внешних социально-экономических, культурных факторов (так называемый исторический фон) на формирование психотерапии как аспекта психиатрии, а в широком смысле и медицины, психологии, педагогики, социологии, философии.

Важной закономерностью развития психотерапии как науки, вышедшей из врачевания, опирающейся на философию, находящейся на стыке физиологии, психологии, педагогики и социологии, является ее направленность на выработку единой теории. Во многом этому способствовали психоанализ, бихевиоризм, экзистенциализм и другие направления психотерапии, однако и сегодня эта задача не решена.

В рамках главы данного руководства нет необходимости в детальном рассмотрении донаучного периода психотерапии. Он пронизан магическими практиками, опирающимися на мифологию древних культур, теологическими толкованиями, мистериями, «тонким чувствованием» и тайными интуитивными знаниями адептов, верой в существование сверхъестественных сил. При всем многообразии мистических подходов результаты этих приемов и средств очень похожи. За всей их таинственностью зачастую стояло внушение и самовнушение, развивающееся на фоне наведенного транса или гипнотического состояния.

Столетиями мистика была властительницей в толковании подобных феноменов, да и душевных болезней в целом.

Теологическая медицина сменилась медициной метафизической, в которой время от времени возникали научно-реалистические подходы. Заболевания, в том числе и психические, начали рассматриваться как явления естественного порядка, и появились попытки соответствующего их лечения. Так, например, в сочинениях Сорана Эфесского (Soranus, 98–138 гг.), жившего в Риме в царствование Адриана (II в. н.э.), описаны следующие терапевтические приемы: «Следует внимательно изучать содержание неправильных мыслей больного, в соответствии с чем пользоваться полезным действием тех или иных внешних впечатлений, занятых рассказов и новостей; в период выздоровления надо уметь уговорить больного пойти на прогулку, заняться гимнастикой, упражнять свой голос, заставляя читать вслух... В дальнейшем можно пользоваться и театральными представлениями, способными рассеять печаль, разогнать нелепые страхи».

Впоследствии, в средние века, научная мысль вообще и медицинская в частности вновь оказывается во власти мистики и схоластики. Особенно ярко это отмечалось в период раннего Ренессанса с его процессами над психически и нервными больными и казнями ведьм. Существовали детально разработанные пособия по диагностике ведовства и одержимости демонами (достаточно вспомнить «Молот ведьм», опубликованный в 1487 г. доминиканскими монахами Шпренгером и Инститориусом). По всей Европе на протяжении столетий пылали костры инквизиции, на которых сжигали депрессивных больных с идеями самообвинения, лиц с истерическими расстройствами в сумеречном состоянии, параноиков с бредом преследования, да и зачастую, с индуцированным помешательством, охватывающим временами целые поселения.

И лишь в XVIII в., во времена Великой французской революции, стимулировавшей коренные изменения всей структуры Средней Европы и одновременно с этим прогресс целого ряда наук, в том числе и медицины, был нанесен удар по вековым суевериям, сопряженным с психическими заболеваниями. Именно в этот период, в эпоху Ф. Пинеля (Ph. Pinel, 1745–1826 гг.), закладываются истинно научные предпосылки дальнейшего развития психиатрии и психотерапии в целом [1].

По рекомендации председателя Больничной комиссии в 1791 г. Ф. Пинель, уже имевший публикации по вопросам психиатрии, в 1793 г. был назначен главным врачом в лечебницу Бисетр, где в том же году, добившись разрешения Центрального Бюро Коммуны, снял цепи с душевнобольных, что явилось переломным моментом в психиатрии — психиатрические учреждения из тюремных превратились в лечебные заведения. Подобные реформы Ф. Пинель провел и в больнице Сальпетриер, куда был назначен старшим врачом в 1795 г. Реформы Ф. Пинеля стали переломными в развитии психиатрии — к лицам с психическими расстройствами стали относиться как к обыкновенным больным, которые нуждаются в надлежащем уходе и лечении. Ф. Пинель заложил основы лечебного режима пребывания и условий содержания душевнобольных, что в дальнейшем, через полтора столетия, послужило основными предпосылками возникновения научно обоснованной терапии средой, социотерапии, коллективной психотерапии.

Пятнадцать лет ранее в Австрии в 1776 г. была предпринята первая, весьма наивная попытка научного объяснения лечебного влияния внушения в виде теории «животного магнетизма» Ф.А. Месмера (F.A. Mesmer, 1734–1815 гг.), с которой он обратился, написав окружное послание во многие академии Европы.

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

Ф.А. Месмер с успехом лечил больных, добиваясь появления у них в состоянии транса «криза» (конвульсий), который, по его представлениям, приводил к более гармоничному распределению «нервного флюида» и тем самым способствовал исцелению. Немецкий врач пытался привлечь к обсуждению полученных результатов венскую научную элиту, однако натолкнулся на стену полного неприятия и в 1778 г. уехал в Париж, где пользовался большой популярностью при дворе Людовика XVI, проводил коллективные сеансы магнетической терапии при помощи изобретенного им магнетического бака. По его настоянию для изучения магнитного флюида в 1784 г. была назначена комиссия от Академии наук и Королевского медицинского общества, в которую входили известные ученые того времени — А.Л. Лавуазье (A.L. Lavoisier, 1743–1794 гг.), Б. Франклин (B. Franklin, 1706–1790 гг.) и др. Комиссия пришла к выводу о лженаучности методов Ф.А. Месмера и в заключении указала, что магнетического флюида не существует, все, что связано с действием последнего, могло быть отнесено лишь к влиянию воображения.

Ф.А. Месмер вошел в историю психотерапии благодаря разработанному им методу лечения. Этот метод индукции и использования транса в терапевтических целях как в групповом, так и

в индивидуальном варианте, был полностью невербальным. Предложенный им термин «раппорт» означал физический контакт, благодаря которому происходила передача «флюида» от магнетизера к пациенту.

Несмотря на критику теоретического обоснования Ф.А. Месмером своего метода, интерес к магнетизированию в медицинских кругах и в обществе сохранялся. Известно, что выступления на эстрадах знаменитых магнетизеров (месмеристов) привлекали внимание к феномену месмеризма и его изучению известных ученых и врачей: Дж. Брейда (J. Braid, 1795–1860 гг.), А.О. Льебо (A.A. Liebeault, 1823–1904 гг.), Ж.М. Шарко (J.M. Charcot, 1825–1893 гг.) и других, что способствовало в XIX в. развитию научных теорий и практических методов гипнотерапии.

У Ф.А. Месмера были как свои сторонники и последователи, так и противники. Известно, что он первый предпринял экспериментальное изучение психотерапевтических отношений, до него использовавшихся только в магических опытах. Его ученики и последователи продолжали изучение и развитие магнетического лечения. Так, маркиз Ш. де Пюсегюр (Ch. de Puységur, 1751–1825 гг.) в 1784 г. сообщил о своем открытии сомнамбулизма (наиболее глубокая степень гипнотического состояния) и возможности войти в словесную связь с магнетизируемым [9].

Опыты магнетизеров будоражили умы конца XVIII — начала XIX столетий. По всей Европе проходили выступления магнетизеров, создавались магнетические общества, публиковались головокружительные результаты носителей магнетической силы. Широкое увлечение магнетизмом невольно приковывало внимание научно мыслящих людей. Большинство из них считало, что магнетизм — это обман со стороны магнетизеров и притворство магнетизируемых. К числу таких скептиков относился и английский врач, хирург-офтальмолог Дж. Брейд. В 1841 г. он присутствовал на выступлении магнетизера Ш.Л. Лафонтена (C.L. Lafontaine, 1803–1892 гг.) с целью разоблачить мошенничество месмериста, однако увиденное заставило Дж. Брейда повторно посещать эти сеансы и приступить к самостоятельным опытам. Посредством фиксации взгляда он довольно быстро усыпил испытуемого и тщательно описал происходящие с ним изменения [8].

Будет несправедливым не отметить, что фиксация взгляда была впервые применена португальским аббатом Х.К. Фариа (Abbe Faria, 1756–1819 гг.), который описал ее как метод фасцинации еще в 1813 г.

Круг испытуемых у Дж. Брейда ширился, все более уточнялись детали и способы усыпления. Английский врач считал, что вызываемое им состояние — это искусственный нервный сон, возникающий вследствие концентрации внимания и утомления зрения. Это состояние он определил специальным термином «гипноз», что, собственно, по-гречески и означает сон. Всю свою дальнейшую жизнь Дж. Брейд посвятил изучению гипноза. Свой опыт он обобщил в монографии «Неврогипнология» (1843), в которой детально и подробно описал стадии возникновения гипнотического состояния, методы гипнотического воздействия и теоретические представления о физиологических процессах, вызывающих гипнотический сон. Дж. Брейд излагал нейрофизиологическую теорию, согласно которой гипнотическое состояние возникает при зрительной фиксации и сосредоточенности внимания на фиксируемом взглядом предмете, вследствие чего происходит утомление зрительного анализатора, задержка дыхания и замедление сердцебиения. Он впервые целенаправленно использовал гипноз как метод терапии, в последние годы жизни допускал развитие гипнотического состояния при словесном внушении.

Продолжателем дела Дж. Брейда стал А.О. Льебо который находился под сильным влиянием его научных исследований. А.О. Льебо, испытав несколько вариантов усыпления больных, предложил вызывать гипнотический сон, внушая пациенту представление о засыпании неторопливым тихим голосом.

Гипнотический сон А.О. Льебо разделил на несколько степеней и тщательно описал характерные признаки каждой из них. Заслуга его заключалась в том, что он первый систематически использовал словесное внушение в терапевтических целях, уделяя основное внимание психологическим аспектам гипноза. Так, с 1860 по 1885 г. к А.О. Льебо обратилось 7500 пациентов, причем многим из них он проводил десятки сеансов. В 1866 г. он подытожил свои наблюдения в книге «О сне и аналогичных состояниях, рассматриваемых как преимущественно с точки зрения воздействия психики на тело», где отстаивал естественно-научный взгляд на природу гипноза. Медицинское сообщество встретило этот труд глухим молчанием (был продан всего лишь один экземпляр книги). И лишь в 1882 г. по предложению сотрудничества руководством медицинского факультета, А.О. Льебо применил словесное внушение в гипнотическом состоянии для лечения больных в психиатрическом приюте Марвиль и охотно поделился своим опытом с коллегами. Вскоре эта работа привлекла внимание профессора терапевтической клиники в Нанси И. Бернгейма (H. Bernheim, 1840–1919 гг.). Он стал применять гипноз в своей клинике и настолько широко ввел его в практику, что лечение словесным внушением стало применяться на равных правах с другими лечебными методами. Используя технические приемы А.О. Льебо, И. Бернгейм

вызывал гипнотическое состояние у 90% пациентов. Вокруг двух врачей и физиолога, исследователя, использовавшего для изучения гипноза экспериментально-лабораторный подход, профессора А.-Э. Бони (Н.-Е. Beaunis, 1830–1921 гг.), сформировался круг ученых, интересовавшихся проблемами внушения и гипноза, разделявших точку зрения А.О. Льебо и И. Бернгейма, что гипноз — это психологически нормальный феномен, вызываемый внушением. Круг исследователей вырос, появлялись новые факты, расширялась база теоретических оснований. Так возникла нансийская школа гипноза, или школа Бернгейма.

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

Чуть раньше в Париже, в госпитале Сальпетриер, Ж.М. Шарко изучал явления гипнотизма в связи с проверкой теории и метода металлотерапии. Ж.М. Шарко — невропатолог мирового уровня, блестящий клиницист и диагност, описавший ряд неврологических симптомов, основатель сальпетриерской (парижской) школы гипноза. Изучая нервные болезни, он заинтересовался истерией, многообразием ее клинических проявлений, и заметил, что наблюдаемые различные симптомы соответствовали скорее ожиданиям пациентов, нежели реальным неврологическим проявлениям. В 1878 г. Ж.М. Шарко провел ряд опытов и начал заниматься лечением этих пациентов с помощью гипноза, добившись значительных результатов. С этого времени Ж.М. Шарко начал регулярные обучающие демонстрации гипноза в Сальпетриере. Он выделил три основные стадии гипноза: летаргию, катаlepsию и сомнамбулизм и считал, что эти же явления в той же последовательности наблюдаются и при развитии симптомов истерии, что привело его к умозаключению, что симптомы истерии могут быть вызваны посредством аутогипноза. В 1882 г. он представил свои исследования Французской академии наук и получил одобрение и поддержку (нельзя не вспомнить отрицательный отзыв этой же академии об исследованиях Ф.А. Месмера), так как к тому времени гипноз стал вполне признаваемой процедурой. Вокруг Ж.М. Шарко образовался круг талантливых учеников и последователей, таких как А. Бине (A. Binet, 1857–1911 гг.), Ж. Жиль-де-ла Туретт (G. Gilles de la Tourette, 1857–1904 гг.), Ш. Рише (C. Richet, 1850–1935 гг.), Ж. Бабинский (J. Babinski, 1857–1932 гг.), П. Жане (P. Janet, 1859–1947 гг.), которые составили основное ядро школы Сальпетриера.

Между двумя научными школами шла ожесточенная многолетняя борьба, развернувшаяся на страницах медицинской печати и конгрессах. По характеру взглядов сальпетриерская школа во главе с Ж.М. Шарко считалась физиологической, а нансийская, возглавляемая И. Бернгеймом, — психологической.

Сальпетриерская школа рассматривала гипнотическое состояние как экспериментально вызванное невротическое расстройство или искусственный невроз, разнообразные проявления которого зависели от воли экспериментатора. Способы вызывания гипнотического состояния могли быть как физическими, так и психическими.

Согласно взглядам нансийской школы, гипноз — это особое психическое состояние или сон, вызванный непосредственно внушением. Состояние гипноза можно вызвать у совершенно здоровых людей, и это состояние ничего болезненного собой не представляет, а, напротив, благодаря повышению восприимчивости человека к внушениям во время гипнотического состояния последнее является важным и действенным методом лечения различных расстройств.

В 1889 г. с 8 по 12 августа в Париже в больнице Отель-Дье проходил Первый Интернациональный конгресс «Гипноз экспериментальный и лечебный». Среди участников конгресса помимо Ж.М. Шарко, А.О. Льебо и И. Бернгейма фигурировали Ж. Дежерин (J. Dejerine, 1849–1917 гг.), П. Жане, Ж. Бабинский, О.А. Форель (A.H. Forel, 1848–1931 гг.), Ж.В. Маньян (J.V. Magnan, 1835–1916 гг.), З. Фрейд (S. Freud, 1856–1939 гг.), В. Джеймс (W. James, 1842–1910 гг.), В.М. Бехтерев (1857–1927). На этом конгрессе была поставлена последняя точка в научном споре двух школ, нансийской и парижской, между двумя лидерами в теории гипноза — Ж.М. Шарко и И. Бернгейма. Научное врачебное сообщество приняло сторону нансийской школы.

Необходимо отметить вклад в изучение гипноза профессора физиологии Р. Гейденгайна (R. Heidenhain, 1834–1897 гг.) в Бреславле, который после посещения выступлений магнетизера Ганзена в 1880 г. начал опыты по гипнозу и через две с небольшим недели прочитал свою знаменитую лекцию, сопровождавшуюся многочисленными демонстрациями и комментариями. Р. Гейденгайн стоял на позициях физиологического подхода в теории гипноза. Через год эта лекция вышла отдельной брошюрой на русском языке с предисловием И.П. Павлова (1849–1936), который тогда стажировался у Р. Гейденгайна.

В России изучением гипноза занимались многие видные ученые своего времени: В.Я. Данилевский (1852–1939), А.А. Токарский (1859–1901), Г.И. Россолимо (1860–1928), Б.Н. Синани (1851–1920), В.М. Бехтерев, И.Р. Тарханов (1846–1908) и многие другие.

Таким образом, к 80-м годам XIX столетия относится усиленная научная разработка гипноза как лечебного метода, что оказало в свою очередь доминирующее влияние на выяснение этиологической роли психогенных факторов в развитии неврозов. Гипноз стал началом всей научной психотерапии во всем многообразии ее методов.

Следует отметить, что вторая половина XIX в. характеризовалась небывалым интересом к естественно-научным проблемам. Успехи физики и химии дали значительный толчок развитию физиологии. Работы И. Мюллера, П. Брока определили экспериментальные подходы к изучению мозга. Патологическая анатомия и гистология достигли необычайного расцвета в лице Р. Вирхова. В 1859 г. мир узнал эволюционную теорию Ч. Дарвина, в 1866 г. в России были отпечатаны отдельной книгой «Рефлексы головного мозга» И.М. Сеченова (в этом же году она была запрещена властями), в 1879 г. в Лейпциге В. Вундтом (W. Wundt, 1832–1920 гг.) была открыта первая лаборатория экспериментальной психологии, Д. Тьюк (J. Tuke, 1835–1913 гг.) в 1872 г. впервые ввел в научный обиход термин «психотерапия».

К началу XX в. золотой век гипноза в Европе подходил к концу. В нансийской школе все большее значение стали приписывать внушению, чем самому гипнозу. Внушение стало отдельным методом лечебного воздействия. Фармацевт из Нанси Э. Куэ (E. Coué, 1857–1926 гг.), ученик А.О. Льебо и И. Бернгейма, разработал метод сознательного самовнушения и в 1910 г. открыл в родном городе собственную клинику самовнушения. Э. Куэ заметил, что даже довольно внушаемый человек невосприимчив к внушению, если противится ему и не претворяет его в самовнушение. Главный тезис неонансийской школы, во главе которой стояли Э. Куэ и Ш. Бодуэн (Ch. Baudouin, 1893–1963 гг.): нет внушения, есть только самовнушение. Э. Куэ стал учить своих пациентов, называя их «учениками», сознательно пользоваться самовнушением, этой «врожденной силой природы», внушать себе, шевеля губами, внятно, чтобы слышались слова, что у него будет спокойный, глубокий сон без тяжелых сновидений и т.п. Э. Куэ использовал самовнушение при лечении пациентов с самыми различными заболеваниями.

Самовнушение по Куэ–Бодуэну приобрело в 1920-е годы широкую популярность.

Положительной стороной работ Э. Куэ и его последователей было пропагандирование активных методов психотерапии и корригирующего самовнушения. Э. Куэ способствовал утверждению активной роли пациента в лечебном процессе и развитию идей тренировки и обучения в психотерапии. Его скромная по содержанию формула самовнушения явилась отправной точкой для начала поиска более эффективных путей психотерапевтических влияний аутогенного плана и легла в основу таких методов, как аутогенная тренировка, биологическая обратная связь, медитация, релаксация и др.

С конца 90-х годов XIX в. и особенно в начале XX в. как реакция на чрезмерную экспансию гипноза стали разрабатываться принципиально иные методы психотерапевтических воздействий. Говоря о стыке веков, нельзя не вспомнить о том, что это было переходное время от постклассицизма к модерну в литературе и искусстве, математика тогда же окончательно уступает «пальму первенства» физике, стремительно развивается психология.

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

В Швейцарии увлеченно занимается психотерапией невропатолог П. Дюбуа (P. Dubois, 1848–1918 гг.). Он был знаком с работами Ж.М. Шарко, посещал И. Бернгейма в Нанси, был увлечен гипнозом, но по мере накопления наблюдений полностью отошел от гипноза и внушения и разработал метод рациональной психотерапии, противопоставив его гипнозу.

П. Дюбуа придавал большое значение биографии больных и считал, что причина психических нарушений кроется в истории жизни пациента, а не в повреждениях головного мозга, активно выступал против применения гипноза как средства психотерапии, считал, что большинство психических расстройств имеет собственно психическую причину, на которую можно оказывать рациональное воздействие. Он обосновал, разработал и внедрил метод рациональной психотерапии. Основные положения этой концепции были изложены в труде «Психоневрозы и их психическое лечение» 1903 г. Его рациональная психотерапия представляла собой специфическую логическую диалоговую психотерапию, основанную на обращении к рассудочной сфере и личности бодрствующего пациента и непосредственном воздействии на совокупность его представлений о причине и сущности заболевания, истинном состоянии и страданиях. Важное значение имела также система профессиональной аргументации, разъяснения и убеждения, ориентированные на осознание и изменение пациентом своего поведения, своих иррациональных оценок, мыслей и чувств, и достижение на этой базе соответствующего терапевтического эффекта.

Рациональная психотерапия, опираясь, по словам П. Дюбуа, на «убедительную диалектику» и «силлогистические доказательства», рассеивала ошибки в суждениях больного о характере и природе его заболевания. Снятие неопределенности, коррекция противоречивости,

непоследовательности в представлениях пациента о его болезни — таковы основные звенья воздействия рациональной психотерапии. Этот подход, заложенный П. Дюбуа, несомненно являлся принципиально новым и не утратил своего значения в настоящее время.

Рациональная психотерапия в качестве одного из элементов входит практически во все виды психотерапии, без нее затруднительно начало любого ее вида. Взгляды П. Дюбуа критиковались, в первую очередь, из-за избегания эмоциональной поддержки пациента [7]. В 1910 г. французский невропатолог Ж. Дежерин, критикуя прямое внушение, с одной стороны, и рациональную психотерапию, с другой, предложил метод психотерапии посредством убеждения, основанный на безусловном эмоциональном доверии пациента к врачу, подробно описанный в монографии «Функциональные проявления психоневрозов, их лечение психотерапией» (1912).

Метод убеждения в психотерапии Ж. Дежерин считал необходимым использовать с целью, чтобы объяснить больному причины его симптомов и расстройств и вызвать у него доверие к себе, «пробудить различные элементы личности», которые способны стать отправным пунктом для ее реконструкции. Не исключая, а, напротив, активно используя в психотерапии логические доказательства, рассуждения, Ж. Дежерин в то же время делал акцент на том, что врач не навязывает их больному, а лишь предлагает «обдумать и понять». Роль врача (личность которого, согласно Ж. Дежерину, имеет необычайно важное значение в психотерапии) заключается в призыве, побуждении, направлении и вместе с тем в понимании, принятии и уважении пациента. Таким образом, убеждение не ограничивает личность, а дает ей возможность развиваться в условиях освобождения от всех стесняющих влияний. Психотерапия убеждением направлена на выполнение двух главных задач: осуществление освобождающего действия и восстановление личности больного.

Своеобразный метод психотерапии был предложен немецким врачом Я. Марциновским (J. Marcinowski, 1868–1935) в 1909 г. — психотерапия миросозерцанием («лечение идеалами»), суть которого заключалась в формировании у пациентов целительного духовного миросозерцания, в результате чего пациент поднимается над своей страдающей, обремененной проблемами личностью и начинает видеть себя частицей Человечества в целом и вообще всей Природы. Целью психотерапии являлось ослабление болезненных представлений путем введения в психику пациента высших философских, этических и эстетических представлений. Возвращением личности страдающего пациента в лоно общечеловеческих и духовных ценностей через осознание индивидуальности и самооценности собственного существования, достигается изменение болезненных представлений, снижение и исчезновение нервозности и тревожности. «Психотерапия идеалами» проходила в теплой и открытой атмосфере, располагающей пациента к доверительному общению с врачом. Кроме этого, врач должен был сам обладать возвышенными идеалами, а также очень глубоко изучить взгляды больного и говорить с ним на его понятийном аппарате.

Сравнивая методы психотерапии Ж. Дежерина и Я. Марциновского с некоторыми современными подходами, можно увидеть нечто общее с гуманистической школой в психотерапии.

В 1895 г. И. Брейер (J. Breuer, 1842–1925 гг.) и З. Фрейд публикуют совместную работу «Исследования об истерии», где описан психокатарсический метод лечения истерических расстройств. Находящемуся в состоянии гипнотического сна пациенту предлагалось вспомнить о событиях, которые предположительно вызывали тот или иной симптом. И. Брейер и З. Фрейд считали, что аффективно окрашенные впечатления, в силу каких-то причин вытесненные из сознания, продолжают оказывать влияние на человека и могут патологически изменять его поведение. Для того чтобы добиться лечебного эффекта, нужен гипнотический сон, при котором возможно освобождение от травмирующих эмоций путем катарсиса. Именно с «Исследования об истерии» принято вести историю психоанализа, а его создатель З. Фрейд открыл новую эру в психотерапии, медицинской психологии, психиатрии и антропологии [8].

Решающим моментом в становлении оригинальной теории З. Фрейда был отход от гипноза как средства проникновения к забытым переживаниям, лежащим в основе неврозов. Во многих, и как раз наиболее тяжелых случаях, гипноз оставался бессильным. З. Фрейд начал искать другие пути к патогенным аффектам и в конце концов нашел их в толковании сновидений, свободно всплывающих ассоциаций, малых и больших психопатологических проявлений, чрезмерно повышенной или пониженной чувствительности, двигательных расстройствах, оговорках, забываниях и т.п. Особое внимание он обратил на феномен переноса больным на врача чувств, имевших место в раннем детстве по отношению к значимым лицам. Исследование и интерпретация этого разнообразного материала З. Фрейд назвал психоанализом — оригинальной формой психотерапии и методом исследования, основанной на выявлении особенностей переживаний и действий человека, обусловленных неосознаваемыми мотивами (впервые этот термин З. Фрейд использовал в 1896 г. в докладе «Этиология истерии»).

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

Научная деятельность З. Фрейда охватывает несколько десятилетий, в течение которых его концепция претерпевала существенные изменения, что дает основания для условного выделения трех периодов.

В первый период психоанализ, в основном, оставался методом лечения неврозов с отдельными попытками общих заключений о характере душевной жизни. В это время психоанализ начал приобретать популярность, вокруг З. Фрейда в 1902 г. сложился кружок из представителей разных профессий (врачей, писателей, художников), желавших изучать психоанализ. Его учениками были такие известные ученые, как А. Адлер (A. Adler, 1870–1937 гг.), К.Г. Юнг (C.G. Jung, 1875–1961 гг.), Ш. Ференци (S. Ferenczi, 1873–1933 гг.), О. Ранк (O. Rank, 1884–1939 гг.), К. Абрахам (K. Abraham, 1877–1925 гг.) и др. С этого года З. Фрейд — профессор неврологии Венского университета, должность, которую он занимал до 1938 г.

Распространение им фактов, полученных при изучении психоневрозов, влияющих на понимание душевной жизни здоровых людей, было встречено медицинским сообществом весьма критически.

Во втором периоде концепция З. Фрейда превратилась в общепсихологическое учение о личности и ее развитии. В 1909 г. он читал лекции в США, вышедшие затем как краткое изложение психоанализа — «О психоанализе: пять лекций» (1910).

В третьем периоде учение З. Фрейда — фрейдизм — претерпело существенные изменения и получило свое философское завершение. Психоаналитическая теория стала основой для понимания культуры, религии, цивилизации. Учение об инстинктах было дополнено идеями о влечении к смерти. Эти представления, полученные З. Фрейдом при лечении неврозов военного времени, привели его к выводу о том, что войны являются следствием инстинкта смерти, то есть обусловлены природой человека. К этому же периоду относится описание трехкомпонентной модели личности человека.

Таким образом, З. Фрейд разработал ряд положений, запечатлевших своеобразие психики и прочно вошедших в арсенал научного знания о ней. В круг научного анализа были вовлечены феномены, которые традиционная академическая психология не привыкла принимать в расчет.

Исходя из теории З. Фрейда, между психотравмирующей ситуацией и симптомом зачастую нет прямой связи, а возникает символическая за счет вытеснения несовместимых представлений из-за неразрешенного конфликта. Вытеснение их происходит из сознания в область бессознательного. Несовместимые представления формируются в основном из одного источника — сексуальной сферы; восстановление их в сознании ведет к аффективному отреагированию и исчезновению симптомов как символического выражения этих представлений. Отказавшись от гипноза, З. Фрейд продолжал использовать катарсис в качестве метода лечения, а вскоре разработал своеобразную психотерапевтическую технику «метод свободных ассоциаций», побуждая пациента открыто и спонтанно высказывать все, что приходит на ум: любые впечатления, какими бы незначительными или непристойными они не казались. Целью метода свободных ассоциаций было возвращение в сознание вытесненных представлений и переживаний, которые могли быть причиной невротических расстройств или аномального поведения пациента. С 1897 г. З. Фрейд тщательно занимался самоанализом и многие его теоретические рассуждения основывались на собственных невротических проявлениях. Он предпринял систематическую работу по самоанализу, чтобы лучше постичь себя и понять своих пациентов. Основным средством самоанализа З. Фрейд считал анализ сновидений и в 1900 г. обобщил свой опыт в книге «Толкование сновидений», которая и сегодня считается одной из главных его работ, а сам З. Фрейд считал ее «поворотным пунктом». С 1902 г. профессор неврологии начал руководить еженедельным семинаром по проблемам психоанализа. Круг приверженцев его теории постоянно расширялся: в 1904 г. идеи З. Фрейда активно обсуждались рядом выдающихся швейцарских специалистов — Э. Блейлером (E. Bleuler, 1857–1939 гг.), К. Абрахамом, К.Г. Юнгом. С 1907 г. К.Г. Юнг начинает активную деятельность в психоаналитическом обществе. Постепенно формировалась психоаналитическая школа З. Фрейда, которая представила основные теоретические предпосылки для формирования одного из трех доминирующих направлений современной психотерапии — динамического направления, — объединяющего в себе большое число видов психотерапии, опирающихся на концепцию бессознательного. В 1905 г. Фрейд опубликовал «Три очерка по теории сексуальности», где описал психосексуальные стадии развития ребенка, когда его психика концентрируется вокруг определенных эрогенных зон. З. Фрейд считал, что истоки невротических расстройств следует искать в детских переживаниях пациентов, он стал первым теоретиком, указавшим на важность исследования детства для понимания природы психики человека. В период с 1900 по 1910 гг.

профессиональное положение З. Фрейда значительно упрочилось, частная практика процветала, пришло международное признание.

В 1911 г. из-за теоретических расхождений фрейдовское общество покидает один из любимых учеников З. Фрейда А. Адлер, основатель индивидуальной психологии, идеи которого стали распространяться по всей Европе. А. Адлер утверждал, что цели и ожидания человека больше влияют на поведение, чем прошлый опыт, а основным побудительным мотивом является достижение превосходства и адаптация к среде. Он подчеркивал значительное влияние социума на каждого человека и большую важность социальных интересов — чувство общности, кооперации и альтруизма. А. Адлер отвергал антагонизм сознательного и бессознательного в человеке. Одним из первых он привлек внимание к роли неправильного семейного воспитания, в частности, о влиянии эмоционального отвержения и попустительства на возникновение неврозов [13].

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

В 1914 г. от З. Фрейда отошел и швейцарский психиатр К.Г. Юнг, которого он считал своим духовным сыном и наследником психоаналитической школы. К.Г. Юнг разработал собственную аналитическую психологию, в которой интерпретировал либидо не как сексуальную энергию, а как жизненную энергию вообще. Он ввел понятие «коллективного бессознательного» как наиболее глубокого уровня психической деятельности, содержащий в себе архетипы — врожденный опыт прошлых поколений.

В 1914 г. мир всколыхнула Первая мировая война, в которую были вовлечены не только страны Европы, но и Соединенные Штаты. Наблюдая эту кровавую бойню, З. Фрейд предположил, что агрессия является такой же побудительной силой, как и секс. Это стало еще одним поворотным пунктом в системе психоанализа и дополнило теорию З. Фрейда об общем психическом развитии человека. Психоанализ приобрел статус законченной и целостной теоретической системы, включавшей теории развития человека, психологического происхождения неврозов и психоаналитической терапии. В дальнейшем последователи психоанализа разрабатывали собственные теории, опираясь на эти три прочные основы. Помимо индивидуальной психологии А. Адлера и аналитической психологии К.Г. Юнга психоанализ З. Фрейда явился основой активной аналитической терапии В. Штекеля (W. Stekel, 1868–1940 гг.), волевой теории О. Ранка, интерперсональной психотерапии Г.С. Салливана (H.S. Sullivan, 1892–1949 гг.), характерологического анализа В. Райха (W. Reich, 1897–1957 гг.), интенсивной психотерапии Ф. Фромма-Райхманна (F. Fromm-Reichmann, 1889–1957 гг.), эго-анализа М. Кляйн (M. Klein, 1882–1960 гг.), характерологического анализа К. Хорни (K. Horney, 1885–1952 гг.), гуманистического психоанализа Э. Фромма (E. Fromm, 1900–1980 гг.) и многих других. Период создания этих теорий охватывает десятилетия — как до Второй мировой войны, так и после нее. В нашей стране к динамическому направлению относится личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (ЛОРП).

Динамическое направление продолжает свое развитие по настоящее время.

В 1913 г. в США журнал «Психологическое обозрение» публикует статью молодого профессора университета Хопкинса Дж.Б. Уотсона (J.B. Watson, 1878–1958 гг.), в которой автор критикует структурную и функциональную психологию, доминировавшую в то время. Он призывает рассматривать психологию как экспериментальную область естественных наук, чьей основной теоретической задачей должно быть прогнозирование поведения человека и управление этим поведением. С этого момента начинается свое развитие бихевиоризм как отдельное направление в психологии, определившее теоретические основы поведенческой психотерапии. Значительное влияние на формирование бихевиоризма оказали условно-рефлекторная теория И.П. Павлова и теория сочетательных рефлексов В.М. Бехтерева. И.П. Павлов продемонстрировал в своих экспериментах, что высшая нервная деятельность может описываться в терминах физиологии на подопытных животных и без привлечения понятия сознания. Условные рефлексы И.П. Павлова предоставили науке базовый элемент поведения, посредством которого можно было изучать сложное и многогранное поведение человека в лабораторных условиях. Дж.Б. Уотсон воспользовался этой идеей и сделал ее основой своей программы. И.П. Павлов с удовлетворением отмечал, что работы Дж.Б. Уотсона и дальнейшее развитие бихевиоризма в США являются убедительным подтверждением его идей и методов. Бихевиоризм Дж.Б. Уотсона представлял собой попытку построить науку, свободную от менталистических понятий и субъективных методов, науку столь же объективную и здравомыслящую, как и физика. Это означало, что все сферы поведения должны были рассматриваться в объективных терминах «стимул–реакция». Эксперименты Дж.Б. Уотсона с условными рефлексами привели его к заключению, что эмоциональные расстройства невозможно свести только к сексуальным факторам, как утверждал З. Фрейд. Дж.Б. Уотсон считал, что проблемы взрослого человека связаны с обусловленными реакциями,

сформированными в детстве или подростковом возрасте. А если они являются следствием неправильного воспитания в детстве, то соответствующим воспитанием можно предотвратить появление расстройств в более зрелом возрасте. Дж.Б. Уотсон получил широкое признание как основатель крупной научной школы.

С 30-х годов XX в. бихевиоризм продолжил свое развитие в работах необихевиористов — Э.Ч. Толмена (E.C.Tolman, 1886–1959 гг.), К.Л. Халла (C.L. Hull, 1884–1952 гг.) и Б.Ф. Скиннера (B.F. Skinner, 1904–1990 гг.), опиравшихся на принципы операционизма физика-экспериментатора П.У. Бриджмена (P.U. Bridgmen, 1882–1961 гг.). Э.Ч. Толмен в 1932 г. описал собственную систему целенаправленного бихевиоризма, определяющую целенаправленность поведения; ввел важные для бихевиоризма понятия «промежуточной переменной» и «латентного научения», чем оказал большое влияние на дальнейшее развитие теории научения. К.Л. Халл дополнил теорию научения законом о первичном и вторичном подкреплении, ввел в науку гипотетико-дедуктивный метод, как он считал, единственно адекватный метод бихевиоризма. Самой влиятельной фигурой необихевиоризма на протяжении нескольких десятилетий являлся Б.Ф. Скиннер. Он выдвинул концепцию оперантного научения, согласно которой организм приобретает новые реакции благодаря тому, что сам подкрепляет их, и только после этого внешний стимул вызывает реакции. Начиная с 50-х годов XX в., методы оперантного бихевиоризма распространились на психотерапевтическую практику. Ряд методов поведенческой психотерапии — позитивное подкрепление, угашение, некоторые аверсивные приемы — основаны на модели оперантного обусловливания [11]. Сам термин «поведенческая психотерапия» вошел в историю с 1953 г. 1950–1960-е годы — период становления поведенческой психотерапии как самостоятельного направления, ставшего одним из ведущих психотерапевтических направлений мировой психотерапии в 1970-е годы. Стоит остановиться на такой интересной фигуре, как Дж. Вольпе (J. Wolpe, 1915–1997 гг.). В 1949 г. Дж. Вольпе провел серию экспериментов по изучению невротической тревоги, на основании чего предложил метод систематической десенсибилизации. Позднее он пришел к заключению, что тревога может подавляться целым рядом различных реакций организма и, в частности, чувством комфортности, которое пытаются вызвать психотерапевты любой направленности у своих пациентов. Его бихевиоральная терапия привлекла внимание многих специалистов и получила широкое распространение по всему миру [3].

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

Мощным толчком для дальнейшего развития бихевиоризма и поведенческой психотерапии явилась социальная когнитивная теория А. Бандуры (A. Bandura, 1925–2021 гг.), определившая социально-бихевиоральный подход в психологии. Социальное научение, согласно теории А. Бандуры, формируется через наблюдение. Одно лишь наблюдение за моделью позволяет формировать новые стереотипы поведения, ранее отсутствовавшие у животного или человека. В дальнейшем это привело к теоретическим обобщениям, получившим название «концепции самоэффективности». А. Бандура оказал влияние на переход от бихевиоризма к когнитивной психологии.

Последующий отход от первоначальной парадигмы поведенческой психотерапии, рассматривающей когниции как промежуточные переменные, как структурирующие и регуляторные компоненты эмоциональных, мотивационных и моторных процессов, отражают теории А. Эллиса (A. Ellis, 1913–2007 гг.) и А.Т. Бека (A.T. Beck, 1921–2021 гг.). В своей рационально-эмотивной психотерапии А. Эллис в качестве главной промежуточной переменной, делающей понятной связь между стимулом и поведением, выделял рациональные и иррациональные когниции. В когнитивной психотерапии А.Т. Бека определяющей переменной являются реалистичные и нереалистичные (связанные с ошибками в когнитивных выводах) когниции. А. Эллис и А.Т. Бек признавали связь когнитивных и поведенческих переменных при доминирующем значении первых. С их точки зрения центром воздействия психотерапии должны быть промежуточные когнитивные переменные.

В основу рационально-эмотивной психотерапии А. Эллис положил анализ и коррекцию убеждений и представлений пациента о должном, нужном и «катастрофичном». В 1959 г. А. Эллис создал и до 2005 г. возглавлял Институт Альберта Эллиса, где он продолжил вместе с учениками и последователями разработку своего активного и директивного метода психотерапии, в которой пациент мог задавать психотерапевту вопросы и получать на них непосредственные ответы, а также, помимо вербальных дискуссий во время психотерапевтического сеанса, пациент получал домашние задания с использованием техник бихевиоральной психотерапии. Институт Альберта Эллиса успешно работает и сегодня, где продолжают научные изыскания и ведется интенсивная терапевтическая работа.

А.Т. Бек выделял два основных вида ошибок: избирательное абстрагирование и преувеличение–преуменьшение. Индивид видит себя неудачником, а мир — карающим, будущее — бледным и даже безнадежным. Так зарождалась когнитивная модель депрессии, а терапия, сфокусированная на этих когнитивных процессах, зарекомендовала себя как высокоэффективный психотерапевтический метод. Термин «когнитивная терапия» предложен А.Т. Беком в 1976 г. Он разработал оценочные шкалы для депрессии, риска суицида, для исследования личности. Продолжавшиеся исследования в области психопатологии и применения когнитивной терапии обеспечили А.Т. Беку выдающееся место в мировом научном сообществе [4].

Попытка интеграции когнитивного и поведенческого подходов связана с именем Д. Мейхенбаума (D. Meichenbaum, род. в 1940 г.). С середины 60-х годов XX в. он занимается теоретическим и эмпирическим изучением мышления у разных групп больных. Развивает техники «отслеживания» автоматических мыслей (внутреннего диалога, мгновенных озарений) и когнитивных процессов, таких как метазнание и когнитивные схемы. Он начал использовать коррекционные воздействия как средства выявления природы взаимодействия между мыслями, чувствами и поведением. Д. Мейхенбаум продемонстрировал успешное применение своего метода в работе с посттравматическими стрессовыми расстройствами (ПТСР) и когнитивными нарушениями, интегрируя психодинамические, семантические методы и технологию поведенческой терапии. Разработанные им методы самоинструктирования и «прививка против стресса» представляют собой способы овладения внутренней речью в виде самовербализации. Его работы можно рассматривать как дальнейшее развитие идей Л.С. Выготского (1896–1934) и А.Р. Лурия (1902–1977) о внутренней речи, работы которых оказали значительное влияние на Д. Мейхенбаума.

Таково же направление работ М.Дж. Махони (M.J. Mahoney), рассматривавшего когнитивные переменные и их модификации как главный объект и цель когнитивно-поведенческой психотерапии [5].

Таким образом, когнитивно-поведенческая психотерапия сегодня — это стремительно развивающееся направление в психотерапии. Начав с теорий научения, построенных по схеме «стимул–реакция», оно использовало далее когнитивные и социальные теории научения, а в последние годы пытается опереться на теории переработки информации, коммуникации и даже больших систем.

Во второй половине XX в., после Второй мировой войны, два ведущих направления — психоанализ и бихевиоризм — утрачивают передовые позиции, претерпевают изменения и существенно преобразуются. В философии, психологии и психотерапии вначале в Европе, а затем и в США, начал активно развиваться экзистенциализм. Первыми представителями этого течения, сплотившего вокруг себя интеллектуалов того времени, считаются философ Ж.-П. Сартр (J.-P. Sartre, 1905–1980 гг.) и романист А. Камю (A. Camus, 1913–1960 гг.) — лауреаты Нобелевской премии по литературе. Развитие этого учения в психологии и психиатрии стало возможным благодаря работам философа М. Хайдеггера (M. Heidegger, 1889–1976 гг.) и прогрессивных психиатров Л. Бинсвангера (L. Binswanger, 1881–1966 гг.) и М. Босса (M. Boss, 1903–1990 гг.).

Центральной идеей М. Хайдеггера выступало понимание человеческого существования через «бытие–в–мире». Индивид не существует как Я или субъект в отношении внешнего мира, он и не объект или тело, взаимодействующее с другими вещами, составляющими мир, а существует через «бытие–в–мире».

Швейцарские психиатры Л. Бинсвангер и М. Босс перенесли онтологию абстрактного бытия на проблемы изучения бытия индивидуального и на основе богатейшего клинического материала разработали так называемый бытийный дизайн-анализ, направленный на реконструкцию внутреннего мира опыта. Психические нарушения рассматривались как результат особого представления о мире. Это относится не только к окружающему миру, но и к миру, который включает самого человека и других людей. Невротическая тревога возникает, когда индивид полностью погружается в созданный им самим мир, в котором он не разрешает себе быть свободным. Основной процесс дизайн-анализа — исследование того, что человек «знает–чувствует–желает». Основная его цель — утверждение свободы человека. Работы Л. Бинсвангера и М. Босса получили широкую известность и оказали огромное влияние на европейскую философию, литературу, психологию и психотерапию [5].

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

В группу экзистенциального психоаналитического движения входили психоаналитики, внесшие значительный вклад в дальнейшее развитие экзистенциального подхода в психотерапии, среди них были А. Шторх (A. Storch), Г. Балли (G. Bally), Р. Кун (R. Kuhn), Ф. Байтендийк (F. J. Buytendijk).

Наряду с ними К. Ясперс (K. Jaspers, 1883–1969 гг.) и В. Франкл (V.E Frankl, 1905–1997 гг.) предпринимали небезуспешные попытки внедрить положения экзистенциальной психологии в клиническую психотерапию.

В. Франкл — австрийский психиатр, психотерапевт, философ, создатель метода логотерапии и родоначальник так называемой третьей венской школы психотерапии (после школ З. Фрейда и А. Адлера). В 50–60-е годы XX в. он отмечал широкое распространение в обществе утраты людьми смысла жизни. Ему удалось понять психологические корни этого явления и дать ответ на многие вопросы, пришедшие с новой эпохой. «Каждому времени требуется своя психотерапия», — писал В. Франкл. Созданная им логотерапия помогает человеку в поисках смысла жизни; она отвечает на запросы времени, а потому может помочь как больным, так и здоровым людям.

В США крупнейшим представителем экзистенциализма в психологии и психотерапии считается Р. Мэй (R. May, 1909–1994 гг.), идеи которого способствовали значительной популяризации экзистенциальной психотерапии среди специалистов США.

Экзистенциализм становится основанием для развития гуманистической психологии. Основные принципы гуманистического направления заключаются в признании ведущих ролей сознательного опыта и целостного характера природы человека с акцентом на свободе воли, спонтанности и творческой силе индивида. Основоположниками гуманистического направления считаются А. Маслоу (A. Maslow, 1908–1970 гг.) и К. Роджерс (C.R. Rogers, 1902–1987 гг.).

А. Маслоу начал исследовать самоактуализацию, изучая жизнь, ценности и отношения людей, которые казались ему наиболее душевно здоровыми и творческими, тех, кто казался в высшей степени самоактуализированным, то есть достиг более оптимального, эффективного и здорового уровня функционирования, чем средние люди. Он полагал, что, изучая лучших из людей, можно исследовать границы человеческих возможностей.

Неврозы и психологическую неприспособленность он определяет как «болезни лишенности», то есть считает, что они вызываются лишением удовлетворения определенных фундаментальных потребностей. Психологический рост рассматривался им как последовательное удовлетворение все более «высоких» потребностей, что ранняя фрустрация потребности может зафиксировать индивида на определенном уровне функционирования. Наиболее значительные достижения А. Маслоу как психолога состоят в подчеркивании позитивных измерений человеческого опыта; он был духовным учителем многих гуманистических психологов и психотерапевтов.

В отличие от А. Маслоу, К. Роджерс пришел к концепции о стремлении человека к самореализации через осмысление опыта занятий с эмоционально неуравновешенными детьми в годы работы в консультационном центре «Общества по предотвращению насилия над людьми».

Использование К. Роджерсом понятия «клиент» вместо «пациент» подчеркивает признание потенциала самостоятельности, активности больного на всех этапах психотерапии, начиная с постановки задачи. Суть метода заключалась в том, что психотерапевт входил в такой контакт с клиентом, который воспринимался им не как лечение и изучение его с целью диагностики, а как глубоко личный контакт. Согласно К. Роджерсу, индивид взаимодействует с реальностью, руководствуясь врожденной тенденцией организма к развитию своих возможностей, обеспечивающих его усложнение и сохранение. Осуществляется организмический оценочный процесс: организм испытывает удовлетворение при тех стимулах или поведенческих актах, которые усложняют и сохраняют организм и Я как в непосредственном настоящем, так и в отдаленном будущем; поведение направлено в сторону приближения к положительно оцениваемым опытным данным и избеганию данных, получивших отрицательную оценку.

По мере осознания Я у индивида развивается потребность в положительной оценке значимым окружением. В дальнейшем удовлетворение или фрустрация положительной оценки начинает переживаться независимо от взаимодействия с социумом и обозначается как самооценка. Поскольку Я-переживания индивида воспринимаются значимыми людьми как менее или более заслуживающие положительной оценки (то есть Я-переживания приобретают условия оценки), то и самооценка становится селективной. Из-за этой избирательности опыт воспринимается тоже селективно, на основе условий оценки он может быть искажен и не осознаваем. Вследствие этого индивид утрачивает интеграцию, его концепция Я включает искаженные восприятия, неправильно репрезентирующие опыт; поведение регулируется то со стороны Я, то теми аспектами опыта, которые не включены в Я, что сопровождается напряженным и неадекватным функционированием. Это главное отчуждение в человеке. Изменяется природное, организмическое оценивание, которое перестает быть регулятором поведения. Ради сохранения положительной оценки индивид начинает фальсифицировать свои переживания и воспринимать их по критерию ценности для окружающих. Как следствие такой неконгруэнтности (несоответствия) между Я и опытом возникает неконгруэнтность в поведении и процесс защиты. Однако если степень

неконгруэнтности велика, то защита не срабатывает, и тогда имеет место дезорганизация функционирования индивида [3].

Психотерапия состоит из множества «если..., то...». Если существуют определенные условия, то будет происходить процесс, включающий определенные характерные элементы. Если данный процесс происходит, то последуют определенные изменения личности и поведения.

Основу клиент-центрированной психотерапии составляет позитивная вера во врожденную тенденцию человека к развитию своих оптимальных способностей. Психотерапевтические встречи действуют через сам факт их новизны. Во время их проведения психотерапевт служит катализатором, с помощью которого пациент реализует свои латентные и лучшие способности для саморазвития.

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

Бурный рост интереса к гуманистической психотерапии приходится на 1960–1970-е годы, когда миллионы людей записывались в группы встреч, сеансы развития способности чувствовать, на курсы раскрытия потенциала человека и т.д. Само гуманистическое направление как третья сила в психотерапии является наименее однородной и объединяет такие разнообразные методы, как гештальт-терапия Ф. Перлза (F.S. Perls, 1893–1970 гг.), экзистенциальный анализ Ж.-П. Сартра, даэин-анализ Л. Бинсвангера, логотерапию В. Франкла, эмпирическую психотерапию К. Витакера (C.A. Whitaker, 1916–1995 гг.), биоэнергетический анализ А. Лоуэна (A. Lowen, 1910–2008 гг.), структурную интеграцию И. Рольфа (I. Rolf, 1896–1979 гг.), трансцендентальную медитацию, дзен-психотерапию, психоделическую психотерапию и ряд других методов.

Изложение становления и развития феноменологического подхода в рамках экзистенциально-гуманистического направления психотерапии невозможно без рассмотрения деятельности основателя гештальт-терапии и мастера практического использования гештальта Ф. Перлза.

Ф. Перлз получил медицинское образование во Фрайбургском, а затем Берлинском университетах, специализировавшись в психиатрии. В 1926 г. работал в Франкфурт-на-Майне в Институте мозга под руководством К. Гольдштейна (K. Goldstein, 1878–1965 гг.) — одного из пионеров гештальт-психологии. Благодаря этому сотрудничеству Ф. Перлз проникся пониманием того, что человеческий организм нужно рассматривать как целое, а не как конгломерат отдельно функционирующих частей.

В 1932 г. он переехал в Вену и прошел психоаналитическое обучение у В. Райха, который оказал глубокое влияние на его развитие. В 1933 г., с приходом к власти Гитлера, уехал с семьей в Голландию, а затем из оккупированной Голландии в Южную Африку, где основал Южно-африканский институт психоанализа.

Несколькими годами позже Ф. Перлз открыто порвал с психоаналитическим движением и в 1946 г. эмигрировал в США, где занимался частной практикой в Нью-Йорке, экспериментируя с сочетаниями разных психотерапевтических техник. Его первая книга по гештальт-терапии «Эго, голод и агрессия» была опубликована в Южной Африке в 1946 г. с подзаголовком «Ревизия теории и метода Фрейда». В 1966 г. подзаголовок был изменен на «Начало гештальт-терапии». Соавтором этой книги была его жена Лаура Познер Перлз, написавшая несколько глав. Термин «гештальт-терапия» был впервые использован в названии книги, опубликованной в 1951 г., где были сформулированы основные принципы этого психотерапевтического метода. В 1954 г. Ф. Перлз основал Кливлендский институт гештальт-терапии. В 1950-е годы группы по гештальт-терапии были организованы по всей стране. В начале 1960-х годов Ф. Перлз переехал в Калифорнию, где преподавал, вел группы и семинарские занятия в знаменитом институте Эсалена в Биг-Суре (Калифорния, США). Его метод в то время приобрел огромную популярность. Последние годы жизни Ф. Перлз провел в Канаде, где на острове Ванкувер организовал гештальт-общину.

Свой метод Ф. Перлз создавал под влиянием идей гештальт-психологии, экзистенциализма, психоанализа, в частности, теории В. Райха о физиологических проявлениях вытесненного психологического материала. Гештальт-терапия возникла в русле феноменологического подхода, подчеркивающего необходимость осознания пациентом настоящего и важность непосредственного эмоционального переживания. Информацию, необходимую для терапевтического изменения, получают из естественного поведения пациента.

Ф. Перлз перенес закономерности образования фигуры, установленные гештальт-психологией в сфере восприятия, в область мотивации человеческого поведения. Возникновение и удовлетворение потребностей он рассматривал как ритм формирования и завершения гештальтов. Функционирование мотивационной сферы осуществляется по принципу саморегуляции организма. Человек находится в равновесии с самим собой и окружающим его миром. Для сохранения гармонии нужно лишь довериться «мудрости тела»,

прислушиваться к потребностям организма и не мешать их реализации. Быть самим собою, осуществлять свое Я, реализовывать свои потребности, наклонности, способности — это путь гармоничной, здоровой личности. Больным неврозом, согласно экзистенциально-гуманистической психологии, является человек, хронически препятствующий удовлетворению собственных потребностей, отказывающийся от реализации своего Я, направляющий все свои усилия на реализацию Я-концепции, создаваемой для него другими людьми — прежде всего близкими, — которую он со временем начинает принимать за свое истинное Я. Отказ от собственных потребностей и следование ценностям, навязанным извне, приводит к нарушению процесса саморегуляции организма.

Основная цель гештальт-терапии состоит в интеграции фрагментированных частей личности. В процессе терапии, на пути к раскрытию своей истинной индивидуальности пациент проходит через ряд уровней, которые Ф. Перлз называл уровнями невроза. Достижение эксплозии (взрыва) означает начало формирования аутентичной личности, которая обретает способность к переживанию и выражению своих эмоций. Эксплозия — это глубокое и интенсивное эмоциональное переживание. Ф. Перлз описывает четыре типа эксплозии: скорбь, гнев, радость, оргазм. Эксплозия истинной скорби является результатом работы, связанной с утратой или смертью близкого человека. Оргазм — результат работы с лицами, сексуально заблокированными. Гнев и радость связаны с раскрытием аутентичной личности и подлинной индивидуальности.

Основным теоретическим принципом гештальт-терапии является убеждение, что способность индивида к саморегуляции ничем не может быть адекватно заменена. В связи с этим особое внимание уделяется развитию у пациента готовности принимать решения и делать выбор.

Поскольку саморегуляция осуществляется в настоящем, гештальт возникает в «данный момент», то психотерапевтическая работа проводится сугубо в ситуации «здесь и сейчас». Психотерапевт внимательно следит за изменениями в функционировании организма пациента, побуждает его к расширению осознания того, что происходит с ним в данный момент, с тем чтобы замечать, как он препятствует процессу саморегуляции организма, какие блоки он использует для избегания конфронтации со своим настоящим, для «ускользания из настоящего». Большое внимание психотерапевт уделяет невербальным проявлениям пациента, более информативным, чем вербальный язык, которым часто пользуются для рационализации, самооправданий и уклонения от решения проблем.

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

Также большое внимание уделяется работе со сновидениями пациентов. В отличие от психоанализа, в гештальт-терапии не интерпретируются сны, они используются для интеграции личности. Ф. Перлз считал, что различные части сна являются фрагментами нашей личности. Для того чтобы достичь интеграции, необходимо их совместить, снова признать своими эти спроецированные, отчужденные части нашей личности и признать своими скрытые тенденции, которые проявляются во сне.

Ф. Перлз сначала применял свой метод в форме индивидуальной психотерапии, но впоследствии полностью перешел на групповую терапию, находя ее более эффективной и экономичной [4].

В последние десятилетия в гештальт-терапии отмечается явная тенденция отхода от ортодоксальной модели с ее непримиримостью к каузальности и полного отказа от анализа и интерпретаций к использованию гештальт-экспериментов в сочетании с каузальными методами психотерапии.

Отдельно необходимо остановиться на видном представителе интерперсонального подхода в психотерапии, основателе трансактного анализа, американском психотерапевте Э. Берне (E. Bern, 1910–1970 гг.). Потомственный врач, в 1935 г. закончил медицинский факультет в Университете Макгилл (Монреаль, Канада). В дальнейшем иммигрировал в США. Обучался психоанализу у Э.Х. Эриксона (E.H. Erikson, 1902–1994 гг.) и П. Федерна (P. Federn, 1871–1950 гг.). Э. Берн занимался частной практикой в Кармеле (Калифорния), был консультантом по вопросам групповой психотерапии в нескольких учреждениях Сан-Франциско, читал лекции в Калифорнийском университете. Э. Берн создал оригинальную психотерапевтическую систему на основе структурного анализа Эго-состояний, которые описал как три состояния Я: Родитель (система ценностей), Взрослый (рациональное мышление, логика), Ребенок (эмоции). Он полагал, что каждый человек имеет свой жизненный сценарий, модель которого намечается в ранние детские годы. В 1957 г. Э. Берн выступил с докладом о своем подходе на конференции Американской ассоциации групповой психотерапии и опубликовал программную статью в «Американском журнале психотерапии». Хотя Э. Берн сообщил о методе в 1957 г., сам он в течение десятилетия до этого оттачивал свою систему

психотерапии. Самая известная из его книг — «Игры, в которые играют люди» — вышла в 1964 г. и стала бестселлером, была переведена на многие иностранные языки, в том числе и на русский (1988).

Согласно его концепции, человек запрограммирован «ранними решениями» в отношении жизненной позиции. Он проживает свою жизнь по «сценарию», написанному при самом активном участии его близких, прежде всего родителей, принимает решения в настоящем, основанные на стереотипах, которые когда-то были необходимы для его психологического выживания, но теперь чаще всего бесполезны. Основная цель психотерапевтического процесса — реконструкция личности на основе пересмотра жизненных позиций, осознания непродуктивных стереотипов поведения, мешающих принятию адекватных настоящему моменту решений, формирование новой системы ценностей, исходя из собственных потребностей и возможностей.

Трансактный анализ включает: **структурный анализ** — анализ структуры личности; **анализ транзакций** — вербальных и невербальных взаимодействий между людьми; **анализ психологических игр** — скрытых транзакций, приводящих к желаемому исходу (выигрышу); **анализ сценария (скрипт-анализ)** — индивидуального жизненного сценария, которому человек невольно следует.

Структура личности характеризуется наличием трех состояний Я: **Родитель** (Экстеропсихе), **Ребенок** (Археопсихе), **Взрослый** (Неопсихе). Подчеркивается, что *Я-состояния* — это не роли, исполняемые людьми, а феноменологические реальности, поведенческие стереотипы, провоцируемые актуальной ситуацией. При взаимодействиях (транзакциях) людей могут включаться различные Я-состояния. Различают дополнительные, перекрестные и скрытые транзакции. *Дополнительными* называются транзакции, соответствующие ожиданиям контактирующих людей и отвечающие здоровым человеческим отношениям. Такие взаимодействия неконфликтногенны и могут продолжаться неограниченное время. Конфликтногенной способностью обладают перекрестные транзакции. В этих случаях на стимул дается неожиданная реакция, активизируется неподходящее состояние Я. Скрытые транзакции отличаются от предыдущих тем, что включают более двух состояний Я, так как сообщение в них маскируется под социально приемлемым стимулом, но ответная реакция ожидается со стороны эффекта скрытого сообщения, что и составляет суть психологических игр.

Психологическая игра представляет собой серию следующих друг за другом дополнительных скрытых транзакций с четко определенным и предсказуемым исходом. Это набор транзакций со скрытой мотивацией, серия ходов, содержащих ловушку, подвох. В качестве выигрыша выступает какое-либо определенное эмоциональное состояние, к которому игрок бессознательно стремится. Это далеко не всегда позитивное чувство, удовольствие или радость, чаще это неприятные ощущения, которые для игрока являются «любимыми» и которые он «коллекционирует».

Трансактный анализ — это интеракционная психотерапия, которая проводится в групповой форме. Пациентов обучают основным понятиям, пониманию механизмов поведения и их расстройств. Психотерапевт и пациенты пользуются при этом доской и мелом. Целью работы является осознание членами группы того, в пределах какого Я-состояния они обычно функционируют (структурный анализ). Развивая это осознание, пациенты исследуют раннее программирование, послания (сообщения), которые они получали от родителей, и свои ранние решения в отношении собственного достоинства и жизненной позиции [5].

Помимо трех крупных магистральных направлений психотерапии параллельно развивалась группа экспрессивных методов, к которым относятся музыкальная терапия, арт-терапия и танцедвигательная терапия. Формируясь каждый по отдельности, они, тем не менее, имеют много общего как в показаниях и механизмах лечебного воздействия, так и в факторах, которые послужили толчком для их развития.

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

В общественной жизни конца XIX — начала XX вв. возникает запрос на противостояние отчуждению человека от природы, которое было связано с промышленной революцией и бурным техническим прогрессом.

Ответом на этот запрос стало формирование «реформаторских движений», объединяющих деятелей науки, искусства и педагогики, которые ставили перед собой цель найти способы вернуть человека к его сущности.

Катализатором этих процессов стала популярность идей З. Фрейда, которая выходила далеко за пределы медицинской среды. Расширение границ возможности понимания человека через его бессознательное, поиск путей и способов этого познания привели к новым открытиям. Одна из таких идей — использование искусства как целительного инструмента.

Музыкальная терапия — это целенаправленное использование музыки как лечебного средства. Музыка как невербальное средство коммуникации значительно расширила возможности психотерапии в тех случаях, где помощь осложнена недостаточностью взаимопонимания терапевта с пациентом, а именно: различными нарушениями в развитии, нарушенной или слабо развитой способностью к пониманию речи, отсутствием способности к символизации, алекситимией, состоянием тяжелой Я-дезинтеграции.

В России большое значение музыке в системе лечения психически больных придавали С.С. Корсаков (1854–1900), В.М. Бехтерев и другие известные русские ученые.

За рубежом успешное сочетание признанных методов (психоанализ, гештальт-терапия, глубинная психология К.Г. Юнга с музыкальной терапией [М. Пристли (M. Priestley), Ф. Хэги (F. Hegi), И. Фрон-Хегеманн (I. Frohne-Hagemann), А. Понтвик (A. Pontvik)] упрочило ее позиции в западной клинической практике.

Выделяют четыре основных направления лечебного действия музыкальной терапии: эмоциональное активирование в ходе вербальной психотерапии; развитие навыков межличностного общения (коммуникативных функций и способностей); регулирующее влияние на психовегетативные процессы; повышение эстетических потребностей. В качестве механизмов лечебного действия музыкальной терапии указывают: катарсис, эмоциональную разрядку, регулирование эмоционального состояния, облегчение осознания собственных переживаний, конфронтацию с жизненными проблемами, повышение социальной активности, приобретение новых средств эмоциональной экспрессии, облегчение формирования новых отношений и установок.

Музыкальная терапия существует в двух основных формах: активной и рецептивной. Активная форма представляет собой терапевтически направленную, активную музыкальную деятельность: воспроизведение, фантазирование, импровизацию с помощью человеческого голоса и выбранных музыкальных инструментов. Рецептивная музыкальная терапия предполагает процесс восприятия музыки с терапевтической целью. В свою очередь, рецептивная музыкальная терапия существует в трех формах: коммуникативной (совместное прослушивание музыки, направленное на поддержание взаимных контактов, взаимопонимания и доверия), реактивной (направленной на достижение катарсиса) и регулятивной (способствующей снижению нервно-психического напряжения).

Важное значение в музыкальной терапии имеет импровизация, свободная или структурированная. Импровизация выступает как средство, формирующее терапевтический альянс. Для проведения музыкальной терапии специалисту необходимо самому иметь музыкальный потенциал и хорошо владеть доступным инструментарием.

Первые шаги в развитии музыкальной терапии были сделаны в США: 1892 г. — первая программа музыкально-терапевтического лечения; 1919 г. — первый университетский курс музыкальной терапии; 1926 г. — учреждение Национальной ассоциации музыки в лечебных учреждениях; 1936 г. — первая книга о музыкальной терапии. На сегодняшний день почти во всех американских штатах можно получить образование по специальности «музыкальная терапия».

В Европе развитие метода началось в 50-х годах XX в.: в 1958 г. было основано Австрийское общество содействия музыкальной медицине, через несколько лет учреждено Британское общество музыкальной терапии. В 1960-е годы были образованы музыкально-терапевтические общества в Нидерландах, Дании, Норвегии, Франции. С 1969 г. начинается обучение музыкальной терапии в Лондоне.

В 1973 г. П. Нордофф (P. Nordoff, 1899–1977 гг.) и К. Роббинс (C. Robbins, 1927–2011 гг.) организуют курс музыкальной терапии, ориентированный на работу с детьми с нарушениями в развитии. В 1974 г. во Франции проходит Первый всемирный конгресс музыкальной терапии. С 1980-х годов начинается активное распространение музыкальной терапии во всем мире [2].

В 20-х гг. XX в. арт-терапия берет свое начало почти одновременно в Германии [Х. Принжон (H. Prinzhorn)], США [Н. Левис (N.D.S. Lewis)] и России [П.И. Карпов (1926)]. Теоретические основы терапии с помощью изобразительного искусства исходят из психоаналитических воззрений З. Фрейда (хотя сам он не интересовался психотерапевтическими возможностями арт-терапии); из аналитической психологии К.Г. Юнга, который использовал собственное рисование для подтверждения идеи о персональных и универсальных символах; из динамической теории терапевтической помощи графическим самовыражением М. Наумбурга (M. Naumburg, 1890–1983 гг.). В дальнейшем большое влияние на развитие арт-терапии оказали психотерапевты гуманистической направленности.

Творчество рассматривается как средство максимального самовыражения, позволяющее пациенту проявлять себя ярче, чем в письме или в речи, а психотерапевту обеспечивает прямой доступ к бессознательному. М. Кляйн рассматривает рисование как компенсирующий акт, позволяющий больному подавить брутальную агрессию. А. Анастаси (A. Anastasi), И. Фолей (I.P. Foley), М.П. Кононова используют интегративно-креативные возможности искусства как способ борьбы с дезинтеграцией и беспорядочностью психики, средство

влияния на характер построения зрительных представлений, как способ регуляции и реконструкции Я при потере реальности.

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

В арт-терапии пациентам предлагаются разнообразные занятия изобразительного и художественно-прикладного характера (рисунок, графика, живопись, скульптура, дизайн, мелкая пластика, резьба, выжигание, чеканка, батик, гобелен, мозаика, фреска, витраж, всевозможные поделки из меха, кожи, тканей и др.), которые направлены на активизацию общения с психотерапевтом или в группе в целом для более ясного, тонкого выражения своих переживаний, проблем, внутренних противоречий, с одной стороны, а также творческого самовыражения — с другой.

В мировой литературе существуют различные взгляды на механизм лечебного действия арт-терапии — креативные, сублимативные, проективные, представления арт-терапии как занятость и др.

Творчество — это одно из средств преодоления страха, возникающего в связи с конфликтом, формирующимся у человека, поведением которого управляет стремление к реализации личности. Творческие люди лучше концентрируют свою энергию, свои силы для преодоления препятствий и решения внутренних и внешних конфликтов.

Интегрирующая роль искусства заключается в том, что творческий процесс снижает напряжение, ведущее к неврозу, и объективизирует внутренние конфликты.

С позиции адаптации арт-терапия расценивается как интегрирующий адаптационный механизм, предоставляющий человеку активную позицию в отношении возможностей приспособления к среде, способствующий общей гармонизации личности.

Другими механизмами лечебного действия арт-терапии являются отреагирование и сублимация. Художественная сублимация возникает, когда инстинктивный импульс человека заменяется визуальным, художественно-образным представлением. Как полагают сторонники этой концепции, творчество как одна из форм сублимации позволяет проявлять, осознавать, а также выражать и тем самым отреагировать в искусстве различные инстинктивные импульсы (сексуальные, агрессивные) и эмоциональные состояния (депрессию, тоску, подавленность, страх, гнев, неудовлетворенность и т.п.). Таким образом, снижается опасность внешних проявлений указанных переживаний в социально нежелательной деятельности. Творчество рассматривается как средство максимального самовыражения, позволяющее пациенту проявлять себя ярче, чем в письме или в речи, а психотерапевту обеспечивает прямой доступ к бессознательному. Арт-терапевтические произведения способствуют прорыву содержания комплексов в сознание и переживанию сопутствующих им отрицательных эмоций. Это особенно важно для больных, которые не могут «выговориться», им легче выразить свои фантазии в творчестве, чем о них рассказать.

Показания к арт-терапии достаточно широки, тем более что ее применение может «дозироваться» от относительно «поверхностной занятости» до углубленного анализа скрытых индивидуальных переживаний. Многоплановое воздействие искусства и творчества позволяет применять его к пациентам разного возраста в самых широких диагностических пределах [6].

В нашей стране лидером арт-терапии стал А.И. Копытин, включивший в метод также видео-арт, инсталляцию, перформанс, компьютерное творчество, словом, те новые формы искусства, где визуальный канал коммуникации играет ведущую роль.

Еще один метод, который относится к группе экспрессивных, то есть использующих средства самовыражения с психотерапевтическими целями, — это танцтерапия или танцедвигательная терапия.

Р. фон Лабан (R. von Laban, 1879–1958 гг.) в 1960 г. разработал систему описания, диагностики и анализа движений, известную как «форма усилий», которая использует специальные символы для описания динамических и пространственных аспектов движений, выявления потребностей пациентов и направления психотерапевта в его дальнейшей работе.

Э. Вильке (E. Willke) так определяет танцтерапию — это метод, использующий танец и движение в качестве психотерапевтического средства, которое способствует психической и физической интеграции индивида [6].

Сегодня экспрессивные методы психотерапии занимают все более и более прочное место в психотерапевтической практике; по ним проводятся научные исследования, набирается и структурируется эмпирический материал.

Внешне напоминая экспрессивные методы (с точки зрения использования театрального действия как способа самовыражения), особняком стоит психодрама Я.Л. Морено (J.L. Moreno, 1889–1974 гг.), который также считается первооткрывателем групповой формы психотерапии и социометрии.

Психодрама как лечебный, психотерапевтический метод была создана и разработана Я.Л. Морено на основе театрального эксперимента «спонтанного театра», изначальная цель которого не была связана с психотерапией и заключалась в развитии и реализации творческого потенциала человека, его творческого Я в «театре жизни». Внутриличные и межличностные изменения, достигаемые участниками «спонтанного театра», послужили основой для дальнейшего развития психодрамы как лечебного, психотерапевтического метода.

Я.Л. Морено исходил из того, что человек обладает естественной способностью к игре и, исполняя различные роли, получает возможность экспериментировать с реалистичными и нереалистичными жизненными ролями, творчески работать над собственными проблемами и конфликтами. В ходе разыгрывания ситуаций возникают спонтанность, креативность, подлинная эмоциональная связь между участниками ситуации, катарсис, способствующие развитию творческой активности и достижению инсайта. Все это создает благоприятную основу для творческого переосмысления собственных проблем и конфликтов, выработки более глубокого и адекватного самопонимания, преодоления неконструктивных поведенческих стереотипов и способов эмоционального реагирования, формирования нового, адекватного поведения и новых способов эмоционального реагирования.

Дальнейшие исследования в области психодрамы подтверждают связь между психодраматическим разыгрыванием ролей и изменением поведения, отношений, установок, эмоционального реагирования. В качестве факторов, положительно воздействующих на изменение установок под влиянием психодраматического разыгрывания ролей, указывают: предоставление пациенту свободного выбора как относительно участия в психодраме, так и относительно роли; вовлечение пациента в исполнительскую деятельность; появление возможности внести в игру собственные импровизации; получение пациентом положительного подкрепления по окончании действия. Отмечают также, что психодрама способствует преодолению защитных позиций пациентов, усиливает эмоциональную вовлеченность, помогает изучению собственных проблем, достижению катарсиса и инсайта.

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

Классическая процедура психодрамы предполагает наличие следующих элементов.

1. Протагонист — пациент — субъект психодрамы, главный исполнитель, представляющий свои проблемы.
2. Терапевт (режиссер, фасилитатор) — тот, кто помогает пациенту исследовать свои проблемы. Функции терапевта заключаются в организации психодраматического действия, пространства, создании атмосферы доверия, стимулировании участников к спонтанности, подготовке протагониста и всей группы к ролевой игре («разогрев»), выявлении проблем и переживаний пациента, комментировании, включении вспомогательных персонажей, организации обсуждения, эмоционального обмена, анализа интерпретации происходящего.
3. Помощники терапевта — котерапевт и пациенты, исполняющие вспомогательные роли и усиливающие функции терапевта.
4. Зрители — остальные члены группы, не принимающие непосредственного участия в психодраматическом действии, но обсуждающие ситуацию после ее завершения не только относительно протагониста и участников психодрамы, но и применительно к самим себе.
5. Сцена — место, где разворачивается психодраматическое действие, жизненное пространство.

Процесс психодрамы включает три основные фазы: инициальную, или подготовительную («разогрев»), собственно драматическое действие и обсуждение (шеринг, предоставление обратной связи и эмоциональный обмен). В ходе разыгрывания своей жизненной ситуации пациент может достичь катарсиса и осознать свои истинные чувства, отношения, установки, проблемы и конфликты. В процессе обратной связи от участников протагонист получает информацию о том, что во время разыгрывания психодраматической ситуации чувствовали его непосредственные партнеры, о чем они думали, что им хотелось сделать или сказать протагонисту и проч. Таким образом, протагонист имеет возможность посмотреть на себя глазами партнера.

Метод психодрамы, ее различные техники и процедуры используются не только в рамках психоанализа и генетически связанных с ним концепций, так как интерпретация материала, а также цели отдельных процедур и ролевой игры могут соединяться с различными теоретическими ориентациями. В частности, психодраматические техники довольно широко применяются при проведении гуманистически ориентированной психотерапии, гештальт-терапии, тренинговых методов.

Психодрама широко используется при лечении больных с нервно-психическими расстройствами и психосоматическими заболеваниями, в том числе в психотерапии детей и

подростков, а также в семейной психотерапии [6].

Объем главы не позволяет в полной мере раскрыть развитие психотерапии, которая сегодня вмещает более 700 методов. Основные акценты были сделаны на формировании трех основных направлений психотерапии — динамическом, экзистенциально-гуманистическом и когнитивно-поведенческом — и научном вкладе их ярчайших представителей. На современном этапе активно развивается интегративный подход, однако пока нет объединяющей теории, которая в полной мере могла бы стать фундаментом для интегративного направления в психотерапии. Тем не менее психотерапия — это активно развивающаяся дисциплина, объединяющая приверженцев различных направлений и школ [1–13].

Список литературы

1. Александер Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности и до наших дней: пер. с англ. М.: Прогресс — Культура; Изд-во Агентства «Яхтсмен», 1995. 608 с.
2. Декер-Фойгт Г.Г., Оберэгельсбахер Д., Тиммерман Т. Музыкальная терапия: учебник: пер. с нем. Т.Б. Резницкой; гл. ред. Б.П. Хавторин, науч. ред. С.М. Бабин, В.А. Логинова. Оренбург: Изд-во ГУ ВПО «ОГИИ им. Л. и М. Ростроповичей», 2011. 384 с.
3. Паттерсон С., Уоткинс Э. Теории психотерапии. 5-е изд. СПб.: Питер, 2003. 544 с.
4. Прохазка Дж., Норкросс Дж. Системы психотерапии. Пособие для специалистов в области психотерапии и психологии. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. 384 с.
5. Психология: Биографический библиографический словарь: пер. с англ. СПб.: Евразия, 1999. 832 с.
6. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2006. 944 с.
7. Психотерапия / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2000. 544 с.
8. Сандберг Н., Уайнбергер А., Таплин Дж. Клиническая психология. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. 384 с.
9. Сонин В.А., Шлионский Л.М. Классики мировой психологии: Биографический энциклопедический словарь. СПб., 2001. 288 с.
10. Степанов С.С. Век психологии: имена и судьбы. М.: Эксмо, 2002. 592 с.
11. Хант М. История психологии: пер. с англ. А.В. Александровой. М.: АСТ, 2009. 863 с.
12. Холл К.С., Линдсей Г. Теория личности: пер. с англ. И.Б. Гриншпун. М.: Эксмо-Пресс, 1999. 592 с.
13. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. СПб.: Питер, 2001. 608 с.

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

Глава 2. Становление психотерапии в качестве самостоятельной медицинской специальности в Российской Федерации

Начало XXI в. — это время для нового осмысления опыта прошлого столетия, периода зарождения, становления и развития психотерапии. Сегодня же мы можем с некоторой дистанции по-новому оценить и использовать то, что было сделано нашими психотерапевтами. Несмотря на жесткие ограничения, накладываемые идеологией и режимом, у нас в стране сложились свои психотерапевтические школы, которые независимо от оценочного отношения к ним имплицитно определяют основы профессионального мировоззрения.

60–70-е годы XX в. стали определяющими для выделения отечественной психотерапии в самостоятельную общемедицинскую специальность. Это относилось ко всем основным ее аспектам: научно-методологическим, собственно медицинским, психологическим, организационным, нормативным и другим. Выделены условия, которые определили интенсивное развитие психотерапии в изучаемый период:

- 1) смена ведущих парадигм в отечественной медицине — от биомедицинской к психосоматической и биопсихосоциальной;
- 2) смягчение тоталитарного режима в СССР после 1953 г. и ослабление «железного занавеса» в период «оттепели»;
- 3) развитие медицинской психологии и начало систематической подготовки этих специалистов в государственных университетах и профильных НИИ;
- 4) рост числа пограничных нервно-психических расстройств с определяющей ролью в понимании их генеза и лечении медицинской психологии и психотерапии;
- 5) развитие реабилитационного направления в психиатрии и впоследствии в других областях медицины;
- 6) влияние на становление психотерапии в СССР специалистов социалистических стран с более развитой психотерапией и отчасти через них — западных психотерапевтических направлений;

7) активное формирование психотерапевтических школ в новых условиях.

В более характерной для отечественной медицины биологической ориентации немалую роль сыграло искаженное распространение учения И.П. Павлова (главным образом его учениками и последователями) практически на все области, связанные с медико-социальной практикой. На протяжении 30 лет оно было обязательной теоретической базой медицины, в том числе и психотерапии. В связи с этим основными психотерапевтическими методами являлись гипноз и аутотренинг, лечебные механизмы которых легко объяснялись и могли ограничиться физиологией высшей нервной деятельности. Значение же самого учения И.П. Павлова, его научная ценность являются бесспорными и признанными во всем мире, как в целом в науке, так и, прежде всего, для разработки одного из трех основных направлений современной психотерапии — бихевиористского в его различных модификациях. Необходимо подчеркнуть, что сам И.П. Павлов был далек от механистической трактовки психических нарушений и никогда не подменял психологию физиологией [11]. Экспериментальные традиции, заложенные И.П. Павловым и его школой, позволили отечественным ученым быть в авангарде изучения нейрофизиологических процессов при невротических и других пограничных нервно-психических расстройствах, что явилось важной особенностью советской и российской школы психотерапии.

Крайне негативную роль в становлении отечественной психотерапии в 50–60-е годы XX в. сыграли Павловская сессия Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР (АМН СССР) в 1950 г., а затем Объединенное заседание расширенного Президиума АМН СССР и Пленума правления Всесоюзного общества невропатологов и психиатров в 1951 г., на которых указывалось, что советская психотерапия является «высшим этапом развития научной психотерапии» [14].

После 1953 г. в стране стали появляться общественно-политические и научные предпосылки для разработки научной психологии и психотерапии.

Сложилась более благоприятная условия для развития медицинской психологии. При АМН СССР в 1962 г. была создана проблемная комиссия «Медицинская психология», которую возглавил В.Н. Мясищев (1893–1973). Вокруг него сплотился круг перспективных ученых, которые в последующие годы развивали концепцию патогенетической психотерапии своего учителя. Разрыв в уровне развития отечественной и зарубежной психотерапии стал сокращаться в конце 60-х — начале 70-х годов XX в., в том числе благодаря введению в университетах специализации по медицинской психологии. В конце 60-х годов XX в. в связи с социально-политическими изменениями отмечается рост интереса к проблеме личности, начинают проводиться конференции и симпозиумы, посвященные этой проблеме.

В 60-х годах XX в. возрастает интерес к реабилитационному направлению в медицине. Психотерапия в качестве важнейшего звена системы реабилитации получила мощный стимул для своего развития. Важную роль в формировании общей теории реабилитации и практических ее аспектов в психиатрии в 60-х годах XX в. сыграл в нашей стране Ленинградский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева (далее — Институт им. В.М. Бехтерева) (Кабанов М.М. и др.) [6].

Отмечается возрастающее значение медицинской психологии, расширение ее задач и возможностей. Повсеместно наблюдается отчетливая тенденция к использованию медицинских психологов не только как узких специалистов в области психодиагностики, но и как равноправных партнеров врачей различного профиля в психотерапии и реабилитации, психопрофилактике и психогигиене.

С начала 60-х годов XX в. начинаются первые контакты советских психотерапевтов с зарубежными коллегами. Они способствовали обогащению наших знаний по двум основным направлениям зарубежной психотерапии (психоанализа и бихевиоризма) и расширили представления о теории и практике западной психотерапии. В совместной работе с зарубежными коллегами отчетливее осознавался преимущественно суггестивный и директивный характер советской психотерапии в целом, вполне соответствовавший общественному сознанию страны, в то время как во многих зарубежных странах более эффективными и востребованными становились различные направления личностно-ориентированной недирективной психотерапии.

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

Развитию психотерапии как общемедицинской дисциплины способствовали приказы Минздрава СССР, Минздрава РСФСР и Минздрава РФ (1975, 1985, 1995, 1996, 2004 гг. и др.). В истории советской и российской психотерапии можно выделить основные психотерапевтические школы: павловская, харьковская, московская, санкт-петербургская (ленинградская). Теоретической основой **павловской школы психотерапии** явилось учение И.П. Павлова о высшей нервной деятельности с определяющими ее эффективностью

охранительным и активирующим принципами. Первыми психотерапевтами, связавшими свою судьбу с И.П. Павловым, были Б.Н. Бирман, Л.Б. Гаккель, Н.Н. Трауготт. Однако более яркой фигурой павловской школы психотерапии был Н.В. Иванов — видный отечественный психиатр и психотерапевт. Н.В. Иванов существенно расширил практику психотерапии. Активная психотерапия по Н.В. Иванову [5] — это метод корригирующего воздействия путем регулярных, систематических бесед с больным, построенных на основе разъяснения и убеждения, с целью формирования у него активного противодействия заболеванию. В динамике психотерапии врач последовательно использует охранительный и активирующий подходы. При всей безусловной директивности метода Н.В. Иванов подчеркивал роль интерперсонального компонента для успеха психотерапии, важность отношений в диаде врач–больной.

Особого внимания заслуживает **харьковская школа психотерапии**. В становлении психотерапии в СССР важную роль сыграла первая кафедра психотерапии Украинского института усовершенствования врачей, организованная И.З. Вельвовским в 1962 г. в Харькове. В 1973 г. в своем пленарном обзорном докладе о состоянии психотерапии в социалистических странах известный болгарский психотерапевт Н. Атанасов в 1973 г. писал о харьковской школе следующее: «Современное состояние психотерапии в Харькове могло бы дать представление о развитии этой дисциплины в СССР. Психотерапия в Харькове строится на физиологических основах. Основатель этой школы К.И. Платонов внес вклад в развитие учения И.П. Павлова в области психотерапии, способствовал развитию теории и практики гипнотерапии, а также методов психотерапии в состоянии бодрствования, среди них — получившей мировую известность родовспомогательной психопрофилактики» [12]. Среди наиболее известных представителей харьковской школы психотерапии следует также указать А.Г. Филатова и М.Э. Телешевскую.

Основными методами психотерапии, применяемыми и разрабатываемыми специалистами харьковской школы, были гипносуггестивные методы, а позже аутогенная тренировка, что во многом определялось «духом времени», особенностями общественного сознания. Особое положение в харьковской психотерапевтической школе заняла Н.К. Липгарт и ее ученики, которым принадлежит заслуга в распространении на Украине групповой психотерапии. Харьков стал одним из центров по обучению психотерапии и сохранил эту позицию на многие годы, здесь же были заложены основы использования психотерапии в соматической практике и в курортологии.

Другим важным центром, где активно развивалась психотерапия, оказавшим влияние на становление этой дисциплины, была и остается по сей день Москва. Основы **московской школы психотерапии** были заложены еще ранее виднейшими отечественными психиатрами — Ю.В. Каннабихом, В.А. Гиляровским, С.И. Консторумом. В качестве наиболее видных представителей московской школы психотерапии следует выделить В.Е. Рожнова, М.С. Лебединского, М.Е. Бурно. В.Е. Рожнов внес большой вклад в развитие отечественной психотерапии, он активно участвовал в создании единой психотерапевтической службы. Психотерапия была официально признана самостоятельной медицинской специальностью и созданы условия для более широкой подготовки психотерапевтических кадров. Эмоционально-стрессовая психотерапия В.Е. Рожнова [13] относится к директивным, гипносуггестивным методам психотерапии, с акцентированием воздействия на эмоциональную сферу больного. Отличительной чертой методики при алкоголизме является выработка устойчивой условно-рефлекторной эмоционально отрицательной реакции на алкоголь. В этом отношении В.Е. Рожнов может считаться последователем павловского учения. Позднее он учитывал принципы групповой динамики, указывая на необходимость создания в группе оптимального напряжения с активным использованием его конструктивного потенциала, что способствует развитию качественно нового уровня групповой сплоченности и глубинной личностной перестройке ее членов. С точки зрения научной и терапевтической значимости заслуживает отдельного упоминания метод терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно, проникнутый тонким клиницизмом и направленный на обучение больного приемам творческого самовыражения с осознанием собственной ценности и социальной значимости. Этот метод относится к экспрессивной арт-терапии и направлен на активизацию конструктивного креативного потенциала пациентов, что приводит к изменению самооценки и преодолению дефензивных стереотипов поведения [3].

В последнее десятилетие XX и начале XXI в. в развитие отечественной психотерапии существенный вклад внес В.В. Макаров, прежде всего, как талантливый организатор, который уже много лет проводит циклы повышения квалификации и обучения по психотерапии в различных регионах страны. Он является автором ряда книг и психотерапевтических методик, в том числе отечественной модификации трансактного анализа [8].

Особое место в становлении советской и современной российской психотерапии принадлежит **санкт-петербургской (ленинградской) школе** психотерапии, которая по праву считается ведущей в стране в течение многих десятилетий. Ее основателем является В.Н.

Мясищев, ученик А.Ф. Лазурского (1874–1917) и В.М. Бехтерева. В 1935–1939 гг. он создал концепцию «психология отношений» и на ее основе патогенетическую психотерапию [9], ставшую «наиболее разработанной в нашей стране системой каузальной психотерапии» (Карвасарский Б.Д., 1979) [7]. Анализируя представления В.Н. Мясищева [9] и известной западной школы Эго-психологии в работах Х. Хартманна (H. Hartmann), Э. Эриксона (E. Erickson), Э. Криса (E. Kris), Р. Левенштейна (R. Loewenstein) [19], можно сделать вывод об их определенной близости. Несмотря на отсутствие привычных психоаналитических терминов, теория личности, неврозов и психотерапии, основанная на психологии отношений, содержит ряд динамических положений.

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

С конца 60-х годов прошлого века в теории и практике мировой психотерапии отмечается выраженный рост интереса к краткосрочным, в том числе и динамически ориентированным, формам. Здесь следует указать на работы Н. Davanloo (1978) [17], D. Malan (1976) [20], J. Mann (1978) [21], P.E. Sifneos (1978) [22].

При проведении сравнительного анализа с подробным сопоставлением основного содержания и приемов указанных краткосрочных методов наглядно видно сходство с психотерапевтической системой, разработанной в школе В.Н. Мясищева.

Сопоставление содержания ленинградской школы психотерапии с динамической психотерапией Г. Аммона (1918–1995) [16] указывает на важную роль сходства их теории и практики для развития наиболее трудной области — психотерапии психозов с учетом ряда положений: понимания важности интрапсихической сферы для возникновения болезни и личности в целом, понимания центральной роли системы отношений в ядерной семье в качестве одного из факторов нервно-психических расстройств и проистекающая из этого роль групповых методов для реконструктивной и коррекционной работы.

Именно эта близкая, по сути, теоретическая база создала благоприятную почву для признания и адаптации методов динамической психиатрии у нас в стране, прежде всего в Ленинграде, Москве, Новгороде и Оренбурге, с открытием в двух последних городах отделений динамической психиатрии в психиатрических больницах [10].

Середина 1970-х годов — новый этап эволюции ленинградской школы с появлением новой терапевтической системы, получившей название личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (Карвасарский Б.Д., 2005) [7]. Она включила концепцию личности как систему отношений индивида с окружающей средой, биопсихосоциальную концепцию неврозов, сочетание индивидуальной и групповой форм психотерапии, направленных на достижение позитивных личностных изменений и коррекцию нарушенной системы отношений.

Созданию группового динамически ориентированного метода работы в рамках личностной концепции В.Н. Мясищева во многом способствовал опыт межинститутского сотрудничества с психотерапевтами социалистических стран — Польши, ГДР, ЧССР и др. При сравнении концепции В.Н. Мясищева и классика групп-анализа — S.H. Foulkes (1948) также очевидно их сходство по сути [18].

Важным этапом в развитии ленинградской школы психотерапии явилась организация кафедры психотерапии [зав. кафедры — Б.Д. Карвасарский (1831–2013)]. Научно-педагогическое ядро ее составили до этого работавшие главным образом в Институте им. В.М. Бехтерева профессора С.С. Либих, В.А. Ташлыков, Э.Г. Эйдемиллер, А.П. Федоров, С.А. Кулаков и др. Особое значение кафедра приобрела в 80-е годы XX в., именно тогда Российским научно-методическим центром по психотерапии и медицинской психологии Минздрава РСФСР начала создаваться организационная структура («вертикаль») из наиболее опытных психотерапевтов территорий, возглавивших на местах психотерапевтическую помощь, а в дальнейшем психотерапевтическую службу. Это способствовало повышению уровня психотерапевтического обслуживания населения на местах, распространению психотерапевтических знаний и росту признания психотерапии как самостоятельной дисциплины.

На современном этапе отмечается новый период в развитии ЛОРП. Исходя из своей психодинамической направленности, но одновременно являясь достаточно пластичной и открытой системой, эта школа смогла освоить и включить в свой арсенал отдельные приемы и техники из двух других психотерапевтических направлений — поведенческого и гуманистического. Трехкомпонентная организация системы отношений представляет собой хорошую предпосылку для органичного применения других психотерапевтических приемов с целью решения скорее этапных, тактических задач (А.А. Александров, Г.Л. Исурина, Э.Г. Эйдемиллер [2, 7, 15] в изменившихся условиях, когда необходимо достичь восстановления социального статуса больного в более короткие сроки.

Другой важной составляющей ленинградской школы психотерапии стала психотерапия психозов, которая активно разрабатывалась в указанный период в клиниках Института им. В.М. Бехтерева в рамках концепции реабилитации под руководством М.М. Кабанова [6]. В 1993 г. была опубликована книга В.Д. Вида «Психоаналитическая психотерапия при шизофрении» [4]. Она нашла признание у специалистов и в 2001 г. вышла вторым изданием. В последний период в русле полипрагматических тенденций развития психотерапии в отделении восстановительной терапии психически больных Института им. В.М. Бехтерева успешно используются методы динамической психиатрии.

Отличительной чертой актуальной ситуации является активная издательская деятельность в области психотерапии. Под редакцией Б.Д. Карвасарского вышли три издания «Психотерапевтической энциклопедии» [7], два издания учебников по психотерапии и клинической психологии. Выпускаются монографии по психотерапии руководителями кафедр, ведущими специалистами в этой области (Вид В.Д., 1993; Абабков В.А., 1999; Александров А.А., 1997; Эйдемиллер Э.Г., 1999; Макаров В.В., 2000; Бурно М.Е., 1989, 2000; Кулаков С.А., 2004 и др.). Акцентируется значение дальнейшей разработки традиций клинической психотерапии, что всегда было сильной стороной отечественной психотерапии [1].

С конца 80-х годов XX в. в нашу страну начинают приезжать такие ведущие мировые специалисты в области психотерапии, как В. Франкл (V. Frankl), К. Роджерс (K. Rogers), М. Пине (M. Pines), Г. Эммон (G. Ammon), Г. Лутс (G. Leutz), В. Сатир (V. Satir), А. Хейгл-Иверс (A.L. Heigl-Evers), Н. Пезешкиан (N. Peseschkian), а также создатели популярных, неоднозначных направлений Г. Гриндер (G. Grinder), С. Гроф (S. Grof) и др. Они проводили занятия, знакомили наших специалистов со спецификой своей работы, что привело к формированию групп приверженцев этих методов у нас в стране, а также к их включению в образовательные программы кафедр по подготовке психотерапевтов.

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

Эйфория по поводу самой возможности знакомства с работой зарубежных профессионалов, отчасти сменилась разочарованием, поскольку ни один из методов не может считаться панацеей. Стал возможен выезд наших психотерапевтов за рубеж с целью обучения, в отличие от предыдущего периода, когда только очень ограниченное число психотерапевтов могли выезжать для обмена опытом за пределы страны, причем поездка отнюдь не определялась личными интересами и пристрастиями, и это не способствовало знакомству с зарубежным опытом широкими слоями специалистов. На новом этапе многие получили возможность поехать и получить образование в области интересующих их методов психотерапии с выдачей официальных дипломов и сертификатов и в некоторых случаях с последующим правом преподавания. Так у нас появились первые сертифицированные психоаналитики, получившие образование в различных аналитических школах, к примеру: П.В. Качалов и другие из Центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, прошедшие обучение во французской лаккановской школе психоанализа; В.Д. Вид и А.В. Васильева из Института им. В.М. Бехтерева, ставшие психоаналитиками Немецкой академии психоанализа (ДАР) при институте психологии РАН, где был открыт центр когнитивно-поведенческой психотерапии. В рамках сотрудничества с зарубежными психотерапевтическими институтами стало возможным обучение в России с выдачей дипломов единого образца, причем обучение в России проводится как нашими специалистами, так и зарубежными коллегами, приезжающими для проведения циклов занятий. В.В. Макаров отмечал, что отечественные специалисты получили возможность знакомства внутри страны «из первых рук» и обучения за рубежом современным методам психотерапии. В результате этого процесса образовательные центры стали открываться не только в Москве и Санкт-Петербурге, но и в крупных городах по всей стране.

90-е годы XX в. — это время появления первых общественных профессиональных психотерапевтических организаций. В 1994 г. в Тюмени прошел первый съезд Российской психотерапевтической ассоциации (РПА), президентом которой стал Б.Д. Карвасарский. РПА была создана, чтобы поддерживать региональные общественные объединения психотерапевтов, не ставя своей задачей превратиться в некую инстанцию, навязывающую им свое единственно правильное понимание направлений развития российской психотерапии. Необходимость такой организации определялась той ситуацией, которая сложилась в психотерапии к середине 90-х годов XX в. под воздействием как внешних условий, связанных с революционными социально-политическими изменениями, которые начали происходить в стране с апреля 1989 г., так и с внутренними причинами, обусловленными эволюционными изменениями самой специальности.

В 1996 г. была создана Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига (ОППЛ), которая объединила различных специалистов в области психотерапии. Для того, чтобы стать ее членом, субъекту достаточно считать, что он использует психотерапию в своей профессиональной деятельности или обучаться психотерапии, поэтому она быстро стала наиболее многочисленной организацией в области психотерапии, хотя назвать ее профессиональной можно лишь с определенной долей условности. С 1999 г. ОППЛ входит в Европейскую Ассоциацию Психотерапии (ЕАП). Лига является зонтичной организацией ЕАП на территории России. ОППЛ проводит конгрессы, конференции, обучение по различным психотерапевтическим модальностям, выдает собственные сертификаты, регулярно выпускает «Профессиональную психотерапевтическую газету», а также свой периодический журнал. Помимо этих крупных общероссийских организаций, во многих областях формируются региональные, профессиональные объединения, организуются сообщества по основным направлениям психотерапии. Они носят разноплановый характер, объединяют врачей, психологов. Нередко это «организации-однодневки» с коротким периодом активной жизни и низким уровнем юридической защищенности. Надо отметить, что в настоящее время преобладают сепаратистские тенденции, приводящие к размежеванию, отчуждению и низкому уровню терпимости среди специалистов.

Настоящий этап развития психотерапии характеризуется также появлением большого количества профессиональной литературы как переводной, так и отечественной. Если в 80-е годы XX в. переводились отдельные работы зарубежных авторов, которые затем размножались кустарными способами и распространялись по стране, то теперь вся издающаяся литература уже просто не может быть физически прочитана одним специалистом. Имеющиеся на рынке издания очень сильно отличаются по качеству и требуют от читателя соответствующего разнопланового уровня образования. Современный период развития психотерапии был отмечен активной законодательной деятельностью, что существенно повлияло на признание психотерапии, ее развитие, расширение спектра возможностей. О значении отдельных законодательных актов уже говорилось в соответствующих главах этой работы, для создания более целостного представления здесь бы хотелось лишь кратко их перечислить. В 1992 г. был принят Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (№ 3185-1 от 02.07.1992), в 1995 г. — Приказ Минздрава РФ от 13.02.1995 № 27 «О штатных нормативах учреждений, оказывающих психиатрическую помощь», устанавливающий должность врача-психотерапевта из расчета 1 ставка на 50 коек общепсихиатрического отделения, и таким образом психотерапия получила официальное признание в системе стационарной психиатрической помощи населению. В этом же году был утвержден Приказ Минздрава РФ от 30.10.1995 № 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи», которым должность врача-психотерапевта устанавливалась из расчета 1 должность на 25 тыс. населения. В 1996 г. издается Указ Президента РФ от 19.06.1996 № 1044 «О возрождении и развитии философского, клинического и прикладного психоанализа» и Приказ Минздрава РФ от 26.11.1996 № 391, «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь», в котором приводятся требования к непрерывной профессиональной подготовке клинических психологов, а также методические рекомендации по взаимодействию основных специалистов, участвующих в психотерапевтическом процессе, в том числе врача-психотерапевта и клинического психолога.

Несмотря на активные в то время попытки юридического регулирования профессиональной психотерапевтической деятельности, психотерапия в большей степени, чем любая другая медицинская специальность, испытывает на себе влияние «альтернативного взрыва», охватившего наше общество с начала 90-х годов XX в.

Наблюдаемому явлению может быть дан ряд объяснений: это и определенный «магический настрой» населения, который, как показывает исторический опыт, обычно значительно повышается в период социально-экономической нестабильности, и определенное нежелание брать на себя ответственность за самореализацию, которая является необходимым условием психического здоровья, и воспитанная десятилетиями значимость для населения гипноза и других методов суггестии. Немаловажным является и тот факт, что среди целителей нередко попадают люди с так называемой пограничной организацией психики, для которых целительство является попыткой совладания с тревогой, патологической компенсации, заполнением дефекта собственного Я, что часто заставляет их быть гораздо более активными в «рекламировании своих психотерапевтических услуг», чем это делают врачи-психотерапевты.

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

Появившееся в последнее время многообразие методов психотерапии оказало определенное негативное действие, наглядно продемонстрировав, что количество не всегда переходит в качество. Часто это ведет к неэффективной психотерапевтической полипрагмазии, невозможности полноценного контроля за применением отдельных методов, и, что самое важное, при этом отсутствует чаще всего представление об истинной эффективности метода.

Что важно, в психотерапии сегодня по-прежнему преобладает клиническое направление, которое сформировалось за вторую половину XX в., накопив весьма богатый опыт, с определением таких понятий, как «норма», «патология», «диагноз», с целостным подходом к пациенту, с представлениями не только о психологических причинах заболеваний.

В рамках медицинской модели для оценки эффективности психотерапии и внедрения в рутинную клиническую практику были разработаны стандартные протоколы психотерапевтического ведения больных с различными нозологиями. В методологию исследований было введено понятие психологического плацебо, где в группе активного контроля используются такие же по длительности разговорные сессии без применения специфических психотерапевтических техник, которые могут проводить исследователи, не имеющие психотерапевтического образования.

В последние годы были проведены сотни рандомизированных клинических (РКИ) исследований по оценке эффективности применения психотерапии при лечении различных психических расстройств. Накопленные данные позволили сделать выводы об эффективности, переносимости и длительном эффекте психотерапевтического лечения.

Проведенные в последнее время исследования опровергли существующие ранее представления о неэффективности психотерапии при тяжелых психических расстройствах, к примеру, шизофрении. Была показана значимость психосоциальных интервенций в организации лечения для пациентов с первым психотическим эпизодом. В качестве мишеней были выделены понимание пациентами своего состояния, обоснование необходимости лечения, обеспечение приверженности проводимой терапии, формирование доверия к лечебному процессу и медицинскому персоналу.

Ретроспективный характер проведенного анализа позволяет извлечь уроки из собственной истории и по достоинству оценить ее с целью понимания того, что же из происшедшего в прошлом вошло в психотерапевтическую классику и сформировало основы специальности, без чего невозможно ее дальнейшее развитие и совершенствование, и что со временем утратило свое значение.

Список литературы

1. Абабков В.А. Проблема научности в психотерапии. СПб., 1999.
2. Александров А.А., Бараш Б.А., Исурина Г.Л. и др. Личностно-ориентированная интегративная психотерапия: Методические рекомендации. СПб., 1992.
3. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. М., 1999.
4. Вид В.Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении. СПб., 1993.
5. Иванов Н.В. Возникновение и развитие отечественной психотерапии: дис. ... д-ра мед. наук. М., 1954.
6. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. СПб., 1998.
7. Карвасарский Б.Д. (ред.) Психотерапевтическая энциклопедия. СПб., 2005.
8. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. М.: Академический проект, 2000.
9. Мязищев В.Н. Психология отношений. М.; Воронеж, 1995.
10. Незнанов Н.Г. (ред.) Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование. СПб., 2003.
11. Павлов И.П. Полное собрание сочинений. Т. 111, кн. 2. 1951.
12. Платонов К.И. Слово как физиологический и лечебный фактор. М., 1962.
13. Рожнов В.Е. Руководство по психотерапии. Ташкент: Медицина, 1985.
14. Состояние психиатрии и невропатологии и их задачи в свете учения И.П. Павлова // Сборник докладов на объединенном заседании Президиума АМН СССР и пленума правления Всесоюзного общества невропатологов и психиатров. М., 1952.
15. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. Л., 1990.
16. Ammon G. Handbuch der dynamischen Psychiatrie / Hrsg. G. Ammon. München: Reinhardt, 1982.
17. Davanloo H. Basic Principles and Techniques in Short-term Dynamic Psychotherapy. New York: Spectrum, 1978.
18. Foulkes S.H. Introduction to Group-Analytic Psychotherapy. London, 1948.
19. Hartmann H., Kris E., Loewenstein R.M. Comments on the formation of psychic structure // Psychoanalytic Study of the Child. New York, 1946. P. 28–41.
20. Malan D.H. A Study of Brief Psychotherapy. London: Tavistock Publications. Reprinted by Plenum Press, 1963.
21. Mann J. Time-limited psychotherapy. New York: Plenum Press, 1978.

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

Глава 3. Этические основы психотерапии и психологического консультирования

Профессиональная этика как основа психотерапевтических отношений. В настоящее время является общепризнанным, что профессиональная этика как знание, поддерживающее определенный образ поведения в профессии, — это свод правил о приемлемых и неприемлемых формах поведения в профессиональной деятельности. Этичные действия — это правильные действия или действия, которые необходимо предпринимать специалисту в сомнительных ситуациях конфликта. Принимая решение о допустимости тех или иных действий в профессиональном контексте, мы обычно опираемся на свои личные представления о морали и нравственности, что не всегда соответствует профессиональным задачам и требованиям. Особое внимание к этике и важность соблюдения этических принципов в научной и практической работе профессиональных психологов и врачей обусловлены несколькими обстоятельствами.

Во-первых, психология и медицина относятся к категории профессий, в которых велика роль персональной ответственности специалистов и практически отсутствует внешний контроль процесса деятельности.

Во-вторых, как в научной, так и в практической работе центральное значение имеет тесное взаимодействие с другими людьми, другими личностями.

В-третьих, именно в области этики ярко проявляются исторические, культурные, религиозные, социальные, семейные и другие традиции и стереотипы, которые, с одной стороны, необходимо учитывать и уважать, а с другой — отделять от этических требований практической и научной деятельности.

В-четвертых, исторически в СССР и России у населения в целом и у различных специалистов, включая врачей-психотерапевтов и психологов, зачастую наблюдается низкий уровень правовой и этической чувствительности. Это обстоятельство приводит к тому, что традиционное изучение этики носит формальный и декларативный характер, а этическое регулирование профессиональной деятельности и открытое обсуждение этических вопросов в профессиональной психологической среде попросту отсутствуют [14].

Продвижение профессиональной этики и необходимость широкого внедрения этической подготовки для освоения базовых этических основ в образовательные программы подготовки специалистов, работающих в области психотерапевтической и консультационной деятельности — врачей и психологов, являются крайне актуальными задачами профессиональных сообществ как на международном уровне, так и в России.

Психотерапевтическая деятельность с точки зрения формирования профессиональной компетентности базируется на обязательном освоении двух областей знаний, умений и навыков — инструментально-технологической (методология и методы работы) и этической (нормы и принципы межличностного взаимодействия) [24]. Профессиональные этические аспекты имеют непосредственное отношение к выстраиванию и характеру межличностных взаимоотношений участников психотерапевтического процесса [12, 20, 22]. Именно этические механизмы, а не формальные законодательные акты или ведомственные инструкции, в первую очередь, являются основой регулирования отношений, возникающих при оказании различных видов медицинской и психологической помощи [3, 4, 18]. Данные исследований, посвященные изучению эффективности различных психотерапевтических моделей, явно свидетельствуют о том, что фактор характера отношений психотерапевт–клиент является наиболее значимым по степени влияния на успешность профессионального взаимодействия [7]. По данным исследований клинической практики некоторые специалисты при равных условиях лучше, чем другие, достигают положительного результата с клиентами вообще, при этом есть терапевты, которые достигают лучшего результата с некоторыми типами клиентов [23]. Клиенты часто приписывают положительные результаты терапии личным качествам их терапевтов. Многие исследователи отмечали, что пациенты, которые считают, что их лечение было успешным, описывали своих терапевтов, как «теплых, внимательных, заинтересованных, понимающих и относящихся с уважением» [25]. В рамках масштабного международного метаанализа более 2000 исследований эффективности психотерапии, проведенных с 1950 по 1994 гг., были выявлены несколько переменных, описывающих терапевтов и положительно сказывающихся на результатах терапевтического взаимодействия. Такие факторы, как искренность терапевта, навыки эмпатического слушания, уважение пациента, а также способность сконцентрировать свое внимание на клиенте и умение направлять его внимание на аффективно значимый опыт были тесно связаны с успешностью терапии [21, 25–27]. Эти качества перекликаются с тремя базовыми принципами и условиями клиент-центрированного подхода: конгруэнтностью, эмпатией и безусловным принятием клиента как человека, который способен самостоятельно строить свою жизнь [9]. В зарубежных исследованиях тему терапевтических отношений как общего основания для

всех подходов начали разрабатывать еще в первой половине XX в., в отечественных исследованиях эта тема появилась позже с акцентом на изучении процессов установления контакта, эмпатии, представлении об эффективных терапевтических отношениях [1, 5, 7, 8, 17].

Основные этические нарушения в психотерапевтической практике. Современная психотерапевтическая практика свидетельствует о значительном уровне распространения этических нарушений и дилемм (конфликтов интересов или противоречий), включая неуважение и нарушение прав клиентов, злоупотребления в процессе консультативной и терапевтической работы, нечувствительность к этическим дилеммам и конфликтам и др. Следует отметить, что распространенность и специфика основных этических нарушений в психотерапии не имеют значимых национальных различий. По данным анонимного опроса 1319 активно практикующих членов Американской психологической ассоциации наиболее - распространенными и серьезными нарушениями в психотерапевтическом взаимодействии признают: множественные отношения, включая сексуальные контакты или без таковых; непрофессионализм или небрежность в практической работе; дискриминация или стигматизация отдельных категорий пациентов; неадекватная или недостаточная супервизия; невыполнение или нарушение профессиональных обязательств; нарушения конфиденциальности; нарушения в записях и документации; использование фальшивой или недостоверной информации при получении лицензий [30]. Практически аналогичный перечень нарушений был выявлен нами с профессором С.М. Бабиным по результатам анонимного интернет-опроса 132 психотерапевтов и психологов в 2018 г., в рамках которого по степени распространенности российскими коллегами были обозначены следующие наиболее серьезные этические проблемы: нарушения конфиденциальности; непрофессионализм и некомпетентность; отсутствие или неадекватная супервизия; ошибки в диагностике и оценке; двойственные или конфликтные отношения, включая сексуальные злоупотребления; вредные последствия вмешательств; предоставление фальшивой информации или обман пациентов; некорректное прекращение работы; нарушения в записях и документации.

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

Возникновение двойственных или множественных отношений между специалистом и клиентом является одной из самых серьезных проблем при оказании психотерапевтической или консультационной помощи. Размытость границ взаимоотношений с пациентом, в которых психотерапевт помимо профессиональной выступает еще по крайней мере в одной роли по отношению к пациенту, считаются «зоной высокого риска» в области нарушений норм профессиональной этики, разрушения безопасности и самого пространства психотерапевтических отношений [10, 28, 31]. Нарушения границ в рамках явного дисбаланса власти между специалистом и клиентом могут приводить к эксплуатации и к другим различного рода злоупотреблениям, наносящим серьезный вред человеку, обращающемуся за помощью, а также они приводят к нарушениям профессиональной идентичности терапевта [31]. Клиенты, оказавшиеся в множественных отношениях с терапевтом, переживают целую гамму тяжелых последствий, включая серьезные эмоциональные и когнитивные проблемы. Среди наиболее распространенных выделяют: эмоциональные расстройства: чувства стыда, страха и ярости; чувства вины и самообвинение; изоляции и чувства пустоты; эмоциональную лабильность; а также отказ от врачебной помощи, искажение когнитивных функций, спутанность идентичности, сексуальную дисфункцию, недоверие к специалисту, паранойю, депрессию, саморазрушающее поведение, самоубийство [32].

К наиболее серьезным нарушениям границ по своим последствиям относят сексуальные взаимоотношения между психотерапевтом и пациентом [3, 4]. За последние годы, несмотря на, по-прежнему, очень высокий уровень латентности, увеличилось количество сообщений об имеющих место злоупотреблениях в психотерапевтической практике, выражающихся в действиях сексуального характера — от эротически окрашенных высказываний, прикосновений, объятий до интимной близости психотерапевта с пациентом. Понимание феномена множественных отношений и развитие навыков их раннего распознавания в психотерапевтическом процессе требует целенаправленных усилий от специалиста в ходе профессиональной подготовки и реальной деятельности. Судя по всему, такое серьезное нарушение границ как неправомерное сексуальное поведение, не происходит совершенно неожиданно, как единичное событие, а скорее является результатом многих незначительных нарушений, которые психотерапевт позволяет себе со временем (принятие подарков, небольших услуг и т.д.) [32]. Универсальной этической рекомендацией психологу или психотерапевту является выполнение обязательства воздерживаться от вступления в множественные отношения, которые могут серьезным образом повлиять на его

объективность, компетентность, а также быть рискованными с точки зрения возможной эксплуатации и вреда для клиента.

Другим широко распространенным этическим нарушением в психотерапевтической деятельности, которое «ударяет» по самому базовому этическому принципу профессиональной этики — уважению клиента, является нарушение конфиденциальности, в частности, раскрытие персональной информации клиента в отсутствие предварительного информированного согласия. На строгом соблюдении конфиденциальности и информированном согласии базируется необходимое в терапевтическом процессе доверие и самораскрытие пациента [11, 13]. Несмотря на то что требования соблюдения конфиденциальности включены во все кодексы медицинской и психологической этики, в реальной практике здравоохранения и социальной помощи она нарушается почти повсеместно [13]. С одной стороны, нарушениям конфиденциальности способствуют существующие формальные юридические требования, которым должны следовать врачи и психологи, работающие в системе медицинской и социальной помощи. С другой стороны, сами специалисты часто не осознают («не чувствуют») границ конфиденциальности, не обладают эффективными навыками соблюдения правил защиты интересов клиента, включая принятие и проведение процесса информированного согласия. Данный процесс должен начинаться до проведения любых терапевтических действий и длиться весь период профессионального взаимодействия, понимаемый исключительно как формально-документальный (подписание документа — формы информированного согласия). Нарушения конфиденциальности приводят к серьезным негативным последствиям как для характера взаимоотношений специалиста и клиента, так и для результативности психотерапевтического процесса. Безусловно, в процессе информированного согласия специалисту необходимо обозначить клиенту границы конфиденциальности и ситуации, в которых она не может быть обеспечена в связи с юридическими обстоятельствами (например, судебные или следственные действия) или медицинскими показаниями (например, экстренная помощь в случае угрозы для жизни).

Этические проблемы в психотерапии и психологическом консультировании могут быть связаны не только с взаимодействием врача и пациента, но также и с использованием некоторых подходов, научно необоснованных методов и технических приемов. Подобные нарушения относят ко второй базовой составляющей профессиональной этики — принципу компетентности или профессионализма. Описаны случаи, в которых использование неапробированных или теоретически слабо обоснованных психотерапевтических методик, особенно групповых, приводило к тому, что у лиц с латентными пограничными психотическими состояниями или со слабым самоконтролем под влиянием таких групп при отсутствии индивидуального сопровождения со стороны специалиста и психологической безопасности развивались значительные ухудшения состояния [33]. С учетом современного этапа развития медицинской и психологической науки и несмотря на серьезные сложности проведения беспристрастных и строгих научных исследований, направленных на оценку эффективности той или иной психотерапевтической практики или подхода, необходимо считать противоречащим профессиональной этике использование методик или приемов, которые не имеют какого-либо научного подтверждения или проверки, а также методов вмешательств, которые, хотя и дают временный эффект, но являются псевдонаучными по своей природе или по своему обоснованию [13, 24, 29]. Большое количество этических нарушений принципа компетентности относят к ситуациям оказания психотерапевтической помощи, в которых у специалиста отсутствуют необходимая профессиональная подготовка или достаточный опыт (например, работа с определенными категориями клиентов, помощь в кризисных состояниях и др.) [24].

В связи с бурным развитием частной практики и средств массовой информации (например, интернет-ресурсов и платформ) серьезнейшей этической проблемой актуального времени являются недобросовестная реклама услуг психотерапевтов, распространение недостоверной информации как о психотерапии в целом, так и об отдельных подходах и технологиях (например, ничем необоснованная информация об эффективности той или иной технологии или вмешательства), откровенный обман клиентов и манипулирование, финансовые нарушения и злоупотребления.

Наряду с явными этическими нарушениями в практике психотерапии и психологического консультирования часто встречаются ситуации этических дилемм как конфликтных ситуаций между источниками этических правил или рекомендаций. Например, это могут быть конфликты между этическими принципами и стандартами научной и практической профессиональной этики, правовыми и организационными требованиями или личными ценностями и установками. Принятие нормальности возникновения этических дилемм во взаимодействии с другими людьми (клиентами, коллегами и др.) и их идентификация являются важными профессиональными задачами психотерапевта в рамках реализации профессиональной этики. Идентификация дилемм должна базироваться на нескольких компонентах: чувства дискомфорта, наличие причин этических конфликтов (например,

конфликты между целями, ролями, ценностями), наличие диссонанса с личными представлениями о добродетелях. Разрешение этических дилемм требует от специалиста не только профессиональных навыков и принятия профессиональной этики, но и личной честности и готовности. Контент-анализ материалов групповых супервизий практикующих консультантов, которые проводились на факультете психологии в ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургском государственном университете» в период 2018–2021 гг. выявил следующие наиболее серьезные этические нарушения и дилеммы, с которыми чаще сталкиваются коллеги. Их можно упорядочить вокруг базовых принципов профессиональной этики психологов, включенных в Этический кодекс Российского психологического общества (РПО).

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

- Принцип *уважения* — конфликты между ценностями, установками и поведением консультанта и пациента; недостаточное информированное согласие или его отсутствие; нарушение конфиденциальности (например, дилемма сообщения информации при отсутствии согласия); нарушение прав на автономию и доступности помощи.
- Принцип *компетентности* — недостаток профессиональной компетентности при работе с кризисными состояниями; использование научно необоснованных технологий.
- Принцип *ответственности* — недостаточное взаимодействие с другими специалистами.
- Принцип *честности* — сложности в коммуникации с коллегами по поводу их неэтичных действий; недостаточная открытость и точность; непризнание личных профессиональных ограничений; непризнание этических дилемм.

Этическое образование и регулирование: роль этических кодексов и профессиональных сообществ. В большинстве вузов уделяется недостаточное внимание и время этической подготовке студентов — медиков и психологов. Обсуждение этических проблем среди коллег вызывает сложности, что вкупе с отсутствием опыта работы с клиентами и широкого доступа к регулярной супервизии оказываются серьезными факторами риска возникновения этических нарушений и угроз для благополучия клиентов и репутации профессии в целом. Практика давно показала, что нечувствительность к профессиональным правилам и невнимание к этике во время обучения в школе и вузе с большой вероятностью могут приводить к этическим ошибкам в профессии [14].

Несмотря на очевидную актуальность учета этих аспектов при оказании психотерапевтической помощи, в нашей стране почти отсутствуют работы по изучению существующей практики, особенностей взаимоотношений, возникающих между психотерапевтом и пациентом, специфики применения и реализации этических и нормативно-правовых норм в сфере медицинской и психологической деятельности, особенностей влияния их на отношения, возникающие в системе врач–пациент или консультант–клиент. Фактически отсутствуют научные данные, отражающие реальные представления врачей-психотерапевтов и психологов, а также клиентов об их правах и обязанностях, характере этических проблем, возникающих в процессе оказания психотерапевтической помощи, их влиянии на качество и эффективность лечения или консультирования [3].

Отсутствие необходимого правового и этического регулирования психотерапии, которая как самостоятельное направление медицинской или психологической деятельности имеет определенную специфичность, обусловленную личностными особенностями, ведущей ролью психотерапевта, необходимостью высокого уровня доверия клиента специалисту, высокой уязвимостью клиента в процессе психотерапии, является актуальной проблемой, решение которой зависит от активной и конструктивной деятельности профессиональных сообществ [2–4, 6].

Безусловно, российское психологическое и психотерапевтическое сообщество не уникально с точки зрения понимания необходимости активно и осознанно формировать и повышать профессиональную этическую культуру своих членов. Традиционно обучение профессиональной этике базируется на «трех китах» — информации, размышлениях и обсуждении этических вопросов с преподавателями и коллегами. В информационный компонент входит знакомство с нормативными этическими документами, имеющими различный статус — международный, национальный или локальный. На протяжении двух последних десятилетий профессиональными психологическими и психотерапевтическими обществами многих стран были разработаны и приняты этические кодексы, целью которых является формулирование и обоснование четких этических принципов и правил, которыми должны руководствоваться профессионалы практики и ученые в своей исследовательской, образовательной и практической деятельности. Некоторые из принципов и правил вытекают

из общечеловеческих прав, обозначенных в таких международных документах как Всеобщая декларация прав человека, а другие носят специализированный профессиональный характер. Исторически этические кодексы врачей и психологов разных стран сильно различались по форме, глубине, содержанию и перечню основных принципов, так как разрабатывались в рамках отдельных профессиональных сообществ и ассоциаций. Так, в одних кодексах приводятся моральные принципы, которые помогают специалистам решать этические проблемы, а в других — нет. Это привело к тому, что в разных частях мира профессиональная этика психологов и психотерапевтов регулируется по-разному, а клиенты получают разный уровень защиты своих прав в процессе психологической работы.

В международном психологическом сообществе необходимость разработки единого этического кодекса для профессиональных психологов разных стран обсуждается на мировом и европейском уровне достаточно давно. Европейская федерация психологических ассоциаций (от англ. European Federation of Psychologists Associations, EFPA) впервые приняла единый кодекс (от англ. Meta-Code of Ethics — Метакодекс этики) в 1995 г. в рамках заседания Генеральной ассамблеи EFPA в Афинах (Греция). В 2005 г. в Гранаде Генеральная ассамблея приняла новую версию европейского кодекса, которая действует и по сей день [19]. Универсальная декларация этических принципов для психологов (от англ. Universal Declaration of Ethical Principles for Psychologists) была принята на ассамблее Международного совета по психологической науке в 2008 г. в Берлине. В том же году эта декларация была одобрена советом директоров Международной ассоциации прикладной психологии [34]. В настоящее время в Российской Федерации целый ряд профессиональных ассоциаций и объединений медиков, психологов, педагогов и других помогающих специалистов опираются в своей работе на разработанные и принятые на уровне организаций этические кодексы и хартии. Применительно к этическому регулированию психотерапевтической деятельности, которая объединяет психологов и врачей, хорошей опорой и руководством по этическому профессиональному поведению являются кодексы влиятельных профессиональных объединений психологов — РПО и РПА. Этический кодекс РПО был принят впервые для организации в 2012 г. на V съезде общества. Разработкой его занималась объединенная рабочая группа двух старейших факультетов психологии в нашей стране — Московского и Санкт-Петербургского государственных университетов, — которая во многом опиралась на имеющийся опыт европейских и мировых профессиональных ассоциаций. В рамках Этического кодекса РПО обозначаются четыре базовых принципа (уважение, компетентность, ответственность и честность), представлены формы реализации упомянутых принципов в конкретных профессиональных ситуациях, а также процедуры рассмотрения жалоб и этического регулирования [15]. В 2019 г. на съезде РПА также был принят Этический кодекс, в котором более развернуто представлены пять базовых принципов («не навреди», лояльности и ответственности, добросовестности, справедливости и уважения прав и достоинств людей), подробные разъяснения по приложению принятых принципов в психотерапевтической деятельности и процедуры этического регулирования [16]. Важным инструментом продвижения этических норм и регулирования этических нарушений являются Этические комитеты, учрежденные и работающие в рамках профессиональных организаций, основной миссией которых является защита интересов клиентов, поддержка профессионалов и продвижение высоких этических стандартов профессии.

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

Принципы и способы разрешения этических конфликтов и проблем. Освоение профессиональной этики с опорой на базовые этические принципы, разделяемые профессиональным сообществом, предполагает развитие навыков эффективного разрешения этических затруднений. Можно обозначить ряд важных принципов, рекомендаций для психотерапевтов по поведению в этических ситуациях.

Во-первых, «болезнь легче предотвратить, чем лечить». В рамках учебной подготовки и реальной практической деятельности рекомендуется разбирать возможные источники этических конфликтов до начала деятельности. Моделирование, обсуждение кейсов в учебных или супервизионных группах, а также в ходе индивидуальной супервизии может в значительной степени предотвратить возникновение этических проблем или сгладить степень негативных последствий для благополучия клиента и терапевта.

Во-вторых, в случае возникших затруднений необходимо предпринять усилия по разрешению этического конфликта сразу после случившегося («по горячим следам»), не позволяя ситуации усугубляться и затягиваться, что неминуемо сопряжено с возникновением дополнительных барьеров и сложностей совладания с проблемой.

В-третьих, очень сложным, но крайне важным является готовность и способность «вскрывать» или вытаскивать на поверхность для открытого обсуждения с клиентом,

коллегами или руководителями возможные или реальные этические затруднения и конфликты. По мнению специалистов, самыми сложными дилеммами являются ситуации, в которых психотерапевты оказываются свидетелями этических нарушений своих коллег. Конструктивное обсуждение и взаимодействие в этих случаях являются важными компонентами профессиональной этики. Субъективными и объективными барьерами для открытого обсуждения, этического дискурса и порой конфронтации являются: уважение к автономности коллеги; угроза или нанесение вреда репутации; компромиссные рабочие отношения; официальные заявления и сопротивление. Существует ряд рекомендаций, который может помочь в ситуациях, когда профессионалу необходимо обратить внимание коллег на возможное или происходящее этическое нарушение. В первую очередь необходимо постараться рассматривать эту ситуацию как возможность помочь своему коллеге. Очень важно избегать оценочности в суждениях и четко описывать конкретные практики и поведение, которые вызывают сомнения и опасения, а также открыто заявлять ожидания в отношении поведения коллеги. Необходимо использовать все возможности обращения за советами к коллегам и супервизорам. С формальной точки зрения порой бывает необходимо документировать происходящие профессиональные обсуждения и действия.

В-четвертых, практика показывает, что успешное и скорейшее разрешение этических конфликтов связано с использованием системной модели принятия решений, базирующихся на основных этических принципах, через призму которых должна рассматриваться любая профессиональная ситуация.

В качестве полезного алгоритма решения таких вопросов и дилемм рекомендуется использовать следующие условные этапы или действия:

- идентификация ситуации;
- сбор всей необходимой информации;
- идентификация этических стандартов и правовых документов/практик, действующих в конкретных организационных или локальных условиях;
- разработка и «взвешивание» альтернативных подходов с учетом этических стандартов и права (этические дилеммы всегда характеризуются наличием как минимум двух равновесных и имеющих право на рассмотрение решений или выходов, которые могут иметь свои преимущества и риски);
- консультирование с экспертами, коллегами, супервизорами;
- осуществление действий;
- мониторинг и оценка результата действий;
- возможная коррекция действий или дополнительные мероприятия.

Культура профессионального общения и нормы профессиональной этики требуют значительных усилий всего профессионального сообщества врачей — психотерапевтов и психологов для преодоления излишней субъективизации («перехода на личности») и выработки приемлемых форм открытого профессионального дискурса по поводу существующих и возможных этических проблем. Этические аспекты и сложности психотерапевтической деятельности можно рассматривать в рамках индивидуальной или групповой супервизии. Супервизия как технология профессионального развития, профилактики выгорания и защиты интересов клиентов является необходимым компонентом деятельности практикующих специалистов. В ходе супервизии представляется возможным выявить и скорректировать те нарушения взаимоотношений, которые препятствуют эффективному психотерапевтическому воздействию, нарушают этические принципы оказания профессиональной помощи, негативно отражаются на эмоциональных переживаниях клиента и психотерапевта. Именно поэтому важность и обязательность прохождения супервизии для практикующего врача-психотерапевта и психолога абсолютно очевидна, что должно подтверждаться внесением соответствующих изменений в образовательные программы и поддерживаться профессиональными сообществами. Ныне действующий федеральный образовательный стандарт по специальности «Клиническая психология», принятый в 2020 г., включает супервизию как отдельную обязательную профессиональную компетентность для подготовки клинических психологов в Российской Федерации.

Эпоха бурного развития технологий и, в частности, Интернета сопровождается значительными изменениями в возможностях и специфике оказания психологической помощи, консультирования и психотерапии. Дистантные технологии, которые стали доступны специалистам и клиентам, привнесли много позитивных сторон в психотерапевтическую и консультационную деятельность. У клиентов появляется легкий доступ к ресурсам консультационной и психотерапевтической помощи, снимаются объективные ограничения, связанные с необходимостью совершать физические перемещения для посещения сеансов, есть возможность сохранять большую анонимность, что может способствовать большему

самораскрытию. Доступность коммуникации обуславливает удобства для участников психотерапевтического процесса, включая гибкость в коммуникации. У консультанта или психотерапевта появляется больше времени на обдумывание ситуации и проблемы клиента, то есть большая когнитивная проработка и «подстройка» к каждому конкретному случаю. Большим подспорьем может быть и возможность автоматически получать записи проводимых сессий, а, следовательно, возможность обращаться к ним позже.

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

При этом наряду с очевидными «плюсами» дистанционной работы необходимо упомянуть и возможные «минусы», такие как: недостаток или даже отсутствие невербальной информации, серьезные риски нарушения конфиденциальности и искажения идентичности, непрофессиональное использование. Для специалиста работа в формате онлайн может быть сопряжена с необходимостью получения специальных технических навыков и повышением компьютерной грамотности, а также с высоким риском изоляции и потери компетентности. Новые этические вызовы и проблемы в работе также связаны с «существованием» и коммуникацией в социальных сетях, что является естественным для современности, особенно, для молодых поколений врачей-психотерапевтов и психологов. По сути речь идет о возникновении нового пространства достаточно близкой и интенсивной коммуникации между специалистами и клиентами, которая сопряжена с высокими рисками возникновения этических нарушений, таких как нарушения границ, множественные отношения, пренебрежение информированным согласием, нарушения конфиденциальности, неуважение и др. При этом и в отношении специалиста могут осуществляться неэтичные действия со стороны существующих или потенциальных клиентов. В связи с этим существует ряд рекомендаций, которые важно учитывать при наличии намерений или реальной активности в социальных сетях и Интернете в целом. Необходимо думать о том, какая именно информация должна или может размещаться в социальных ресурсах, насколько она может быть доступна клиенту, насколько специалист может управлять своей открытостью в Интернете (например, каковы должны быть настройки приватности доступа к персональной странице). Общей этической рекомендацией можно считать необходимость для врача-психотерапевта или психолога отделять информацию, которую он/она размещает о себе как о профессионале на специальных профессиональных сайтах и в простых социальных медиа. Для каждого специалиста, вовлеченного в коммуникацию в интернет-пространстве, важно осознавать возможность ненамеренного вступления в двойственные отношения с клиентом. В ходе первой сессии рекомендуется оговорить с клиентом собственную приватность в Интернете и информировать клиентов о том, что специалист не будет искать о них информацию в Интернете без их согласия. В случае, если, по мнению психотерапевта, такая информация может быть полезна для процесса психотерапии, такой поиск будет возможен только после информирования клиента и получения добровольного согласия. Многие практики могут не осознавать того, что они нарушают границы посредством поиска информации о клиенте в поисковике. Если такая вероятность существует в рамках интервизии или супервизии, следует проговорить или обсудить следующие полезные вопросы, обращенные к самому специалисту.

- Зачем я захотел/а найти эту информацию о клиенте в Интернете?
- Результаты этого поиска продвинули или затормозили процесс консультирования или психотерапии?
- Должен/на ли я получить информированное согласие у клиента на это?
- Должен/на ли я поделиться результатами этого поиска с клиентом?
- Должен/на ли я задокументировать эти результаты в своих клинических записях?
- Как я отслеживаю свои мотивы и взвешиваю риски и выгоды этого поиска?

Общей рекомендацией для профессионалов, работающих с людьми, также является мнение о высоких рисках нарушения конфиденциальности и распространения личной информации о клиентах при обсуждении профессиональных случаев в сети, несмотря на все настройки приватности профессиональных форумов и интернет-сообществ.

Резюмируя данную главу, посвященную этическим основам психотерапии и психологического консультирования, можно заключить, что продвижение профессиональной этики, развитие динамичного набора этических стандартов, связанных с профессиональным поведением врачей-психотерапевтов и психологов требует личной приверженности делу, постоянных, в течение всей жизни усилий для того, чтобы действовать этически правильно, поощрять этическое поведение со стороны обучающихся, супервизоров, сотрудников и коллег, а также вести открытый профессиональный дискурс относительно этических проблем.

Список литературы

1. Газизова Р.Р. Профессиональная позиция психолога по отношению к клиенту // Научные проблемы гуманитарных исследований. 2012. Вып. 4. С. 110–116.
2. Караваева Т.А., Вьюнова Т.С., Подсадный С.А. Значение этических норм и принципов в психотерапии и их закрепление в правовом регулировании // Вестник психотерапии. 2008, № 28 (33). С. 9–17.
3. Караваева Т.А. О роли этики в психотерапии // Этика и деонтология в психиатрии и психотерапии: Сборник научных статей. СПб.: СИНЭЛ, 2017. С. 29–39.
4. Караваева Т.А. Этические аспекты отношений врача и пациента в психотерапии как фокус супервизии // Российский психотерапевтический журнал. 2017. № 1 (9). С. 30–37.
5. Карягина Т.Д. Некоторые проблемы изучения эмпатии в контексте психологического консультирования и психотерапии // Культурно-историческая психология. 2009. № 4. С. 115–124.
6. Клиническая психотерапия в общей клинической практике: Коллективная монография / под ред. Незнанов Н.Г., Карвасарский Б.Д. СПб.: Питер, 2010. 528 с.
7. Митрофанов А.С., Шаболтас А.В. Представления психологов-консультантов об оптимальных терапевтических отношениях // Клиническая и медицинская психология: исследования, образование, практика (электронный журнал). 2014, № 4.
8. Овчинникова Ю.Г. Профессиональная подготовка психологов-консультантов // Alma mater (Вестник высшей школы). 2012. № 2. С. 45–49.
9. Роджерс К. Клиент-центрированная психотерапия: теория, современная практика и применение. М.: Психотерапия, 2007. 560 с.
10. Семенова Н.Д. Этические основы психотерапии // Основные направления современной психотерапии / под ред. А.М. Боковой. М.: Когито-Центр, 2000. С. 44–72.
11. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы: учебное пособие для медицинских и фармацевтических вузов. М.: Литтерра, 1997. 223 с.
12. Ташлыков В.А. Взаимоотношения врача и больного в психотерапии // Психотерапия: учебник. 3-е изд. / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2008. С. 131–162.
13. Тихоненко В.А., Иванюшкин А.Я., Евтушенко В.Я., Покуленко Т.А. Этика практической психиатрии: Руководство для врачей. М.: ГНЦС и СП, 1996. 315 с.
14. Шаболтас А.В. К обсуждению проекта этического кодекса российского психологического общества // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 16: Психология. Педагогика. 2012, № 2. С. 75–84.
15. Этический кодекс Российского психологического общества. URL: <https://rpo.rf/rpo/documentation/ethics.php> (дата обращения: 05.04.2022).
16. Этический кодекс Российской психотерапевтической ассоциации. URL: <https://rpa-russia.ru/ecrpa/> (дата обращения: 28.03.2022).
17. Ягнюк К.В. Природа эмпатии и ее роль в психотерапии [Электронный ресурс] // Журнал практической психологии и психоанализа. 2000, № 1. 2000. URL: <http://www.psyjournal.ru>.
18. Яровинский М.Я. Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика): учебное пособие. М.: Медицина, 2000. 252 с.
19. EFPA Meta-Code of Ethics. URL: <http://www.efpa.eu/ethics> (дата обращения: 03.04.2022).
20. Lambert M., Barley D. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome // Psychotherapy Theory Res. Pract. Train. 2001. Vol. 38, N. 4. P. 357–361.
21. Lambert M.J. Psychotherapy research and its achievements // History of Psychotherapy: Continuity and Change. 2nd ed. / Eds J.C. Norcross, G.R. VandenBos, D.K. Freedheims. American Psychological Association, 2011.
22. Lambert M.J., Bergin A.E. The effectiveness of psychotherapy // Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 4th ed. / Eds A.E. Bergin, S.L. Garfield. New York: Wiley, 1994. P. 143–189.
23. Lambert M.J., Ökiishi J.C. The effects of the individual psychotherapist and implications for future research // Clin. Psychol. Sci. Pract. 1997, Vol. 4. P. 66–75.
24. Lindsay G., Koene C., Ovreide H., Lang F. Ethics for European Psychologists. USA: Hogrefe & Huber Publishers, 2008. 213 p.
25. Norcross J.C. (Ed.). Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients. New York: Oxford University Press, 2002.
26. Norcross J.C. Psychotherapy relationships that work II // Psychotherapy. 2011. Vol. 48, N. 1. Special issue: Evidence-Based Psychotherapy Relationships. P. 4–8.
27. Orlinsky D.E., Grawe K., Parks B.K. Process and outcome in psychotherapy — noch einmal // Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 4th ed. / Eds A. Bergin, S. Garfield. New York: Wiley, 1994.
28. Pepper R. The senior therapist's grandiosity: Clinical and ethical consequences of merging multiple roles // J. Contemp. Psychother. 1991. Vol. 21, N. 1. P. 63–70.
29. Pope K.S., Vasquez M.J. Ethics in Psychotherapy and Counseling: A Practical Guide for Psychologists. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1991.

30. Pope K.S., Vetter V.A. Ethical dilemmas encountered by members of the American Psychological Association: A national survey // Am. Psychol. 1992. Vol. 47, N. 3. P. 397–411.
31. Sarkar P.S. Boundary violation and sexual exploitation in psychiatry and psychotherapy: A review // Adv. Psychiatr. Treat. 2004. Vol. 10. P. 312–320.
32. Simon R.I. The natural history of therapist sexual misconduct: Identification and prevention // Psychiatr. Ann. 1995. Vol. 25. P. 90–94.
33. Slavson S.R. Die Arten der Gruppenpsychotherapie und ihre klinische Anwendungen // Psychoanalytische Therapie in Gruppen / S. de Schill. Stuttgart: Klett, 1971. P. 138.
34. Universal Declaration of Ethical Principles for Psychologists. URL: <http://www.am.org/iupsys/resources/ethics/univdecl2008.html> (date of access: April 10, 2022).

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

Глава 4. Этнокультурные аспекты психотерапии

Этническое и культурное многообразие современного российского общества, нарастающие тенденции глобализации социально-экономического развития страны, усиление миграционных процессов по всему миру и в России, в частности, как никогда остро поднимают вопрос об эффективной адаптации действующих моделей медицинской помощи населению к социокультурным реалиям общества и времени. Наиболее емко этнокультурный дискурс медицинской помощи пациенту представлен в клинической практике современной психотерапии. В данном разделе представлен анализ мирового научного опыта за предыдущие десятилетия, который отражает наиболее характерную проблематику взаимосвязи психотерапии и культурных основ личности в конкретном социуме. Вопросы, впервые поставленные в предыдущие годы, сегодня могут получать новое переосмысление с учетом актуальных реалий современности.

Этнокультурные детерминанты психотерапии

Психотерапевт в контексте культуры. Пристального внимания заслуживают работы, направленные на изучение особенностей поведения психотерапевта, работающего в условиях соприкосновения различных культур. В исследовании P. Manoleas и соавт. приняли участие 65 специалистов, оказывающих помощь пациентам латиноамериканского происхождения в Сан-Франциско и его пригородах [36]. Предварительно проводилась фокус-группа для сбора идей по составлению опросника, который позднее раздавался для заполнения. Результаты оказались неоднозначными — психотерапевтами использовались подходы, основанные как на универсальных и общепризнанных принципах, так и на взглядах, отражающих специфические ценности латиноамериканской культуры и определяемых личностными особенностями самого терапевта [36]. A. Connolly находит другой значимый фактор — это двуязычие психотерапевта. Оно облегчает быстроту и подвижность ассоциаций специалиста в работе и в то же время заостряет осознание того, как звучание слова может изменять нюансы его значения [19].

Особую роль в установлении теплых доверительных отношений психотерапевта с пациентом многие исследователи видят в способности осознания терапевтом собственной этничности и оценки влияния предшествующего этнокультурного опыта на процесс понимания пациента. Довольно интересно образное описание позиции эффективного психотерапевта через его способность восприятия ситуации не в категориях «белого» или «черного», а скорее в структуре разнообразия оттенков «серого» [13].

Проблемы иного рода возникают в ситуации, когда пациент и терапевт являются эмигрантами общего культурно-языкового происхождения. Данные обстоятельства могут приводить в психоанализе к возникновению расщепления и давать богатый материал для проработки проблем боли и вины по отношению к утраченному. Общая культурная идентичность может не осознаваться обоими, но может находить отражение в процессе совместной работы. Она может выступать в роли специфической культурной защиты, а потому, во избежание тупика в терапии, нуждаться в скрупулезном анализе. В итоге наличие взаимного доступа к двойной лингвистической системе символов обогащает диалог в диаде, а тщательное наблюдение за процессом переноса-контрпереноса является условием продвижения в психоаналитической работе G. Antinucci.

Кросскультурный диалог в психотерапии. Сам по себе диалог, как форма межличностного взаимодействия между психотерапевтом и пациентом, отражает приоритеты западного коммуникативного стиля [38]. В неевропейских культурах проблемы, связанные с психическим здоровьем, традиционно решаются другими средствами. Одним из вариантов культурной психотерапии, характерной для японского общества, является получение помощи через сеть неофициальной социальной поддержки, где можно высвободить эмоции, снять напряжение, услышать совет. С этой точки зрения сам факт обращения человека за помощью к специалисту усугубляет его ощущение социальной изолированности и выступает

дополнительным психотравмирующим фактором [41]. Более глубоким путем осознания сущности психологических проблем и направлений выхода из кризиса признается практика интроспекции и медитации, основанная на философских концепциях буддизма, синтоизма, конфуцианства, предполагающих, как правило, индивидуальную работу в форме монолога [35].

Что же касается языка общения психотерапевта и пациента, то незнание или несовершенство владения языком друг друга существенно ограничивает возможности оказания помощи. Во-первых, в неевропейских культурах язык может не отражать всего спектра эмоций и представлений человека [59]. Ярким примером этого является восприятие европейцами и американцами японского стиля коммуникации как уклончивого, который с точки зрения высоко структурированного японского общества отражает стремление избежать нанесения возможной обиды окружающим [30]. Во-вторых, даже на родном языке пациенту бывает довольно трудно говорить с посторонним о своих страхах, опасениях, отчаянии или, наоборот, о тайных желаниях. Эти трудности значительно возрастают в случае привлечения к процессу терапии переводчика, не являющегося лечащим врачом [1, 19].

Подобные ситуации часто происходят при работе с пациентами в рамках арабской культуры. Психотерапия здесь нередко осуществляется не в диадах, а триадах, когда третьим лицом является близкий родственник, сопровождающий пациента в качестве переводчика или с целью обеспечения сохранности семейных тайн. В таких условиях возникают дополнительные факторы, не имеющие непосредственного отношения к терапевтическому процессу, но искажающие естественные реакции переноса-контрпереноса. В некоторых случаях в ходе терапевтической сессии у сопровождающего появляются собственные психологические проблемы, связанные с интенсивным переживанием содержания травматического опыта пациента, особенно при полном погружении в его проблемы. Можно сказать, что присутствие сопровождающего изменяет диалоговую направленность терапевтического процесса и существенно осложняет психотерапевтическую помощь, вводя новые плоскости взаимоотношений: «сопровождающий–пациент» и «сопровождающий–психотерапевт» [48].

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

Потребность в диалоге, с одной стороны, в согласованности и взаимопонимании — с другой, не всегда удовлетворяется в ходе психотерапии. Рассмотрение этнокультурных аспектов взаимоотношений в терапевтической диаде четко показывает, что роль психотерапевта в этом процессе может быть как положительной, так и отрицательной. Было проведено интересное исследование результатов лечения западными психотерапевтами пациентов японского происхождения [30]. В ходе его выявлено, что лечение часто могло быть неэффективным, а психотерапевты фактически не осознавали вреда, причиняемого больным. Среди самых распространенных ошибок западных психотерапевтов определились следующие:

- преимущественная опора в диагностике и лечении на видимые признаки;
- подверженность влиянию культурных стереотипов;
- недоучет особенностей протекания индивидуации и сепарации в японской культуре, связанных с широкой социальной структурой;
- ошибочная интерпретация типичных психологических реакций пациента в ситуациях, связанных со смертью, умиранием, изнасилованием;
- недооценка психологических последствий иммиграции для пациента;
- тенденция к патологизации в оценке непривычного поведения, связанного со своеобразием культуры его носителя;
- проявление этноцентрических позиций в отношении процесса иммиграции.

В качестве средства преодоления подобных неосознаваемых конфликтов во взаимоотношениях терапевта и пациента предлагается формирование у психотерапевта навыков принятия мировоззрения клиента и использования в работе подходов, соответствующих его культуре. Еще одним направлением оптимизации кросскультурной психотерапии может быть расширение арсенала копинг-стратегий самого психотерапевта [17].

Кросскультурная эффективность психотерапии. Многих исследователей интересует вопрос эффективности психотерапии, практикуемой в различных социокультурных условиях. Особенностью многих подобных публикаций является анализ использования среди больных с неевропейской системой ценностей психотерапевтических техник, зародившихся в недрах западной культуры. Так, С. Schmeling-Kludasetal и соавт. описывают результаты лечения турецких мигрантов в отделении психосоматической реабилитации в Германии. В фокусе

психотерапий было уменьшение нагрузки, вызванной страданием, а в процесс лечения включались психообразовательные программы. Однако результаты такого комплексного терапевтического подхода в лечении турак были значительно ниже, чем у немецких пациентов соответствующего профиля [49]. С. Barrio прямо указывает, что реабилитационные подходы, основанные на ценностях западноевропейской культуры, могут оказывать противоположный эффект на больных из других этнических групп [14]. Многие работы свидетельствуют о низкой эффективности лечения пациентов, принадлежащих к неевропейским культурам, психотерапевтическими методами, опирающимися на западные концепции личности.

Нередко одной из причин невысоких результатов лечения считается этнокультурное несоответствие терапевта пациенту. Имеющиеся в литературе данные не содержат единой точки зрения на этот вопрос. Однако метаанализ серии клинических исследований эффективности психотерапии, проведенный G.G. Maramba и G.C. Hall, позволил установить, что факт принадлежности пациента к этническому меньшинству сам по себе не является значимым клиническим предиктором прерывания процесса психотерапии после первой встречи или, наоборот, после увеличения количества посещаемых пациентом психотерапевтических сессий [37].

Факторы, на первый взгляд осложняющие процесс психотерапии, в работе умелого специалиста могут иметь большой терапевтический потенциал. Так, еще в 1980-е годы L. Comaz-Diaz, F.M. Jacobsen установили, что стереотипизация ценностных подходов при психотерапии лиц, проживающих вне своей этнокультурной среды, и представителей национальных меньшинств может приводить к нарушению их этнокультурной идентичности. В процессе психотерапии такие пациенты начинают приписывать своему терапевту определенные этнокультурные качества, что получило название этнокультурной идентификации. Целенаправленное использование данного процесса в качестве терапевтического средства усиления совладания с изменяющимися культурными ценностями помогает интеграции этнокультурной самости консолидирующейся личности [18].

Тем не менее вопрос о том, являются ли эмпирически обоснованные методы психотерапии столь же эффективными и для этнических меньшинств, остается открытым [26]. Не вызывает сомнений одно — необходимость модификации действующих методов психотерапии с целью их большего соответствия культурным требованиям многочисленных этнических сообществ. Российская культура также часто относится к культурам, отличным от западной, вследствие чего психотерапевтическая практика здесь имеет определенную специфику. Транскультурное сравнение психотерапии в российских и германских условиях позволило немецкому психотерапевту Х. Пезешкиану, несколько лет проработавшему в России, выделить обобщающие характеристики российских пациентов и психотерапевтов, тесно связанные с эффективностью психотерапевтического процесса. К числу особенностей пациентов в России им, в частности, отнесены: терпеливость к повседневным трудностям, пассивная роль в процессе лечения, ожидание быстрого исцеления, малая информированность о сущности психотерапии, органически-биологическая ориентация взглядов на развитие нарушений, готовность к экспериментированию и открытость новым подходам, фатализм и магически-мистическое мышление, ориентированность на семью, наличие транскультурного сознания, признание важности духовных потребностей, переложение ответственности на неудачу в лечении на психотерапевта, доверие к врачу и его способностям, наличие советского опыта. В «типичном» российском психотерапевте автор выделяет следующие характеристики: альтруистическая базовая установка, комбинирование элементов различных подходов, преобладание директивного и суггестивного подходов, преимущественно суппортивный характер психотерапии, отсутствие системного многолетнего образования, недооценка со стороны руководства, наделение его сверхъестественными способностями со стороны окружающих, широкий спектр расстройств у обращающихся за лечением. Х. Пезешкиан считает, что российские психотерапевты, в отличие от немецких коллег, больше ориентированы на применение кратковременных техник, так как полагают, что эффект психотерапии должен быть получен уже на первом сеансе. Они чаще верят в сверхъестественные силы и используют эти элементы в работе. В то же время они в большей степени проявляют сочувствие и сострадание к пациентам, что объясняется автором традициями коллективистского общества, в котором ценятся отношения между людьми, а не материальные или временные факторы [8].

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

Данная оценка не является констатацией однозначно положительных или отрицательных черт. Все определяется контекстом ситуации, в которой эти качества проявляются.

Перечисленные особенности российских психотерапевтов и их пациентов плохо «стыкуются»

с традиционными подходами западной психотерапии. Неудивительно, что эффективность психотерапевтического лечения в таких условиях остается под вопросом.

Культурный анализ в психотерапии. Удачным клиническим инструментом, позволяющим психотерапевту эффективно оценивать степень влияния культуры на внутренний мир человека и поддерживать, таким образом, свою культурную компетентность, является схема культурного анализа, предложенная Американской психиатрической ассоциацией. Проводимый на ее основе анализ помогает реализации системного взгляда на многообразие истоков формирования личности, пониманию вклада культурного окружения в развитие определенных клинических симптомов, оценке влияния культурных различий на взаимоотношения терапевта и пациента [60].

В процессе диагностического поиска, формулирования диагноза, определения тактики лечения и ухода предлагается учитывать несколько уровней культурных характеристик конкретного больного. Уровень этнической идентификации определяется тем, к какой этнической группе относит себя пациент, и насколько это соответствует происхождению его родителей. В случае сочетания нескольких культур отмечается степень представленности каждой из них, у мигрантов — роль новой и старой культур. Учитывается степень владения языками, частота их употребления, а также языковые предпочтения, включая многоязычие. В разделе культурного понимания заболевания особое значение придается таким параметрам:

- форма выражения дистресса, с помощью которой проявляется симптоматика или потребность в социальной поддержке (одержимость духами, соматические жалобы, беспричинные неудачи);
- значение и выраженность симптомов у конкретного пациента в сравнении с нормой для данной культуры и этноса;
- отношение к данному патологическому состоянию в семье больного и его сообществе;
- существующая в данной культуре (а также у больного) модель возникновения заболевания;
- наличие опыта обращения за помощью к официальной или народной медицине в прошлом и предпочтения в настоящее время.

При работе с уровнем значимых психосоциальных факторов рекомендуется выделять наиболее вероятные для пациента социальные стрессоры, источники социальной поддержки, успешности его функционирования или дисфункции. Сюда же отнесены стрессы в ближайшем окружении больного, а также роль религии, семьи и близких в обеспечении эмоциональной, предметной и информационной поддержки.

В разделе культурной оценки взаимоотношений врача и пациента обозначают различия в культурном и социальном статусе терапевта и пациента, а также возникающие в связи с этим проблемы в диагностике и лечении. Считается, что напряженность в отношениях может быть вызвана затруднениями или неспособностью общения на родном для пациента языке, трудностью устранения или непониманием культурного значения симптомов, неопределенностью степени доверия, невозможностью однозначного определения поведения пациента как нормативного или патологического.

В заключение проводится полная культурная оценка диагноза и стратегии помощи, в ходе которой анализируется, как вышеперечисленные культурные особенности влияют на обобщенный диагноз и определяют тактику лечения, ухода и дальнейшей помощи. Успех психотерапии, опирающейся на данные культурного анализа, тесно связан с четким определением целей, ходом процесса и содержания лечения, адекватного культурным условиям. При этом возможно использование различных культурно-конгруэнтных стратегий, включающих культурное или контркультурное усиление, применение несовместимых культурных убеждений, некоторых других техник [34].

Взаимовлияние культуры и психотерапия

Психодинамическое направление психотерапии. Психоанализ является одним из наиболее распространенных западных психотерапевтических подходов, практикуемых в условиях различных культур и на их стыке. S.C. Chang подробно описывает случай аналитической терапии выраженного тревожно-панического расстройства у японского студента, изучающего английский язык в США и вынужденного одновременно существовать в системе двух культур. По мнению автора, залогом успешности терапевтического процесса является интеграция аналитических взглядов на жизнь в структуру традиционной азиатской культуры и ментальности пациента [16]. Реакции переноса и контрпереноса, возникающие в моноэтнических и биэтнических диадах в результате воздействия этнокультурных факторов, могут рассматриваться при психоанализе в качестве катализаторов таких терапевтических проявлений, как доверие, амбивалентность, гнев, а также принятие разобщенных частей личности [18].

R.A. Shechter различает в ситуации биэтнической терапевтической диады структуры кросскультурного рабочего альянса, способствующие возникновению так называемой ассоциативной идентификации. Ассоциативная идентификация, отражая феномен конструктивного контрпереноса, представляет собой сознательную идентификацию терапевта с эго-опытом пациента, что позволяет терапевту отслеживать существование параллельных воспоминаний, стимулирующих осознанное применение терапевтических техник. В основе подобной работы лежат представления о возникновении в рабочем альянсе универсальных культурных конфликтов. Наиболее общими для терапевта и пациента культурными конфликтами бывает стремление быть услышанным и тенденция к разотождествлению. Целенаправленное использование феномена ассоциативной идентификации обогащает терапию и способствует интеграции изолированных и обособленных частей личности [50].

Различия в практическом приложении стройной системы психоанализа в Индии, Японии, других странах прежде всего объясняются его культурным преломлением в рамках традиций той или иной страны. М. Tataра, выделяя особенности развития психоанализа в Японии, проводит его сравнение с традиционными для этой страны видами психотерапии — найкан-терапией, морита-терапией, буддистской философией. Изучение истории развития психоанализа на японской почве приводит М. Tataра к формулировке двух этнокультурных феноменов: первого — комплекса Аясе, связанного с моделью материнского переноса и сопровождающегося интерпретацией объектных отношений через значимость прощения как средства разрешения вины и обиды; второго — комплекса Амида, выступающего в роли культурной модели контрпереноса и проявляющегося у психотерапевта ощущениями всемогущества и потребности в похвале [54]. Становится понятной в связи с этим позиция Н.Ф. Smith, поднимающего при рассмотрении современного состояния психоанализа как психотерапевтического направления актуальный вопрос о реальности интеграции его европейского, североамериканского и латиноамериканского вариантов [51].

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

Восточные философские концепции также могут значительно обогатить классический психоанализ. В системе духовных традиций целительства центральное место занимает идеализирующий перенос, рождающийся в ходе взаимодействия исцеляемого с духовным учителем или гуру. В то же время направленность и динамика этого идеализирующего переноса существенно отличаются от подобных в западной психологии личности. Восточная теория идет дальше психоаналитических формулировок о природе и способах передачи эмпатии. Считается, что практика медитации в рамках восточной традиции сопровождается значительным ростом эмпатических возможностей учителя-целителя, а их передача к исцеляемому становится возможной, минуя вербальный канал коммуникации. В связи с этим уместен вопрос о необходимости изучения медитации в системе психоаналитического образования [28].

Когнитивно-поведенческий подход. В отношении обоснованности использования при кросскультурной психотерапии техник другого широко известного направления — *когнитивно-поведенческого*, встречаются довольно разноречивые мнения. В своей работе J. Rittenhouse беспристрастно разбирает клинические аспекты взаимосвязи этничности, фенотипа, диагностики и лечения ПТСР у больных смешанного этнического происхождения с помощью десенсибилизации и переработки движением глаз (ДПДГ) [45]. Безоценочный характер носит сообщение С.В Ferrelletal. и его коллег об изучении особенностей клинической симптоматики социофобии и результатов ее лечения методами поведенческой психотерапии у американских подростков европейского и африканского происхождения [22]. Значимые различия в двух этнических группах выявлены не были. Осторожной позиции придерживаются R.D. Marshal и E.J. Suh, которые, не отрицая положительного опыта применения в психотерапии ПТСР клинически обоснованных методов поведенческой терапии, считают, что в полиэтническом обществе вопросы влияния культуры на клиническую картину и результаты лечения еще остаются недостаточно изученными [39]. Наряду с этим K. Lloyd и D. Bhugra подчеркивают, что когнитивная триада у депрессивных больных в сравнительном этнокультурном аспекте серьезно не изучена и не оценена. Дальнейшего изучения требуют причины преобладания в некоторых незападных культурах не эмоций вины, а переживаний стыда, выступающих больше в качестве социально направленных проявлений [33].

Особый интерес представляет работа Я.Н. Лин (Y.N. Lin), посвященная особенностям применения когнитивно-поведенческой терапии в работе с лицами, принадлежащими к китайской культуре. Автор выделяет преимущества этого терапевтического подхода при работе в контексте традиционных китайских взглядов и ценностей. Китайские больные ждут

от психотерапевта директивности, патернализма, заботы и эмпатии. Они предполагают, что психотерапевт будет предлагать конкретную информацию, давать необходимые советы или непосредственно сам решать проблемы пациента, что связано с авторитарным характером общественных отношений в китайском обществе. Когнитивно-поведенческий терапевт, работающий в русле проблемно-ориентированного подхода или метода, нацеленного на выработку решений, будучи лидером терапевтического процесса, естественно проявляет авторитет и компетентность. Вдобавок к этому во время психотерапевтического процесса он берет на себя определенный уровень ответственности в области установления проблемы, определения цели встречи, планирования хода работы, ее осуществления и оценки. Эффективный в глазах китайского пациента психотерапевт всегда берет часть ответственности за лечение и его результат на себя, дает четкие рекомендации и советы, активно поддерживает пациента в выполнении домашних заданий, выработке новых навыков в ходе сессий и на практике [32].

К достоинствам когнитивно-поведенческого подхода в контексте китайской культуры относится возможность фокусировки на нарушениях поведения, что избавляет пациентов от необходимости исследования тщательно подавляемых ими эмоций и ощущений. Корректировка негативного эмоционального опыта в таком случае проводится косвенно, через поведение. В работе с китайскими пациентами рекомендуется соблюдать баланс между индивидуализмом и коллективизмом, при принятии решений ориентировать пациентов на сочетание сохранения собственной индивидуальности и учета семейных и групповых целей, социальных норм и ожиданий близких [32].

Групповые формы работы в психотерапии. Растущая неоднородность населения индустриальных стран мира ставит, по мнению J.T. Salvendy, вопрос о необходимости пересмотра социокультурных норм и подходов *групповой психотерапии*, восходящей к ценностям белой иудео-христианской культуры [47]. E.P. van Schoor находит связь между индивидуалистической культурой США и историей развития групповой психотерапии от групп аналитических подходов через психодраму и Т-группы к группам встреч, в которых вера в самоосвобождение достигает своего пика [56]. Р.Д. Тукаев также считает, что групповая форма терапии, создавая искусственную микросоциальную среду, на время снимает у человека высокоурбанизированного общества остроту отчужденности и одиночества. В качестве путей разрешения данных проблем в группе обычно предлагается: интенсификация микросоциального общения за счет повышения коммуникативных навыков (Т-группы) либо углубления эмоционального взаимодействия (группы встреч); адаптация к отчужденности (гештальт-терапия; первичная, телесно ориентированная терапия; ортодоксальный психоанализ; эмпирическая терапия) [11].

Еще одним подтверждением генетической направленности групповой психотерапии на решение проблем личности индивидуалистического общества служит работа D. Roe и B.A. Farber, в которой исследовалась разница в уровнях и стилях самораскрытия при психотерапии у американских и израильских пациентов. Результаты, не выявившие значимых различий между группами, показали, что наиболее частыми общими темами обсуждения были: неприятие собственной личности, отчаяние, депрессия, раздражение и гнев по отношению к собственным родителям [46].

Современная израильская культура, исторически преломляющая традиционные восточные и западные ценности, представляет собой довольно интересное явление. Несмотря на то что израильтяне имеют репутацию индивидуалистов, никто не может конкурировать с их социальной и групповой сплоченностью. Присущий им поиск взаимопомощи и потребность в аффилиации становятся особенно очевидными в ситуациях личного или национального дистресса. Когда кому-нибудь приходится плохо, готовые помочь друзья, соседи, случайные люди окружают человека душевной заботой и материальной поддержкой. В случае общих трудностей, например, войны или вспышек терроризма, могут наблюдаться многочисленные спонтанные проявления взаимопомощи. В то же время в эти моменты возрастает востребованность групповой психотерапии [58].

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

Рассмотрение социокультурных феноменов групповой психотерапии и выделение особенностей восприятия, системы отношений, коммуникации и поведения представителей этнических меньшинств предоставило возможность J.T. Salvendy поставить вопрос о необходимости культурно-сенситивной трансформации групп-терапевтических техник, что встретило понимание ученых и практиков [47]. По мнению F.H. Hsiao и соавт. приложение групповой психотерапии к условиям китайской культуры должно сопровождаться следующими направлениями ее транскультурной модификации: установление псевдородственных отношений между членами группы и терапевтом, обязательное

использование упражнений на разогрев и структурирование деятельности, применение проективных методов, фокусирование на вопросах межличностных отношений и проблемах внутриличностного характера [27].

Философия западных и восточных подходов. Выделение ключевых различий между западными (преимущественно европейскими) и восточными (преимущественно азиатскими) подходами психотерапии может помочь определению актуальных для каждой культуры психотерапевтических мишеней и наметить направления их дальнейшей интеграции при работе в кросскультурной ситуации. Дифференциация направленности мировосприятия, отражающейся в психотерапевтической практике, проводится в работе (Y. Matsuda), в которой рассмотрены отличия процессов обработки информации в сопоставлении восточноазиатского и западного культурных контекстов [40].

Более содержательное многоуровневое обобщение мировоззренческих, этнокультурных, этнопсихологических параметров европейской и азиатской моделей психотерапии проведено В.Я. Семке и соавт. [10]. Среди ряда сопоставляемых ими факторов особого внимания заслуживают характеристики, непосредственно связанные с психотерапевтическим процессом. Отмечается, что при западном подходе в качестве целей психотерапии во главу угла ставится самореализация, функциональная автономия и творческая самостоятельность пациента-индивидуума. На Востоке рост спонтанности и творческого воображения стимулируется через постижение наследия прошлого и использование народных методов, при этом учитель, гуру, наставник полностью управляют процессом лечения. В традициях европейского подхода более предпочтительны партнерские взаимоотношения терапевта и пациента. Факторами, обеспечивающими успешность терапии, здесь будут считаться: снятие напряжения, принятие проблемного опыта, когнитивное научение, корректирующий эмоциональный опыт, в то время как на Востоке большее значение придается преодолению социальной изоляции, поведенческой регуляции, стремлению к «самоотторжению» конфликта.

N. Watanabe выделяет характерные для Востока концепции трансцендентности эго-структур, равенства души и тела, психических структур пустоты или небытия. Он подчеркивает, что здесь сила Эго не укрепляется, а рассеивается во взаимоотношениях человека с окружением, которое может быть как одушевленным, так и неодушевленным. Не существует различий между разумом и телом, а есть традиционный путь достижения пустоты и небытия через дзен-буддизм. Опору западной культуры N. Watanabe видит в концепциях силы Эго, верховенстве разума над телом, психических структурах полноты и целостности, в то время как понятия пустоты и небытия наполнены негативным смыслом. В сопоставлении с характерным для Востока циклическим образом мышления здесь преобладает линейный образ мышления, а жизнь рассматривается как движение в направлении прогресса, к Богу [57].

Своеобразным свидетельством того, что поликультурные условия российской действительности также часто являют собой картину неевропейского мировоззрения, служат рекомендации Л.Л. Репиной по двухэтапному лечению невротических расстройств у пациентов удмуртской национальности. Целью первого этапа индивидуальной психотерапии является создание максимально возможной атмосферы доверия на фоне интенсивной комплексной биологической терапии. На втором этапе возможно применение собственно психотерапевтических методов преимущественно в групповой форме с преобладанием директивно-суггестивных подходов, адекватных коллективистско-вертикальному типу культуры удмуртов [9].

Директивность, большая ориентация на интересы социального окружения, чем на потребности собственной личности, отличает неевропейские подходы терапии. Однако арсенал средств воздействия восточных психотерапевтических практик по своей сущности, а не названию достаточно богат и разнообразен, хотя и менее известен специалистам. Знакомство с лечебными традициями Востока может, несомненно, обогатить теоретические концепции психотерапии и практический арсенал средств психологической помощи.

Восточные психотерапевтические практики. Широко распространенная в Японии *морита-терапия* полностью основывается на традиционных характеристиках восточной культуры [57]. Показанием для нее являются ипохондрические состояния, называемые «шинкейшиту». При ипохондрии сильный страх смерти сосуществует с нереализованным желанием полнокровной жизни, однако страх смерти доминирует, что приводит к формированию фобий, панических, обсессивно-компульсивных, других невротических расстройств. Таким пациентам назначается абсолютный покой в постели до семи дней, за исключением периодов приема пищи и гигиенических процедур, с целью осознания естественного характера внутренних процессов, происходящих во время столь длительного нахождения в постели. Физический отдых способствует появлению скуки, ведущей к возникновению парадоксального желания полноценной жизни. В последующий период трудотерапии больные учатся фиксировать внимание на окружающем, а не на собственных симптомах и ощущениях, даже при их наличии. Позднее начинают осознавать изменения в восприятии

собственного тела, ощущать взаимодействие с окружающими людьми, природой, миром. Больные учатся не устранению тревоги как таковой, а ее принятию, что может служить показанием к морита-терапии и при тревожных расстройствах [57].

Примечательно, что морита-терапия, как и другие восточные терапевтические методы, может использоваться и вне рамок японской культуры, независимо от различий в этническом происхождении пациентов. С точки зрения (Н. Elliott), культурный подход в работе с образами, опирающийся на японский опыт, помогает получить доступ к символическому языку подсознания [21]. Y. Matsuda считает, что результаты кросскультурного сравнения помогают понять сущность психического здоровья и предложить концепцию морита-терапии как вариант возможной интегрированной теории [40]. S. Usa сообщает о результатах успешного применения морита-терапии в практике киотской больницы Сансей при лечении больных из Германии, Швейцарии, США, Китая, Кореи, Индии и Индонезии. Одним из ключевых моментов практикуемого здесь лечения является освобождение больного от концентрации на самосознании и собственном образе как субъективной фантазии, возникшей вследствие преобладания абстрактно-логического мышления. Второй важный принцип — это стимулирование пациента на разрешение реальных жизненных проблем. Такой подход помогает больному не включаться в механизм образования симптома и фиксации на нем, а преодолевать центрированность на собственной личности. Во время продолжительного отдыха в постели пациент может ощущать свое физическое тело в «образе новорожденного», что связано со спонтанным «предсознательным» состоянием мыслительной деятельности (так называемый феномен «юн-накокоро» или состояние «чистого разума»), а не с сознательным абстрактно-логическим мышлением, ведущим, по представлениям морита-терапевтов, к фиксации симптомов. Основным принципом лечения в этом случае является процесс децентрализации личности и переживание состояния «чистого разума», знакомого каждому, независимо от этнокультурного происхождения, по опыту повседневной жизни [55].

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

Японская культура открыла миру еще один метод психотерапии — *найкан-терапию* [53]. Это особая форма медитирования, целью которой является возникновение экзистенциального сознания вины и одновременного ощущения того, что «человек может получить любовь и заботу о себе, несмотря на собственное несовершенство» (Карвасарский Б.Д.). Признание и востребованность данного метода в мире подтверждается действующими 38 найкан-центрами не только в Японии и Китае, но в Австрии, Германии, США [29].

Взаимодействие европейского и традиционного подходов. Универсальность опыта повседневных ощущений, не связанных с конкретной системой интерпретации, может в какой-то мере объяснить эффективность использования «восточных» подходов в работе с пациентами, принадлежащими к европейской культуре. В.Я. Семке и соавт. считают, что обращение к иррациональному мышлению восточных целителей иногда содействует достижению более высокого уровня адаптации пациента через систему метафор, притч, иносказаний, структурированных лингвистических построений [10] (Gerber L.), оценивая быстроту технологического прогресса на Западе, видит его последствия в изменении и утрате традиционных основ смысла бытия. Западные концепции об индивидуальных границах, семейных связях, взаимоотношениях разума и тела, путях познания мира, на его взгляд, требуют переосмысления при работе с выходцами с Востока [24]. Ведь культурные различия могут определяться не только в отношении к жизни, но и в отношении к смерти [43]. В то же время L. Gerber отмечает, что в западной культуре еще сохраняются элементы, созвучные так называемому «азиатскому» вектору движения, а работа психотерапевта с выходцами из восточных стран может помочь западному психотерапевту осознать, насколько его культурно обусловленные представления о здоровье, психопатологии и психотерапии влияют на то, как он слышит, понимает и реагирует на пациента [24].

Несмотря на заметные различия в философии и методологии древних буддистских техник медитации, саманты, випассаны, дзен, с одной стороны, и современного клинического гипноза, с другой, между этими подходами существует определенное сходство. Несомненно, не каждая медитативная техника «вписывается» в западную культуру, однако в каждой из них есть то, что может быть эффективно использовано клиницистом, работающим в рамках гипноза [42]. Определенные параллели между традиционными магическими практиками и концепциями современной психотерапии отмечены по итогам анализа хода лечения 700 семей латиноамериканских иммигрантов медицинским антропологом и лицензированным психотерапевтом М. Добкин де Риос (M. Dobkin de Rios), которая четко показала конгруэнтность техник шаманизма у жителей прибрежных районов Перу и Амазонки трем

западным психотерапевтическим приемам: гипнозу, поведенческой модификации и когнитивному реструктурированию [20].

Методы психотерапии, основанные на народных традициях, обычаях, ритуалах, практикуются и в центре Европы. Б.Д. Карвасарским описан вид этнотерапии, созданной в Чехии М. Гауснер и З. Кочовой. Сущность метода состоит в том, что пациенты погружаются в свое индивидуальное и коллективное детство, в древние культурные шаблоны и архетипы. Это способствует самораскрытию, самоутверждению, поиску своего места в жизни через ощущение всего природного, древнетрудового, язычески-праздничного.

Немецкий психотерапевт иранского происхождения Н. Пезешкиан, получивший профессиональное образование на Западе и сохранивший при этом глубокое знание восточной культуры, отметил господство в европейской культуре ориентации на высокую производительность труда, преуспевание и карьеру, в то время как межличностные отношения отступают на второй план. Разум и интеллект здесь ценятся больше, чем фантазии и интуиция. С целью преодоления этой, по его мнению, односторонности, обусловленной различием культурно-исторических условий, Н. Пезешкиан разработал специальный транскультурный подход, предусматривающий использование восточных историй в качестве вспомогательного средства, облегчающего общение психотерапевта с пациентом. Восточные притчи с их иррациональностью представляют собой разительный контраст с целесообразностью, рационализмом, техницизмом современного индустриального общества и дают большой простор фантазии и интуиции для обогащения опыта пациента в разрешении внутриличностных конфликтов [7].

Психотерапия в рамках любой культуры, любого подхода требует большего внимания к творческим ресурсам личности, реализация которых в каждой группе может иметь свои особенности [31]. К примеру, при музыкотерапии болевого синдрома соматические больные европейского происхождения чаще выбирают оркестровые произведения, афроамериканцы — джаз, выходцы из Китая — музыкальные произведения для арфы [25]. Опыт успешной работы с головной болью в Китае с помощью медитации, свидетельствует о ее высокой клинической и экономической эффективности только у высоко мотивированных пациентов без органической симптоматики [52]. В контексте афроамериканской культуры большое пространство для психотерапевтического взаимодействия дает использование метафор [23].

Перспективы развития психотерапии. Наступившее тысячелетие с его стремительными темпами технологических изменений и социальных преобразований открывает новые возможности и перспективы перед психотерапией как универсальной развивающей практикой. Э.Г. Эйдемиллер видит в психотерапии, вне зависимости от исторического пути ее становления и развития, новую междисциплинарную специальность, основанную на естественно-научной и гуманитарной парадигмах, интегрирующую в себе такие духовные практики, как религия, медицина, философия, педагогика, психология, социология и др. [12]. Обзор состояния психотерапии в условиях поликультурной среды показывает, что ее эффективное проведение становится немыслимым без тщательного учета на всех этапах диагностики, лечения и профилактики особенностей этнической, языковой, духовной, исторической культуры пациента. Описанные тенденции не менее актуальны и для условий многонациональной российской действительности.

Психотерапевтическая теория и практика в мире начинают приобретать все более культурно ориентированный характер, в большей степени отвечающий потребностям представителей неевропейских общин. Приходит осознание того, что классические западные методы психотерапии нацелены в первую очередь на носителей европейской культуры и сознания. Закономерной ступенью развития психотерапии представляется ее транскультурная интеграция на основе принятия и преобразования во многом противоречащих друг другу ценностей индустриального и традиционного общества. Одним из ориентиров подобной интеграции могли бы стать общие духовные ценности, которые имеют универсальный общечеловеческий характер.

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

Культурные координаты в психотерапии. Как известно, клинические и этиопатогенетические основы пограничных психических расстройств (ППР) во многом связаны с воздействием социокультурных факторов. С другой стороны, в происхождении некоторых психотерапевтических подходов прослеживается четкое соответствие определенным культурным системам, например, европейской, американской или японской. При реализации психотерапевтической помощи, как содействия приобретению личностью большей функциональности внутри своего сообщества, нельзя не учитывать, что не может быть психотерапии, свободной от цивилизационных ценностей, поскольку любая

психотерапия привязана к определенной культурной основе, а культуры прочно соединены с нравственными ценностями и системами [2]. Именно поэтому психотерапия как культурный продукт должна быть ориентирована на традиционные ценности общества, а также учитывать особенности и направленность их изменений, то есть быть социокультурной по своей сути.

Современная ситуация в стране такова, что реальный культурный статус личности может быть адекватно представлен только в объемной системе координат, образованной взаиморасположением нескольких культурных плоскостей. Положение личности в такой системе определяется не столько ее этническим статусом, сколько степенью идентификации с одним из направлений культурного развития в плоскости каждого из трех измерений (рис. 4.1).

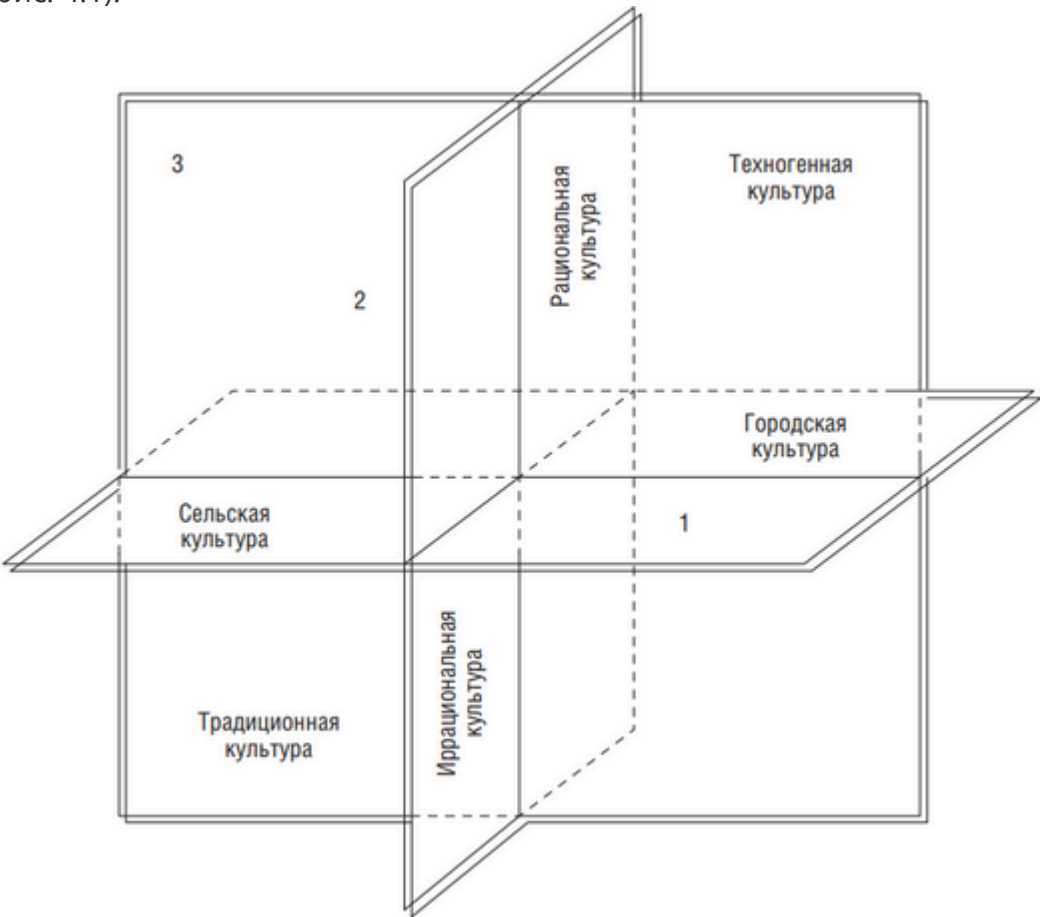


Рис. 4.1. Модель внеэтнической системы культурных координат: 1 — урбанистическое измерение; 2 — мировоззренческое измерение; 3 — социотипическое измерение

Урбанистическое измерение позволяет обозначить полноту принятия личностью ценностей городского образа жизни с вытекающими из него особенностями поведения, объективными рисками для здоровья, возможностями получения квалифицированной медицинской и психологической помощи (табл. 4.1). Здесь могут быть обозначены наиболее частые источники психологических проблем (семейно-родственные отношения) и системы личностных и социальных ресурсов (гармония с сообществом и природой).

Таблица 4.1. Урбанистическое измерение культурной системы координат

Параметр	Городская культура	Сельская культура
Социальные ориентиры	Уровень образованности и социального статуса	Гармония семейно-родственных и общинных отношений
Структура семьи	Суженная, чаще одно- и двухдетная	Расширенная, чаще многодетная
Гендерно-ролевые позиции	Тенденция к сглаживанию различий	Жесткая дифференциация
Отношение к природе	Управление природой	Интегрированность в природу
Восприятие времени	Линейное	Циклическое
Социально востребованные качества личности	Активность и целеустремленность	Навыки трудовой деятельности и кооперации

Мировоззренческое измерение отражает духовное содержание личности. Оно может быть не связано с официальной принадлежностью к определенной религиозной конфессии и сочетаться как с высоким, так и с низким уровнем образования. Наполняя личность определенным жизненным смыслом, рациональное или иррациональное мировоззрение

апеллирует к устранению ситуаций неопределенности в различных сферах психической деятельности человека (табл. 4.2). При этом рациональность мышления, как правило, способствует лучшему встраиванию личности в систему психотерапии. Иррациональные взгляды часто не находят поддержки в структурах официальной медицинской и психологической помощи, а потому часто умалчиваются больными.

Таблица 4.2. Мировоззренческое измерение культурной системы координат

Параметр	Рациональная культура	Иррациональная культура
Локус контроля	Интернальный	Экстернальный
Критерии оценки	Объективные	Субъективные
Философская основа мировоззрения	Научная	Магическая, мистическая, анимистическая
Доминирующая сфера психической деятельности	Когнитивная	Эмоциональная
Направленность веры личности	Вера в смысл жизни и бытия	Вера в высший разум и сверхъестественные силы

Важность социотипической плоскости культурного измерения связана с кардинальными изменениями в направлении развития всего российского общества, происходящими на протяжении последних двадцати лет. Это движение имеет направленность от ценностей традиционной культуры к ценностям техногенного общества и сопровождается ростом индивидуалистических настроений, которые проявляются во всех сферах социальной жизни и отражаются на состоянии психического здоровья человека (табл. 4.3).

Таблица 4.3. Социотипическое измерение культурной системы координат

Параметр	Техногенная культура	Традиционная культура
Основополагающая идея	Индивидуализм, автономия	Коллективизм, единение
Отношение к изменениям	Открытость изменениям, быстрота преобразований	Приоритет традиций, медленный темп изменений
Поведение личности в группе	Ориентация на самоутверждение	Ориентация на конформность
Механизм социального контроля	Чувство вины	Чувство стыда
Контроль негативных эмоций	По отношению к чужим	По отношению к своим
Критерии успеха личности	Самоактуализация и самореализация на фоне материального благополучия	Сохранение стабильности позиций и достижение согласия с окружающими

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

В таких условиях семья и система естественной социальной поддержки значительно утрачивают свои возможности защиты личности от агрессивных воздействий среды, в связи с чем возрастает востребованность системы профессиональной психотерапевтической и психологической помощи.

Таким образом, вектор социокультурной направленности общественного развития в стране направлен в сторону городской, рациональной и техногенной культур (рис. 4.2). Данный процесс является внеэтническим и справедлив в отношении всех этносов страны. В настоящее время он сопровождается дополнительными рисками для здоровья человека, связанными с вопросами цифровой [6], экологической [15], глобальной [3] безопасности.

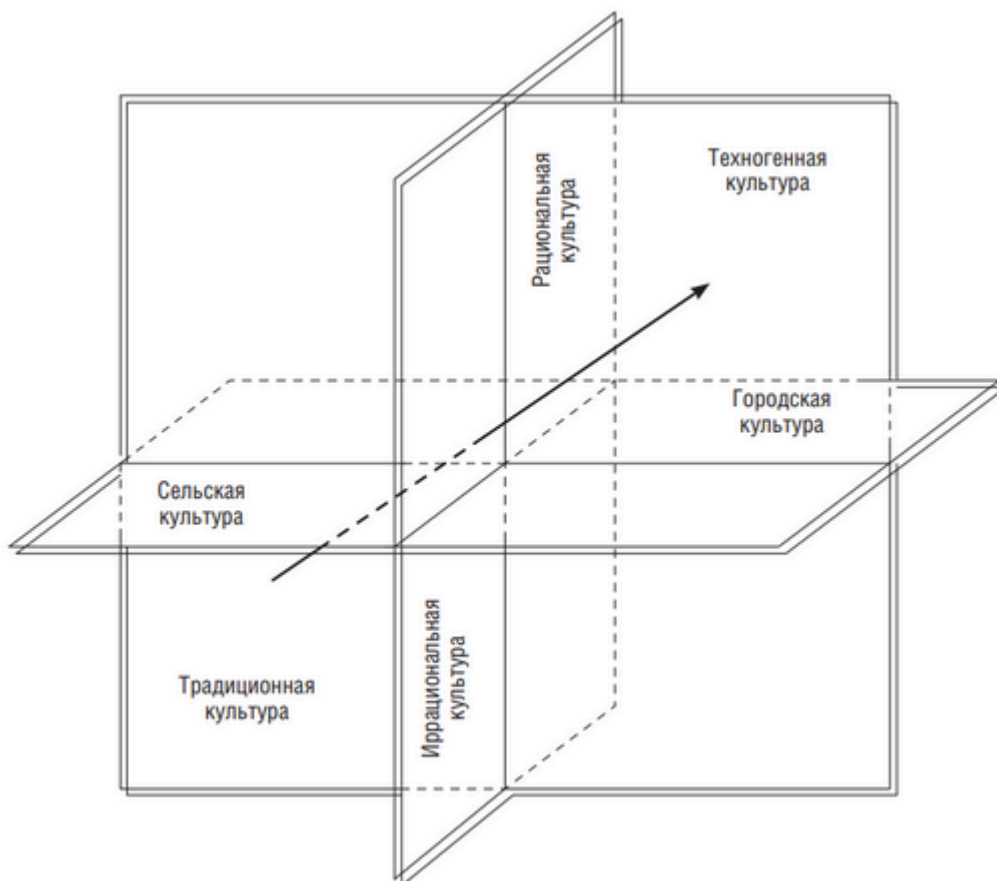


Рис. 4.2. Направление социокультурной трансформации общества

Базовые психотерапевтические подходы. Анализ направленности социокультурной трансформации общества приводит к осознанной необходимости разработки гибких межэтнических психотерапевтических подходов, которые были бы ориентированы на различный уровень включенности личности в современную культуру в ее урбанистическом, социотипическом и мировоззренческом измерениях [5].

В основу разработки таких подходов в данном исследовании положено фундаментальное допущение о том, что эффективность психотерапевтического процесса определяется соответствием применяемых специалистом средств, форм и методов воздействия ожиданиям пациента, а также готовностью последнего к проявлению собственной активности в процессе лечения [4]. В соответствии с этим для лечения ППР нами предложена система структурного разграничения психотерапевтических вмешательств на два базисных подхода, основные различия между которыми представлены в табл. 4.4.

Таблица 4.4. Содержательные различия базовых психотерапевтических подходов при пограничных психических расстройствах

Параметр	Рецептивный подход	Продуктивный подход
Концепция патологии	Истощение физиологических и психологических приспособительных механизмов организма, вызванное внешними воздействиями, несущими негативный для личности характер	Рассогласование сознательных и бессознательных процессов, стереотипов мыслительно-поведенческой деятельности и их последствий, целостности мыслей, чувств и поведения
Атрибуция заболевания	Внешняя	Внутренняя
Основная цель воздействия	Достижение физического комфорта организма и психологического равновесия личности	Приобретение личностью способности к самостоятельному адаптивному функционированию
Предмет воздействия	Проблемные ситуации, психопатологические симптомы	Нарушенные сферы и структуры личности
Формы воздействия	Индивидуальная, в группе	Индивидуальная, групповая, семейная

Средства воздействия	Совет, убеждение, разъяснение, внушение, эмоциональная поддержка, научение, позитивное подкрепление	Интерпретация, информирование, отреагирование, эмоциональная поддержка, конфронтация, обратная связь, межличностное влияние, моделирование
Механизмы воздействия	Снятие эмоционального напряжения, дезактуализация неконструктивных когнитивных моделей и поведенческих стереотипов	Переработка негативного эмоционального опыта, расширение когнитивного репертуара, модификация дезадаптивного поведения
Позиция психотерапевта	Преимущественно директивная	Преимущественно недирективная
Позиция пациента	Пассивная (принимающая)	Активная (деятельностная)
Роль психологических воздействий	Может быть вспомогательной	Ведущая
Использование непсихологических средств воздействия	Как основного средства	Как дополнительного средства
Характер изменений в процессе психотерапии	Повышение психологической устойчивости организма	Формирование личностной компетентности
Интегративный потенциал	Возможно заимствование определенных элементов традиционных практик с их адаптацией	Возможна интеграция методик различных направлений на единой теоретической основе

Рецептивный подход в большей степени ориентирован на те, клинические, психологические и социокультурные группы больных ППР, в которых наиболее оптимальным пониманием болезни является рассмотрение ее как результат снижения приспособительных возможностей организма вследствие действия внешних, трудно контролируемых им факторов. Глубокий анализ личностных проблем здесь не предусмотрен, так как болезнь, по мнению больного, имеет внешний источник происхождения. Основная работа ведется с психопатологическими проявлениями и последствиями проблемных ситуаций, устранение которых расценивается больным как высокоэффективное лечение.

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

Такой подход предусматривает пассивное участие пациента в лечебном процессе, в ходе которого психотерапия может применяться наряду с фармакотерапией и другими методами биологического воздействия (физиотерапией, рефлексотерапией, мануальной терапией), часто имеющими большее значение для самого пациента.

Специалист самостоятельно определяет порядок и объем лечения и полностью принимает на себя ответственность за ход и результаты лечения. Само воздействие чаще всего осуществляется в директивной форме. Однако при этом психотерапевту важно сохранять позитивность отношения, открыто проявляя эмпатию и дружелюбие. Больной здесь часто ожидает конкретных советов, что необходимо учитывать и в приемлемой форме удовлетворять эту потребность. От пациента требуется регулярное посещение специалиста, точное выполнение инструкций и заданий. Внимание на личной активности пациента обычно не фокусируется. Предпочтительной формой работы является индивидуальная, но допускается и совместная работа в группе с другими больными для индуцирования положительного эффекта. Поскольку глубокое межличностное взаимодействие при этом не предусмотрено, групповая динамика в таком процессе не развивается.

Собственно, групповая психотерапия в рамках рецептивного подхода обычно проблематична, так как больные часто не в состоянии выйти на уровень доверительных отношений с другими участниками и больше ориентируются на авторитетную фигуру психотерапевта.

К такому подходу можно отнести классические гетеросуггестивные техники, рациональную психотерапию, методы поведенческой терапии, арт-терапию, музыкотерапию, терапию творческим самовыражением, трансперсональную психотерапию, символдраму, различные ролевые тренинги. Прием лекарственных средств в случае проявления их плацебо-эффекта также может расцениваться как психотерапия в рамках данного подхода.

Не затрагивая роли личности в формировании патологической ситуации, психотерапия при рецептивном подходе дает пациенту весомое ощущение поддержки и позволяет добиваться положительных изменений в его состоянии. Данный подход апеллирует к природной способности человека искать, находить и воспринимать помощь, адекватную сложности конкретной ситуации. Его основным положительным моментом является соответствие наиболее частым запросам пациентов: быстроте положительных изменений, минимуму собственных усилий, необязательности раскрытия психоэмоциональных переживаний. Содержательная основа рецептивного подхода обнаруживает высокую ориентированность на личность, которую в большей степени можно идентифицировать с сельской, иррациональной и традиционной культурами, что чаще свойственно, например, чувашам старшего поколения. При этом может наблюдаться сопряженность с компенсационной формой психической дезадаптации личности при ППР. Еще одним условным критерием применения рецептивного подхода в психотерапевтической практике может быть клинический вариант этих нарушений.

Продуктивный подход в психотерапии, в противовес рецептивному, предусматривает активизацию деятельности самого пациента, которая невозможна без осознания уровня развития проблемы, имеющей психогенный характер ситуационного, личностного уровня или уровня формирования личности. При данном характере терапии инициатива в лечении принадлежит пациенту наравне с психотерапевтом. Такой подход направлен на личность и потому предусматривает высокую мотивацию и активное участие пациента в процессе лечения, его стремление к позитивным изменениям на основе глубокой проработки нового для него опыта в области эмоций, когнитивных, поведения, готовности к тому, что называется личностным ростом и развитием.

В этом случае наибольшую эффективность приобретают групповые формы работы, так как именно они позволяют индивиду в процессе интенсивного общения в условиях искусственно созданной микросоциальной среды осознавать и решать внутриличностные проблемы, нарушающие его адекватное функционирование в реальной социокультурной среде. Семейная форма психотерапии позволяет конструктивно адаптировать индивида к условиям актуальной для него семейной структуры.

Позиция психотерапевта, как правило, недирективная и может соответствовать роли нейтрального эксперта, равноправного партнера или эмпатического фасилитатора. Позитивная динамика в ходе психотерапии обычно сопровождается положительными изменениями во всех трех сферах психической деятельности. Поскольку лечение здесь в первую очередь направлено на личность, то ведущее значение психотерапии вполне оправданно. Биологические методы лечения оказывают неспецифическое нормализующее влияние на деятельность вегетативной нервной системы и общее психическое состояние. Основные техники психодинамического, когнитивного, гуманистического направлений современной психотерапии могут с полным основанием быть отнесены к продуктивным, поскольку сопровождаются интеллектуальным осознанием, эмоциональным отреагированием и последовательным закреплением в поведенческом стереотипе. Все это способствует продуктивным изменениям, затрагивающим глубокие структуры личности и носящим стойкий характер. Продуктивный подход может с успехом применяться и при дистанционных формах проведения психотерапии, в том числе в онлайн-формате [44].

Социокультурная компетентность специалиста. Способность специалиста оценивать и устранять психопатологическое поведение тесно связана с его знаниями, пониманием и учетом культурного контекста, внутри которого данное поведение имеет место [2]. Ведя речь о социокультурной компетентности, мы вкладываем в ее понятие способность специалиста к получению и адекватной интерпретации информации о социальных и культурных особенностях мировосприятия, мировоззрения и мироотношения пациента, влияющих на возникновение и динамику заболевания, а также определяющих стратегию лечения. В структуре социокультурной компетентности, по нашему мнению, можно выделить три содержательных уровня.

Первый уровень, обозначенный как *общая социокультурная компетентность*, определяется способностью специалиста к непредвзятому, объективному, основанному на научной базе восприятию культур, отличных от его собственной. Он во многом связан с толерантностью установок и открытостью новому опыту. Не менее важную роль играет понимание условного характера любых социокультурных обобщений и готовность специалиста к постоянному развитию имеющихся у него представлений.

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

Второй уровень — *специфическая социокультурная компетентность* связан с особенностями определенной этнической культуры и социальной среды. К нему может быть

отнесено знание языка, религии, истории, этикета, системы ценностей, специфики семейного воспитания, межличностной коммуникации и эмоциональной экспрессии, характерных моделей здоровья, болезни и соответствующих им ожиданий в отношении лечения. Еще одним уровнем является *личностная социокультурная компетентность* специалиста. Она в большей мере сконцентрирована на степени осознания специалистом собственного статуса в социокультурной системе координат. Принятие собственной культуры врачом или психологом, понимание ее особенностей позволяет ему активно и продуктивно взаимодействовать с пациентом, переводя объективно возникающие трудности из разряда проблем в плоскость внутриличностных или социальных ресурсов. В завершение раздела руководства, посвященного освещению этнокультурных аспектов современной психотерапии, важно подчеркнуть, что сегодня социокультурная компетентность и этнокультурная ориентированность специалиста становятся одними из важных его профессиональных качеств, которые могут помочь эффективнее диагностировать проблемы пациента и строить персонализированные программы психотерапевтической помощи.

Список литературы

1. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Этнокультуральная психиатрия. М., 2003. 448 с.
2. Мацумото Д. Психология и культура. СПб., 2002. 416 с.
3. Нестик Т.А., Николаев Е.Л. Связь отношения личности к глобальным рискам со страхом смерти и проактивным копингом: эмпирическое исследование // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2020. Т. 17, № 4. С. 812–821. DOI: <https://doi.org/10.17323/1813-8918-2020-4-812-821>.
4. Николаев Е.Е., Орлов Ф.В., Иванова О.Ю., Николаев Е.Л. Клинический случай психотерапии тревожно-фобических нарушений у пациента с истерическим расстройством личности // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2021. Т. 12, № 2. С. 336.
5. Николаев Е.Л. Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры. Чебоксары: Изд-во Чувашского университета, 2006. 384 с.
6. Николаев Е.Л., Кулыгина М.А. «Мой смартфон всегда со мной»: медико-психологический дискурс о пользовании средствами мобильной связи. Сообщение 2 // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2020. Т. 11, № 1. С. 126–137.
7. Пезешкиан Н. Торговец и попугай. Восточные истории и психотерапия. М., 1992. 240 с.
8. Пезешкиан Х. Позитивная психотерапия как транскультуральный подход в российской психотерапии: дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1998. 83 с.
9. Репина Л.Л. Этнокультуральные особенности клинической феноменологии невротических расстройств и специфика защитных психологических механизмов (на примере сравнения удмуртской и русской субпопуляций): автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казань, 2004. 24 с.
10. Семке В.Я., Эрдэнэбаяр Л., Бохан Н.А., Семке А.В. Транскультуральная наркология и психотерапия. Томск, 2001. 162 с.
11. Тукаев Р.Д. Психотерапия: структуры и механизмы. М., 2003. 296 с.
12. Эйдемиллер Э.Г. Психотерапия в современном культурном контексте России // Социальная и клиническая психиатрия. 2002, № 4. С. 57–60.
13. Ayonride O. Black, white, or shades of grey: The challenges of ethnic and cultural difference (or similarity) in the therapeutic process // Int. Rev. Psychiatry. 1999. Vol. 11, N. 2–3. P. 191–196.
14. Barrio C. The cultural relevance of community support programs // Psychiatr. Serv. 2000. Vol. 51, N. 7. P. 879–884.
15. Capaldi C.A., Passmore H., Ishii R. et al. Engaging with natural beauty may be related to well-being because it connects people to nature: evidence from three cultures // Ecopsychology. 2017. Vol. 9, N. 4. P. 199–211. DOI: <https://doi.org/10.1089/eco.2017.0008>.
16. Chang S.C. An effective analytical psychotherapy in crosscultural context. An East Asian student in the United States // Am. J. Psychother. 1998. Vol. 52, N. 2. P. 229–239.
17. Coleman H.L.K. Conflict in multicultural counseling relationships: Source and resolution // J. Multicult. Couns. Devel. 1997. Vol. 25, N. 3. P. 195–200.
18. Comas-Diaz L., Jacobsen F.M. Ethnocultural allodynia // J. Psychother. Pract. Res. 2001. Vol. 10, N. 4. P. 246–252.
19. Connolly A. To speak in tongues: language, diversity and psychoanalysis // J. Anal. Psychol. 2002. Vol. 47, N. 3. P. 359–382.
20. Dobkin de Rios M. What we can learn from shamanic healing: brief psychotherapy with Latino immigrant clients // Am. J. Public Health. 2002. Vol. 92, N. 10. P. 1576–1578.
21. Elliott H. Crossing cultures — images of East and West // Complement. Ther. Nurs. Midwifery. 2002. Vol. 8, N. 1. P. 7–11.
22. Ferrell C.B., Beidel D.C., Turner S.M. Assessment and treatment of socially phobic children: A cross cultural comparison // J. Clin. Child. Adolesc. Psychol. 2004. Vol. 33, N. 2. P. 260–268.
23. Fraser E.C. The use of metaphors with African-American couples // J. Couples Ther. 1998. Vol. 7. N. 2–3. P. 137–148.

24. Gerber L. Psychotherapy with Southeast Asian refugees: implications for treatment of Western patients // *Am. J. Psychother.* 1994. Vol. 48, N. 2. P. 280–293.
25. Good M., Picot B.L., Salem S.G. et al. Cultural differences in music chosen for pain relief // *J. Holist. Nurs.* 2000. Vol. 18, N. 3. P. 245–260.
26. Hall G.C. Psychotherapy research with ethnic minorities: Empirical, ethical, and conceptual issues // *J. Consult. Clin. Psychol.* 2001. Vol. 69, N. 3. P. 502–510.
27. Hsiao F.H., Lin S.M., Liao H.Y., Lai M.C. Chinese inpatients' subjective experiences of the helping process as viewed through examination of a nurses' focused, structured therapy group // *J. Clin. Nurs.* 2004. Vol. 13, N. 7. P. 886–894.
28. Kakar S. Psychoanalysis and Eastern spiritual healing traditions // *J. Anal. Psychol.* 2003. Vol. 48, N. 5. P. 659–678.
29. Kawahara R. The current situation of the internationalization of the Naikan therapy // *Seishin Shinkeigaku Zasshi.* 2003. Vol. 105, N. 8. P. 988–993.
30. Kozuki Y., Kennedy M.G. Cultural incommensurability in psychodynamic psychotherapy in Western and Japanese traditions // *J. Nurs. Scholarsh.* 2004. Vol. 36, N. 1. P. 30–38.
31. Lai H.L. Music preference and relaxation in Taiwanese elderly people // *Geriatr. Nurs.* 2004. Vol. 25, N. 5. P. 286–291.
32. Lin Y.N. The application of cognitive-behavioral therapy to counseling Chinese // *Am. J. Psychother.* 2002. Vol. 56, N. 1. P. 46–58.
33. Lloyd K., Bhugra D. Cross-cultural aspects of psychotherapy // *Int. Rev. Psychiatry.* 1993. Vol. 5, N. 2–3. P. 291–304.
34. Lo H.T., Fung K.P. Culturally competent psychotherapy // *Can. J. Psychiatry.* 2003. Vol. 48, N. 3. P. 161–170.
35. Magid B. *Ordinary Mind.* Somerville, 2002. 398 p.
36. Manoleas P., Organista K., Negron-Velasquez G., McCormick K. Characteristics of Latino mental health clinicians: A preliminary examination // *Community Ment. Health. J.* 2000. Vol. 36, N. 4. P. 383–394.
37. Maramba G.G., Hall G.C. Meta-analyses of ethnic match as a predictor of dropout, utilization, and level of functioning // *Cultur. Divers. Ethnic Minor. Psychol.* 2002. Vol. 8, N. 3. P. 290–297.
38. Marsella A.J. Counseling and psychotherapy with Japanese Americans: Cross-cultural considerations // *Am. J. Orthopsychiatr.* 1993. Vol. 63, N. 2. P. 200–208.
39. Marshall R.D., Suh E.J. Contextualizing trauma: using evidence-based treatments in a multicultural community after 9/11 // *Psychiatr. Q.* 2003. Vol. 74, N. 4. P. 401–420.
40. Matsuda Y. Cognition and mental health // *Seishin Shinkeigaku Zasshi.* 2003. Vol. 105, N. 5. P. 576–588.
41. Narikiyo T.A., Kameoka V.A. Attributions of mental illness and judgments about help-seeking among Japanese American and White American students // *J. Couns. Psychol.* 1992. Vol. 39, N. 3. P. 363–369.
42. Natani A. Eastern meditative techniques and hypnosis: A new synthesis // *Am. J. Clin. Hypn.* 2003. Vol. 46, N. 2. P. 97–108.
43. Nikolaev E., Aleksandrov A., Poverinov I. et al. Cross-cultural differences in attitudes toward euthanasia among Russian and Uzbek medical students // *Eur. Psychiatry.* 2020. Vol. 63, N. S1. P. S400–S401. DOI: <http://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.6>.
44. Nikolaev E., Ivanov V., Lazareva E. Psychosocial characteristics of individuals in online psychological counseling // *Eur. Psychiatry.* 2019. Vol. 56S. P. S181.
45. Rittenhouse J. Using eye movement desensitization and reprocessing to treat complex PTSD in a biracial client // *Cultur. Divers. Ethnic Minor. Psychol.* 2000. Vol. 6, N. 4. P. 399–408.
46. Roe D., Farber B.A. Differences in self-disclosure in psychotherapy between American and Israeli patients // *Psychol. Rep.* 2001. Vol. 88, N. 3. P. 611–624.
47. Salvendy J.T. Ethnocultural considerations in group psychotherapy // *Int. J. Group Psychother.* 1999. Vol. 49, N. 4. P. 429–464.
48. Sayed M.A. Psychotherapy of Arab patients in the West: uniqueness, empathy, and «otherness» // *Am. J. Psychother.* 2003. Vol. 57, N. 4. P. 445–459.
49. Schmeling-Kludas C., Froschlin R., Boll-Klatt A. Inpatient psychosomatic rehabilitation for Turkish migrants: What can be realized, what are the effects? // *Rehabilitation (Stuttg.).* 2003. Vol. 42, N. 6. P. 363–370.
50. Shechter R.A. Voice of a hidden minority: identification and countertransference in the cross-cultural working alliance // *Am. J. Psychoanal.* 1992. Vol. 52, N. 4. P. 339–349.
51. Smith J. Towards a secure EPR: cultural and educational issues // *Int. J. Med. Inform.* 2000. Vol. 60, N. 2. P. 137–142.
52. Sun T.F., Kuo C.C., Chiu N.M. Mindfulness meditation in the control of severe headache // *Chang Gung Med. J.* 2002. Vol. 25, N. 8. P. 538–541.
53. Tashiro S., Hosoda S., Kawahara R. Naikan therapy for prolonged depression: psychological changes and long-term efficacy of intensive Naikan therapy // *Seishin Shinkeigaku Zasshi.* 2004. Vol. 106, N. 4. P. 431–457.

54. Tatara M. Psychoanalytic psychotherapy in Japan: The issue of dependency pattern and the resolution of psychopathology // J. Am. Acad. Psychoanal. 1982. Vol. 10, N. 2. P. 225–239.
55. Usa S. Morita therapy over history // Seishin Shinkeigaku Zasshi. 2003. Vol. 105, N. 5. P. 589–592.
56. Van Schoor E.P. A sociohistorical view of group psychotherapy in the United States: The ideology of individualism and self-liberation // Int. J. Group Psychother. 2000. Vol. 50, N. 4. P. 437–440.
57. Watanabe N. Morita therapy in cultural context // Seishin Shinkeigaku Zasshi. 2003. Vol. 105, N. 5. P. 554–560.
58. Weinberg H. Group psychotherapy and group work in Israel // J. Psychother. Indep. Pract. 2000. Vol. 1. N. 2. P. 43–51.
59. Yamashiro G., Matsuoka J.K. Help-seeking among Asian and Pacific Americans: A multiperspective analysis // Soc. Work. 1997. Vol. 42, N. 2. P. 176–186.
60. Yilmaz A.T., Weiss M.G. Cultural formulation: clinical case study // Cultural Psychiatry: Euro-International Perspectives. Basel, 2001. P. 126–140.

Часть II. Основы психотерапии

Глава 5. Общие понятия и принципы психотерапии

Отечественная психотерапия развивалась как наука, изучающая методы лечения, поэтому она традиционно входит в компетенцию медицины и в этом понимании является методом лечения пациентов с психическими расстройствами, психосоматическими заболеваниями, соматопсихическими нарушениями. Как и требуется для научных дисциплин, психотерапия имеет свою теорию и методологию, свою систему понятий — категориальный аппарат, терминологию, одним словом, все то, что характеризует самостоятельную научную дисциплину. В течение длительного времени среди медицинского и психологического сообществ не утихают споры о возможностях разграничения профессиональных компетенций врача-психотерапевта и медицинского психолога, поскольку психологи при проведении психологической коррекции применяют различные методы психотерапии. В различных странах подходы к решению этого вопроса отличаются. И от определения того, кто, как, какому контингенту, на основании каких нормативных документов, экономического обеспечения оказывает психотерапевтическую помощь, зависят требования к образованию и профессиональной подготовки специалистов. В нашей стране право верификации диагноза, назначения и проведения лечения, а, соответственно, и ответственность за изменение состояния пациента принадлежит врачу. Медицинский психолог оказывает помощь пациенту с психическими расстройствами, психосоматическими заболеваниями, соматопсихическими нарушениями в рамках мультидисциплинарной бригады.

Существует много определений понятия «психотерапия». Применительно к медицинской модели в настоящее время основным является определение Б.Д. Карвасарского, что психотерапия — это «система лечебных воздействий на психику и через психику — на организм больного».

Психотерапевтическое вмешательство или психотерапевтическая интервенция — это вид (тип, форма) психотерапевтического воздействия, которое характеризуется определенными целями и соответствующим этим целям выбором средств воздействия, то есть методов. Термин «психотерапевтическое вмешательство» может обозначать конкретный психотерапевтический прием, например: разъяснение, уточнение, стимуляция, вербализация, интерпретация, конфронтация, научение, тренинг, советы и прочее, а также общую стратегию поведения психотерапевта, непосредственно связанную с теоретической ориентацией. На основании этого выделяют три основных типа психотерапевтического вмешательства, соответствующих трем основным направлениям в психотерапии: *психоаналитический*, *когнитивно-поведенческий* и *опытный (экзистенциально-гуманистический)*, каждый из которых характеризуется собственной концепцией здоровья и болезни, терапевтическими целями, плоскостью вмешательства и соответствующими приемами и средствами.

Методы клинико-психологических интервенций — это психологические средства, которые выбирает психотерапевт. Они могут быть вербальными или невербальными, ориентированными в большей степени на когнитивные либо на эмоциональные, либо на поведенческие аспекты, реализуемые в контексте взаимоотношений и взаимодействий между пациентом или пациентами (теми, кто нуждается в помощи) и психотерапевтом (тем, кто эту помощь оказывает). Однако психологические средства воздействия могут быть направлены не только на изменение психологических характеристик, психических процессов и состояний, но и опосредованно на изменение состояния организма. Типичными психологическими средствами являются беседа, тренировка (упражнения) или межличностные взаимоотношения как фактор влияния и воздействия. Функции клинико-психологических интервенций состоят в профилактике, лечении, реабилитации и развитии.

Цели клинико-психологических интервенций отражают целевую ориентацию на достижение определенных изменений. Они определяют общую стратегию воздействий и

тесно связаны с теоретической ориентацией. Клинико-психологические интервенции могут быть направлены как на более общие отдаленные цели (например, восстановление полноценного личностного функционирования, гармонизация личности, развитие личностных ресурсов и т.д.), так и на конкретные, более близкие, цели (например, преодоление страха выступления перед аудиторией, тренировку памяти или внимания, развитие определенных коммуникативных навыков и т.д.). Однако всегда психологические средства воздействия должны четко соответствовать целям воздействия, что в комплексе, кроме выбора средств, определяет общую стратегию воздействий и тесно связано с теоретической ориентацией.

Теория психотерапии. При всем разнообразии психотерапевтических подходов существуют три основных направления в психотерапии, иными словами, три психотерапевтические теории (психодинамическая, когнитивно-поведенческая и экзистенциально-гуманистическая, «опытная»), соответствующие трем основным направлениям психологии, каждое из них характеризуется своим собственным подходом к пониманию личности и личностных нарушений и логически связанной с этим собственной системой психотерапевтических воздействий.

Если в рамках психодинамического подхода в качестве основной детерминанты личностного развития и поведения рассматривают бессознательные психические процессы, а невроз (и нарушения личности) понимают как следствие конфликта между бессознательным и сознанием, то психотерапия будет направлена на достижение осознания как бессознательного, так и самого конфликта. Осознание достигается с помощью анализа (включающего определенные процедуры) свободных ассоциаций, символических проявлений бессознательного, а также посредством сопротивления и переноса. Сама психоаналитическая процедура строится таким образом, чтобы способствовать проявлению бессознательного. Именно этим определяется содержание процесса психотерапии, степень его структурированности, стратегия и тактика психотерапевта, его роль и позиция, уровень активности, интенсивность, частота сеансов и проч.

Часть II. Основы психотерапии

Представители когнитивно-поведенческого направления изначально фокусировали свое внимание на поведении как единственной психологической реальности, доступной непосредственному наблюдению. Норма — это адаптивное поведение, а невротический симптом или личностные расстройства рассматривают как неадаптивное поведение, сформировавшееся в результате неправильного научения. Таким образом, целью психологического вмешательства является научение, то есть замена неадаптивных форм поведения на адаптивные (эталонные, нормативные, правильные). Методически научение осуществляется на основании базовых теорий или моделей научения, существующих в бихевиоризме (классическое и оперантное обусловливание, научение по моделям, социальное научение).

Когнитивно-поведенческое направление стало новым этапом развития поведенческой психотерапии. В его основе информационные модели человеческой психики, представляющие индивида как активно селективно перерабатывающего информацию о себе и окружающем мире и создающего различные модели реальности. Между стимулом и реакцией появляется новый элемент когнитивной переработки, структурирующий и регуляторный компонент эмоциональных, мотивационных и моторных процессов. Экзистенциально-гуманистическое, или «опытное» направление исходит из признания уникальности человеческой личности и в качестве основной потребности рассматривает потребность в самореализации и самоактуализации. В самом общем виде невроз оказывается следствием невозможности самоактуализации, следствием блокирования этой потребности, что связано с недостаточным самопониманием и принятием себя, недостаточной целостностью Я. Важное место в этом направлении занимает осознание человеком его индивидуальных смыслов, в том числе смысла существования. В этом случае целью психологического вмешательства будет создание условий, в которых человек сможет пережить новый эмоциональный опыт, способствующий осознанию и принятию себя, а также интеграции и пониманию своего предназначения. Необходимость создания условий, в рамках которых человек получает наилучшие возможности для приобретения нового эмоционального опыта, определяет специфические особенности поведения психотерапевта, его роль, позицию, ориентацию и стиль.

Основные понятия

Методы психотерапии — конкретные методические приемы, техники [гипноз, релаксация, клиент-центрированная психотерапия, психоанализ, ЛОРП и проч.].

Существует большое количество классификаций методов психотерапии. Наиболее удобными, применяемыми при разработке нормативов (протоколов лечения), являются следующие.

1. Личностно-центрированные методы [динамическая психотерапия, личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия и др.].
2. Симптомо-центрированные методы (например, гипнотерапия, аутогенная тренировка, методы десенситизации и экспозиции и др.).
3. Социоцентрированные методы (например, суппортивная психотерапия, поведенческая психотерапия и др.).

Исходя из этого психотерапевтическая помощь оказывается с учетом следующих возможных клинических психотерапевтических моделей.

1. *Консультативная модель.* Профессиональные действия врача-психотерапевта направлены на: выявление психосоциальных факторов расстройства, роли и места психогенных компонентов в структуре имеющихся нарушений; выявление показаний к проведению психотерапии, а также особенностей мотивации к лечению и ее коррекции. Осуществляется в виде индивидуальной или семейной консультации.

2. *Симптомо-центрированная модель.* Профессиональные действия врача-психотерапевта направлены на купирование или уменьшение выраженности симптомов психического расстройства посредством применения методов психотерапии или психотерапевтического потенцирования других симптоматических лечебных интервенций. Необходима соответствующая мотивация пациента. Осуществляется в индивидуальной, семейной, групповой форме и в форме психотерапевтической среды.

3. *Социоцентрированная модель.* Профессиональные действия врача-психотерапевта направлены на коррекцию взаимоотношений пациента с различными аспектами его социального функционирования — членами семьи, ближнего и дальнего окружения, с целью воздействия на отдельные механизмы этиопатогенеза расстройства. Возможна в случае, когда характер связи пациента с различными фигурами его окружения обеспечивает психогенное влияние на возникновение и/или течение расстройства. Необходима соответствующая мотивация пациента. Осуществляется в индивидуальной, семейной, групповой форме, в форме психотерапевтической среды.

4. *Личностно-центрированная модель.* Профессиональные действия врача-психотерапевта направлены на коррекцию интрапсихических механизмов этиопатогенеза расстройства. Возможна в случае, если психогенный фактор является ведущим. Необходима соответствующая мотивация пациента. Осуществляется в индивидуальной, семейной, групповой форме, в форме психотерапевтической среды.

5. *Суппортивная модель.* Профессиональные действия врача-психотерапевта направлены на восстановление и поддержание возможного уровня психологической и социально-психологической адаптации пациента в случаях, когда на предыдущих этапах лечения достигнуты необходимые результаты, а также в случаях, когда полного излечения пациента достичь невозможно. Необходима соответствующая мотивация пациента. Осуществляется в индивидуальной, семейной, групповой форме, в форме психотерапевтической среды.

Виды психотерапии выделяют на основании условий, в которых она протекает (амбулаторная, полустационарная, стационарная). Психотерапевтическая помощь оказывается в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное наблюдение и лечение);
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, предусматривающих круглосуточное наблюдение и лечение).

Психотерапевтическая помощь осуществляется в виде:

- первичной специализированной медико-санитарной помощи (в условиях психотерапевтического кабинета первичной медицинской сети, психоневрологического диспансера);
- специализированной медицинской помощи (в условиях психотерапевтического центра, психиатрической больницы).

Часть II. Основы психотерапии

Психотерапевтическая помощь может оказываться в экстренном, неотложном и плановом порядке.

Формы психотерапии выделяют на основании инструментов лечебного воздействия (индивидуальная, групповая, семейная, психотерапия средой). Психотерапия в индивидуальной, семейной и групповой формах, в форме психотерапевтической среды при

необходимости оказывается в сочетании с фармакотерапией, другими видами лечения и реабилитацией.

Теоретические направления — динамическое, когнитивно-поведенческое, экзистенциально-гуманистическое.

Ведущая психотерапевтическая стратегия — форма профессиональной деятельности врачей-психотерапевтов, выражаемая во взаимосвязанном применении психотерапевтических методов (или их элементов) на основе профессионального мировоззрения. Ведущая психотерапевтическая стратегия в таком понимании связана с реализацией конкретных программ лечения пациентов методами психотерапии и отражает наиболее общие тенденции в мировоззрении и работе психотерапевтов-профессионалов, определяющие выбор конкретного психотерапевтического метода (и технического приема) и включение его в комплекс применяемых методов, представление о сочетании между собой психотерапевтических методов, идентификации себя как профессионала в области психотерапии применительно к конкретным психотерапевтическим методам.

Эклектическая психотерапия использует сочетание приемов различных психотерапевтических направлений, не объединенных единой концепцией и методологией, и является свидетельством недостаточного профессионализма психотерапевта. Эклектическая стратегия, в отличие от других, не включает методы, которые определяли бы основную направленность психотерапии.

Общий термин «**эклектический**» означает процесс отбора концепций, методов и стратегий из многообразия современных эффективных теорий, представляющих «механическое соединение разнородных, часто противоположных принципов, взглядов, теорий».

«Эклектизм, — говорил Г. Айзенк, — является “мешаниной из теорий, хаосом процедур, смесью разных видов терапии, путаницей различных действий, не имеющих определенной направленности, которые не представляется возможным оценить или проверить”».

Интегративная психотерапия — концептуальный синтез различных психотерапевтических систем психотерапии. Интегративная стратегия включает методы, играющие стратегическую роль, определяющие прогноз, направленность, эффективность, и другие методы, решающие частные тактические задачи, позволяющие повысить эффективность психотерапии в целом.

Личностный подход в психотерапии. Это понятие отражает важнейший методологический принцип медицины и медицинской психологии, традиционно подчеркиваемый в отечественной литературе. Личностный подход — это подход к больному человеку как к целостной личности с учетом ее многогранности и всех индивидуальных особенностей.

В целом личностный подход в психотерапии реализуется в четырех основных направлениях:

- 1) изучение личности больного, закономерностей ее развития и специфики нарушений в целях оптимизации психотерапевтических воздействий;
- 2) учет личностных особенностей пациента при использовании любых психотерапевтических методов;
- 3) учет личностных особенностей психотерапевта при создании эффективного психотерапевтического альянса и выборе психотерапевтических интервенций;
- 4) ориентация психотерапевтического процесса на личностные изменения.

Первые три аспекта касаются использования практически всех психотерапевтических методов. Четвертый относится к психотерапевтическим направлениям, цель которых — достижение личностных изменений.

Очевидно, что в психотерапии личностный подход реализуется в полной мере. По сути, психотерапия является инструментом реализации личностного подхода. Так складывалось во время развития этой науки, что она всегда была тесно связана с разработкой учения о личности, ее механизмах, закономерностях и расстройствах ее функционирования.

Реализация личностного подхода в психотерапии предполагает детальное изучение личности больного, особенностей его эмоционального реагирования, мотивации, поведения и их трансформации в процессе заболевания. Кроме того, психотерапевтическое воздействие предполагает знание врачом основ медицинской психологии, объект изучения которой — личность больного. Такая информация необходима для решения задач патогенетической и дифференциальной диагностики, лечебно-восстановительной, психотерапевтической и психокоррекционной практики. Она необходима также для лечебно-профилактической работы в соматической клинике с учетом психосоциальных реакций на соматические болезни и их последствия. Одной из узловых проблем здесь является разграничение преморбидных особенностей личности и характеристик, привнесенных заболеванием и его развитием. Другая важная задача исследования личности больного состоит в определении участия психологического компонента в генезе различных заболеваний: от большого круга болезней, в этиопатогенезе которых психологическому фактору принадлежит решающая (например, неврозы) или другая существенная роль (при иных пограничных расстройствах, психосоматических заболеваниях), или заболеваний, в которых психический фактор проявляется как реакция личности на болезнь, приводящая к изменению психологического функционирования индивида в связи с соматическим расстройством.

Понятие «личностный подход» является широким и распространяется на все психотерапевтические методы, в том числе и на симптомоориентированные, решающие тактические задачи. Это означает, что любое психотерапевтическое воздействие, как и выбор методов, должно учитывать личностные особенности пациента и специфику личностных нарушений, анамнез жизни и болезни, установки и отношения, особенности поведения и эмоционального реагирования, симптоматику и ситуации, в которых она проявляется и усиливается, и т.п. Так, например, в суггестивной психотерапии выбор применяемых методов и их направленность (внушение в состоянии бодрствования, косвенное внушение) зависят от особенностей личности больного, его внушаемости и податливости гипнозу, степени личностных изменений, связанных с болезнью, отношения больного к своему заболеванию и т.п.

Часть II. Основы психотерапии

Ориентация психотерапевтического процесса на личностные изменения — это аспект личностного подхода в психотерапии, отражающий направленность психотерапевтической системы на достижение личностных изменений, а не только на редукцию симптоматики. Такие психотерапевтические школы часто называют личностно-ориентированными. Само название указывает, что здесь понятие личности является центральным. В ЛОРП наиболее наглядно реализуется личностный подход, а ее многочисленные методы и приемы базируются на различных теориях и концепциях личности (например, психоаналитической, гуманистической и т.д.). Следует различать личностный подход в психотерапии и личностно-ориентированную психотерапию в целом от конкретной психотерапевтической школы — ЛОРП, которая представляет собой не общий подход или общую ориентацию на личностные изменения, а самостоятельную психотерапевтическую систему с собственной концепцией личности и личностных нарушений.

Общие факторы психотерапии. Актуальность определения и исследования общих факторов психотерапии признается большинством исследователей и практиков в области психотерапии. Этому способствовал, во-первых, поиск общих базовых процессов для всех направлений психотерапии; во-вторых, все большее признание того, что различные методы психотерапии могут иметь больше сходств, чем различий; в-третьих, констатация примерно равной эффективности лечения, независимо от формы психотерапии в отдаленном периоде (непосредственные результаты лечения могут иметь значительные расхождения); в-четвертых, представления об особой значимости взаимоотношений «психотерапевт—пациент» в рамках практически всех психотерапевтических подходов.

Изучение и анализ процесса психотерапии предполагает рассмотрение взаимосвязей между характеристиками пациента, психотерапевта и лечебного метода. Именно поэтому и поиск общих факторов психотерапии тоже связан с анализом того, что происходит с пациентом при использовании самых разнообразных психотерапевтических подходов, что объединяет поведение психотерапевтов вне зависимости от их теоретической ориентации, какие общие этапы характерны для психотерапевтического процесса.

В качестве общих факторов психотерапии, с точки зрения того, что происходит с пациентом, обычно указывают:

- 1) обращение к сфере эмоциональных отношений;
- 2) самопонимание, принимаемое пациентом и психотерапевтом;
- 3) предоставление и получение информации;
- 4) укрепление веры больного в выздоровление;
- 5) накопление положительного опыта;
- 6) облегчение выхода эмоций.

Перечисленные факторы, по сути, совпадают с механизмами лечебного действия психотерапии и отражают когнитивные (2, 3), эмоциональные (1, 4, 5, 6) и поведенческие (5) процессы, способствующие успешности психотерапии и в большей или меньшей степени представленные практически во всех психотерапевтических системах.

Неспецифические факторы психотерапии можно разделить в целом на три группы:

- 1) факторы поддержки — позитивные отношения с психотерапевтом, снижение уровня напряжения, терапевтический альянс, активное участие терапевта и пациента, уважение, принятие, эмпатия, аутентичность психотерапевта;
- 2) факторы научения — советы, новый эмоциональный опыт, когнитивное научение, коррекция эмоционального опыта, обратная связь, инсайт;
- 3) факторы активных действий — регуляция поведения, конфронтации в работе с источником страхов и других противоречий, приложение усилий в овладении навыками, моделирование, тестирование реальности, переживание успеха.

В качестве общих элементов стиля и стратегии поведения психотерапевта, вне зависимости от их теоретической ориентации, выделяют:

- 1) целевую ориентацию на достижение позитивных изменений;
- 2) внимание к взаимоотношениям «пациент–психотерапевт»;
- 3) сочетание принципов «там и тогда» и «здесь и сейчас» (то есть использование в качестве материала связей с историей жизни пациента либо с актуальным поведением и межличностным взаимодействием пациента и психотерапевта в процессе терапии).

Общие факторы психотерапии можно также рассматривать с точки зрения ее этапов. Общий поэтапный характер или последовательность **процесса психотерапии**, что означает последовательное изменение конкретных задач, наиболее отчетливо просматривается в рамках психотерапевтических направлений, ориентированных на личностные изменения, и может быть представлен следующим образом:

- 1) установление оптимального контакта, вовлечение пациента в сотрудничество, создание мотивации к психотерапии;
- 2) прояснение (понимание психотерапевтом и, в определенной степени, пациентом) причин и механизмов формирования симптомов, возникновения эмоциональных и поведенческих нарушений;
- 3) определение «психотерапевтических мишеней»;
- 4) применение конкретных методов и техник, направленных на достижение изменений (когнитивных, эмоциональных, поведенческих) и приводящих в дальнейшем к редукции симптоматики;
- 5) закрепление достигнутых результатов;
- 6) окончание курса психотерапии (в частности, решение проблем, связанных с возможной зависимостью от психотерапевта).

Показания и противопоказания к психотерапии. Психотерапия как основной или дополнительный вид терапии может применяться в комплексной системе лечения пациентов с самыми разнообразными заболеваниями. Однако удельный вес психотерапевтических воздействий, их общая направленность, объем и глубина определяются рядом факторов, которые и рассматривают как показания (индикации) к психотерапии. Психотерапия назначается в качестве основного метода лечения при психических расстройствах, при которых психогенный фактор является ведущим в этиопатогенезе расстройства [входящих в рубрику F4 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10)], а также как дополнительного при широком круге других психических и поведенческих расстройств (в том числе определяемых в качестве сопутствующего диагноза при соматических расстройствах), при которых психосоциальные факторы не являются ведущими в этиопатогенезе расстройства, но могут влиять на формирование клинической картины, определять отношение к болезни и мотивацию к лечению, усиливать социально-психологическую дезадаптацию, а также составлять ресурс восстановления и реабилитации.

Показания к психотерапии определяются ролью психологического фактора в этиопатогенезе заболевания, а также возможными последствиями перенесенного ранее или текущего заболевания.

Наиболее существенным показанием к психотерапевтической работе с конкретным пациентом является роль психологического фактора в возникновении и течении болезни. Чем больше удельный вес психологического фактора в этиопатогенезе заболевания, тем более показана психотерапия и тем большее место она занимает в системе лечебных воздействий. Иными словами, чем более выражена психогенная природа заболевания, то есть чем более понятна связь между ситуацией, личностью и болезнью, тем более адекватным и необходимым становится применение психотерапевтических методов.

Часть II. Основы психотерапии

Оказание психотерапевтической помощи осуществляется при психических расстройствах и расстройствах поведения, при которых психологический фактор приобретает характер механизма этиологии и патогенеза расстройства, способствуя его возникновению, развитию и/или усложнению его течения, включая:

- органические (симптоматические), психические расстройства;
- психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ;
- шизофрению, шизотипические и бредовые расстройства;
- расстройства настроения (аффективные расстройства);
- невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства;
- поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами;
- расстройства личности и поведения в зрелом возрасте;

- умственную отсталость;
- эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся в детском и подростковом возрасте;
- расстройства психологического (психического) развития;
- другие состояния, которые можно отнести к рубрике Z55– Z65 МКБ-10: потенциальная опасность для здоровья, связанная с социально-экономическими и психосоциальными обстоятельствами (проблемы, связанные с образованием и адаптацией к учебному процессу, с работой и безработицей, с обстоятельствами жилищного и экономического характера, с адаптацией к изменению образа жизни; проблемы, связанные с неблагоприятными жизненными событиями в детстве; проблемы с воспитанием ребенка, с близкими людьми, включая семейные обстоятельства, а также с различными другими психосоциальными обстоятельствами).

Показания к психотерапии также обусловлены возможными последствиями заболевания. Понятие «последствия заболевания» можно конкретизировать. Они могут быть связаны с клиническими, психологическими и социально-психологическими проблемами. Во-первых, это возможная вторичная невротизация, то есть манифестация невротической симптоматики, вызванная не первичными психологическими причинами, а психотравмирующей ситуацией, в качестве которой выступает основное заболевание. Во-вторых, это реакция личности на болезнь, которая может как способствовать процессу лечения, так и препятствовать ему. Неадекватная реакция личности на болезнь (например, анозогнозическая или, напротив, ипохондрическая и т.д.) также нуждается в коррекции психотерапевтическими методами. В-третьих, речь может идти о наличии психологических и социально-психологических последствий. Тяжелая болезнь, изменяющая привычный образ жизни пациента, может приводить к изменению социального статуса; невозможности реализации и удовлетворения значимых для личности отношений, установок, потребностей, стремлений; изменениям в семейной и профессиональной сферах; сужению круга контактов и интересов; снижению работоспособности, уровня активности и мотивационных компонентов; неуверенности в себе и снижению самооценки; формированию неадекватных стереотипов эмоционального и поведенческого реагирования и проч. В-четвертых, в процессе длительного или хронического заболевания возможна динамическая трансформация личностных особенностей, то есть формирование в ходе повышенной сенситивности, тревожности, мнительности, эгоцентричности и прочих симптомов, нуждающихся в корректирующих воздействиях. Безусловно, в каждом конкретном случае показания к психотерапии определяются не только нозологической принадлежностью, но и индивидуально-психологическими особенностями пациента, его мотивацией к участию в психотерапевтической работе.

Существуют и **противопоказания к психотерапии**, условно их можно разделить на абсолютные и относительные. *Абсолютные противопоказания* — состояния, при которых невозможно взаимодействовать с пациентом по каким-либо причинам: нарушение сознания, острые психотические состояния, алкогольное или наркотическое опьянение, умственная отсталость средней и тяжелой степени, тяжелые органические заболевания.

Относительные противопоказания и ограничения к психотерапевтическому лечению у пациентов могут выражаться следующими состояниями:

- 1) страх перед самораскрытием и преобладание отрицания в комплексе используемых механизмов психологической защиты;
- 2) недостаточная мотивация к изменениям и очевидная вторичная выгода от болезни;
- 3) низкая интерперсональная сенситивность;
- 4) неспособность (нежелание) регулярно посещать сеансы психотерапии;
- 5) нежелание участвовать в процессе активной вербализации и слушания в индивидуальной и групповой психотерапии;
- 6) воздействие характерологических особенностей, не позволяющих конструктивно работать в индивидуальной и групповой психотерапии и извлекать из этой работы пользу (пациенты постоянно отыгрывают свои эмоции вовне в качестве защитной реакции, а не наблюдают за своим психологическим состоянием, или пациенты с серьезным негативизмом или ригидностью).

Клинические основы психотерапии. В самом обобщенном смысле можно говорить о двух клинических предпосылках широкого и эффективного применения психотерапии. Во-первых, это прямое использование ее лечебного действия при большом круге заболеваний, в этиопатогенезе которых психическому фактору принадлежит определяющая (неврозы) либо весьма существенная роль (другие пограничные состояния, психосоматические расстройства и проч.). Во-вторых, ее лечебно-профилактическое значение с учетом психосоциальных реакций на соматические болезни, их последствия, влияния специфических соматических расстройств на психологическое функционирование индивида, его поведение и проч. Что же касается целей, задач, выбора методов психотерапии, то они определяются конкретными клиническими характеристиками больного и болезни:

- личностными особенностями пациента и реакциями его на болезнь;
- психологическими факторами этиопатогенеза заболевания;
- нозологической принадлежностью болезни и ее этапами;
- структурно-организационными рамками, в которых проводится психотерапия.

Часть II. Основы психотерапии

Психологические основы психотерапии. Объект воздействия (психика) и средства воздействия (клинико-психологические вмешательства) представляют собой психологические феномены, то есть психотерапия использует психологические средства воздействия и направлена на достижение определенных психологических изменений.

Научно обоснованная психотерапевтическая система имеет в своей основе два звена, раскрывающих содержание понятий «норма» и «патология». Концепция нормы — это представления о здоровой личности, психологическая концепция, которая определяет основные детерминанты развития и функционирования человеческой личности. Концепция патологии — это концепция личностных нарушений (концепция происхождения невротических расстройств), рассматривающая их в рамках соответствующих представлений о норме. В качестве теоретической основы психотерапии выступает научная психология, психологические теории и концепции. Именно теоретические представления, раскрывающие психологическое содержание понятий «норма» и «патология», определяют цели и задачи, характер и специфику психотерапевтических воздействий.

Механизмы лечебного действия психотерапии. Основные механизмы лечебного действия психотерапии целесообразно рассмотреть в соответствии с тремя важнейшими планами функционирования человека: эмоциональным (корректирующий эмоциональный опыт), познавательным/когнитивным (конфронтация) и поведенческим (научение).

В процессе индивидуальной психотерапии преимущественно с эмоциональной сферой связаны также безусловное принятие, толерантность, интерес, симпатия, забота, катарсис, переживание сильных эмоций, проявление интенсивных личных чувств, альтруизм, перенос, идентификация.

В этой же плоскости, но с ориентированностью в будущее находятся вера и надежда, которые выражают частично осознанную возможность достижения цели. Внушение и поддержание надежды, веры в выздоровление имеют место при всех видах психотерапии. В качестве основного механизма лечебного действия они выступают при использовании прямых суггестивных внушений, плацебо-терапии и некоторых других. Появление и укрепление веры у пациента в успешность психотерапии неразрывно связано и с верой психотерапевта в эффективность применяемого им метода. Способность врача с первых встреч «заразить» больного уверенностью часто предопределяет успех последующих действий специалиста. Вера в выздоровление и возникновение положительной перспективы, появление надежды неотделимы друг от друга и обращены, прежде всего, к «здоровой» части личности. Информация о больных с хорошими результатами от проведенного лечения усиливает действие этих факторов. Появление перспективы становится новым мотивом, помогающим продолжать лечение и преодолевать трудности.

Преимущественно к когнитивной сфере относят получение новой информации, советы и рекомендации, интеллектуализацию, обратную связь, самоэксплорацию, тестирование реальности, универсальность (осознание и ощущение общности). Сюда можно отнести механизмы лечебного действия, которые в значительной степени снижают уровень неопределенности представлений пациента о своей болезни, личностных проблемах, ближайших целях и задачах, что приводит к дистанцированию от значимых переживаний, послуживших источником декомпенсации, обесцениванию их. Происходит расширение образа Я за счет включения в него прежде отвергаемых аспектов: представления о себе, своем поведении, целях, способах их реализации. В некоторых видах психотерапии изменения в этой плоскости являются определяющими — в рациональной, когнитивной, рационально-эмоциональной, личностно-ориентированной психотерапии и др.

К поведенческой сфере могут быть отнесены имитационное научение (подражание), десенсибилизация, экспериментирование с новыми формами поведения, приобретение навыков социализации. Научение в широком смысле при разных формах психотерапии происходит как прямо — через инструкции, рекомендации, команды, советы, так и косвенно — путем наблюдения, моделирования, явного и неявного использования поощрения и наказания (чаще в форме социального неодобрения, неприятия).

Взаимоотношения врача и больного в психотерапии. Особое значение взаимоотношения врача и больного приобретают в области психотерапии, где они выступают в качестве одного из наиболее значимых факторов лечения, от которого зависит успех его в целом (Консторум С.И., Мясичев В.Н., Роджерс К.).

Из-за специфики психотерапии врач-психотерапевт в той или иной мере привносит во взаимоотношение с пациентом своеобразие своей личности, собственной системы ценностей, предпочитаемых теоретических ориентации и психотерапевтических технологий. Для разных направлений психотерапии характерны различные акценты в оценке значимости личностных качеств психотерапевта или его психотерапевтических приемов, применяемых для эффективности лечения. Это различие обнаруживается при сопоставлении психодинамической, поведенческой, клиент-центрированной, рационально-эмоциональной психотерапии.

Психоанализ с первых же своих шагов подчеркнул терапевтическую ценность непосредственного общения врача с больным в качестве основного средства глубокого проникновения в психику человека. В психодинамической психотерапии в соответствии с особенностями психоаналитической ситуации врач занимает позицию эмпатической объективности, сдержанности и нейтралитета. Термин «нейтралитет» не подразумевает безразличия, пассивности, он используется для описания общего отношения врача к пациенту. При этом следует соблюдать профессиональный кодекс, что подразумевает уважение к личности, ее праву быть хозяином своей жизни, и не допускает со стороны аналитика вторжения в личные отношения пациента или навязывание ему собственных предпочтений и потребностей. В ходе классического психоанализа поведение врача определяется утверждением З. Фрейда, что аналитик подобен экрану по отношению к пациенту, отражает его проявления и не вносит собственных чувств и личностных ценностей, а также соблюдает «технический нейтралитет», чтобы предотвратить возможность переносных эротических притязаний на него больного.

Часть II. Основы психотерапии

Особенности **лично-ориентированной (реконструктивной) психотерапии** (ЛОРП) диктуют психотерапевту активный, но гибкий стиль поведения, преимущественно с эмпатическим подходом, при котором удастся избежать крайностей директивного и недирективного стилей.

Противоположным служит поведение психотерапевта в ходе **поведенческой психотерапии**. В этом случае врач, как правило, директивно управляет лечебным процессом и добивается желаемых целей, используя определенные психотерапевтические приемы. Важными свойствами психотерапевта являются профессиональная манипуляция процессом взаимодействия с пациентом, умение поощрять и подкреплять его полезные реакции, убеждать и скрыто внушать. Вместе с инструкциями он дает советы и рекомендации, выступает в роли учителя.

В рамках гуманистического направления в психотерапии вопросы взаимоотношения психотерапевта и пациента особенно хорошо разработаны в **клиент-центрированной психотерапии** К. Роджерса.

В известной триаде американского психолога К. Роджерса (триада Роджерса) психотерапевт во взаимоотношениях с пациентом является аутентичным (от греч. *authentikos* — подлинный). Аутентичность — понятие, разработанное в гуманистической психологии и психотерапии, отражающее одну из важнейших интегративных характеристик личности. Границы понятия «аутентичность» нечетки, часто в качестве синонимов этого термина используют такие определения, как «конгруэнтность», «полноценно функционирующая личность», «свобода», «самоактуализация», «самость», «целостная личность». Психотерапевт стремится сохранить безусловную положительную позицию по отношению к больному, принимая (акцептируя) его с уважением как личность и оставаясь эмпатичным (сопереживающим). Таковы условия успешного психотерапевтического процесса, которые в целом достаточны, независимо от частных характеристик самого пациента.

Рассмотрим подробнее, что включает понятие «клиент-центрированная психотерапия».

1. Психотерапевт конгруэнтен в отношениях с пациентом.

Конгруэнтность, или подлинность, психотерапевта означает необходимость правильной символизации психотерапевтом его собственного опыта. Под опытом понимаются как неосознаваемые события, так и феномены, представленные в сознании (все, что потенциально доступно сознанию) и относящиеся к определенному моменту, а не к некоторой совокупности прошлого опыта. Открытость опыту означает, что каждый стимул из внутренней или из внешней среды не искажается защитным механизмом (как относительно эмоциональной окраски, так и относительно воспринимаемого значения). Форма, цвет, звук из окружающей среды или следы памяти из прошлого, или висцеральные ощущения, страх, наслаждение, отвращение и подобные им чувства — все это вполне доступно для индивидуального сознания. Осознание — это символическая репрезентация, не обязательно в виде вербальных символов, некоторой части опыта.

Когда Я-переживание (то есть информация о воздействии сенсорных или висцеральных событий в данный момент) символизируется правильно и включается в Я-концепцию (представление о себе самом), тогда возникает состояние конгруэнтности Я и опыта. У личности, открытой для опыта, Я-концепция символизируется в сознании вполне конгруэнтно с опытом. Если психотерапевт переживает угрозу или дискомфорт в отношениях, а осознает лишь принятие и понимание, то он не будет конгруэнтен в данных отношениях, и психотерапия не будет полноценной. Не следует ожидать от психотерапевта, чтобы он всегда был конгруэнтной личностью. Достаточно, чтобы каждый раз при непосредственных отношениях с определенным индивидом он целиком и полностью был бы самим собой со всеми присущими ему переживаниями данного момента, правильно символизированными и интегрированными.

2. Психотерапевт переживает безусловную положительную оценку по отношению к пациенту. Обычно в определение положительной оценки входят такие понятия, как «сердечность», «расположение», «уважение», «симпатия», «принятие» и др. Безусловно, положительно оценивать другого — значит оценивать его позитивно, независимо от того, какие чувства вызывают определенные его поступки. Поступки можно оценивать по-разному, но принятие, признание индивида не зависят от них. Психотерапевт ценит личность пациента в целом, он в равной мере чувствует и проявляет безусловную положительную оценку как тех переживаний, которых боится или стыдится сам пациент, так и тех, которыми тот доволен или удовлетворен.

3. Психотерапевт эмпатически воспринимает пациента.

Обладать **эмпатией** означает воспринимать субъективный мир другого, охватывающий весь комплекс его ощущений, восприятий и воспоминаний, доступный сознанию в данный момент, причем воспринимать правильно, с присущими эмоциональными компонентами и значениями, как если бы воспринимающий сам был этим другим. Это значит — ощущать чужую боль или удовольствие так, как чувствуешь сам, точно так же, как другой относится к причинам, их породившим, но при этом ни на минуту не забывать о том, что это «как если бы» (без этого условия данное состояние становится состоянием идентификации). Знания субъективного мира пациента, полученные эмпатически, приводят к пониманию основы его поведения и процесса изменения личности.

Современное понимание эмпатии как постижения эмоционального состояния, проникновения, вчувствования во внутренний мир другого человека предполагает наличие трех видов эмпатии: *эмоциональной* эмпатии, основанной на механизмах отождествления и идентификации; *когнитивной* эмпатии, базирующейся на интеллектуальных процессах (сравнения и аналогии), и *предикативной* эмпатии, проявляющейся в способности к прогностическому представлению о другом человеке, основанном на интуиции.

Психотерапевтический контракт — прием установления и закрепления (обычно в письменной форме) взаимного соглашения всех договаривающихся сторон на проведение конкретной работы. В контракте обговаривают (и прописывают) ответственность каждой стороны, цели и задачи. Необходимо четкое и детальное описание целевого поведения партнеров, заключающих контракт, установление критериев для достижения целей (временные, количественные и т.д.), указание позитивных и негативных последствий в случае выполнения и невыполнения условий контракта и определение специфики условий для каждого партнера.

Часть II. Основы психотерапии

В психотерапии возможно заключение так называемого психотерапевтического контракта, что подразумевает «контрактную (договорную)» модель взаимоотношения «психотерапевт-пациент». С одной стороны, психотерапевтический контракт соответствует духу частного предпринимательства, рыночных отношений спроса и предложения, этике купли-продажи, а с другой — он позволяет структурировать и контролировать лечебный процесс обоими его участниками.

Психотерапевт и пациент могут с большим удовлетворением и мотивацией приступить к лечению на основе соглашения (контракта, договора) относительно общего понимания болезни и стратегии лечения. Это соглашение, как правило, оговаривается уже в течение первой беседы, хотя, может быть, и не в прямой, а косвенной форме. Определяются все ключевые вопросы контакта: степень подчинения пациента психотерапевту, характер эмоциональной дистанции между ними. Врач с учетом потребностей и возможностей больного, а также задач терапии прогнозирует выраженность эмпатической коммуникации, а также определяет оптимальный уровень власти в отношении больного, то есть какой объем ответственности за ход и результаты лечения каждый из них будет нести. В условиях платного лечения пациент, выбирая психотерапевта, как бы «нанимает» его. Он полагает, что заключение контракта гарантирует ему квалифицированную помощь, удобство и доступность

(четкое расписание посещений), право прервать курс лечения и найти другого психотерапевта, и ожидает, что психотерапевт будет согласовывать с ним важнейшие шаги в ходе лечения. Последний предъявляет пациенту требование сотрудничать в процессе терапии, выполнять соответствующие лечебные рекомендации и правила, вести здоровый образ жизни.

Психотерапевтический контракт может быть рассмотрен с позиций оценки психотерапевтической полезности. Основными сферами действия его лечебных механизмов являются: когнитивная, эмоциональная и мотивационно-поведенческая. В когнитивной сфере важно предоставление пациенту информации, необходимой для сознательного и активного его участия в терапии. Одной из причин недостаточного доверия больного может быть игнорирование психотерапевтом его концепции болезни, отсутствие согласованности в их представлениях о ней.

Что касается учета лечебных механизмов в эмоциональной сфере при психотерапевтическом контракте, то пациент нередко нуждается не только в конкретной помощи и душевной опоре, но и в своеобразном дружеском отношении. Необходимо умение слушать пациента, чтобы понимать, о чем наиболее существенном он хотел бы говорить, что в данный момент более всего его тревожит. Взаимопонимание между психотерапевтом и пациентом, важное для оптимального психотерапевтического контракта, достигается обоюдным влиянием вербальных и невербальных средств коммуникации. Невербальное поведение психотерапевта (мимика, жесты, интонации голоса) обычно оказывают на пациента не меньшее влияние, чем его слова. Лечебные механизмы психотерапевтического контракта в мотивационно-поведенческой сфере заключаются в выяснении ожиданий пациента относительно лечения, характера мотивации к лечению, отношения к методам терапии. Обсуждение и согласование с пациентом задач психотерапии позволяют оптимизировать его мотивацию к лечению.

Психотерапевтический контракт выгоден обоим участникам, так как направлен на повышение эффективности лечения, творческий рост психотерапевта, большую свободу для пациента в выборе врача, повышение престижа здоровья.

Профессиональное мировоззрение психотерапевтов, придерживающихся разных теоретически ориентированных позиций, неизменно должно включать общие понятия психотерапии и принципы оказания психотерапевтической помощи, в том числе методологические, клинические, психологические научно-практические аспекты. Именно на их основе происходит интеграция различных школ психотерапии — отечественных и зарубежных. Описание и определение содержания понятий широко представлено в научной литературе [1–37].

Список литературы

1. О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании [Электронный ресурс]: Закон Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185–1 (последняя редакция). Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
2. О психологической и психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях» (вместе с «Положением об организации психологической и психиатрической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях») [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России от 24.10.2002 № 325. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
3. О психотерапевтической помощи» (вместе с «Положением об организации деятельности врача-психотерапевта», «Положением об организации деятельности медицинского психолога, участвующего в оказании психотерапевтической помощи», «Положением об организации деятельности социального работника, участвующего в оказании психотерапевтической помощи», «Положением об организации деятельности психотерапевтического кабинета», «Положением об организации деятельности психотерапевтического отделения», «Положением об организации деятельности психотерапевтического центра») [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России от 16.09.2003 № 438. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
4. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения и социального развития России от 17.05.2012 № 566н. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
5. Васильева А.В., Караваева Т.А. Болезнь и здоровье, психотерапия и сопереживание / Под общ. ред. Н.Г. Незнанова. СПб.: Альфа-Пресс, 2019. 496 с.
6. Васильева А.В., Караваева Т.А. Психическое здоровье мегаполиса. Вызовы и прогнозы / Под общ. ред. Н.Г. Незнанова, Ю.А. Петрова. СПб.: Алеф-Пресс, 2020. 344 с.
7. Калмыкова Е.С. Основные направления современной психотерапии. М.: Когито-Центр, 2019. 379 с.
8. Караваева Т.А., Коцюбинский А.П. Холистическая диагностика пограничных психических расстройств. СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический

- институт им. В.М. Бехтерева, 2016. 286 с.
9. Карвасарский Б.Д. Неврозы. М.: Медицина, 1990. 576 с.
 10. Ковпак Д.В. Страхи, тревоги, фобии... Как от них избавиться? Практическое руководство психотерапевта + техники релаксации на DVD. СПб.: Наука и Техника, 2012. 285 с.
 11. Мэй Р. Искусство психологического консультирования. М.: Класс, 1994. 91 с.
 12. Пезешкиан Х. Позитивная психотерапия как транскультуральный подход в российской психотерапии. СПб., 1998. 98 с.
 13. Психиатрия: Национальное руководство / под ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 1008 с.
 14. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2000. 1024 с.
 15. Психотерапия: учебник / под ред. А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой, Н.Г. Незнанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 864 с. DOI: <https://doi.org/10.33029/9704-6485-4-VKN-2022-1-864>.
 16. Психотерапия: учебник для вузов / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2012. 672 с.
 17. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. М.: Прогресс, 1994. 111 с.
 18. Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний. М., 1991.
 19. Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. Базисное руководство по психотерапии. СПб.: Речь, 2001. 784 с.
 20. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. М.: Медпрактика-М, 2011. 480 с.
 21. Barlow D.H., Farchione T.J., Fairholme C.P. et al. The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist guide. New York: Oxford University Press, 2011.
 22. Clarkin J.F., Yeomans F., Kernberg O.F. Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations. New York: Wiley, 2006.
 23. Gabbard G.O. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. Washington: American Psychiatric Publishing, 2005.
 24. Gilbert P. Compassion Focused Therapy: The CBT Distinctive Features Series. London: Routledge, 2010. 248 p.
 25. Gilbert P. The Compassionate Mind: A New Approach to the Challenges of Life. London: Constable & Robinson, 2009.
 26. Heimberg R.G., Liebowitz M.R., Hope D.A., Schneier F.R. Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment. New York: Guilford Press, 1995.
 27. Hofmann S.G., Otto M.W. Practical Clinical Guidebooks Series. Cognitive-Behavior Therapy for Social Anxiety Disorder: Evidence-Based and Disorder-Specific Treatment Techniques. New York: Routledge/Taylor & Francis Group, 2008. 224 p.
 28. Kabat-Zinn J. Full Catastrophe Living: The Program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center. New York: Delta, 1990.
 29. Leichsenring F., Beutel M., Leibing E. Psychodynamic psychotherapy for social phobia: A treatment manual based on supportive-expressive therapy // Bull. Menninger Clin. 2007. Vol. 71. P. 56–83.
 30. Safer D.L., Telch C.F., Chen E.Y. Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating and Bulimia. New York: Guilford Press, 2009. 244 p.
 31. Smucker M., Dancu C. Cognitive-Behavioral Treatment for Adult Survivors of Childhood Trauma: Imagery Rescripting and Reprocessing. Northvale: Jason Aronson, 1999. 254 p.
 32. Uexküll Th. Psychosomatic medicine. Munich: Urban and Schwarzenberg, 1997. 1050 p.
 33. Vieta E., Torrent C., Martínez-Arán A. Functional Remediation for Bipolar Disorder. Cambridge: Cambridge University Press, 2014.
 34. Weissman M., Markowitz J., Klerman G. Clinician's Guide to Interpersonal Psychotherapy. Oxford University Press, 2007. 304 p.
 35. Wells A., Matthews G. Attention and Emotion: A Clinical Perspective. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates, 1994. 402 p.
 36. Wells A. Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression. New York: Guilford Press, 2009. 316 p.
 37. Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. Schema Therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press, 2003. 436 p.

Часть II. Основы психотерапии

Глава 6. Психотерапевтический анамнез

В последнее время в клинике пограничных нервно-психических расстройств все большее предпочтение отдается использованию тестовых опросных методов (с количественной оценкой) и часто забывается, что квалифицированно построенная клиническая беседа может быть достаточным инструментом для построения рабочей гипотезы относительно характера

расстройства и необходимого лечения. При этом одновременно закладывается фундамент доверия и веры во врача, что является важным слагаемым успеха терапии [12, 18].

Несмотря на то что существует большое число отечественных работ, ставших классикой нашей психиатрии, о влиянии внешних факторов и социальной ситуации на хронизацию невротических расстройств, мало внимания уделяется вкладу внутриличностных факторов в стереотипное реконструирование неблагоприятной микросоциальной ситуации [10].

Клиническое интервью в первую очередь отвечает на вопросы о характере расстройства, симптомах и синдромах; каково их смысловое взаимодействие; каковы особенности личностной организации пациента, с оценкой сохранного ресурса личности; в каком социальном контексте возникло данное заболевание [4].

В рамках доминирующей в современной медицине биопсихосоциальной парадигмы с целостным подходом к пациенту основным правилом первичного интервью является прояснение вопроса о том, имеется ли вообще и если имеется, то насколько она выражена, причинная связь между особенностями жизненного развития и актуальным психическим конфликтом, с одной стороны, и наличной симптоматикой, с другой, что необходимо для адекватной диагностики [25].

Для выявления этого важно воздерживаться от опросной формы проведения беседы, при которой личностный вклад самого пациента минимален, практически не виден рисунок его поведения, — коммуникативное использование симптоматики, субъективный смысл болезни, искажающее влияние механизмов психологической защиты, стереотипы выстраиваемых им отношений. Система доказательной медицины, отсекая «все лишнее» во имя чистоты эксперимента, зачастую приводит к тому, что ситуация эксперимента становится «золотым стандартом» не только научной, но и практической деятельности, и это обедняет клиническое мышление, направленное по своей сути на синтетическую переработку всей доступной информации [19].

Врач должен руководствоваться тремя основными источниками информации, которые имеются в его распоряжении в ходе интервью. Во-первых, объективная информация, а именно данные о симптомах, моделях поведения и особенностях личности, медицинские, биографические и социальные данные. Во-вторых, субъективная информация, то есть субъективное значение, которое пациент придает своим жалобам, их возникновению и развитию, их влиянию на его жизнь, систему отношений, внутреннюю картину болезни, а также его ожидания от лечения. Эти аспекты необходимо рассматривать в совместной работе с пациентом в атмосфере доброжелательности, доверия и надежности. В-третьих, ситуативная информация, то есть вся совокупность взаимодействий в интеракционном поле между врачом и пациентом с учетом всех вербальных, жестовых, мимических, аффективных и телесно-вегетативных проявлений.

Основным инструментом восприятия и интерпретации становится личность врача. Сама ситуация клинического интервью создает определенные условия для воспроизведения привычных стереотипов поведения пациента с другими значимыми людьми. Врач должен внимательно относиться к собственным реакциям и чувствам, возникающим в процессе беседы. Негативные эмоциональные реакции, такие как раздражение, усталость, опустошенность, желание поскорее избавиться от пациента, чувство неловкости, являются важными диагностическими показателями, дающими дополнительную информацию о симптомообразовании и роли болезни в системе отношений пациента [21]. Не стоит их стыдиться или пренебрегать ими. Пациенты с затяжным течением в большей степени нередко вызывают негативные эмоциональные реакции со стороны специалистов. Часто они самостоятельно сообщают, что уже были у разных врачей, которые отказались им помочь, перенаправляли их к коллегам. Чем шире представлены специалисты различных медицинских специальностей, тем с большей вероятностью идет речь о затяжном течении невротического расстройства [9].

Эти пациенты склонны использовать соматическое недомогание как «средство коммуникации», чтобы сообщить о своем психическом неблагополучии в социально приемлемой, с их точки зрения, форме, которая имплицитно исключает ответственность и собственный вклад пациента в сложившуюся жизненную ситуацию. Таким образом, искусно созданная обстановка и наличие профессиональных навыков и интроспекционных способностей становятся ведущими для исследования патологических процессов во время клинического интервью [17].

В клинической беседе имеет смысл учитывать некоторые рекомендации известного исследователя Х. Аргеландера (H. Argelander), касающиеся взаимоотношений между врачом и пациентом относительно ее проведения [15, 16].

1. Уважительное понимание трудностей пациента, поощрение его активности, принятие его намерений и требований до тех пор, пока это позволяет реальность.
2. Планомерная подготовка ситуативных условий, обеспечение доверия, открытости, интимности и полного понимания, совместный ход мыслей и эмпатия.

3. Определенные элементы поведения врача, такие как интерес, спокойное ожидание, разноразличное внимание, а также необходимый уровень фрустрации, проявляющийся в ожидающем поведении, вдумчивом молчании, контролируемой спонтанности. Относительно *техники проведения клинического интервью* наиболее эффективным представляется полуструктурированное интервью с так называемыми открытыми вопросами. Необходимо осторожно с должным уважением и эмпатией направлять рассказ пациента. При этом важно соблюдать баланс между предоставлением пациенту возможности рассказать о себе в своей собственной манере и направлением хода беседы на темы, которые имеют непосредственное отношение к делу. Вопросы следует формулировать так, чтобы побуждать пациента к участию в беседе. «Открытые» вопросы, не подразумевающие ответ по типу да или нет, позволяют пациентам лучше развивать мысль, чем конкретные или наводящие вопросы, которые нередко настраивают пациента на ответы, которые, как ему кажется, от него ожидает врач. Вопросы следует формулировать достаточно ясно и просто, избегая чрезмерного использования специальных терминов или интеллектуального языка [16].

Часть II. Основы психотерапии

При расспросе о жалобах стоит воздерживаться от использования профессионального жаргона. Пациенты с затяжным течением и длительным сроком невротического расстройства, часто сами описывают свои недомогания в медицинских терминах. Это способствует развитию своеобразной деперсонализации, когда формальное терминологическое описание страдания позволяет пациенту внутренне дистанцироваться от того, что с ним происходит.

По возможности следует использовать слова из речи пациента. Обычно люди используют одни слова и не используют другие вследствие особых оттенков значения, которые эти слова имеют для них; подобные различия, на первый взгляд могут не быть очевидными для врача [6]. Манера рассказа пациента, когда история жизни неотделима от истории болезни, говорит в пользу затяжного течения болезни. В противовес этому пациенты с благоприятным прогнозом, как правило, говорят о своем заболевании эго-дистонно (индивидуально-неприемлемо), с достаточной внутренней дистанцией, не встраивая расстройство в собственную идентичность, жалобы носят четко очерченный характер и гораздо легче укладываются в понятие «классического случая» [7].

Следует придерживаться известной схемы из **десяти основных шагов** или этапов в проведении клинического интервью [15]. **Первый** — это знакомство и приветствие пациента.

Второй — создание благоприятной обстановки, для пациента. Эти первые шаги кажутся очевидными, но на практике о них часто забывают. **Третий** — при помощи открытых вопросов типа «что с Вами случилось?», «как Вы себя чувствуете?» пациенту предлагается описать, что его беспокоит, начиная рассказ по своему усмотрению с биологических, психологических или социальных аспектов заболевания. Такой подход позволяет уже в начале беседы сделать предварительные выводы относительно основных жалоб, их связи во времени со значимыми событиями в жизни пациента, личностными особенностями и системой отношений пациента, с внутренней картиной болезни [5]. Следует обращать внимание и на невербальное поведение больного: мимику, жесты, признаки беспокойства, запинки в речи. Наиболее частой жалобой является тревога, при этом при затяжном течении невротического расстройства утрачивается ситуативный характер тревоги, основной акцент делается на «тревоге по поводу тревоги» или возможного возникновения панического приступа, который носит стертый, абортивный характер. Часто выявляется высокая личностная тревога, пациент не может сформулировать, чего именно он опасается, что сочетается с представлением об общей враждебной настроенности внешнего мира, не выходящим, однако, за рамки обычных бытовых представлений.

При необходимости врач задает уточняющие вопросы, возвращается к важным аспектам рассказа, повторяя части предложения из высказываний пациента. Форма и способ представления материала создают первое впечатление о личности пациента, выраженных, намеченных и скрытых ожиданиях, потребностях, желаниях. Важным для понимания пациента является как содержание беседы, так и то, как пациент об этом говорит [14].

В случае особо тревожных пациентов имеет смысл сначала спросить о возрасте, семейном положении, жизненной ситуации. Это дает им возможность успокоиться и в дальнейшем более четко и конкретно отвечать на вопросы.

Четвертый этап — вопросы относительно представленных симптомов. Четкие вопросы позволяют уточнить первоначальную причину обратиться к психотерапевту, то такие больные обычно нуждаются в долгосрочной поддерживающей психотерапии. Врач более структурировано оценивает жалобы пациента по **семи пунктам**.

1. *Начало и развитие болезни в хронологическом порядке.* Время начала, длительность, порядок появления симптомов, их периодичность, наличие светлых промежутков. Если

пациент обратился спустя определенное время, а в некоторых случаях спустя несколько лет после начала заболевания, и в особенности, если известно, что он длительно игнорировал рекомендации специалистов. Если изменен характер или нарушена вся система отношений пациента и переживание тревоги и неблагополучия носят диффузный малодифференцированный характер.

2. Использовать качественные словесные характеристики: прилагательные и метафоры для описания жалоб. В случае если пациент использует медицинские термины, типа «паническая атака», следует попросить его описать ощущения своими словами. Употребление терминов может указывать на определенные психологические механизмы симптомообразования. При затруднении пациента в описывании словами своих ощущений имеет смысл попросить его сравнить свое состояние с тем, каким оно было раньше. Если больной не может найти подходящее слово, врачу следует предложить ему ряд прилагательных на выбор, без акцента на определенное слово, чтобы избежать косвенной суггестии. Пациенты с затяжным течением невротических расстройств обычно испытывают трудности в конкретизации жалоб, используют общие фразы, говорят, что «просто все время очень плохо», склонны использовать большое количество специальных терминов, не всегда в полной мере, понимая их значение. Достижимый при этом избыточный уровень абстракции способствует внутреннему дистанцированию от происходящего.

3. Интенсивность проявлений болезни — в данном случае следует учитывать степень утраты функции, объем потерь и так далее. Врач должен обращать особое внимание на невербальное поведение пациента. Часто неконгруентность между вербально описываемой тяжестью страдания и невербальным поведением является признаком склонности к затяжному течению расстройства, равно как и выраженный диссонанс между объективными и субъективными характеристиками тяжести страдания.

4. Локализация — определение точной локализации жалоб и иррадиации ощущений; размытость, диффузность, полиморфность ощущений указывают на предрасположенность к затяжному течению.

5. Связь с другими жалобами. Если пациент на протяжении беседы сообщает противоречивые, а иногда и взаимоисключающие сведения о связи жалоб между собой, или постоянно делает акцент на общем плохом практически не переносимом самочувствии — это также можно рассматривать как один из предикторов затяжного течения невротического расстройства.

Часть II. Основы психотерапии

6. Обстоятельства, при которых возникла симптоматика. Необходимо определить, носит ли пусковая ситуация фокальный повторяющийся характер или нарушена вся система отношений пациента, а переживание тревоги и неблагополучия носят диффузный малодифференцированный характер.

7. Обстоятельства, усиливающие и ослабляющие симптоматику.

Последние два пункта являются важными и могут дать ключевую информацию относительно симптомообразования и роли заболевания в системе отношений пациента, в частности, как способа патологической адаптации, что приводит к хронизации патологического процесса. Если пациент может хорошо описать ситуацию возникновения жалоб, а в дальнейшем в процессе терапии возникновение или усиление симптоматики является ситуативно обусловленным и интерпретативно понятным в контексте системы отношений врача-пациента, то возможность затяжного течения болезни маловероятна [11].

Этапы с пятого по восьмой включают личный, семейный анамнез, данные о психическом развитии, анамнез социальных отношений.

Психодинамический анамнез должен содержать подробную историю отношений пациента с четкой обрисовкой имеющихся паттернов отношений. Это дает возможность определить уровень нарушений в отношениях пациента, спрогнозировать наиболее вероятный характер переноса и способности установления терапевтического альянса. Другим аспектом психодинамической оценки является определение характера взаимодействия между врачом и пациентом. При этом делается акцент на способности пациента честно рассказывать о себе, видеть эмоциональный аспект своей проблемы, быть способным выдержать эмоциональную близость врача. Наличие этих качеств указывает на низкую вероятность затяжного течения невротического расстройства [20].

Следует внимательно относиться к ассоциациям и логическим построениям пациента, которые могут быть источником важной дополнительной информации [8]. Анамнестические данные позволяют выяснить в каких условиях пациент вырос, каково было отношение к болезненным проявлениям. К примеру, был ли это единственный способ добиться внимания и заботы со стороны значимых лиц. Каков был ранний опыт привязанности в системе отношений, как сформировался его настоящий образ жизни. Надежная ранняя привязанность

обеспечивает развитие способностей понимать других людей: их чувства, убеждения, желания и поступки.

Дезорганизованный или избегающий типы ранней привязанности являются факторами затяжного течения невротических расстройств, поскольку нарушаются перечисленные выше важные для успешной адаптации составляющие [18].

Определенные предикторы имеются в истории семейных отношений пациента. Следует учитывать такие факторы, как рождение вне брака, воспитание пациента только матерью, чрезмерно авторитетное поведение отца, отсутствие у родителей постоянной работы. Неполная семья часто приводит к фиксации симбиотических отношений, запрету на развитие собственной автономии, формированию амбивалентной мотивации в достижении своих целей. В этих случаях затяжное течение расстройства поддерживает зависимое положение пациента, позволяя ему избежать конфликтного напряжения, связанного с отделением от семьи. Позиция «больного» может неосознанно поддерживаться семьей, что требует стационарного лечения с целью изоляции из неблагоприятной среды. Важно обращать внимание при сборе анамнеза, как реагируют близкие на успехи пациента в лечении: поддержкой или обеспокоенностью.

Авторитетное поведение отца приводит к блокированию собственной инициативы, которая, как правило, жестко подавляется. В результате навыки проблемно-решающего поведения оказываются несформированными, складывается искаженный перфекционистский образ Я-идеального, где начало любой деятельности возможно только при гарантии абсолютного успеха. Любой промах или ошибка в процессе обучения расценивается как катастрофа или провал. Это приводит к учащению и усилению приступов тревоги даже при воздействии незначительных стрессоров. Одновременно с этим, в связи с задержкой развития и фиксации на реакциях эмансипации, создаются условия для чрезмерных антиавторитарных реакций.

Любой человек, занимающий патерналистскую позицию (учитель, начальник, врач), становится объектом для критики и постоянной конфронтации, что создает условия для частых декомпенсаций. Пациент находится в некоторой тупиковой ситуации, где он, с одной стороны, не может взять сам на себя ответственность из-за чрезмерной тревоги, а, с другой стороны, не может воспользоваться советом и помощью из-за аккумулированной агрессии. Проработка такой позиции возможна лишь в условиях длительной психотерапии.

Отсутствие у родителей постоянной работы определяет высокий уровень экзистенциальной тревоги в семье, может влиять на ощущение конкурентоспособности пациента, когда сравнение себя со сверстниками имеет негативную окраску в связи с социальной несостоятельностью родителей. При этом страх собственной социальной неуспешности может способствовать фиксации в роли больного. Другим аспектом может быть скрытое неосознаваемое стремление семьи удерживать пациента в роли «слабого звена» с целью восстановления собственной самооценки. Страх проявления зависти и враждебности со стороны близких может определять высокий уровень сопротивления пациентов. При выявлении такого характера внутрисемейных отношений целесообразным является стационарное лечение с последующим планированием возможного отдельного проживания пациента и длительной групповой амбулаторной психотерапии после выписки с целью проработки патологических аспектов первичной групповой динамики.

Значимым фактором семейного анамнеза является реакция родителей на психологические трудности и соматическое недомогание. Получение внимания и поддержки только при физическом неблагополучии и игнорирование эмоциональных переживаний как несущественных приводят к развитию склонности к соматизации и использованию телесных симптомов в интерперсональном контексте с его постоянным позитивным подкреплением в виде получения внимания и адекватного эмоционального резонанса. Таким образом, вырабатывается ригидный паттерн управления своим микросоциальным окружением при помощи болезни, от которого пациенту трудно отказаться, прежде всего, в связи с его эффективностью, несмотря на субъективную тяжесть страдания. Здесь необходима прояснительная работа с указанием на то, что вопреки своей безусловной краткосрочной результативности, в долгосрочной перспективе такая стратегия является неэффективной.

Часть II. Основы психотерапии

Значимым аспектом является выяснение при сборе анамнеза в какой степени эти факторы являются типичными для данной семьи. При наличии так называемого трансгенерационного наследования, то есть повторения данной проблематики на протяжении нескольких поколений, можно говорить о кумулятивном эффекте. Следует вместе с пациентом исследовать влияние семейной мифологии на его развитие и фиксацию в роли больного. При сборе семейного анамнеза для психодинамической оценки следует определить в какой степени пациент ведет себя как индивид, которым он хотел бы быть, или каким он хотел бы, чтобы его видели родители. Или определяющим являются ожидания родителей; или он

вынужденно повторяет родителей, или он пытается «быть лучшим родителем», чем были его собственные. Выясняется какой именно пассивный ранний опыт повторяется в настоящем в активном виде [3].

Определенной группой риска являются мигранты во втором поколении, когда конфликт между традиционными культурными семейными ценностями, которых придерживаются родители, и новыми, принятыми в настоящей стране проживания и референтных группах, приводят к длительному конфликтному напряжению и формированию собственной противоречивой системе оценок. В значительной степени это снижает стрессоустойчивость [2].

Большое значение имеют актуальные отношения пациента и особенности сексуального анамнеза, в частности, значимость этой сферы для пациента, наличие или отсутствие противоречий, удовлетворенность своей сексуальной жизнью. Длительно существующие неудовлетворенность и дисгармонии в интимных отношениях приводят к росту внутреннего напряжения, вегетативной дисрегуляции, что способствует формированию и поддержанию симптомов.

При резком начале болезни должно стать очевидным какие пусковые факторы жизни пациента стали патогенными и каковы были предпосылки патогенеза. Если пусковая ситуация затрагивает особо значимые отношения пациента и носит неопределенно пролонгированный характер, где у больного имеются объективно ограниченные возможности влияния на ее исход, это создает условия для затяжного течения невротического расстройства.

Девятый этап — обобщение полученной информации и попытка ее системного анализа. Могут задаваться открытые вопросы, и дальнейшая беседа согласовывается с полученной информацией.

Десятый этап — пациент может задать врачу вопросы, проясняющие характер его заболевания, совместно намечается план дальнейших диагностических и лечебных мероприятий.

Пропуски и пробелы в рассказе пациента тоже имеют определенную ценность. Отсутствие некоторых воспоминаний, трудности в понимании и адекватном ответе, раздражение в ответ на стандартные вопросы интервью, могут быть обусловлены интрапсихическими конфликтами. Примером этого может быть агрессивная реакция пациента, вместо ожидаемого облегчения и снижения тревоги, когда врач, изучив результаты обследований, сообщает ему об отсутствии тяжелой органической патологии. Такое поведение будет свидетельствовать в пользу склонности к затяжному течению болезни.

Важно правильно оценить мотивацию пациента, ее структуру и составляющие. Стремление к самопознанию, готовность к сотрудничеству, ее усиление после интервью и пробных интерпретаций свидетельствуют против склонности к хронизации расстройства. В то время как амбивалентный характер мотивации, выраженные мазохистическая (обеспечивающая ощущение собственной исключительности и иллюзию контроля) и параноидная (избавляющая от вопросов, противоречий и чувства вины) составляющие, конкурентные отношения с психотерапевтом являются предикторами затяжного течения болезни. Для прояснения мотивационных характеристик следует попросить пациента привести несколько примеров из жизни о том, как он обычно пытается реализовать запланированное и как при этом взаимодействует с окружающими. Склонность задерживаться на стадии планирования, выраженный страх перед действием и ответственностью, когда, размышление парализует действие является отличительной характеристикой пациентов с затяжным течением невротических расстройств. Именно поэтому в программе лечения использование только вербальных методов психотерапии оказывается недостаточным. При хорошей способности говорить о своих переживаниях пациенты испытывают трудности реализации их в жизни. Они на всю жизнь сохраняют обаяние «вундеркиндов», поражая своими суждениями, которые, как правило, не подкреплены личным опытом, и маскируют выраженный инфантилизм. Только в работе над проектом в миле-терапии или при участии в группах самоуправления в терапевтической среде возможна проработка имеющихся трудностей. Амбулаторная психотерапия должна дополняться конкретными поведенческими заданиями с постепенным их усложнением [23].

В качестве критериев исключения склонности к затяжному течению болезни возможно использовать **классические правила отбора пациентов** на краткосрочную психотерапию, который осуществляется в процессе первого интервью. Прежде всего это достаточно высокая мотивация, уровень интеллекта выше среднего, наличие как минимум одних значимых отношений с другим индивидом на протяжении жизни, эмоциональный кризис, способность к взаимодействию с консультирующим психиатром, а также способность говорить о своих чувствах, мотивация на интенсивную работу во время психотерапии, наличие специфической ведущей жалобы. Если пациент удовлетворяет хотя бы трем из этих критериев, вероятность развития затяжного течения болезни значительно снижается [22, 24].

При оценке психического статуса пациента следует уделять внимание основным Я-функциям. В частности, особенностям тестирования реальности, способности отличать внутреннюю и

внешнюю обусловленность событий, возможности предвидеть последствия своих действий, согласованности выводов с эмпирическими данными, уровню селективности восприятия, способности адекватной оценки мало- и высокоструктурированных ситуаций, в состоянии ли пациент использовать метафоры и аналогии и оперировать различными уровнями абстракций [5].

Для прогноза течения заболевания большое значение имеет репертуар основных используемых механизмов психологической защиты. «Доминирующий у данного индивидуума вариант защиты является надежным независимым предиктором исхода психотерапии, в особенности ее краткосрочных форм». Для скрининговой оценки основных психологических защит пациента врач должен ответить себе на следующие вопросы: а) каковы основные желания пациента как декларируемые/осознаваемые, так и неосознаваемые и как они соотносятся друг с другом; б) как в фантазиях пациента проявляется компромисс между желанием и реальностью; в) чего боится пациент, и что он делает, когда возникает напряжение; г) возможно ли проследить связь между специфической тревогой и тем или иным желанием, когда защита полностью не срабатывает; д) возможно ли выявить определенное чувство вины, связанное с побуждением; е) насколько эффективными/адаптивными являются используемые механизмы психологической защиты [1].

Часть II. Основы психотерапии

Преобладающее использование незрелых форм психологических защит определяет снижение адаптационных возможностей пациента.

В клинической беседе обращает на себя внимание стереотипное «расхождение между объективным рисунком поведения пациента и его субъективной трактовкой происходящего, несообразности которой он не замечает; потеря нити в напряженной беседе на фоне интактного мышления» [1]. Наиболее часто происходит фиксация на соматовегетативном проявлении тревоги, при нежелании исследовать причины, которые вызвали эмоциональный дискомфорт. Несвоевременные интерпретации конфликтных переживаний могут приводить к усилению соматизации, прерыванию психотерапии и повторному обращению к врачам общей практики с просьбой о проведении дополнительных исследований.

Для сбора социального анамнеза следует опросить пациента относительно характера его социальных связей в различных сферах: производственной, бытовой, семейной. Определить их насыщенность, устойчивость, значимость.

Большое значение имеет баланс между психотравмирующими и протективными факторами. Недостаточный ресурс стабилизирующих моментов приводит к затяжному течению.

Напротив, наличие, к примеру, гипертимного живого активного темперамента оказывается протективным и препятствует переходу невротического расстройства в затяжную форму. Следует проводить всестороннюю оценку пациента с учетом его здорового ресурса, который служит основой на пути к выздоровлению.

Ни один из выявляемых на основании клинического исследования предикторов не имеет абсолютного прогностического значения, а имеет значение суммарная их оценка [13].

Данные, получаемые врачом, во время проведения полуструктурированного интервью (один подход) могут уточняться, верифицироваться и дополняться при помощи экспериментально-психологических методик (другой подход). Сочетанное использование этих двух подходов помогает получить целостное представление о больном, разработать план индивидуализированного лечения, избежать ятрогенных осложнений, связанных с выбором неадекватной тактики терапии.

Интегративный подход к сбору информации во время интервью полностью оправдывает себя. Полученные таким образом данные позволяют своевременно поставить диагноз и уберечь так называемых трудных пациентов, в этиологии страдания которых большую роль играют психосоциальные факторы, от многолетнего хождения по врачам и неизбежной хронизации болезни.

Список литературы

1. Агейкин А.В., Мельников В.Л., Караваева Т.А. и др. Современные возможности для объективного скрининга факторов риска и ранней диагностики невротических расстройств // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2019, № 4-2. С. 52–59. DOI: <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2019-4-2-52-59>.
2. Ассион Х.Дж., Овервауль Ф., Штомпе Т., Васильева А. В. Культура и депрессия // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2015, № 3. С. 81–93.
3. Бабурин И.Н., Васильева А.В., Колотильщикова Е.А. и др. К исследованию психологических механизмов невротических и неврозоподобных расстройств [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. 2011, № 3. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 09.06.2011).

4. Васильева А.В. Значение клинического интервью для определения причин затяжного течения невротических расстройств (в связи с планированием психотерапии) // Психическое здоровье. 2011, № 11. С. 33–36.
5. Васильева А.В., Вахренева О.А., Караваева Т.А. Сравнительный анализ психосоциальных характеристик пациентов с неврастением и невротоподобными резидуально-органическими расстройствами // Вестник психотерапии. 2014, № 49 (54). С. 101–113.
6. Васильева А.В., Караваева Т.А., Полторак С.В. Затяжные формы невротических расстройств: клиничко-психопатологические аспекты и вопросы терапии // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2012, № 4. С. 81–88.
7. Васильева А.В., Караваева Т.А., Полторак С.В. Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2016, № 4. С. 42–52.
8. Васильева А.В., Шлафер А.М. Затяжные формы невротических расстройств и малопрогрессирующие варианты шизофрении (дифференциально-диагностические аспекты) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2012. Т. 14, № 2. С. 35–38.
9. Васильева А.В. Клиника и течение основных форм затяжных невротических расстройств // Болезнь и здоровье, психотерапия и сопереживание / Под общ. ред. Н.Г. Незнанова. СПб.: Альфа-Пресс, 2018. С. 283–308.
10. Васильева А.В., Караваева Т.А., Полторак С.В. и др. Клиника и персонализированная диагностика расстройств невротического уровня в практике пограничной психиатрии: методические рекомендации // Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы: Сборник методических рекомендаций / Сост. Н.В. Семенова; под. общ. ред. Н.Г. Незнанова. СПб.: КОСТА. С. 363–398.
11. Джекобсон Д.Л., Джекобсон А.М. Секреты психиатрии. М., 2005. 576 с.
12. Караваева Т.А., Васильева А.В., Мизинова Е.Б. и др. Алгоритмы диагностики тревожных расстройств невротического уровня (панического, генерализованного тревожного и тревожно-фобических расстройств): методические рекомендации // Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы: Сборник методических рекомендаций / Сост. Н.В. Семенова; под. общ. ред. Н.Г. Незнанова. СПб.: КОСТА, 2018. С. 399–431.
13. Караваева Т.А. Патоморфоз невротических расстройств и его терапевтические следствия // Болезнь и здоровье, психотерапия и сопереживание / Под общ. ред. Н.Г. Незнанова. СПб.: Альфа-Пресс, 2018. С. 226–283.
14. Лакосина Н.Д., Трунова М.М. Неврозы, невротические развития личности. Клиника и лечение. М.: Медицина, 1994. 191 с.
15. Незнанов Н.Г., Васильева А.В. Основные принципы проведения первой беседы с больным при психосоматических расстройствах // Психические расстройства в общей медицине. 2019, № 1. С. 29–31.
16. Argelander H. Das Erstinterview in der Psychotherapie. Dasmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1970. 238 s.
17. Cierpka M., Strack M., Benninghoven D. et al. Stereotypical relationship patterns and psychopathology // Psychother. Psychosom. 1998. Vol. 67. P. 241–248.
18. Gabbard G.O. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. Washington: American Psychiatric Publishing, 2005. 629 p.
19. Girón M., Manjón-Arce P., Puerto-Barber J. et al. Clinical interview skills and identification of emotional disorders in primary care // Am. J. Psychiatry. 1998. Vol. 155, N. 4. P. 530–535. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.155.4.530>.
20. Heuft G., Jakobsen T., Kriebel R. et al. Potenzial der Operationalisierten Psychodynamische Diagnostik (OPD) für die Qualitätssicherung // Z. Psychosom. Med. Psychother. 2005. Bd 51. H. 3. P. 261–276. DOI: <https://doi.org/10.13109/zptm.2005.51.3.261>.
21. Kiesler D.J. Contemporary Interpersonal Theory and Research. Personality, Psychopathology, and Psychotherapy. New York: Wiley, 1996.
22. Malan D.H. A Study of Brief Psychotherapy. London: Tavistock Publications. Reprinted by Plenum Press, 1963. 347 p.
23. McNair R., Taft A., Hegarty K. Using reflexivity to enhance in-depth interviewing skills for the clinician researcher // BMC Med. Res. Methodol. 2008. Vol. 8. P. 73.
24. Sifneos P.E. Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1972. 368 p.
25. Uexküll Th. Psychosomatic medicine. Munich: Urban and Schwarzenberg, 1997. 1049 p.

Часть II. Основы психотерапии

Глава 7. Экспериментально-психологическая диагностика в психотерапии

Психологическая диагностика в психотерапии не поддается строгой унификации, проводится с учетом поставленной врачом задачей перед клиническим психологом. Она включает следующие аспекты: оценку высших психических функций и выявление нарушений со стороны познавательных процессов; верификацию ведущей болезненной симптоматики и оценку степени выраженности связанного с ней дистресса; определение психологического содержания и глубины переживаний в связи с наличествующей актуальной психологической проблематикой (в случае пограничных нервно-психических расстройств); установление взаимосвязи психопатологической симптоматики с личностно-типологическими особенностями, психогенными, соматогенными, экзогенными и эндогенными факторами; а также оценку адаптационного личностного потенциала и психологических ресурсов личности.

Для решения задач психотерапии существенное значение имеет выявление у пациентов психологическими средствами ведущих смысложизненных и ценностных ориентаций; осознанных, основанных на когнитивной оценке, стратегий совладающего со стрессом поведения (копинг-механизмов) и неосознаваемых, глубинно сформированных и упроченных в онто- и социогенезе механизмов психологической защиты личности; определение особенностей проявлений эмоциональной реактивности и мотивации поведения, в том числе в ситуации болезни и лечения. Важна также оценка системы отношений личности и структуры качества жизни больного. Весьма существенна оценка эффективности проводимого комплексного лечения в целом, и оценка эффективности психотерапии в частности. Результаты, полученные в ходе экспериментально-психологического исследования, должны рассматриваться в единой адаптационной (биопсихосоциальной) парадигме психического здоровья, поэтому психологическая диагностика должна быть комплексной, охватывающей когнитивную, эмоциональную, поведенческую и личностную сферы. Полученные результаты должны соотноситься с клинической и инструментальной диагностикой с учетом истории развития личности, функционального состояния центральной нервной системы, актуальных жизненных целей, ценностей и потребностей больного.

Данные, полученные в ходе экспериментально-психодиагностического исследования, должны соотноситься с терапевтическими и дифференциально-диагностическими задачами, и должны включать оценку психосоциальных и биологических факторов, а также роли личности в патогенезе и психогенезе нервно-психического расстройства в контексте его личностного смысла для больного и мотивации лечения.

Комплексное психологическое исследование больных с нервно-психическими расстройствами проходит ряд этапов.

I. Первый этап, клинико-психологический (доэкспериментальный)

Предваряет собственно экспериментально-психологическое исследование и включает следующие действия.

1. Беседа психолога с лечащим врачом, в ходе которой формулируется диагностический запрос и определяются задачи дальнейшего экспериментально-психологического исследования.
2. Ознакомление психолога с медицинской документацией с целью корректировки и уточнения конкретных диагностических и дифференциально-диагностических задач.
3. Беседа психолога с испытуемым, с целью формирования у него свободного (доверительного) контакта с экспериментатором, адекватного отношения к исследованию и мотива экспертизы.
4. Сбор актуальных жалоб пациента, в ходе которого выясняются субъективно обозначенные больным трудности в познавательной деятельности, эмоциональных процессах, общении, работоспособности; уточняются способы решения (преодоления) конфликтных и проблемных ситуаций; раскрываются вопросы планирования будущего с учетом затруднений, связанных с болезненным состоянием; выясняются вопросы качества жизни больного. В ходе сбора актуальных жалоб целесообразным является их ранжирование (от беспокоящих испытуемого в большей степени, до беспокоящих минимально) с целью определения картины ведущей психопатологической симптоматики.
5. Динамическая оценка психопатологических проявлений (начало появления симптомов, изменение их содержания и тяжести с течением времени), позволяющую выявить эпизодичность, фрагментарность отдельных симптомов или, напротив, их стабильность и тенденцию к утяжелению и усложнению. На этом основании можно делать заключение о характере развития патологического процесса.
6. Выяснение отношения испытуемого к факту наличия у него нервно-психического заболевания и раскрытие субъективных представлений относительно его возможной этиологии, определение типа отношения и структуры внутренней картины болезни, выявление мотивации к лечению и содержания отношения к диагностическим и лечебным мероприятиям.
7. Сбор психологического анамнеза жизни с целью уточнения механизмов психогенеза, который проводится в историческом контексте развития личности и ее значимых отношений.

8. Выработку стратегии последующего экспериментального исследования, которая предполагает подбор экспериментально-психологических методик, внесение корректив в их инструкции и стимульный материал (в случае нестандартизированных методик) в соответствии с особенностями испытуемого и поставленными психодиагностическими задачами.

II. Второй этап, экспериментально-психологический

Комплексное экспериментально-психологическое обследование включает психодиагностику:

- познавательных процессов;
- актуального эмоционального состояния (психологического симптоматического статуса);
- личности.

Испытуемому предъявляется сформированный на первом этапе комплекс («батарея») нестандартизированных патопсихологических методик, стандартизированных и нестандартизированных нейропсихологических методик, стандартизированных тестов, нестандартизированных проективных методов.

Часть II. Основы психотерапии

Выполнению заданий по каждой методике должна предшествовать четкая и лаконичная инструкция. Для того чтобы избежать недостоверных результатов, психолог должен быть уверен, что обследуемый правильно понял инструкцию к каждому заданию. Во время выполнения испытуемым экспериментальных заданий психолог наблюдает за его поведением, фиксирует оценочные комментарии обследуемого, которые он дает относительно самого исследования, проводимых методик и самого себя, и ведет точную запись проводимого опыта с целью получения дополнительной диагностически ценной информации.

Часть II. Основы психотерапии

7.1. Психодиагностика познавательных процессов

Психодиагностика познавательных процессов включает в себя: исследование структурных, динамических компонентов и степени выраженности расстройств высших психических функций, особенностей функциональной асимметрии и интегративной деятельности мозга, что обусловлено задачами выявления, так называемых, «минимальных мозговых дисфункций», то есть признаков возможного резидуально-органического расстройства, в том числе и коморбидного. Здесь должны сочетаться нейропсихологические и патопсихологические методы исследования с отдельными шкалами тестовых методик. Психодиагностика познавательных процессов направлена на выявление и содержательную квалификацию расстройств гностических функций, речи, целенаправленных действий, других высших психических функций, особенностей внимания, памяти, умственной работоспособности, психической активности в целом, а также мышления и интеллекта. Описание в заключении особенностей познавательной деятельности испытуемого следует начинать с выделения центрального нарушения, выявленного у больного в ходе исследования, с указания того, в комплексе каких нарушений оно выступает, то есть следует вести описание не по методикам, а по выявленным нарушениям психической деятельности. Кроме того, помимо нарушений познавательных процессов, следует описать также сохранные стороны психической деятельности больного. При характеристике познавательной деятельности пациента может возникнуть необходимость в иллюстрации отдельных положений примерами из протоколов исследования. Следует с осторожностью подходить к цитированию пациентов и приводить в психологическом заключении лишь наиболее яркие выписки из протокола, не вызывающие сомнений в квалификации нарушения. При обилии примеров или их некорректности можно исказить полученные данные, сделать заключение малопонятным и расплывчатым по содержанию, а в ряде случаев ввести в заблуждение лечащего врача.

Результатом психодиагностики познавательных процессов является установление психологом ведущего патопсихологического симптомокомплекса (ППС).

Патопсихологические симптомокомплексы

Шизофренический патопсихологический симптомокомплекс

1. Шизофренический ППС (пограничный вариант), относительная интеллектуальная сохранность.

Основными характеристиками данного ППС являются:

- относительная сохранность продуктивности мышления;
- относительная сохранность категориального строя мышления и основных мыслительных операций;
- негрубое искажение процессов обобщения и отвлечения в виде уравнивания актуализации существенных, второстепенных и латентных признаков (единичные или эпизодические ошибки по типу искажения процессов обобщения и отвлечения, опора на сверхабстрактные, или латентные признаки);
- наличие соскальзываний;
- наличие элементов разноплановости и/или резонерства;
- снижение целенаправленности и критичности мышления;
- оригинальность ассоциаций и сохранная творческая активность;
- относительная сохранность функций внимания и памяти.

2. Шизофренический ППС (дезорганизующий вариант), когнитивный дефицит.

Основными характеристиками данного ППС являются:

- хаотичные колебания продуктивности мыслительной деятельности;
- стойкие нарушения операциональной стороны мышления по типу искажения процессов обобщения и отвлечения;
- нарушение целенаправленности и саморегуляции мышления;
- вычурность ассоциаций, полисемантизм;
- разноплановость, резонерство, соскальзывания, снижение критичности мышления;
- речевые расстройства (шизофазия, неологизмы);
- нарушения функций внимания и памяти, обусловленные мотивационно-волевыми нарушениями;
- обеднение и парадоксальность аффекта.

Органический психопатологический симптомокомплекс

1. Органический ППС (ригидный вариант).

Основными характеристиками данного ППС являются:

- нарушение операциональной стороны мышления по типу снижения уровня процессов обобщения и отвлечения;
- нарушение динамики мыслительной деятельности в виде инертности мышления;
- персеверации, шаблонность ассоциации;
- снижение критичности мышления;
- сужение объема и нарушение переключаемости внимания;
- нарушения запоминания;
- аффективная обедненность или нарушение аффективного контроля.

2. Органический ППС (лабильный вариант).

Основными характеристиками данного ППС являются:

- единичные или эпизодические ошибки по типу снижения уровня процессов обобщения и отвлечения при относительной сохранности категориального строя мышления;
- неустойчивость мыслительной деятельности/лабильность мышления;
- снижение концентрации и устойчивости внимания;
- нарушения запоминания;
- неустойчивость аффекта.

3. Органический ППС (мнестический вариант), нарушение памяти.

Основными характеристиками данного ППС являются:

- грубые нарушения функций запоминания, хранения и воспроизведения информации;
- сохранность функций внимания;
- сохранность мыслительной деятельности.

4. Олигофренический ППС, умственная отсталость.

Основными характеристиками данного ППС являются:

Часть II. Основы психотерапии

- нарушение операциональной стороны мышления в виде грубого снижения уровня процессов обобщения и отвлечения, неспособность мыслить на категориальном уровне;

- выраженная шаблонность ассоциаций;
- плохое осмысление преимущественно нового материала;
- низкая обучаемость в эксперименте;
- грубая не критичность;
- речевые расстройства (нарушения произношения, грамматики речи, ограничение словарного запаса);
- сужение объема внимания;
- примитивность аффективной организации.

5. Эпилептический ППС.

Основными характеристиками данного ППС являются:

- нарушение операциональной стороны мышления по типу снижения уровня процессов обобщения и отвлечения;
- инертность мышления (вязкость, излишняя обстоятельность и детализация);
- нарушение целенаправленности и критичности мышления;
- выраженный эгоцентризм суждений, эгоцентрические тенденции в мышлении;
- речевые расстройства (логорея или олигофазия, использование в речи уменьшительно-ласкательных суффиксов);
- сужение объема и нарушение переключаемости внимания;
- аффективные расстройства полярного характера;
- дисфоричность и (угодливость).

Аффективно-эндогенный психопатологический симптомокомплекс — депрессия, гипомания, мания

1. Аффективно-эндогенный ППС (гипотимический вариант), депрессия.

Основными характеристиками данного ППС являются:

- низкая работоспособность и быстрая истощаемость;
- замедление психомоторного темпа;
- замедление темпа ассоциаций;
- сохранность операциональной стороны мышления или единичные ошибки по типу снижения уровня процессов обобщения и отвлечения;
- сохранность критичности мышления;
- сужение объема, нарушения концентрации и устойчивости внимания;
- нарушения запоминания;
- аффективная подавленность.

2. Аффективно-эндогенный ППС (гипертимический вариант), гипомания, мания:

Основными характеристиками данного ППС являются:

- низкая работоспособность и быстрая истощаемость;
- высокий психомоторный темп;
- высокий темп ассоциаций;
- лабильность мышления, вплоть до «скачки идей»;
- снижение целенаправленности и критичности мышления;
- сужение объема нарушения концентрации и устойчивости внимания;
- быстрая переключаемость слабоконцентрируемого внимания;
- нарушения запоминания;
- эйфоризированность.

Личностно-аномальный патопсихологический симптомокомплекс — расстройство личности

Основными характеристиками данного ППС являются:

- импульсивность в работе (внезапные отказы, колебания продуктивности);
- относительная сохранность категориального строя мышления;
- эгоцентрические тенденции в мышлении;
- «псевдоискажения» процесса обобщения по типу актуализации личностно-значимых признаков;
- высокая аффективная обусловленность мышления;
- нарушение критичности;
- нарушение аффективного контроля.

Психогенно-невротический патопсихологический симптомокомплекс — невротическое расстройство

Основными характеристиками данного ППС являются:

- неустойчивость умственной работоспособности;
- сохранность операциональной стороны мышления и основных мыслительных операций;
- негрубые, преходящие (временные) нарушения внимания и памяти, обусловленные дезорганизирующим влиянием эмоций;
- повышенная тревожность.

Инструментарий для психодиагностики познавательных процессов

1. Комплекс диагностических нейропсихологических методик с включением стандартизованных сенсibilизированных заданий для исследования взрослых, проб на право- и леворукость, использование специальных шкал для оценки степени выраженности расстройств речи.

2. Комплекс традиционных нестандартизованных патопсихологических методик для исследования различных вариантов расстройств внимания, памяти, умственной работоспособности, операциональных и динамических характеристик мышления, в том числе особенностей принятия решений, степени активности выполнения заданий, критичности к ошибкам, психической активности и меры эмоциональной вовлеченности в процессе экспериментально-психологического исследования.

Патопсихологические методики для диагностики внимания: корректурная проба (тест Б. Бурдона), корректурные таблицы (кольца Э. Ландольта), тест Пьерона-Рузера, таблицы Шульте, таблицы Горбова-Шульте, счет по Крепелину, методика М.С. Лебединского, методика «Отсчитывание», повторение чисел в прямом и обратном порядке, проба Г. Мюнстерберга.

Патопсихологические методики для диагностики памяти: методика «Заучивание 10 слов» А.Р. Лурия, методика на опосредованное запоминание «Пиктограмма А.Р. Лурия», опосредованное запоминание по А.Н. Леонтьеву, шкала памяти Д. Векслера WMS (от англ. Wechsler Memory Scale), пробы на запоминание несмысловых словосочетаний, тест визуальной ретенции А.Л. Бентона BTRV (от англ. Benton Test de Retention Visuelle).

Патопсихологические методики для диагностики мышления: ассоциативный эксперимент, исключение лишнего (вербальный и невербальный варианты), классификация предметов, называние 60 слов, простые аналогии, сложные аналогии, сравнение понятий, выделение существенных признаков; толкование пословиц, соотнесение пословиц, метафор и фраз; методика «установление закономерностей» Б.Л. Покровского, методика «дополнение» для исследования продуктивности ассоциаций Г. Эббингауза, исследование процесса формирования искусственных понятий (методика Л.С. Выготского и Л.С. Сахарова).

Часть II. Основы психотерапии

3. Комплекс стандартизованных методик (тестов) для исследования структуры и уровневых характеристик интеллекта: тест исследования интеллекта подростков и взрослых Д. Векслера WAIS (от англ. Wechsler Adult Intelligence Scale), методика для диагностики интеллекта подростков и взрослых «Шкала прогрессивных матриц» Дж. Равена RPM (от англ. Raven Progressiv Matrices), «Культурно-независимый тест интеллекта» Р. Кеттелла CFIT (от англ. Culture Free Intellect Test), Монреальская когнитивная шкала для скрининга когнитивных нарушений 3. Насреддина MoCA (от англ. Montreal Cognitive Assessment) [5, 9, 10, 12, 21, 23].

Часть II. Основы психотерапии

7.2. Психодиагностика актуального эмоционального состояния

Психодиагностика актуального эмоционального состояния направлена на оценку специфики и уровней расстройств в аффективной сфере, а именно на определение уровня выраженности депрессивной симптоматики; диагностику расстройств тревожного ряда; оценку астенических и вегетативных расстройств; диагностику психологических компонентов доминирующей психопатологической симптоматики с определением ранговых значений отдельных проявлений.

Следует помнить, что тестовые методики, предназначенные для оценки актуального симптоматического статуса, заполняются не врачом, а представляют собой самоотчет пациентов, поэтому результаты, полученные с их помощью, являются не столько отражением объективной клинической картины, сколько субъективными представлениями испытуемых о состоянии своего физического и психического здоровья (то есть внутренней картиной болезни).

Симптоматические опросники в клинической практике относят к дополнительным методам исследования, что не предполагает вытеснения традиционного клинико-

психопатологического подхода. Более того, применение шкал самоотчета для оценки актуального симптоматического статуса без должного диагностического собеседования и наблюдения за поведением больного может привести к грубым диагностическим и терапевтическим заблуждениям.

Инструментарий для диагностики актуального эмоционального состояния

Оценка симптоматического профиля

1. Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R.

Методика SCL-90-R (от англ. Symptom Check List-90-Revised — Контрольный список симптомов 90-Revised) разработана L.R. Derogatis (1973) на основе HSCL (от англ. Hopkins Symptom Checklist — Контрольный список симптомов Хопкинса) — методики, ведущей свою историю от Cornell Medical Index (1948), которая, в свою очередь, опиралась на «Шкалу дискомфорта», разработанную R. Parloff и соавт. (1953), предназначенную для исследования психопатологической симптоматики, встречающейся в рамках различных нервно-психических расстройств. Опросник представляет собой клиническую тестовую и скрининговую методику, предназначенную для оценки психопатологической симптоматики у психиатрических пациентов и здоровых лиц. Результат обследования этой шкалой отражает симптоматическую конфигурацию обследуемого, что представляется ценным для исследований в смежных с психиатрией областях.

Опросник включает 90 утверждений, каждое из которых оценивается по степени выраженности дистресса (от 0 до 4), где 0 соответствует позиция «совсем нет», а 4 — «очень сильно».

Все 90 пунктов опросника сгруппированы в 10 клинических шкал, которые составляют основу большинства поведенческих симптомов у психически больных:

- 1) соматизация (от англ. somatization, SOM);
- 2) обсессивность–компульсивность (от англ. obsessive-compulsive, O-C);
- 3) межличностная тревожность (от англ. interpersonal sensitivity, INT);
- 4) депрессивность (от англ. depression, DEP);
- 5) общая тревожность (от англ. anxiety, ANX);
- 6) враждебность (от англ. anger-hostility, HOS);
- 7) навязчивые страхи, фобии (от англ. phobic anxiety, PHOB);
- 8) параноидность, паранояльность (от англ. paranoid ideation, PAR);
- 9) психотизм (от англ. psychoticism, PSY);
- 10) дополнительные пункты (жалобы на нарушения сна и аппетита, DOP).

Отдельно подсчитываются 3 интегративные оценки: общий индекс тяжести симптоматики (general symtomatological index, GSI), индекс разнообразия симптоматики (positive symtomatological index, PSI), индекс выраженности дистресса (Positive Distress Symptomatological Index, PDSI).

2. Симптоматический опросник Е. Александровича.

Методика была разработана на кафедре психотерапии Краковской медицинской академии Е. Александровичем (1981) и апробирована в отделении неврозов и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева (1987). Опросник предполагает самооценку актуального состояния самим испытуемым, он направлен на количественное определение степени выраженности невротических расстройств и качественное описание жалоб пациента.

Опросник состоит из 138 вопросов-жалоб, которые оцениваются по четырехбалльной шкале: от 0 (недомогание вообще не проявлялось) до 3 (очень тяготит).

Все пункты сгруппированы в 13 шкал, соответствующих основным невротическим расстройствам (синдромам):

- 1) фобии;
- 2) депрессивные расстройства;
- 3) беспокойство, напряжение;
- 4) нарушение сна;
- 5) истерические расстройства;
- 6) неврастенические расстройства;
- 7) сексуальные расстройства;
- 8) дереализация;
- 9) навязчивости;
- 10) трудности в социальных контактах;
- 11) ипохондрические расстройства;
- 12) психастенические нарушения;
- 13) соматические нарушения.

Отдельно подсчитывается две интегративные оценки: общий уровень выраженности психопатологической симптоматики и уровень невротичности.

При обработке данных ответы испытуемого переводятся в баллы, затем производится подсчет шкальных оценок в процентах.

3. Гиссенский опросник соматических жалоб.

Гиссенский опросник психосоматических жалоб GBB (от нем. Giesener Beschwerde bogen) представляет собой опросник, предназначенный для регистрации отдельных жалоб, комплекса жалоб и определения суммарной оценки их интенсивности. Гиссенский опросник не является опросником симптомов соматических заболеваний, в нем перечислены лишь соматические проявления, встречающиеся в картине психосоматических расстройств. Опросник состоит из 57 пунктов — перечня жалоб, относящихся к таким сферам как общее самочувствие, вегетативные расстройства, нарушение функций внутренних органов. В опроснике отсутствуют чисто психические симптомы, так как для их регистрации имеется множество других опросников. Каждый из пунктов оценивается по пятибалльной шкале: от 0 (жалоба отсутствует) до 4 (жалоба выражена предельно сильно). Кроме того, есть возможность дополнительно указать не включенные в опросник жалобы и отметить степень общей обусловленности жалоб психическими и физическими факторами.

Часть II. Основы психотерапии

Опросник имеет четыре основные шкалы и одну суммарную. Каждая основная шкала включает по 6 пунктов, суммарная шкала включает все 24 пункта основных шкал. Остальные вопросы не соотносятся со шкалами.

4. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний К.К. Яхина, Д.М. Менделевича.

Опросник разработан К.К. Яхиным и Д.М. Менделевичем в 1978 г. для выявления основных синдромов невротических расстройств [34]. Состоит из 68 вопросов, отвечая на которые обследуемый должен оценить свое текущее состояние по пятибалльной системе: от 5 баллов (никогда не было) до 1 (постоянно или всегда). Все пункты сгруппированы в 6 шкал: тревожность, невротическая депрессия, астения, истерический тип реагирования, обсессивно-фобические нарушения, вегетативные нарушения. Полученные испытуемым баллы по каждой шкале переводятся в соответствующие диагностические коэффициенты.

5. Опросник «Уровень невротизации» (УН).

Опросник «Уровень невротизации» (УН) представляет собой клиническую скрининговую шкалу, предназначенную для предварительной диагностики расстройств невротического спектра. Методика может быть использована при диагностике и оценке уровня степени выраженности невротизации у больных с невротическими и невротоподобными расстройствами. Кроме того, методика «Уровень невротизации» может быть полезна в клинической работе для уточнения и содержательной квалификации динамики состояния больных в процессе фармакотерапии и психотерапии в клинике пограничных нервно-психических расстройств.

Опросник был создан в 1999 г. в Институте им. В.М. Бехтерева на основе шкалы «Невротизация» опросника «Уровень невротизации и психопатизации». В процессе создания утверждения были рестандартизированы на популяции больных с невротическими расстройствами и здоровых лицах.

Опросник состоит из 45 утверждений, на которые могут быть даны ответы «Да–Нет». 35 пунктов составляют основную шкалу опросника, остальные оценивают искренность испытуемого. Каждый пункт основной шкалы имеет свой «вес» в отношении выявляемого признака.

Оценка выраженности тревожности и диагностика расстройств тревожного ряда

1. Методика оценки тревожности STAI.

Методика оценки тревожности STAI (от англ. State-Trait Anxiety Inventory) была разработана Ч.Д. Спилбергером (1964) и адаптирована Ю.Л. Ханиным (1976) [30, 41]. Методика является шкалой самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика личности) и применяется в клинике для определения выраженности тревожных переживаний, оценки состояния в динамике и др. Сопоставление результатов по обеим подшкалам дает возможность оценить индивидуальную значимость стрессовой ситуации для испытуемого.

2. Интегративный тест тревожности (ИТТ).

Методика разработана в лаборатории клинической психологии Института им. В.М. Бехтерева [4]. Представляет собой медицинскую (медико-психологическую) технологию, является оригинальным экспресс-психолого-диагностическим инструментом для дифференцированной оценки и содержательной квалификации по пяти факторам (субшкалам) тревоги как неспецифического, сложного по генезу аффективного регулятора поведения личности, а также тревожности как личностно-типологической характеристики. Анализ адаптогенной и патогенной роли тандема тревога–тревожность позволяет уточнить

механизмы терапии и оценить эффективность лечения психической дезадаптации различного происхождения.

Для оценки уровня значимости для испытуемых по шкалам «самооценка тревоги — ситуационная» (СТ–С) и «самооценка тревожности — личностная» (СТ–Л) с 15 утверждениями использована традиционная для метода субъективного личностного шкалирования четырехбалльная система градаций отчетов: 0 — отсутствие данного признака, два других связываются с наличием слабо и умеренно выраженных признаков (баллы 1 и 2) и последний — как чрезвычайная, с точки зрения испытуемого, степень выраженности — 3 балла. Таким образом, максимальное количество сырых баллов, которое может быть набрана по обоим шкалам ИТТ, — 45.

3. Шкала тревоги А.Т. Бека BAI.

Клиническая тестовая методика BAI (от англ. The Beck Anxiety Inventory — Методика оценки тревоги Бека), разработанная А.Т. Беком (1961), предназначена для предварительной оценки степени выраженности тревожных расстройств у широкого круга лиц: молодых людей от 14 лет, зрелых и пожилых, контингента клиники и в рамках скрининговых исследований. Опросник BAI состоит из 21 пункта. Каждый пункт включает один из типичных симптомов тревоги, телесных или психических. Каждый пункт должен быть оценен респондентом от 0 (симптом не беспокоил) до 3 (симптом беспокоил очень сильно).

4. Шкала самооценки тревоги D. Sheehan SPRAS.

Шкала самооценки тревоги SPRAS (от англ. Sheehan Patient-Rated Anxiety Scale — Шкала тревожности Шихана, оцениваемая пациентами) разработана Д. Шиханом (Sheehan D., 1983) и применяется в клинической практике для скрининговой диагностики и самодиагностики расстройств тревожного спектра у взрослых лиц [40].

Шкала SPRAS создана на основании выборки симптомов тревожных расстройств и панических атак и включает наиболее распространенные проявления этих расстройств, в том числе соматические и вегетативные проявления тревоги. Каждый пункт оценивается по шкале Ликкена от 0 до 4 баллов.

Большинство симптомов опросника самооценки уровня тревоги соответствуют критериям установления диагноза по МКБ-10, поэтому высокий балл, полученный при прохождении теста, указывает на большую вероятность наличия у тестируемого тревожного расстройства. Однако в большей степени методика предназначена для определения тяжести уже выявленной тревоги, чем непосредственно для диагностики.

Часть II. Основы психотерапии

5. Шкала для самооценки тревоги W. Zung ZARS.

Опросник для самооценки тревожных расстройств ZARS (от нем. Zung Anxiety Rating Scale — Шкала оценки тревожности Зунга) разработан в Университете Дьюка У. Зунгом (1971).

Формулировки пунктов шкалы составлены на основе пересмотра автором диагностических критериев тревоги и записей опросов пациентов с тревожными расстройствами, а также с учетом результатов работ M. Feighner, G. Hamilton, и FDA [от англ. Food and Drug Administration — «Управление еды и лекарств» (Агентство Министерства здравоохранения и социальных служб США по управлению и контролю качества продуктов и лекарственных препаратов)].

Измеряемые переменные: первые 5 пунктов опросника оценивают аффективные симптомы, остальные 15 — соматические.

6. Личностная шкала проявлений тревоги A. Teilor TMAS.

Методика TMAS (от англ. Teilor's Manifest Anxiety Scale) изначально была разработана А. Тейлором для измерения уровня тревожности у военнослужащих при их профессиональном психологическом отборе и сопровождении в ходе учебно-боевой деятельности, прогнозирования вероятности возникновения нервно-психических срывов и опубликована в 1953 г. В настоящее время методика предназначена для измерения проявлений тревожности у разного контингента лиц и может использоваться как самостоятельно, так и в составе батареи других тестов при индивидуальном и групповом обследовании.

Утверждения, вошедшие в шкалу, отбирались из набора утверждений MMPI (от англ. Minnesota Multiphasic Personality Inventory — Миннесотский многоаспектный личностный опросник). Выбор пунктов для теста осуществлялся на основе анализа их способности различать лица с «хроническими реакциями тревоги».

Наиболее известны варианты методики MMPI в адаптации Т.А. Немчинова и в адаптации В.Г. Норакидзе, который в 1975 г. дополнил опросник шкалой лжи, позволяющей судить о демонстративности, неискренности в ответах. Вариант методики в адаптации В.Г. Норакидзе содержит 60 вопросов (оригинальная версия состоит из 50 утверждений), на каждый из которых обследуемый должен дать ответ «Да» или «Нет».

Результаты обследования выражаются количественным показателем (в баллах), на основании которого выносится заключение об уровне тревожности личности. Качественный анализ ответов позволяет изучить особенности поведения и психического состояния человека в различных жизненных ситуациях.

7. Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS.

Шкала HADS (от англ. Hospital Anxiety and Depression Scale — Госпитальная шкала тревоги и депрессии) разработана А. Зигмондом и Р. Стейтом (1983) и предназначена для оценки тяжести депрессии и тревоги, а также для первичного (скринингового) выявления тревоги и депрессии.

Пункты субшкалы депрессии выбраны из списка наиболее часто встречающихся жалоб и симптомов, они и отражают преимущественно ангедонический компонент депрессивного расстройства. Пункты субшкалы тревоги составлены на основе соответствующей секции стандартизованного клинического интервью PSE (от англ. Present State Examination — настоящий государственный экзамен) — первоначальное название системы сканирования, или набора диагностических инструментов (SCAN-2.1), созданного ВОЗ для верификации и измерения психических заболеваний у пациентов взрослого возраста, а также на личном клиническом опыте авторов и отражают преимущественно психологические проявления тревоги.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии содержит 14 пунктов, каждому из которых соответствует 4 варианта ответов, отражающих степень нарастания симптоматики.

Оценка выраженности депрессивной симптоматики

1. Шкала депрессии А.Т. Бека BDI.

Шкала депрессии BDI (от англ. Beck depression inventory) разработана А.Т. Беком (1961) в качестве опросника для собственной оценки пациентом депрессивного состояния [36]. Опросник разработан на основе клинических наблюдений, позволивших выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб, и включает 21 категорию депрессивных симптомов. Каждая категория состоит из 4 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии. В соответствии со степенью выраженности симптома каждому пункту присвоены значения от 0 (симптом отсутствует, или выражен минимально) до 3 (максимальная выраженность симптома). При интерпретации данных учитывается суммарный балл по всем пунктам опросника, а также суммарный балл по двум субшкалам: когнитивно-аффективной субшкале C–A (cognitive-affective) и субшкале соматических проявлений депрессии S–P (somatic-performace).

2. Шкала для самооценки депрессии W. Zung ZRDS.

Шкала ZRDS (от англ. Zung Self-Rating Depression Scale — Шкала самооценки депрессии Зунга), также известная как Шкала сниженного настроения — субдепрессии (ШСНС), разработана в Университете Дюка врачом-психиатром У. Зунгом (1965). В России тест адаптирован в отделении наркологии Института им. В.М. Бехтерева Т.И. Балашовой (1970). Шкала ZRDS (ШСНС) предназначена для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии, для скрининг-диагностики при массовых исследованиях и в целях предварительной, доврачебной диагностики. В тестировании учитывается 20 факторов, которые определяют четыре уровня депрессии. В тесте присутствуют десять позитивно сформулированных и десять негативно сформулированных вопросов. Каждый вопрос оценивается по шкале от 1 до 4 (на основе этих ответов: «никогда», «иногда», «часто», «постоянно»). Результаты делятся на четыре диапазона: нормальное состояние, легкая депрессия, умеренная депрессия, тяжелая депрессия.

Часть II. Основы психотерапии

3. Опросник депрессивных состояний (ОДС).

Опросник представляет собой скрининговую методику, предназначенную для массовых исследований и рутинного применения в общей врачебной практике, а также дифференциального различия невротической и эндогенной депрессии.

Методика направлена на выявление наиболее общих, маскированных, слабоструктурированных психопатологических расстройств, в данном случае депрессивных. ОДС был создан в 2004 г. в Институте им. В.М. Бехтерева на основе утверждений ММРІ. Опросник состоит из 97 вопросов в мужском варианте и из 93 вопросов — в женском. Эти вопросы группируются в две шкалы.

Первая шкала D–N — основная шкала, предназначена для выявления общего депрессивного фона, независимо от тяжести и происхождения депрессивного состояния, данная шкала

дифференцирует здоровых лиц (N — норму), от больных с любой депрессией (D), в мужском и женском вариантах состоит из 59 вопросов.

Вторая шкала МДП-Д — дифференцирует лиц, страдающих эндогенной депрессией от депрессии невротической, состоит из 47 вопросов для мужчин и 43 для женщин. Шкала (МДП-Д) — это дополнительная шкала к первой шкале (D-N), диагностирующая степень тяжести депрессии, и дифференцирующая эндогенную (тяжелую) депрессию, в рамках маниакально-депрессивного психоза (МДП, совр. БАР) от нетяжелой, невротической депрессии (Д).

Каждое утверждение оценивается по принципу «Да–Нет». «Сырые» баллы переводятся в «Т-баллы» при помощи специальных таблиц, полученных в результате валидации. Перевод сырых баллов в Т-баллы позволяет критериально соотнести испытуемого с той или иной группой, на которых производилась стандартизация методики.

Диагностика расстройств биполярного спектра (гипоманиакальной и маниакальной симптоматики)

1. *Опросник для предварительного (скринингового) выявления биполярного аффективного расстройства (БАР), или опросник гипомании HCL-32.*

Опросник гипомании HCL-32 (от англ. Hypomania Checklist-32) разработан Ж. Ангстом (2005) и представляет собой диагностическую методику для предварительного/скринингового выявления БАР/МДП как в популяции депрессивных больных, так и в неклинических выборках [35].

Полная версия опросника состоит из основной части — 32 вопроса с однозначными ответами «Да» и «Нет», касающихся особенностей поведения в состоянии «приподнятости». Эти вопросы подсчитываются в «индекс биполярности». Остальные вопросы имеют несколько вариантов ответа и количественно не учитываются.

Краткая версия состоит только из 8 пунктов, но каждый засчитывается за различное количество баллов, которые необходимо суммировать для вынесения вердикта о наличии/отсутствии подозрения на БАР. Дополнительных вопросов в этой версии нет.

По результатам опросника высчитывается «индекс биполярности». Он равен числу положительных ответов на вопросы основной части опросника — 32 вопроса, и сумме баллов в краткой версии опросника. В случае превышения критического уровня респонденту выставляется «подозрение на биполярное аффективное расстройство», и ему показана консультация психиатра по данному вопросу. Остальные ответы служат для получения вспомогательной клинической информации и количественно не учитываются, но для достоверной диагностики БАР должна быть информация о наличии колебаний настроения.

2. *Шкала диагностики расстройств биполярного спектра BSDS.*

Шкала BSDS (от англ. Bipolar Spectrum Diagnostic Scale — Шкала диагностики расстройств биполярного спектра) разработана R. Pies и усовершенствована и апробирована S.N. Ghaemi (Ghaemi S.N. et al., 2008).

Шкала BSDS обладает высокой чувствительностью (0,75 для БАР I типа и 0,79 для БАР II типа), что указывает на ее диагностическую ценность для верификации широкого диапазона расстройств биполярного спектра. Согласно данным методики, суммарная оценка 13 баллов является нижним пороговым значением для обнаружения расстройств биполярного спектра.

3. *Опросник расстройств настроения MDQ.*

Методика MDQ (от англ. Mood Disorder Questionnaire — Опросник расстройств настроения) разработана R.M. Hirschfeld и соавт. (2000) и предназначена для выявления наличия в анамнезе гипомании/мании и верификации БАР I типа [37].

MDQ можно надежно использовать для диагностики гипоманиакальной симптоматики как в острой фазе гипомании, так и в стадии депрессивного эпизода.

В рамках методики MDQ вероятность наличия БАР высока, если получено 3 позитивных результата: симптомы мании >7, их одновременность и осложнения в жизни >3.

При этом чувствительность (sensitivity) MDQ составляет — 0,73, а специфичность (specificity) — 0,90, то есть опросник способен надежно идентифицировать семь случаев БАР из десяти человек, страдающих этим расстройством, и девять человек из десяти, не страдающих БАР, идентифицировать как здоровых.

Диагностика астенической симптоматики

1. *Субъективная шкала оценки астении MFI-20.*

Шкала MFI-20 (от англ. Multidimensional Fatigue Inventory — Многомерная шкала астении) разработана E.M. Smets и соавт. (1994) и предназначена для экспресс-диагностики астенического состояния.

Шкала MFI-20 включает 20 утверждений, ответ на каждое из которых оценивается от 0 до 5 баллов. Подсчет баллов ведется по пяти подшкалам: общая астения, физическая астения, пониженная активность, снижение мотивации, психическая астения. При сумме больше 12 баллов хотя бы по одной из подшкал и при общей сумме более 60 баллов астения считается значимой.

2. *Шкала астенического состояния (ШАС).*

Часть II. Основы психотерапии

Шкала ШАС разработана Л.Д. Малковой и адаптирована Т.Г. Чертовой (1999) на базе данных клинико-психологических наблюдений и опросника MMPI. Шкала состоит из 30 пунктов-утверждений, отражающих характеристики астенического состояния.

Часть II. Основы психотерапии

7.3. Психодиагностика личности

Психодиагностика личности включает в себя: верификацию личностно-типологических особенностей, оценку системы отношений, в том числе отношение к болезни, оценку коммуникативных характеристик, способов решения фрустрирующих и конфликтных ситуаций, стратегий преодоления стрессовых ситуаций (копинг-поведения), смысло-жизненных ориентаций, уровней социальной фрустрированности и качества жизни.

Инструментарий для диагностики личности

Психодиагностика личностно-типологических черт

1. Стандартизованный клинический личностный опросник (СКЛО).

Опросник СКЛО представляет собой адаптированный вариант полного Миннесотского многоаспектного метода исследования личности (MMPI), адаптированного на базе Института им. В.М. Бехтерева (1988), который апробировался на больных разных нозологических групп с целью проверки диагностических возможностей, а также стандартизировался на нормативной выборке.

Оригинальный тест MMPI был создан клиническим психологом S.R. Hathaway и нейропсихиатром J.C. McKinley (1940), которые представили его как вспомогательное средство для постановки психиатрического диагноза. Однако в дальнейшем тест не подтвердил свою валидность в отношении постановки психиатрического диагноза, но имеет большую ценность как для характеристики личности испытуемого, так и для оценки его актуального состояния.

В клинике пограничных нервно-психических расстройств целесообразно использование опросника СКЛО (адаптированной в Институте им. В.М. Бехтерева версии полного текста MMPI, состоящего из 566 утверждений), а психологическая интерпретация полученных данных должна осуществляться согласно методическим рекомендациям Ф.Б. Березина и М.П. Мирошникова (1976) [3].

Методика СКЛО состоит из 566 пунктов, представленных в виде утвердительных высказываний, на которые испытуемый дает ответ «верно» или «неверно». Все вопросы группируются в 10 основных шкал: 1 шкала «Соматизация тревоги», 2 шкала «Тревога и депрессивные тенденции», 3 шкала «Вытеснение факторов, вызывающих тревогу», 4 шкала «Реализация эмоциональной напряженности в непосредственном поведении», 5 шкала «Мужественности–женственности», 6 шкала «Ригидность аффекта», 7 шкала «Фиксация тревоги и ограничительное поведение», 8 шкала «Аутизация», 9 шкала «Отрицание факторов, вызывающих тревогу. Гипоманиакальные тенденции» и 0 шкала «Социальная интроверсия». Кроме того, тест содержит 3 контрольные, «оценочные» («валидности») шкалы, позволяющие улавливать и дифференцировать различные формы искажений, влияющих на результат исследования.

2. Я-структурный тест ISTA.

Методика ISTA (от нем. *Ich-Struktur-Test nach Ammon* — Я-структурный тест Аммона) разработана немецкими психологами Г. Аммоном и И. Бурбиль (2003) на основе концепции личности Г. Аммон (1981) в соответствии с принципами динамической психиатрии. Являясь психоаналитической методикой, тест позволяет измерять бессознательные личностные образования с помощью сознательного самоотчета, поскольку в утверждениях закладывается набор ситуаций, в которых может более или менее однозначно проявиться бессознательное. В России тест был адаптирован в Институте им. В.М. Бехтерева Ю.Я. Тупицыным, В.В. Бочаровым и др. (1998) [29].

ISTA содержит 220 вопросов, которые оцениваются испытуемыми как верные или неверные по отношению к ним. Тест состоит из 18 шкал, объединенных в 6 отдельных блоков. Каждый из блоков описывает деятельность одной из 6 центральных Я-функций: агрессия, тревога/страх, внешнее Я-отграничение, внутреннее Я-отграничение, нарциссизм, сексуальность. Каждая из Я-функций описывается тремя отдельными шкалами, позволяющими оценить степень выраженности конструктивной, деструктивной и дефицитарной составляющей этих центральных личностных образований. В связи с этим все названные блоки включают конструктивную, деструктивную и дефицитарную шкалы.

3. Методика оценки психического здоровья (МОПЗ).

Методика МОПЗ была разработана в Институте им. В.М. Бехтерева Ю.Я. Тупицыным, В.В. Бочаровым, Б.В. Иовлевым, С.П. Жук (2000) и представляет собой систему психодиагностических шкал, позволяющих интегрально оценивать важнейшие показатели психического здоровья. В качестве психодиагностической методики для сбора первичной информации в МОПЗ используются показатели, полученные при помощи «Я-структурного теста ISTA».

Методика включает три первичные шкалы: «конструктивность» (А) — величина адаптационных возможностей индивида, «деструктивность» (В) — выраженность психопатологической стигматизации, «дефицитарность» (С) — степень психической реализованности личности, и два производных индекса: «индекс компенсации» (α) — выраженность психопатологической симптоматики, «индекс реализации» (β) — выраженность психического потенциала личности.

4. Многофакторный личностный опросник Р. Кетелла 16PF.

Многофакторный личностный опросник 16PF (от англ. Sixteen Personality Factor Questionnaire — опросник шестнадцати факторов личности) (форма С) является одним из наиболее распространенных анкетных методов для оценки индивидуально-психологических особенностей личности.

Методика была разработана под руководством Р. Кетелла, автора одной из наиболее влиятельных теорий личности, согласно которой люди отличаются друг от друга по набору и степени выраженности у них 16 биполярных первичных личностных черт (факторов), степень развитости которых можно измерить с помощью опросника 16PF [13]. Каждый фактор образует несколько поверхностных черт, объединенных вокруг одной центральной черты.

Часть II. Основы психотерапии

Адаптированный русскоязычный вариант опросника разработан в 1972 г. В.И. Похилько, А.С. Соловейчиком, А.Г. Шмелевым.

В практической деятельности клинического психолога опросник применяют для оценки личностного потенциала в плане управленческих свойств, стрессоустойчивости, способности к творчеству, особенностей коммуникации, склонности к риску, уровня тревожности. Существует 6 основных форм опросника: А и В (187 вопросов), С и D (105 вопросов), Е и F (128 вопросов). В российской психологической практике формы А и С — самые популярные из всех форм данного опросника.

Сокращенная форма «С» 16-факторного личностного опросника рассчитана на взрослых людей с образованием не ниже 8–9 классов и включает дополнительный параметр оценки личности, что делает методику не 16-факторным тестом, а скорее, 17-факторным. Этот вариант содержит 105 вопросов. Испытуемому предлагается занести в регистрационный бланк один из вариантов ответа на вопрос: «Да», «Не знаю», «Нет» (или «А», «В», «С»).

5. Пятифакторный личностный опросник («BigFive»).

Пятифакторный личностный опросник был разработан в 1983–1985 гг. американскими психологами R. Robert, Mc. Crae и Jr. Paul Costa В последующем опросник совершенствовался и в окончательном виде в 1992 г. был представлен тестом NEO PI-R (от англ. Revised Neuroticism–Extroversion–Openness Personality Inventory), русскоязычная адаптация которого осуществлялась на базе Ярославского государственного университета В.Е. Орлом, А.А. Рукавишниковым и И.Г. Сениным.

Опросник NEO PI-R является инструментом измерения базовых черт личности согласно пятифакторной модели (о англ. Five-Factor Model, FFM). Теоретической основой методики является фундаментальная лексическая гипотеза, выдвинутая Л. Голдбергом (1992), согласно которой понятие черт личности появилось, чтобы помочь людям категоризировать действия, принципиально важные для условий человеческого существования.

В соответствии с пятифакторной моделью личности (FFM) опросник диагностирует 5 шкал-факторов, описывающих широкие личностные диспозиции (черты): 1) экстраверсия–интроверсия; 2) самосознание, организованность; 3) готовность к согласию, сотрудничеству; 4) эмоциональная стабильность; 5) личностные ресурсы.

Известна японская версия «Большой пятерки» (5PFQ) (Heijiro Tsuji), которая была переведена и адаптирована в 2000 г. на базе Курганского государственного университета А.Б. Хромовым. В 2014 г. на базе опросника NEO-PI-R J.A. Johnson была создана новая полная версия опросника IPIP-NEO-300 и сокращенная версия IPIP-NEO-120. По актуальным (2020) материалам автором J.A. Johnson осуществлены переводы данных методик, однако валидация и адаптация на российской популяции еще не проводилась, а в качестве норм существуют только собранные им данные по гражданам Великобритании.

Пятифакторный опросник личности 5PFQ в адаптации А.Б. Хромова представляет собой текстовый набор 75 противоположных по значению стимульных высказываний, характеризующих поведение человека в типичных жизненных ситуациях, в которых наиболее

ярко проявляются его личностные черты [31]. Стимульный материал разделен пятиступенчатой оценочной шкалой Лайкерта, которая позволяет измерять степень выраженности каждого признака. Всего в опроснике 150 фраз, оценки которых группируются в 25 биполярных первичных фактора, состоящих из 6 утверждений каждый, сгруппированных, в свою очередь, в 5 обобщенных факторов.

6. Личностный опросник EPQ.

Методика EPQ (от англ. Eysenck Personality Questionnaire — Личностный опросник Айзенка) разработана Г. Айзенком на основе факторной теории типов темперамента (1968).

Русскоязычная адаптация методики выполнена А.Г. Шмелевым (1990) [32]. Опросник предназначен для изучения индивидуально-психологических черт личности с целью диагностики степени выраженности свойств, выдвигаемых в качестве существенных компонентов личности [17].

Опросник EPQ включает 101 вопрос и содержит следующие четыре шкалы (фактора): экстраверсия–интроверсия; нейротизм–стабильность; психотизм; шкала искренности.

Фактор «экстраверсия–интроверсия» биполярен и представляет характеристику индивидуально-психологического склада человека, крайние полюса которой соответствуют ориентации личности либо на мир внешних объектов (экстраверсия), либо на субъективный внутренний мир (интроверсия).

Фактор «нейротизм–стабильность» описывает свойство-состояние, характеризующее человека со стороны эмоциональной устойчивости, тревожности, уровня самоуважения и возможных вегетативных расстройств. Фактор также биполярен и образует шкалу, на одном полюсе которой находятся люди, характеризующиеся чрезвычайной устойчивостью, зрелостью и адаптированностью, а на другом — эмоциональной неустойчивостью и низкой адаптивностью.

Фактор «психотизм» не биполярен и представляет собой характеристику склонности к асоциальному поведению и неадекватности эмоциональных реакций. Его высокие значения могут свидетельствовать о затруднении в социальной адаптации.

7. Индивидуально-типологический опросник Л.Н. Собчик (ИТО).

Индивидуально-типологический опросник представляет собой личностную психодиагностическую методику, основанную на теории ведущих тенденций. Разрабатывался опросник Л.Н. Собчик с 1970 г., опубликован в 1995 г., как методическое руководство, а в 2003 г., как монография «Диагностика индивидуально типологических свойств и межличностных отношений» [27].

В основе теоретического обоснования теста — опора на врожденные свойства, которые в процессе социализации трансформируются в черты характера и затем — в особенности личности. Количественные показатели методики позволяют отграничить нормальную, уравновешенную личность от акцентуированной и дезадаптированной.

Часть II. Основы психотерапии

Индивидуально-типологический опросник содержит 91 утверждение, не вызывающее защитных реакций и настороженности со стороны испытуемых.

Пункты опросника сгруппированы в 8 основных шкал, предназначенных для оценки 4 пар полярных качеств: «экстраверсия–интроверсия», «спонтанность–сензитивность», «агрессивность–тревожность», «ригидность–лабильность». Кроме того, возможно выделение вторичных, «дериватных» качеств из сочетаний первичных качеств. Вторичных качеств также 8, и они тоже разделены на четыре пары полярных качеств: «лидерство–зависимость», «конформность–неконформность», «индивидуализм–коммуникативность» и «конфликтность–компромиссность».

Также методика содержит шкалы достоверности: «ложь» и «аггравация», позволяющие судить о надежности полученных результатов.

По результатам тестирования возможно построение круговой диаграммы, отражающей основные типологические свойства личности.

8. Личностный опросник Leonhard–Schmieschek.

Личностный опросник Леонгарда–Шмишека является реализацией типологического подхода к изучению личности и предназначен для диагностики типа акцентуации характера согласно классификации К. Леонгарда (1970).

Методика состоит из 88 вопросов, на которые требуется ответить «Да» или «Нет». Разработан также сокращенный вариант опросника.

С помощью данной методики определяют следующие 10 типов акцентуаций:

- 1) демонстративный; 2) педантичный; 3) застревающий; 4) возбудимый; 5) гипертимический; 6) дистимический; 7) тревожно-боязливый; 8) циклотимический; 9) аффективно-экзальтированный; 10) эмотивный.

Максимальный показатель по каждому типу акцентуации — 24 балла. Признаком акцентуации считается показатель выше 12 баллов. Полученные данные могут быть представлены в виде «профиля личностной акцентуации».

9. Методика определения типа личности и вероятности личностных расстройств («Персональный автопортрет личности»).

Методика определения типа личности и вероятностных расстройств данного типа используют для определения различных типов личности, степени «представленности» у испытуемых признаков того или иного типа.

Опросник разработан Дж.М. Олдхэмом (J.M. Oldham), Л.Б. Моррисом (L.B. Morris) в 1994 г. на основе диагностического и статистического руководства Американской психиатрической ассоциации четвертого пересмотра DSM-IV (от англ. Diagnostic and Static Manual of American Psychiatry association, Fourth edition).

Авторы предложили использовать опросник самостоятельно для построения индивидуального «автопортрета» личности из четырнадцати шкал и предлагают обширную описательную интерпретацию.

Согласно классификации DSM-IV, каждая черта личности может представлять собой норму, акцентуацию и расстройство. Авторы приводят следующие соответствия личностных черт и типов расстройств: 1) Добросовестный–Навязчиво-принудительный; 2) Самоуверенный–Нарциссичный; 3) Драматический–Актерский; 4) Бдительный–Параноидный; 5) Деятельный–Гиперактивный; 6) Преданный–Зависимый; 7) Отшельник–Шизоид; 8) Праздный–Пассивно-агрессивный; 9) Чувствительный–Уклоняющийся; 10) Идиосинкразический–Шизотипический; 11) Авантюрный–Антисоциальный; 12) Альтруистический–Мазохистический; 13) Агрессивный–Садистический; 14) Серьезный–Депрессивный.

Исследование отдельных индивидуально-психологических особенностей личности

1. Опросник уровня субъективного контроля (УСК).

Опросник УСК предназначен для измерения локуса контроля — психологического феномена, описанного Дж. Роттером (1954) в рамках своей теории социального научения.

Авторы русскоязычной версии опросника — Е.Ф. Бажин и соавт. разработали его исходя из принципа иерархической структуры системы регуляции деятельности (1984). Тест состоит из 44 вопросов, оцениваемых испытуемым по 6-балльной шкале от -3 до +3, в которой ответ «+3» означает «полностью согласен», «-3» — «совершенно не согласен» с данным пунктом. Из методики могут быть выделены обобщенный показатель индивидуального УСК, инвариантный к частным показателям деятельности (шкала общей интернальности Ио); два показателя среднего уровня общности (шкала интернальности в области достижений Ид и шкала интернальности в области неудач Ин); а также четыре ситуационно специфических показателя, характеризующих УСК в таких сферах жизнедеятельности, как семейная (Ис), производственная (Ип), сфера межличностных отношений (Им) и отношения к здоровью и болезням (Из).

2. Томский опросник ригидности (ТОР).

Опросник ТОР разработан в лаборатории патопсихологии НИИ психического здоровья Томского научного центра АМН СССР под руководством Г.В. Залевского (1983). Методика представляет собой опросник личности, предназначенный для диагностики и дифференцированной оценки склонности испытуемого к проявлениям ригидности и психической инертности в общем поведении. ТОР позволяет выявить психическую ригидность как устойчивую черту личности, охарактеризовать динамику ее развития в процессе жизни, а также оценить рациональный и эмоциональный компоненты отношения испытуемого к «новому» и его готовность к изменению собственного поведения в соответствии с объективными требованиями социальной жизни. С помощью ТОР можно оценить проявления психической ригидности в динамической, практической, когнитивной, эмоционально-аффективной, психосоциальной подструктурах личности.

Часть II. Основы психотерапии

Опросник состоит из 159 пунктов, которые позволяют широко охватить те ситуации, в которых от человека требуется изменить свое поведение: привычки, отношение, установки, стереотип поведения и т.д. Количественные ответы испытуемого оценивают по четырехбалльной системе в зависимости от меры наличия признака: отсутствует — 0; выражен слабо — 1; выражен сильно — 3; выражен очень сильно — 4.

Структурно ТОР представляет собой 8 шкал: 1) Симптомокомплекс ригидности (СКР), 2) Актуальная ригидность (АР), 3) Сенситивная ригидность (СР), 4) Установочная ригидность (УР), 5) Ригидность как состояние (РСО), 6) Преморбидная ригидность (ПМР), 7) Шкала реальности (ШР), 8) Шкала лжи (ШЛ).

3. Опросник для исследования личностных убеждений «Personal Beliefs Test».

Опросник «Personal Beliefs Test» разработан в Университете Хофстра (США) А. Berger, Н. Kassino (1981). В 1984 г. авторами были внесены некоторые изменения в содержание опросника, целесообразность которых была подтверждена факторным анализом. Основное назначение опросника — изучение рациональных и иррациональных идей (установок) респондентов. В основу опросника положена гипотеза А. Эллиса о том, что у людей нет прямых реакций на большинство ситуаций, но эмоциональные реакции человека зависят от того, как он воспринимает эти события; таким образом, это не события волнуют человека: раздражают, угнетают или злят его, а способ, с помощью которого он интерпретирует и осмысляет их. Выявление иррациональных установок производилось авторами оригинальной методики на группе больных неврозами.

Опросник состоит из 50 утверждений, 15 из которых выражают рациональные установки, остальные 35 — иррациональные, создающие проблемы у испытуемых. Каждое утверждение ранжируется по шестибальной шкале: 1 — полностью согласен; 2 — в основном согласен; 3 — скорее согласен; 4 — скорее не согласен; 5 — в основном не согласен; 6 — полностью не согласен. Опросник содержит пять оценочных шкал, по которым производится ранжирование типов иррациональных установок: 1) шкала «катастрофизация»; 2) шкала «самопредписание»; 3) шкала «предписание другим»; 4) шкала «низкая фрустрационная толерантность»; 5) шкала «самооценка/самоуничижение». Для последующего анализа имеет значение сумма баллов по каждой шкале в отдельности и их общая или главная сумма — показатель общей ригидности мышления.

4. Нарциссический опросник личности NPI.

Опросник NPI (от англ. Narcissistic Personality Inventory) разработан Robert N. Raskin, Calvin S. Hall (1979), J. Zimmermann (1994) на основе клинических критериев нарциссического расстройства личности NPD (от англ. Narcissistic personality disorder) согласно диагностическому и статистическому руководству Американской психиатрической ассоциации третьего пересмотра DSM-III. Опросник предназначен для измерения нарциссизма как свойства личности. Методика не является диагностическим инструментом для постановки диагноза, а предназначена для исследования субклинического или обычного выражения нарциссизма, как черты характера.

Нарциссические расстройства создают основу для развития многих психологических проблем. Более выраженные дефекты функционирования системы нарциссической регуляции приводят к возникновению психических расстройств. При этом могут развиваться нозологические формы, для которых проблематика собственной ценности является центральной (нарциссическое расстройство личности по DSM-V). Вместе с тем нарциссические расстройства могут быть амальгамированы в другие типы личностных расстройств, что придает последним качественное своеобразие, требующее учета при проведении терапии. Все это делает изучение нарциссической проблематики несомненно перспективным и актуальным не только с теоретической, но и с практической точек зрения. С момента первоначальной разработки NPI с 220 позициями, последние наиболее часто используемые версии — это NPI-40 (40 пар вопросов) и NPI-16 (16 пар слов).

5. Тест оценки нарциссизма NI.

Тест NI (от нем. Narzissmus inventar) представляет собой клинко-психологическую тестовую методику, предназначенную для выявления нарушений системы нарциссической регуляции личности, разработанную в 1988 г. F.W. Deneke и B. Hilgenstock в сотрудничестве с R. Müller и адаптированную в отделении восстановительной терапии психически больных Института им. В.М. Бехтерева Н.М. Залуцкой, А.Я. Вукс, под руководством В.Д. Вида (2003) [11].

Теоретической основой методики является психоаналитический подход, а основными понятиями, рассматриваемыми в рамках данной методики, — Self-система и нарушения ее регуляции. Понятие «Self-система», согласно современным психоаналитическим представлениям, понимается как организованная система мира человека, в центре которой стоит его собственная личность. Self-система отражает целостность личности, ее биологически-психическое единство, и в отличие от понятия «Эго» включает не только бессознательное, но осознаваемую сферу (восприятие, мышление, интеллект, память, жизненная биография, интернальная и интерперсональная проблематика и т.д.), представляя собой, таким образом, регуляторный компонент личности.

При этом под нарциссической регуляцией понимается поддержание аффективного равновесия в отношении чувств внутренней стабильности, собственной ценности, уверенности в себе и хорошего самочувствия, то есть в отношении чувства самого себя, или собственного Self.

Центральным симптомом нарушенной нарциссической системы является нестабильное чувство собственной ценности (как завышенное, так и чрезмерно заниженное), для поддержания которого человек вынужден развивать и использовать компенсаторные механизмы, к числу которых наиболее часто относят регрессию, отрицание, идеализацию, идеи могущества, приравнивание к реальности, интернализацию.

Опросник состоит из 163 утверждений, ответы на которые оценивают по шкале Ликкерта. Опросник дает возможность получить сведения по 18 основным шкалам и подсчитать нарциссический коэффициент и общий индекс функционирования Self-системы (ИФСС).

Часть II. Основы психотерапии

Использование индекса функционирования Self-системы представляет диагностическую ценность для измерения сводного количественного показателя силы личности у здоровых лиц, больных с невротическими расстройствами, расстройствами личности, психосоматическими заболеваниями, а также у больных эндогенными психозами вне острой стадии.

6. Многомерная шкала перфекционизма MPS.

Многомерная шкала перфекционизма MPS (от англ. Multidimensional perfectionism scale) представляет собой личностную диагностическую шкалу, разработанную канадскими учеными Paul L. Hewitt и Gordon L. Flett (1990), адаптированную И.И. Грачевой (2006) и предназначенную для измерения такой личностной черты, как перфекционизм, а также определения характера соотношения его составляющих у испытуемого [8].

Методика состоит из 45 пунктов, ответы на которые формируются по семибалльной шкале Ликкерта от 1 (совершенно не согласен) до 7 (совершенно согласен), и распределяются между 3 субшкалами: «перфекционизм, ориентированный на себя», отражающий склонность предъявлять чрезвычайно высокие требования к себе; «перфекционизм, ориентированный на других», отражающий тенденцию предъявлять чрезвычайно высокие требования к окружающим; «социально предписанный перфекционизм», при котором человек расценивает требования, предъявляемые к нему окружающими, как завышенные и нереалистичные. Сумма баллов, набранная испытуемым по всем трем субшкалам многомерной шкалы перфекционизма, отражает общий уровень перфекционизма, как черты личности.

Психологическая диагностика факторов риска психической дезадаптации

1. Методика «Индекс жизненного стиля» LSI.

Методика «Индекс жизненного стиля», LSI (от англ. Life style index) создана на основе психоэволюционной теории Р. Плутчика и структурной теории личности Н. Kellerman (1979), адаптирована на базе Института им. В.М. Бехтерева Л.И. Вассерманом и соавт. (2005) и предназначена для диагностики системы механизмов психологической защиты. Опросник выявляет как ведущие, основные механизмы, так и оценивает степень напряженности каждого [7].

Опросник «Индекс жизненного стиля» включает 97 утверждений, требующих ответа по типу «верно — неверно», по которому измеряют восемь видов защитных механизмов: вытеснение, отрицание, замещение, компенсацию, реактивное образование, проекцию, интеллектуализацию (рационализацию) и регрессию. Каждому из этих защитных механизмов соответствуют от 10 до 14 утверждений, описывающих личностные реакции человека, возникающие в различных ситуациях.

2. Методика Е. Нейт для определения характера копинг-поведения.

Методика была разработана Е. Хаймом (Е. Neim) (1988) и предназначена для исследования 26 ситуационно-специфических вариантов копинг-стратегий, распределенных на когнитивные, эмоциональные и поведенческие механизмы совладания. В нашей стране методика была переведена и адаптирована на базе отделения неврозов и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева В.А. Абабковым, Л.И. Вассерманом (1998).

Поведенческие копинги представлены 8 механизмами: 1) Отвлечение; 2) Альтруизм; 3) Активное избегание; 4) Компенсация; 5) Конструктивная активность; 6) Отступление; 7) Сотрудничество; 8) Обращение.

К когнитивным копинг-стратегиям относятся 10 вариантов: 1) Игнорирование; 2) Смирение; 3) Диссимуляция; 4) Сохранение самообладания; 5) Проблемный анализ; 6) Относительность; 7) Религиозность; 8) Растерянность; 9) Придача смысла; 10) Установка собственной ценности.

Эмоциональные копинг-механизмы представлены 8 вариантами: 1) Протест; 2) Эмоциональная разрядка; 3) Подавление эмоций; 4) Оптимизм; 5) Пассивная кооперация; 6) Покорность; 7) Самообвинение; 8) Агрессивность.

Виды копинг-стратегий были распределены Е. Хаймом на три основные группы по степени их адаптивных возможностей: адаптивные, относительно адаптивные и неадаптивные.

При заполнении опросника испытуемый отмечает по одному из вариантов копинг-механизмов, с помощью которых им разрешаются трудности и стрессовые ситуации. При обработке результатов в группах исследуемых определяется частота выбора конкретного варианта копинг-поведения в данной группе.

3. Опросник совладания со стрессом (COPE).

Методика представляет собой русскоязычную адаптацию опросника COPE (от англ. coping — способ совладания) (1989), созданного на основе теоретических представлений Р. Лазаруса (R. Lazarus) (1984). На русском языке методика адаптирована и валидизирована П.А. Ивановым и Н.Г. Гаранян (2010) и Е.И. Рассказовой, Т.О. Гордеевой и Е.Н. Осиным (2013).

Опросник COPE предназначен для измерения как ситуационных копинг-стратегий, которые могут быть изменчивы, так и для лежащих в основе этих стратегий личностных стилей реагирования. Изначально опросник состоял из тринадцати шкал, в дальнейшем к ним были добавлены еще две, измеряющие использование алкоголя и наркотиков, и юмора, как средств совладания.

4. Тест жизнестойкости (*The Personal Views Survey III-R*).

Тест жизнестойкости является русскоязычной адаптацией (Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И., 2006) третьей версии опросника «*The Personal Views Survey*» (Опросник личностных убеждений, 1984, 2001), предназначенного для оценки параметра «жизнестойкости» и выявления факторов, способствующих успешному совладанию со стрессом и снижению внутреннего напряжения. Жизнестойкость в рамках данного опросника определяется как «экзистенциальная смелость», позволяющая личности в меньшей степени зависеть от ситуативных переживаний, преодолевать постоянную базовую тревогу, актуализирующуюся в ситуации неопределенности и необходимости выбора. Шкала состоит из 45 пунктов и позволяет вычислить общий показатель жизнестойкости и три ее параметра: «вовлеченность», «контроль», «принятие риска».

5. Тест рисуночной фрустрации *S. Rosenzweig*.

Методика была предложена в 1945 г. С. Розенцвейгом под названием «Метод рисуночной фрустрации». В России тест был адаптирован в Институте им. В.М. Бехтерева Н.В. Тарабриной (1973, 1984) [28].

Часть II. Основы психотерапии

Методика является проективным тестом, где в качестве стимульного материала выступают 24 схематических контурных рисунка с изображением тестовых ситуаций, в которых одно действующее лицо говорит определенные слова другому, чей ответ не приводится. Согласно инструкции, испытуемый должен написать в специально отведенном квадрате первый же ответ, пришедший ему в голову.

В дальнейшем все ответы испытуемого кодируются согласно разработанному С. Розенцвейгом алгоритму, где предусматриваются 11 вариантов поведения, имеющих свое условное обозначение. Эти способы реагирования образуют три типа фрустрационных реакций: 1) тип реакции «с фиксацией на препятствии» (OD); 2) тип реакции «с фиксацией на самозащите» (ED); 3) тип реакции «с фиксацией на удовлетворении потребности» (NP), а также три направления фрустрационных реакций: 1) экстрапунитивное (E); 2) интропунитивное (I); 3) импунитивное (M). Кроме того, подсчитывается показатель GCR [англ. group conformity rating — рейтинг групповой конформности (количественная единица меры индивидуальной адаптации субъекта к своему социальному окружению)], который может быть обозначен как «степень социальной адаптации», он вычисляется путем сопоставления ответов конкретного испытуемого со «стандартными» среднестатистическими.

Психодиагностика системы отношений личности

1. Методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ).

Опросник ТОБОЛ был создан коллективом авторов в лаборатории клинической психологии Института им. В.М. Бехтерева Л.И. Вассерманом и соавт. (1987) и представляет собой клиническую тестовую методику, направленную на диагностику типа отношения к болезни согласно клинко-психологической типологии отношения к болезни, предложенной А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым (1980) [6]. Методика диагностирует 12 типов отношения к болезни: 1) Гармоничный (Г) (реалистичный, взвешенный); 2) Эргопатический (Р) (стенический); 3) Анозогнозический (З) (эйфорический); 4) Тревожный (Т) (тревожно-депрессивный и обсессивно-фобический); 5) Ипохондрический (И); 6) Неврастенический (Н); 7) Меланхолический (М) (витально-тоскливый); 8) Апатический (А); 9) Сенситивный (С); 10) Эгоцентрический (Э) (истероидный); 11) Паранойяльный (П); 12) Дисфорический (Д) (агрессивный).

2. Опросник *S. Leder* для изучения степени осознания респондентом психологических механизмов своей проблемы (исследование внутриличностных конфликтов).

Методика разработана С. Ледером (Leder S., 1990) в отделении неврозов Института психиатрии и неврологии в Варшаве, адаптирована в отделении неврозов и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева (1990) и предназначена для исследования степени осознания психологических механизмов своей проблемы и выявления внутриличностного конфликта у больных с невротическими расстройствами.

Опросник состоит из трех частей. Первая часть представляет собой шкалу для измерения степени понимания пациентом связи между выраженностью симптоматики, ситуацией и способом переживания. Она содержит перечень высказываний о причинах возможного периодического усиления симптоматики. Вторая часть опросника представляет собой шкалу, предназначенную для измерения степени понимания пациентом связи между возникновением невротических нарушений и различными психосоциальными факторами. Пациент должен выбрать одно утверждение из перечня предлагаемых высказываний первой части, отражающее его понимание причин, способствующих усилению проявлений невротических симптомов, а затем одно высказывание из второй части, соответствующее его пониманию актуальных причин заболевания невротом, а затем оценить каждое выбранное высказывание по следующей шкале: 1 — слегка подходит (оценивается в 1 балл), 2 — скорее подходит (2 балла), 3 — подходит (3 балла), 4 — полностью подходит (4 балла). Третья часть опросника состоит из «списка проблем» и представляет набор шкал для выявления и измерения степени выраженности интрапсихических конфликтов. Каждое утверждение испытуемый оценивает по пятибалльной шкале: от 0 — «совершенно верно», до 4 — «совершенно неверно».

Выявляется наличие следующих видов конфликтов: конфликт между потребностями к независимости и получению помощи, опеки, между потребностями к доминированию и подчинению, между потребностями быстрых достижений и отсутствием способности к усилию и настойчивости, между потребностью в достижениях и страхом неудач, между уровнем притязаний и уровнем реальных достижений, между стремлением к удовлетворению собственных потребностей и требованиями окружающей среды, между нормами и сексуальными потребностями, между поступками и нормами, между нормами и агрессивными тенденциями, между стремлением к достижению во всех областях и невозможностью совместить требования различных ролей, между уровнем доверенных задач и собственными возможностями, между уровнем притязаний и возможностями, между выраженной потребностью проявить себя и отсутствием позитивных усилий, между сильной потребностью быть полноценным мужчиной (полноценной женщиной) и наличием эмоционально-сексуальной неудовлетворенности.

3. Опросник I. Karler для изучения степени удовлетворенности пациента своим функционированием в различных сферах.

Методика I. Karler предназначена для изучения степени удовлетворенности респондента своим функционированием в различных сферах жизнедеятельности. Может применяться перед началом сеансов психотерапии для выявления проблемных сфер жизнедеятельности клиента.

4. Опросник для исследования межличностных проблем IIP.

Опросник IIP (от англ. Inventory of Interpersonal Problems — Перечень межличностных проблем) был создан L.M. Horowitz (1988) с целью диагностики наиболее существенных межличностных проблем у пациентов с различными нервно-психическими заболеваниями. Авторы исходили из положения о том, что понимание и решение интерперсональных трудностей является важным моментом в лечении множества расстройств, включая депрессивные и тревожные. В связи с этим опросник широко используется в психотерапии, а также с целью оценки эффективности проведенного лечения.

Часть II. Основы психотерапии

Методика содержит 64 пункта, описывающих общие межличностные проблемы, которые оцениваются по пятибалльной системе, где 0 соответствует позиция «Нет, не свойственно», 4 — «Да, свойственно». Все вопросы группируются в 8 основных шкалах: 1) Автократичность (Domineering/Controlling); 2) Конкурирующий (Vindictive/Self-Centered); 3) Холодность (Cold/Distant); 4) Социальное избегание (Socially/Inhibited); 5) Невверенность (Nonassertive); 6) Уступчивость (Overly/Accommodating); 7) Заботливость (Self-Sacrificing); 8) Экспрессия (Intrusive/Needy). Вычисляется также общий индекс выраженности межличностных проблем IIPges [от англ. group conformity rating — Рейтинг групповой конформности, IIP (количественная единица меры индивидуальной адаптации субъекта к своему социальному окружению)].

5. Проективная методика для диагностики нарушенных отношений личности «Незаконченные предложения»(НП) J.M. Sacks, S. Levy.

Метод НП Дж. Сакса (J.M. Sacks) и С. Леви (S. Levy.) (1950) представляет собой средство скрининга проблемных областей личности, которые могут быть неосознаваемыми или малоосознаваемыми [26]. Методика дает возможность сориентироваться в сфере значимых отношений испытуемого и наметить вероятные мишени для психотерапии и психокоррекции. Более конкретно предлагаемый вариант проведения и обработки НП предназначен для:

1) выявления наличия и содержания автономных аффективных комплексов; 2) выявления значимых и неблагополучных областей отношений личности; 3) исследования уровня внутриличностной адаптации/дезадаптации; 4) исследование уровня осознанности выявленных проблем и типа отношения к ним.

Основной материал методики — список из 60 незавершенных фраз, которые разбиты на 15 тем, или сфер; каждой из которых соответствует 4 предложения. В тест включены четыре области отношений: семья, секс, межличностные взаимоотношения и самовосприятие. Область семьи включает три набора установок: на мать, отца и семью в целом. Область секса включает отношение к женщинам или мужчинам как представителям общества, к браку и к сексуальным отношениям как таковым. Область межличностных взаимоотношений включает установки на друзей и знакомых, коллег по работе или по школе, начальника на работе или в школе и подчиненных. Самовосприятие включает страхи, чувство вины, нереализованные возможности и отношения к своим способностям, прошлому и будущему.

6. Тематический Ассоциативный Тест (ТАТ).

Методика представляет собой одну из старейших и наиболее распространенных проективных техник. Методика ТАТ была разработана в Гарвардской психологической клинике и опубликована Н.А. Murray и Ch. Morgan в 1935 г.

Представляет собой набор из 31 таблицы с черно-белыми фотографическими изображениями на тонком белом матовом картоне. Одна из таблиц — чистый белый лист. Обследуемому предъявляется в определенном порядке 20 таблиц из этого набора (их выбор определяется полом и возрастом обследуемого), задача испытуемого состоит при этом в составлении сюжетных рассказов на основе изображенной на каждой таблице ситуации. Тексты рассказов, составленных обследуемым, переводятся в более доступную для психологической интерпретации форму — сводную таблицу, в которую заносят результаты первичного контент-анализа. По горизонтали (в строки) таблицы заносятся результаты анализа конкретного рассказа. Строки пронумерованы в соответствии с номером картинки рассказа. Столбцы таблицы посвящены той или иной категории и подкатегориям контент-анализа. Таким образом, каждая категория (подкатегория) обработки занимает для каждого рассказа в сводной таблице собственную клетку, куда вносят соответствующие пометки, характеристики или даже фрагменты текста рассказов.

Первичная интерпретация не алгоритмизируема, поскольку работа идет с образами воображения испытуемого. Для облегчения этого процесса исследователями этой методики были предложены различные списки категорий анализа текста рассказа.

7. Проективная методика исследования самооценки Дембо–Рубинштейн.

Сотрудница Курта Левина (Kurt Z. Lewin) — Тамара Дембо (Т. Dembo) предложила использовать эту методику для исследования представления о счастье (1962). С.Я. Рубинштейн (классик отечественной патопсихологии), модифицировала эту методику для исследования самооценки (1970) и ее применения в клинике [25].

Предложенная процедура исследования самооценки основана на прямом самоотчете испытуемого, способности сознательной рефлексии, однако целый ряд диагностических параметров относится к мало осознаваемым аспектам «Я-концепции», поскольку в ходе обследования фиксируется не столько готовый, сформированный образ самооценки, сколько процесс формирования его «здесь и сейчас».

В рамках данной проективной методики заложена возможность диагностики следующих параметров формирования «Я-концепции»: высота самооценки (фон настроения); устойчивость самооценки (эмоциональная устойчивость); степень реалистичности и/или адекватности самооценки (при ее повышении); степень критичности, требовательности к себе (при понижении самооценки); степень удовлетворенности собой (по прямым и косвенным индикаторам); уровень оптимизма (по прямым и косвенным индикаторам); интегрированность осознанного и неосознаваемого уровней самооценки; противоречивость/непротиворечивость показателей самооценки; зрелость/незрелость отношения к ценностям; наличие и характер компенсаторных механизмов, участвующих в формировании «Я-концепции»; характер и содержание проблем и их компенсаций.

Психодиагностика структуры иерархии ценностей и смысловых ориентаций

1. Методика М. Рокеах «Ценностные ориентации» («The Values Scale»).

Методика изучения ценностных ориентаций «The Values Scale» создана М. Рокичем (1972) и основана на прямом ранжировании списка ценностей [22].

Автор различает два класса ценностей: терминальные (убеждения в том, что конечная цель индивидуального существования стоит того, чтобы к ней стремиться) и инструментальные (убеждения в том, что какой-то образ действий или свойств личности является предпочтительным в любой ситуации). Это деление соответствует традиционному делению по ценности-цели и ценности-средства.

Респонденту предъявляют два списка ценностей (по 18 в каждом), в которых он присваивает каждой ценности ранговый номер.

Анализируя иерархию ценностей, следует обратить внимание на их группировку испытуемыми в содержательные блоки по разным основаниям. Терминальные ценности делят на конкретные и абстрактные, ценности профессиональной самореализации и личной жизни. Инструментальные можно группировать в ценности: этические, общения, дела, индивидуалистические, конформистские, альтруистические, самоутверждения, принятия других.

Часть II. Основы психотерапии

2. Тест смысловых ориентаций (СЖО) Д.А. Леонтьева.

Данная методика представляет собой 20 симметричных шкал-вопросов, состоящих из пары целостных альтернативных предложений с одинаковым началом [15, 16]. Показатели теста включают общий показатель осмысленности жизни (ОЖ), а также пять субшкал, отражающих три конкретные смысловые ориентации и два аспекта локуса контроля.

- «Цели в жизни». Характеризует целеустремленность, наличие или отсутствие в жизни испытуемого целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу.
- «Процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни». Определяет удовлетворенность своей жизнью в настоящем, восприятие процесса своей жизни как интересного, эмоционально насыщенного и наполненного смыслом. Содержание этой шкалы совпадает с представлением о том, что единственный смысл жизни состоит в том, чтобы жить.
- «Результативность жизни или удовлетворенность самореализацией». Измеряет удовлетворенность прожитой частью жизни, оценку пройденного отрезка жизни, ощущение того, насколько продуктивна и осмысленна была прожитая ее часть.
- «Локус контроля — Я (Я — хозяин жизни)». Характеризует представление о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о ее смысле, контролировать события собственной жизни.
- «Локус контроля — жизнь или управляемость жизни». Отражает убежденность в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их, убежденность в том, что жизнь человека подвластна сознательному контролю.

Тест СЖО позволяет, таким образом, оценить «источник» смысла жизни, который может быть найден испытуемым в будущем (цели), в настоящем (процесс) или прошлом (результат), либо во всех трех составляющих жизни.

Оценка отношений и установок пациента в процессе психотерапии

Шкала стадий психотерапевтического процесса URICA.

Клинико-психологическая тестовая методика URICA (от англ. The University of Rhode Island Change Assessment Scale — Шкала стадий психотерапевтического процесса), позволяет определить стадию психотерапевтического процесса у клиента.

Поскольку психотерапия является процессом, для которого включенность клиента является крайне важной, и в силу наличия у клиента неосознанного сопротивления, исследование его отношения к психотерапии представляется очень ценным. В процессе психотерапевтической работы, сконцентрированной на решении определенной проблемы, клиент закономерно проходит четыре стадии: «отрицание», «размышление», «действие» и «сохранение».

Первоначально методика применялась для аддиктивных клиентов, но в дальнейшем, в силу универсальности психотерапевтического подхода, ее применение стало расширяться.

Следует отметить, что шкала не была адаптирована/рестандартизирована на русском языке в России, поэтому ее результаты нельзя в полной мере считать валидными и надежными. Для проведения научных исследований необходима серьезная работа по валидации методики.

Схема заключения по данным комплексного экспериментально-психологического обследования

I. Заголовок (заключение по данным экспериментально-психологического обследования Ф.И.О., возраст, дата).

II. Вводная часть.

Вводная часть к заключению представляет собой описание в свободной форме того, как работал пациент в ситуации психологического обследования: понимал ли цель и назначение исследования, как контактировал с экспериментатором, был ли мотивирован на получение содержательной информации о себе либо выполнял предложенные методики формально, старательно или неохотно выполнял задания, как относился к успехам и неудачам в ходе работы, мог ли критически оценить качество своих достижений. Указанная информация

составляет важную часть экспериментально-психологического заключения и позволяет судить о личности больного.

Также в вводной части должны быть отражены: имеющие диагностическую ценность особенности эмоционального фона, мимики, жестикуляции, голоса, позы, речи, двигательной активности, а также актуальные жалобы больного, его отношение к лечению и психотерапии, в частности, и данные анамнеза болезни и жизни. При этом психолог не должен выходить за рамки своей профессиональной компетенции, подменяя врача и вмешиваясь в тактику его работы с больным. Получение и описание психологом информации, расширяющей собственно клинические данные, должно быть тактично реализовано в ходе исследования. Схематично вводная часть к заключению должна включать:

- 1) характеристики контакта исследуемый–экспериментатор;
- 2) описание отношения испытуемого к обследованию;
- 3) описание мотива экспертизы и степени его сформированности;
- 4) описание эмоционального фона пациента, а также интенсивности и продолжительности эмоциональных реакций;
- 5) описание поведения обследуемого в процессе психодиагностического эксперимента;
- 6) характеристики мимики, жестов, позы, двигательной активности, речи больного;
- 7) оценку продуктивности и эффективности деятельности пациента в ходе обследования.

Пример вводной части к заключению. При проведении психологического обследования испытуемый охотно вступает с экспериментатором в контакт, однако ему не удается поддерживать его до окончания эксперимента. Спустя непродолжительное время от начала обследования он неожиданно прекращает выполнение методик, замыкается, принимает «зажатую позу», утверждая при этом, что ему очень трудно сосредоточиться, так как «мысли останавливаются, расплываются в голове, слова мало что значат, трудно уловить их смысл, они как будто все одинаковые». Затем работоспособность и продуктивность снова восстанавливаются. Испытуемый не заинтересован проводимым исследованием и его возможными результатами. Мотив экспертизы как таковой не формируется, но от работы с экспериментатором обследуемый не отказывается. Доброжелательная обстановка и эмоциональная поддержка не влияют на продуктивность работы, которая остается низкой на протяжении всего эксперимента, однако создают почву для формирования более доверительного контакта. Фон настроения ровный с тенденцией к понижению. Мимические проявления бедные, но иногда появляются движения похожие на гримасничанье. Движения не многочисленные, скованные. Часто исследуемый «застывает» в одной позе, фиксирует взгляд на одной точке. Голос тихий. Речь правильная, хорошо модулирована. Эмоциональные реакции средней интенсивности и продолжительности. В беседе с экспериментатором обследуемый говорит мало, но на конкретно поставленные вопросы отвечает подробно и развернуто. При проведении эксперимента пассивен, несколько заторможен. Темп работы медленный. Утомляемость незначительная. Элементы непродуктивности встречаются вне связи с утомляемостью. Отмечается невысокий уровень трудоспособности, мотивационная и волевая недостаточность.

Часть II. Основы психотерапии

III. Цель психодиагностического исследования.

Цель комплексного экспериментально-психологического обследования может быть сформулирована следующим образом: *«Целью настоящего исследования явилось получение дополнительных экспериментально-психологических сведений относительно уровня и характера протекания основных психических процессов, исследование эмоционально-поведенческой сферы, а также уточнение особенностей личности для определения актуального психологического статуса обследуемого».*

IV. Основная часть.

- А. Диагностика когнитивной сферы.
- Б. Диагностика эмоциональной сферы.
- В. Диагностика личностной сферы.
- Г. Определение психотерапевтической позиции пациента, диагностика отношения к болезни и лечению.

V. Краткое заключение с выделением наиболее существенных синдромов расстройств в когнитивной, эмоционально-личностной и поведенческой сферах в сочетании с описанием актуального психологического статуса обследуемого и постановкой ведущего ППС. Следует помнить, что резюме по данным экспериментально-психологического исследования может содержать данные о психиатрическом диагнозе, но исключительно опосредованно, только через описание структуры нарушений, выявленных в ходе эксперимента.

Современный биопсихосоциальный подход к пониманию, профилактике, лечению заболеваний определяет необходимость привлечения медицинских психологов в

полипрофессиональные бригады для участия в проведении лечебно-диагностических мероприятий с целью определения сохранных и нарушенных вследствие болезни индивидуально-психологических особенностей пациента, выделения мишеней психотерапевтического воздействия, объективизации динамики терапевтических мероприятий. Лечащим врачом назначается проведение экспериментально-психологического обследования. Выбор методов и методик психологической диагностики относится к компетенции медицинского психолога, при соблюдении требования о представлении в тексте психологического заключения испрашиваемых лечащим врачом данных. Подбор методик для проведения экспериментально-психологической диагностики пациенту осуществляется медицинским психологом индивидуально в зависимости от задач отношении конкретного пациента. Могут применяться различные шкалы, прошедшие адаптацию и валидизацию в зависимости от целей исследования. Предлагаемые выше методики можно применять факультативно, и представленный выше перечень возможных методик для проведения экспериментально-психологического обследования ими не ограничен. В современной литературе представлено большое разнообразие методик, которые позволяют психологу решать встающие перед ним задачи [1, 2, 14, 18–20, 24, 33, 38, 39, 42].

Список литературы

1. Абабков В.А., Исурина Г.Л., Мизинова Е.Б. Учение о неврозах: учебное пособие. СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2012. 175 с.
2. Батаршев А.В. Диагностика пограничных психических расстройств личности и поведения. М.: Изд-во Института психотерапии, 2004. 320 с.
3. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.Б. Методика многостороннего исследования личности в клинической медицине и психогигиене. М.: Медицина, 1976. 186 с.: ил.
4. Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ) // Методические рекомендации. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2003. 23 с.
5. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и клинических психологов. М.: Изд-во Московского психолого-социального института; Воронеж: МОДЭК, 2002. 512 с. (Серия: Библиотека психолога).
6. Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психологическая диагностика отношения к болезни: Пособие для врачей. СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. 33 с.
7. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. и др. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. 50 с.
8. Грачева И.И. Адаптация методики «Многомерная шкала перфекционизма» П. Хьюитта и Г. Флетта // Психологический журнал. 2006. Т. 27, № 6. С. 73–81.
9. Денисов А.Ф., Дорофеев Е.Д. Культурно свободный тест интеллекта Р. Кеттелла: Руководство по использованию. СПб.: Иматон, 1996. 17 с.
10. Дружинин В.Н. Психология общих способностей. 2-е изд. СПб.: Питер, 1999. (Серия: Мастера психологии).
11. Залуцкая Н.М., Вукс А.Я., Вид В.Д. Индекс функционирования Self-системы (на основе теста оценки нарциссизма): Пособие для врачей. СПб.: НИПНИ им. Бехтерева, 2003. 35 с.
12. Зейгарник Б.В. Патопсихология: учебник для академического бакалавриата. Люберцы: Юрайт, 2016. 367 с.
13. Капустина А. Многофакторная личностная методика Р. Кэттелла. СПб.: Речь, 2001. 112 с.
14. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология: учебник. М., 2004. 553 с.
15. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006. 63 с.
16. Леонтьев Д.А. Тематический апперцептивный тест. М., 2000. 254 с.
17. Личностный опросник EPI (методика Г. Айзенка) // Альманах психологических тестов. М., 1995. С. 217–224.
18. Набиуллина Р.Р., Тухтарова И.В. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция): учебное пособие. Казань, 2003. 95 с.
19. Олдхэм Дж., Моррис Л. Узнай себя. Автопортрет вашей личности. М.: Вече, 2007. 537 с.
20. Паршукова Л.П., Выбойщик И.В. Акцентуации характера: учебное пособие. 2-е изд., испр. и доп. Челябинск: ЮУрГУ, 2007. 84 с.
21. Прогрессивные матрицы Равена: Методические рекомендации / Сост. и общ. ред. О.Е. Мухордовой, Т.В. Шрейбер. Ижевск: Изд-во «Удмуртский университет», 2011. 70 с.
22. Психологические тесты. Тест «Ценностные ориентации» М. Rokeach / под ред. А.А. Карелина. Т. 1. М., 2000. С. 25–29.
23. Равен Дж.К., Равен Дж., Курт Дж.Х. Руководство к прогрессивным матрицам Равена и словарным шкалам. Раздел 1. Общая часть руководства. М.: Когито-Центр, 1997. 76 с.
24. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога: учебное пособие: В 2 кн. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ВЛАДОС, 1999. Кн. 1: Система работы психолога с детьми разного возраста. 384 с.

25. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: Практическое руководство. М.: Апрель-Пресс, Психотерапия, 2010. 224 с.
26. Сакс Дж.М., Леви С. Тест «Завершение предложений» // Проективная психология. М., 2000. С. 203–237.
27. Собчик Л.Н. Индивидуально-типологический опросник — ИТО. СПб.: Боргес, 2010. 60 с.
28. Тарабрина Н.В. Экспериментально-психологическая методика исследования фрустрационных реакций: Методические рекомендации. Л., 1984. 23 с.
29. Тупицин Ю.Я., Бочаров В.В., Алхазова Т.В., Бродская Е.В. Я-структурный тест Г. Аммона: опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне: Пособие для психологов и врачей. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1998. 70 с.
30. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к шкале реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. Л., 1976. 18 с.
31. Хромов А.Б. Пятифакторный опросник личности: учебно-методическое пособие. Курган: Изд-во Курган. гос. ун-та, 2000. 23 с.
32. Шмелев А.Г. Психодиагностика личностных черт. СПб.: Речь, 2002. 480 с.
33. Яньшин П.В. Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности. СПб.: Питер, 2004. 336 с. (Серия: Практикум по психологии).
34. Яхин К.К., Менделевич Д.М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний // Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. М., 1998. С. 545–552.
35. Angst J., Adolfsson R., Benazzi F. et al. The HCL 32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients // J. Affect. Disord. 2005. Vol. 88, N. 2. P. 217–233.
36. Beck A.T. et al. An inventory for measuring depression // Arch. Gen. Psychiatry. 1961. Vol. 4, N. 6. P. 561–571.
37. Hirschfeld R.M., Williams J.B.W., Spitzer R.L. et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire // Am. J. Psychiatry. 2000. Vol. 157, N. 11. P. 1873–1875.
38. Ghaemi S.N., Bauer M., Cassidy F. et al. Diagnostic guidelines for bipolar disorder: A summary of the International Society for Bipolar Disorders Diagnostic Guidelines Task Force Report // Bipolar Disord. 2008. Vol. 10, N. 1–2. P. 117–128.
39. Raskin R., Terry H. A principal-components analysis of the Narcissistic Personality Inventory and further evidence of its construct validity // J. Pers. Soc. Psychol. 1988. Vol. 54, N. 5. P. 890–902.
40. Sheehan D.V., Sheehan Kr. Patient-Rated Anxiety Scale (SPRAS) // Int. J. Psychiatry Med. 1983. Vol. 12. P. 243–266.
41. Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R.E. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1970.
42. Nasreddine Z.S., Phillips N.A., Bédirian V. et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment // J. Am. Geriatr. Soc. 2005. Vol. 53 N. 4. P. 695–699.

Часть II. Основы психотерапии

Глава 8. Мотивация к лечению как компонент психотерапевтического процесса

Определение понятия. Детерминация форм поведения человека является предметом исследований как в психологии, так и в смежных с ней разделах медицины — психиатрии, наркологии, психотерапии. При этом взгляд на мотивационную сферу как центральный аспект психологии, определяющий особенности деятельности человека, длительное время остается консенсусным [32]. В рамках отечественной школы «Теории отношений личности», ее мотивационно-поведенческий компонент отражает индивидуальное взаимодействие человека с реальностью, субъективно преобразует действительность и обуславливает поведение внутренними или внешними личностными факторами [26]. В данном случае мотивы-стимулы побуждают и направляют деятельность человека, а смыслообразующие мотивы определяют субъективное значение поведения [18]. Таким образом, применительно к психотерапии, именно характер сочетания мотивов-стимулов, порождаемых через опредмечивание потребности, и личностных интересов в связи с актуальной потребностью организует иерархию мотивов [20, 32], тем самым определяет качество терапевтической мотивации.

Термин «**мотивация**» принято трактовать не только как совокупность потребности и инстинктов (источников активности), но и совокупность мотивов как причин, определяющих выбор направленности поведения; а также как механизмы регуляции динамики поведения, учитывающие эмоциональные проявления, субъективные переживания (стремления, желания и т.п.) и установки субъекта. Считается, что первым автором, который ввел в научный обиход термин мотивация, был А. Шопенгауэр, который в 1813 г. использовал его в значении энергизирующего и направляющего фактора каузальности поведения человека [11]. Тем не менее, несмотря на активные и разнообразные исследования мотивации человека в рамках

психологии, философии, социологии и медицины, к настоящему времени отсутствует общепризнанная единая теория мотивации [33].

Роль терапевтической мотивации в лечебном процессе. Характер течения психических расстройств определяет необходимость продолжительного лечения пациентов не только на этапе купирования острого периода, но и по мере стабилизации состояния и/или формирования ремиссии. Не только больным эндогенными психическими расстройствами требуется длительная медикаментозная терапия [25, 53]. В поддержании приверженности лечебной программе нуждаются пациенты с аффективной симптоматикой [23, 68] и невротическими расстройствами [1, 14, 29]. При этом сочетанное влияние биологических, психологических и социальных факторов на развитие психических расстройств определяет необходимость оказания медицинской помощи в рамках целостного, биопсихосоциального подхода [13, 16]. Таким образом, собственная терапевтическая мотивация больных является, наряду с психосоциальными условиями, одним из факторов определения длительности противорецидивной терапии для эндогенных расстройств [25] и учитывается при составлении комплексной лечебной программы пациентов с невротическими расстройствами [3, 14, 24], играет особую роль в системе всей психосоциальной реабилитации [16, 42].

Вовлеченность в терапию непосредственно связана с индивидуальными мотивами пациентов в отношении лечения при широком спектре психических расстройств. Тем не менее наличие возможности и готовность получать медицинскую помощь не всегда означают достаточную собственную мотивацию следования пациентов рекомендациям врача или психолога [6, 42, 47]. Уменьшает вовлеченность пациентов с психическими расстройствами в терапевтический процесс распространенность психиатрической предвзятости и явлений стигматизации [68]. Широко распространенные нарушения критики к болезни осложняют формирование у пациентов сознательного отношения к лечению, определяя ситуации, когда продолжение терапии становится возможно лишь под влиянием значимых внешних фигур: врача, психолога или близкого окружения пациента [21, 67]. Таким образом, эффект терапевтической мотивации, энергизирующий и направляющий действия пациента в русле терапевтической программы [35], может быть достигнут не только посредством активного интереса пациентов к получению помощи, но и за счет внешнего мотивирующего давления. Консенсусные экспертные оценки мер по преодолению некомплаенса у пациентов с психическими расстройствами выдвигают на первое место включение больных в психосоциальные реабилитационные программы [65]. Здесь одной из целей является повышение мотивации пациентов к лечению [52, 53], однако само включение в терапевтическую программу требует готовности пациентов активно участвовать в реабилитационных интервенциях. Показано, что для больных с невротическими расстройствами преобладающие мотивационные сценарии в отношении лечения являются не только прогностическим фактором динамики терапии [4, 35], но и мишенью патогенетического для пациентов с невротическими расстройствами метода помощи — психотерапии [22]. Недостаточная мотивация к лечению связана с преждевременным прекращением и нарушениями режима не только медикаментозной [55], но и психотерапии [45, 64], что в целом влечет ухудшение результатов лечения [51, 66]. Таким образом, успешное включение пациентов в терапевтическую программу зависит от объективной диагностики и сфокусированной коррекции мотивационных установок больных в отношении лечения [16, 35].

Исторический обзор теорий мотивации. Первые психологические теории, призванные объяснить выбор человеком различных видов поведения, были сформулированы еще в конце XIX — начале XX вв. и исходили из того, что действия детерминированы стремлением психики как системы поддерживать состояние условного «равновесия», таким образом, модификация поведения рассматривалась как следствие и способ реакции на воздействия, нарушающие гомеостаз [37]. Среди названных позднее гомеостатическими теорий принято выделять два основных направления: поведенческой психологии и психоаналитические концепции, по-разному определяющие гетеростатические факторы и механизмы их воздействия на психику.

Часть II. Основы психотерапии

По мере накопления экспериментальных сведений становилось очевидным, что поведение человека определяется более сложными механизмами, чем классическая стимул-реакция из бихевиористских теорий. Конкретный тип реакции опосредуется интрапсихическим состоянием. Исследования Р.В. Липпера (Leeper R.W., 1935), В. Campbell, F. Sheffield (1953), R.C. Bolles (1957) показывали, что актуальные потребности могут вступать в противоречие друг с другом, а интенсивность потребности не связана напрямую с интенсивностью поиска способов ее удовлетворения, но зависит от прочих внешних обстоятельств [38]. Если подготовительные к удовлетворению потребности реакции по мнению Р. Вудворта (1918), в

основном связаны с внешними обстоятельствами среды, то есть со спецификой активации потребности, то удовлетворение потребности (консумматорные реакции) — с внутренними факторами, определяемыми субъективно ожидаемым результатом поведения.

В отечественной науке в рамках поведенческого подхода наиболее разработанной является теория функциональных систем П.К. Анохина, описывающая специфику формирования любого произвольного поведения [11]. В каждую единицу времени один из параметров потребностей человека становится ведущим в силу своей наивысшей значимости для адаптации во внешней (в том числе социальной) среде, формируя доминирующую функциональную систему (морфофункциональную, гомеостатическую, нейродинамическую, психофизиологическую). При этом другие функциональные системы либо затормаживаются, либо своей результирующей активностью способствуют деятельности доминирующей системы. Определение доминирования и субдоминирования функциональных систем основано на их биологической и социальной значимости, а также на результатах их деятельности.

Теория функциональных систем оперирует понятием «мотивация» как в узком понимании — предпосылки поведения на этапе афферентного синтеза, так и в широком смысле, как описательной концепции, объясняющей динамику и модификацию поведения. В соответствии с ней план обращения за психотерапевтической помощью, как и любое другое поведение, может быть описан как процесс взаимодействия с условиями среды (физическими, биологическими, социальными, психологическими) на основании накопленного опыта и сформированных установок (поведенческих, социально-нравственных) в ходе анализа условий и прогнозирования поведения. Реализация плана действия находится в динамическом взаимодействии с ожиданиями и корректируется по ходу своего выполнения для достижения поставленной цели оптимальным образом.

Исследования и теории формирования мотивации в рамках психодинамического направления психологии в большей степени концентрировались вокруг изучения факторов, побуждающих субъект к видоизменению поведения, то есть нарушающих состояние «равновесия». В классической теории З. Фрейда такими факторами были драйвы или влечения, а также возможность их редукции, приводящей психический аппарат к состоянию стабилизации и получению удовольствия [63]. Являясь одновременно энергетическим и аффективным понятием, влечения определялись как психическая представленность раздражителей, имеющих внутреннее телесное происхождение. Их источником рассматривались бессознательные психические процессы. Индивидуальная специфика реакций человека детерминировалась особенностями взаимодействия интрапсихических структур личности посредством более или менее адаптивных механизмов психологической защиты, продуцируемых сознанием с целью защиты (самосохранения) от социально неприемлемых влечений.

Предпочтение человеком одного из конкурирующих мотивов, по мнению У. Мак-Дауголла, реализуется иначе — через импульс подкрепления желания или когнитивного компонента, исходящий из системы самоуважения. Инстинкты или склонности американским психологом рассматривались как врожденные качества личности, определяющие избирательность восприятия и внимания, побуждающие эмоциональные и результирующие поведенческие реакции. Г.А. Мюррей (1938) целенаправленность поведения объяснял не только личностными характеристиками человека, но историей отношений личности и ее окружения [36]. Он был одним из первых исследователей, широко внедрившим в научную терминологию понятие аффилиации — потребности в социальном принятии. Потребность, в понимании Г.А. Мюррея, есть желаемый вариант взаимодействия личности и среды. Он определял потребность как гипотетический конструкт, организующий работу психики через функции восприятия и апперцепции, а также интеллект и волю [38]. Таким образом, человек становится способен произвольно влиять и трансформировать неудовлетворяющие его внешние и внутренние (интрапсихические) условия. Плоскостью взаимодействия потребности и соответствующего давления среды являются «темы», исследование которых легло в основу разработанного Г.А. Мюрреем Тематического апперцептивного теста (ТАТ), ставшего на многие годы ведущим инструментом исследования мотивационной сферы человека. Проблема выбора альтернативных форм поведения долгое время оставалась в центре внимания исследователей и изучалась в рамках не только теорий личности, но и психологии воли, эмоций, когнитивных процессов и сознания. Эти исследования объединял подход к мотивационной сфере не как к гедонистически- и гомеостатически-организованной. Их фокусом внимания становилась процессуальная сторона мотивации поведения человека. У. Джемс (1890) описывал предпочтение конкретного поведения как волевой процесс, необходимым и достаточным условием которого являлось обдумывание пути его реализации. В своих работах Н. Watt (1905) уточнил, что исходное намерение остается сознательным процессом до момента его автоматизации, а N. Ach (1905) для описания такого процесса использовал термин детерминирующая тенденция, которая, оставаясь недоступной сознанию, тем не менее управляет целевыми представлениями [38].

Широкое распространение и влияние на дальнейшие пути развития психологических исследований получила теория когнитивного диссонанса Л. Фестингера (1957). В ее основе лежит принцип согласованности когнитивных репрезентаций с условиями действительности, однако акцент сделан на ситуациях отсутствия такой сбалансированности [38]. Когнитивный диссонанс, по мнению Л. Фестингера, становится основой мотивационного эффекта, что заключается в стремлении восстановить согласованность противоречащих элементов когнитивного процесса через избирательное восприятие новой информации, целью чего является избегание потенциального диссонанса. Важный вывод из теории когнитивного диссонанса состоит также в том, что редукция диссонанса возможна при:

1) видоизменении элементов диссонансной системы;

Часть II. Основы психотерапии

2) добавлении в систему новых элементов, усиливающих одну их сторон диссонансных отношений;

3) снижении значимости элементов диссонансных отношений.

Каждый из этих подходов может быть источником формирования терапевтической мотивации при условии понимания пациентом нежелательности либо патологичности его состояния.

Логическим развитием широко известной теории поля К. Левина стала теория результирующей валентности, в которой подробно рассматривались эмоциональные последствия достижения или не достижения ожидаемых индивидом результатов. Было экспериментально подтверждено, что наиболее яркие переживания успеха и неудачи характерны для целей средней степени трудности, что, как считается, связано с наиболее сильным их влиянием на самооценку. Достижение легкой цели и неудача в труднодоступной задаче не подвергают сомнению верность оценки субъектом собственного «уровня притязаний». Напротив, высокая личностная значимость цели или ее социальные одобрение и нормативность способствуют повышению уровня притязаний в отношении ее целей. Это может породить расщепление между субъективной и социально ориентированной ценностями в случае неудачи [17] и также быть релевантным к ситуации психотерапевтического процесса. Желанный, новый стиль поведения пациента может восприниматься как труднодоступный и, таким образом, подвергаящий пациента чрезмерному риску разочарования в себе в случае терапевтической неудачи. Когнитивная теория принятия риска Дж.У. Аткинсона (1957) вводит в формулу ценности успеха и неудачи лично-зависимые переменные «мотива достижения» и «мотива избегания». По мнению Дж.У. Аткинсона, побудительность успеха и неудачи зависят только от субъективно воспринимаемой сложности задания [38].

Н. Heckhausen и J. Kuhl (1985) в рамках процессуального подхода разработали модель Рубикона, разделив весь *мотивационный процесс* на ряд стадий и описав ведущие психологические процессы в них. Первое звено характеризуется мотивационным состоянием сознания, в котором происходит анализ желаний и опасений, связанных с ними. Оно завершается формированием интенции. В ходе ожидания благоприятных условий сформированная интенция либо угасает, либо находит средства выражения. Во второй, преакционной фазе, проявляются закономерности селективного восприятия, определяемые влиянием волевых процессов на сознание, приводящие к переориентации сознания с задачи оценки реальности на реализацию активной интенции. Следующая фаза реализации интенции, акциональная — также находится в поле волевого контроля. Последняя мотивационная фаза связана с оценкой выполненного действия и его сопоставлением с ожиданиями. Важнейшим этапом *мотивационного процесса* является образование «результирующей тенденции», которая ускоряет переход интенции из подготовительной мотивационной в преакционную волевою фазу на основании личностных преддиспозиций. Граница между первой и второй фазами — Рубикон определяет отбор из всего многообразия мотивационных интенций одной-двух, принимаемых сознанием в качестве намерения. Процесс отбора связан с определением «разрешающей тенденции» необходимым ограничением количества мотивационных интенций для максимизации эффективности поведения. Акциональную фазу всегда оценивают ментальным контролем, заключающимся в определении цели, или в формулировании промежуточных целей при существенных затруднениях реализации первоначальной. Интенсивность деятельности связана также с волевой регуляцией, определяемой силой результирующей мотивационной тенденции. В постакциональной фазе результат деятельности анализируют на его соответствие цели. Случаи успеха и неуспеха подвергают каузальной атрибуции для принятия решения о прекращении деятельности, связанной с актуальной мотивационной интенцией, или возвращением к целеполаганию и анализу необходимых условий для более успешной - реализации мотивационной интенции. Важной особенностью, отличающей модель Рубикона,

является принципиальное разделение процесса поведения на стадии — мотивационную и волевою. Такой подход позже нашел широкое применение в теориях стадий изменения поведения [38], разрабатывавшихся для персонификации психотерапевтических воздействий. Залогом включенности пациента в лечебную программу в данном случае можно считать включение им психотерапии в состав актуальной мотивационной интенции — то есть перестройка мотивационной сферы личности с учетом формирования новой квази-потребности в получении медицинской помощи.

Анализируя предпосылки выбора различных вариантов поведения, Дж.Б. Роттер (1954) предположил наличие обобщенного ожидания, которое сводится к ориентации на подкрепления собственных действий за счет преимущественно внешних или внутренних, интрапсихических стимулов. Так, люди, имеющие преобладающий внешний локус контроля, относят свои достижения и неудачи к внешним обстоятельствам, а тем, для кого характерен внутренний локус контроля, напротив, свойственно приписывать достижения и неудачи себе и собственным качествам. Логичным развитием этой концепции стали теории каузальной атрибуции. Они исходили из предположения, что человек вынужден для восприятия всего многообразия происходящих событий прибегать к их классификации и причинному анализу, что позволяет экономить ресурсы внимания и мышления за счет нахождения во всем многообразии событий общих закономерностей [30].

По мнению D. Bem (1967), механизмы отнесения (атрибуции) причин событий имеют важное социальное значение, поскольку являются основой процесса самовосприятия через постоянные попытки человека объяснить свое собственное поведение, сопоставляя его с поведением других людей. Одновременно, здесь отношение к себе формируется на основании предположения о том, как будет оценено собственное поведение индивида его окружением. Таким образом, процессы каузальной атрибуции становятся важным механизмом регуляции самооценки, где ошибки атрибуции, например, могут приводить к полярным состояниям объяснения всех неудач только через собственные негативные характеристики, а успех как следствие случайного стечения внешних обстоятельств [38].

Часть II. Основы психотерапии

Еще в 20-х годах XX в. В.М. Бехтерев, описывая закономерности взаимоотношений личности и общества, отмечал ведущую роль социума в формировании поведения человека и его регуляции, где социальные ограничения действуют «в виде тормозящих условий», а различные поощрения побуждают к деятельности. По мнению В.М. Бехтерева, через знакомство с общественными нормами и подражание им поведение человека еще в детском возрасте «направляется в сторону соответствия интересам коллектива». При этом у социально зрелой личности поведение регулируется не гипотетическими или реальными «репрессиями», а привычными навыками [2].

Роль социальных факторов и классификация стимулов, побуждающих человека к различному поведению, детально описаны в наиболее авторитетной мотивационной теории — самодетерминации [62]. В соответствии с ней выделяют *внутреннюю* мотивацию (определяет деятельность на основе личных потребностей и желаний), *внешнюю* мотивацию (влияние значимых других и условий среды), *амотивацию* (деятельность без видимых причин либо против собственной воли). Ключевым здесь является подход к описанию континуума вариантов внешней мотивации. Один из них — *внешняя регуляция* — обуславливает вознаграждаемую, либо позволяющую избежать наказания деятельность. *Интроецированная (внешняя) регуляция* опосредована чувством долга, стремлением избежать чувства вины. Она подразумевает свободную деятельность, детерминированную только прямыми последствиями поведения. Когда внешние условия, побуждающие к действию, начинают согласовываться с собственными установками и потребностями человека, имеет место *интегрированная (внешняя) регуляция*. Таким образом, варианты внешней мотивации характеризуют процесс интеграции индивида в социум.

Движущей силой социализации являются врожденные потребности в самоидентификации, связи с окружением и стремление к повышению своей компетентности. При полной интеграции социальных требований в структуру личности деятельность человека может приобретать автономный характер. Повышаются уровни компетентности, эффективности, растут любопытство и интерес к новым, стимулирующим видам активности. При неполной интеграции поведение приобретает гетерономный (зависимый от внешних условий), либо неконтролируемый личностью характер (безличный локус каузальности). Соответственно, в процессе социализации у разных людей формируются преимущественные уровни мотивации: *глобальный, контекстный* или *ситуативный*. *Ситуативный* уровень мотивации определяет нестойкость поведенческих изменений, усиливает чувство ситуационной некомпетентности человека. Последние исследования в русле теории самодетерминации позволяют говорить о более сложных и менее однозначных взаимоотношениях вариантов

внешней и внутренней мотивации [8]. Предлагается выделять контролируемую и автономную мотивацию, включающую помимо внутренней еще 2 разновидности внешней — *идентифицированную* и *интегрированную* мотивации.

Соотношение количественных и качественных характеристик мотивации. На современном этапе развития психологии поведение человека принято рассматривать как результирующее действия множественных, иногда разнонаправленных мотивационных тенденций [20, 33]. Кроме рассмотрения направленности мотивов, вновь стали актуальны исследования влияния силы мотивов на итоговые показатели деятельности. Еще в 1989 г. Э. Крепелин, проводя анализ когнитивной деятельности, пришел к выводу о неравномерности работоспособности («кривая работоспособности»), при которой пиковые результаты соответствовали среднему временному отрезку всего процесса деятельности. Одним из факторов влияния на эмпирически выявленные закономерности работоспособности Э. Крепелин считал волевые процессы и воздействие побуждающих стимулов, то есть в широком понимании — мотивационные процессы [11]. Открытые в начале XX в. Н.Е. Введенским (1905) физиологические закономерности оптимума-пессимума эффективности воздействия стимулов на периферическую нервную систему на поведенческом уровне были исследованы Р.М. Иерксом, Дж.Д. Додсоном (1908) [9]. В соответствии с первым законом Иеркса–Додсона график эффективности наращивания мотивации имеет форму колокола, поэтому сверхвысокая мотивация приводит к снижению результатов деятельности. Второй закон гласит, что более сложные виды деятельности обладают более низким оптимальным уровнем мотивации. В то же время N. Ach (1910) отмечал, что задания повышенной трудности повышают волевые усилия, прилагаемые к их реализации («закон трудности»), что поднимает вопрос о сочетанном либо разнонаправленном влиянии собственно мотивационных интенций и волевых усилий человека при решении различных задач [38].

Приведенные данные свидетельствуют, что в результирующий эффект мотивационного воздействия вносят вклад различные его характеристики: интенсивность, направленность, базовые личностные характеристики (мотивационные преддиспозиции), уровень притязаний и соотношение разнонаправленных конкурирующих мотивационных интенций [20, 33]. Лишь анализ такой мультипараметрической структуры мотивации поведения наиболее приближает к пониманию динамики поведения человека, поскольку: 1) мотивация тесно связана с когнитивными и эмоциональными характеристиками индивида, структурой личности и особенностями самооценки — имеет как индивидуально-психологическую, так и социокультурную обусловленность; 2) мотивация детерминирована не только актуальными потребностями человека, но и процессами целеполагания, ожиданиями от себя и условий среды; 3) оценка мотивации требует сочетания позиций количественного и качественного анализа, причем последний должен включать учет как разнообразных источников мотивации (внутренние, интрапсихические и внешние), так и их временных характеристик, отражающих динамический характер структуры мотивации, подвергающейся трансформации в процессе деятельности [32].

Психологические особенности и оценочные модели мотивационных процессов. Развитие психических расстройств вносит существенные и нозоспецифичные изменения в мотивационные процессы пациентов. Так, Э. Кречмер (1928) ядром клинической картины истерических реакций выделял желание признания, демонстрации своих преимуществ, эгоцентризм, хотя известно, что В. Макдугалл (1916), Х.А. Мюррей (1938) рассматривали потребности в самопрезентации и демонстративности в качестве базовых [7]. В.Н. Мясищев, анализируя различия в отношении к труду, приходил к выводу, что для больных истерией характерна субъективно-личностная диспропорция в уровне притязаний, связанная с самооценкой, чувством неполноценности, стремлением к самоутверждению, отношением к работе как средству повышения престижа личности. Для больных с неврастениями субъективно-личностная тенденция балансируется объективно-принципиальной тенденцией — сознанием значимости работы, общественной ответственностью, требовательностью к себе, однако здесь уровень притязаний систематически не соответствует личностным ресурсам пациента. Наконец, у пациентов с психастенией диспропорция смещается к сугубо объективно-принципиальному полюсу притязаний. Количественные характеристики притязаний, по мнению В.Н. Мясищева, могут определять клинические варианты психогенных нарушений: высокие, скрытые, отсутствующие притязания характерны соответственно для агрессивного-стенического, мягко агрессивного и астено-абулического типов истерии [27].

Часть II. Основы психотерапии

М. Peterson и К. Seligman (1984) была прослежена взаимосвязь преобладающего типа атрибуции у депрессивных пациентов. Они оказались склонны определять временные

трудности и неудачи константными личностными и ситуационными факторами, то есть имели пессимистичный стиль объяснения событий [19]. В литературе есть указания на другие изменения в мотивационной структуре больных депрессией: установлено преобладание над деятельными социально-нравственными мотивов, выявлены сложности в ситуационной ориентировке и актуализации альтернативных стратегий социального поведения. Мотивации таких пациентов свойственна ригидность, затрудненность динамических перестроек, терминальные цели являются утрированно конформными [10].

Оценочные модели мотивации к лечению. При отсутствии общепринятой теории мотивации и высокой практической потребности в прогнозе поведения пациентов в ходе терапевтического процесса, было разработано большое количество моделей с различными подходами операционализации мотивационного конструкта. В получивших название мотивационных, или моделей континуума, опора на произвольные, но значимые для конкретных клинических задач интрапсихические и средовые параметры, позволяла оценивать мотивацию испытуемых. Существенная редуцированность здесь сочеталась с приемлемыми уровнями погрешности, что делало мотивационные процессы доступными для сопоставления, коррекции и, главное, — прогнозов поведения [31, 57].

Модель убеждений о здоровье А. Розенстока (1974) включает 6 факторов: воспринимаемая уязвимость, воспринимаемая тяжесть, воспринимаемая выгода, воспринимаемые барьеры, мотивация к здоровью (совершение действий, способствующих здоровью), стимулы к действию. Считается, что вероятность желательного поведения выше, если человек чувствует угрозу (воспринимаемые уязвимость и тяжесть), а выгоды здорового поведения превосходят трудности. При высокой степени влияния отдельных факторов модели на прогноз поведения, ее общий прогностический эффект достигает уровня $r < 0,21$.

Теория мотивации защиты Р.В. Роджерса (1983) исходит из позиции, что поведение, направленное на здоровье, является следствием копинг-стратегий, отвечающих на стресс (болезнь). Оценка угрозы в этой модели операционализирована также через восприятие тяжести, серьезности риска, связанного с болезнью, и собственной уязвимости. Второй компонент модели — оценка совладания, описываемая через восприятие эффективности поведения и уверенности в собственных возможностях действовать необходимым образом. Средний уровень корреляции между показателями мотивации защиты и соответствующим поведением составляют $r = 0,40$.

Социально-когнитивная теория А. Бандуры (1986) ориентирована на оценку самоэффективности и ожидания результата — как от собственных действий субъекта, так и от окружающих условий. Тем не менее ведущая роль здесь отводится конструкту самоэффективности.

Модель информации — мотивации — поведенческих навыков по Дж.Д. Фишер, В.А. Фишер (1992) опирается на параметры, включенные в ее название. Мотивация здесь рассматривается одновременно как личностная, так и социальная характеристика, а прогноз поведения находится в зависимости от информированности человека и его актуальных навыков.

Теория запланированного действия согласно работам I. Ajzen (1991) и I. Ajzen, M. Fishbein (1980) является одной из самых распространенных среди континуальных моделей прогноза поведения, связанного со здоровьем. Прогноз поведения в ней осуществляется через анализ силы намерения выполнять деятельность, связанную со здоровьем. Последняя, в свою очередь, зависит от установок (положительное или отрицательное отношение к поведению), субъективных норм (представления о мнении окружения) и воспринимаемого поведенческого контроля (затруднения, связанные с поведением). Применение модели позволяет предсказывать около 40% намерений, которые, в свою очередь, совместно с воспринимаемым поведенческим контролем предсказывают около 30% вариантов поведения.

Очевидно, что само намерение изменить поведение не гарантирует начало активного действия, вероятность которого по данным литературы составляет $r = 0,53$ или 28% вариантов поведения [31]. В высокой степени произвольная комбинация оцениваемых переменных, эффект большинства из которых опосредован именно через намерение к поведению, определяет средние прогностические показатели мотивационных моделей.

Деятельность субъекта в рамках *теории отношений* В.Н. Мясищева помимо эмоционального и когнитивного компонентов отношения также опосредуется мотивационно-поведенческим [12]. Дуализм последнего компонента объективирует известную закономерность:

существующие стереотипы поведения реализуются в актуальном поведении человека легче, чем новые, несмотря на их возможно большую мотивационную детерминированность [33, 56]. Вероятно поэтому комплаентные в прошлом пациенты с психическими расстройствами чаще оказываются привержены текущей терапии. Актуальность прицельного анализа привычек пациентов в отношении своего здоровья отражает среди основных подходов - операционализации мотивационного конструкта отдельное направление — модели активации поведенческих стереотипов (модели прайминга). Они описывают характерные

поведенческие реакции, посредством которых пациент склонен чаще всего реагировать на изменяющиеся условия [57, 58]. Модели прайминга конкретизируют на поведенческом уровне механизмы влияния источников мотивации на деятельность человека и, зачастую, служат дополнением к ним [31].

Примером, демонстрирующим необходимость поиска дополнительных предикторов поведения пациентов в ходе терапии, не ограниченных намерением лечиться, является апробация теоретической структуры *Интегративной модели мотивации* к лечению. Модель, основанная на описанной ранее *теории запланированного действия* [46], постулирует, что включенность пациента в лечебный процесс, его психосоциальное функционирование и качество жизни полностью опосредованы мотивацией к лечению. Последняя, в свою очередь, определяется эмоциональными и когнитивными предикторами: воспринимаемым внешним давлением, уровнем дистресса, осознанием проблемы, воспринимаемой стоимостью лечения, ожидаемым результатом лечения, а также воспринимаемым удобством лечебного режима. Однако среди обследованных пациентов с тяжелыми психическими расстройствами включенность в лечебный процесс была опосредована не только мотивацией к лечению, но и напрямую детерминировалась воспринимаемым внешним давлением [47]. Выраженность дистресса также непосредственно определяла уровень психосоциального функционирования пациентов и их качество жизни.

Часть II. Основы психотерапии

Альтернативные континуальным моделям теории стадий получили широкое распространение, поскольку в отличие от ориентировки на прогностические задачи изначально создавались для более эффективного оказания помощи и постулировали необходимость ее временной дифференциации на основе стадий изменений поведения человека [63].

Неоднозначные оценки роли мотивационных процессов в различных направлениях психологии, неопределенное количество факторов, определяющих особенности ее структуры, а также трудности оценки их удельного веса в результирующей структуре мотивации поведения человека стали предпосылками для создания *транстеоретической модели* [59]. Специфичные качественные различия в эмоциональных реакциях, когнитивных установках и поведенческих паттернах пациентов, получавших разные виды психотерапии, были систематизированы в 5 стадий изменения любого поведения. Модель определяет очередность смены этапов от предобдумывания, обдумывания, подготовки изменения, к активному действию и поддержанию изменений. На каждой из стадий были определены факторы исходов: оценка преимуществ и необходимых затрат для совершения изменений (баланс решения), уверенность в собственной способности к новому поведению (самоэффективность) и соблазн возврата к старому поведению. В зависимости от преобладания критериев исхода смена стратегий поведения человека происходит по спирали: с поочередным переходом от ранних стадий к более поздним, либо через возвращение к предыдущим этапам на фоне приобретенного нового опыта.

В соответствии с *транстеоретической моделью* на каждой из стадий преобладают те или иные динамические процессы изменений: 1) рост осознания; 2) облегчение; 3) социальное освобождение; 4) переоценка собственной личности; 5) переоценка окружения; 6) перевоспитание; 7) контроль поведенческих стимулов; 8) управление подкреплением; 9) самоосвобождение; 10) помогающие взаимоотношения. Первые пять процессов преимущественно характеризуют изменения когниций пациента в отношении референтного поведения, последние — отражают поведенческие реакции [44, 59].

Транстеоретической моделью постулируется, что дифференцированное применение психотерапевтических интервенций в зависимости от актуальной терапевтической ситуации позволяет сделать процесс изменения поведения менее ресурсозатратным и более эффективным за счет использования специфичных стадиям модели приемов. Наиболее широкое распространение транстеоретическая модель получила в работе с пациентами с аддиктивной патологией [49], лицами с делинквентным поведением [43], страдающими обсессивно-компульсивным расстройством [66], нарушениями питания [48], личностными и тревожными [45, 64], соматопсихическими расстройствами [51]. Растущее число исследований описывают ее использование у пациентов с тяжелыми психическими расстройствами, преимущественно за счет широкого распространения техник мотивационного интервьюирования, в основе которых лежит концепция стадийности изменений поведения транстеоретической модели.

Наиболее трудноразрешимым в ситуации широкого применения модели является вопрос диагностики стадии, на которой находится пациент. Только корректное определение стадии позволяет применять специфичные терапевтические интервенции [44]. При этом растущее количество исследований объективирует ситуацию, когда однозначного определения стадии

достичь невозможно, а в поведении человека проявляются черты различных этапов изменения в отношении одного или нескольких процессов деятельности [15, 44, 63]. Допущение факта, что человек может находиться сразу на нескольких стадиях изменения поведения, повышает роль оценки критериев исхода и процессов изменения [44]. Психическое расстройство оказывает значительное влияние на структуру отношений человека, ее сущностные и компонентные составляющие [12], определяет перестройку иерархии мотивов, которые могут утрачивать побудительные свойства и вступать в противоречие, ослабляя общую мотивацию к лечению [35]. Снижение мотивации к лечению при обращении в психотерапевтические и психиатрические центры демонстрируют больные с расстройствами личности по сравнению с пациентами без личностной патологии. Более высокие уровни терапевтической мотивации у них коррелируют с выраженностью дистресса, обусловленного симптоматикой [41]. Специфическими предикторами более высокой мотивации к лечению у пациентов пожилого возраста с тяжелыми психическими расстройствами являются нереализованные потребности в дневной активности и нарушения поведения.

Дополнительным фактором усугубления мотивационных нарушений может являться низкий уровень дифференцированности принятия решений в области здоровья при их мультифакторном характере [43, 45]. По-видимому, позиция «отказа от лечения» не является простой противоположностью согласию на терапию, поскольку в российской популяции минимально связана с опорой на мнение врача или автономным принятием решений в ситуации соматического заболевания [30]. Эти данные подчеркивают роль качества мотивации в результирующем эффекте поведения, связанного со здоровьем [20]. В психиатрии, психотерапии и медицинской психологии наибольшее распространение получили модели континуума и процессуальные модели мотивации [31]. Первые основаны на анализе интра- и интерпсихических источников мотивации поведения человека. В них существенным является принципиальное разделение внешней и внутренней мотиваций в зависимости от их эффективности в отношении референтного поведения [39]. Внешняя описывается как основанная преимущественно на давлении внешних обстоятельств, внутренняя — базируется на придаваемых человеком субъективных смыслах собственного поведения. Процессуальные модели мотивации постулируют принципиальную этапность процесса формирования нового поведения через ограниченное число стадий, где — отражаются динамический характер мотивации во времени и нарастание осознанности новых стратегий поведения. Отдельным теоретическим направлением психологии мотивации являются модели активации поведенческих стереотипов (прайминга), описывающие характерные поведенческие реакции, посредством которых пациент склонен чаще всего реагировать на изменяющиеся условия [57]. Модели прайминга конкретизируют на поведенческом уровне механизмы влияния источников мотивации или ее стадий на деятельность человека.

Часть II. Основы психотерапии

На практике необходима четкая методологическая дифференцировка поведенческих эффектов мотивации к лечению. Включение в терапию согласия на госпитализацию, пассивное или активное участие в лечебном процессе, длительное следование рекомендациям, по-видимому, могут являться различными поведенческими коррелятами особенностей структуры комплаенса больных [42, 46], которая также подвержена изменениям с течением времени [47]. Именно поэтому отсутствие сотрудничающей позиции на одном из этапов заболевания не предопределяет динамику показателей мотивации к лечению в дальнейшем [50].

Адекватная оценка терапевтической мотивации у пациентов с психическими расстройствами представляет существенные трудности [33, 44]. Как врачи, так и пациенты допускают здесь существенные субъективные искажения. Медицинские специалисты склонны занижать мотивацию больных к лечению или искажают ее в сравнении с самоотчетами пациентов [54], но переоценивают отношение пациентов к лечению по результатам проведенной терапии; выше оценивают удовлетворенность больных лечением при проведении реабилитационных интервенций [28]. Независимо от клинического опыта врачей их континуальные оценки структуры мотивации пациентов к лечению высоко коррелируют с самоотчетами больных, однако лишь в 50% случаев категориальные оценки мотивации у пациентов и врачей совпадают. В то же время результаты самоотчетов больных о намерениях по изменению поведения являются лишь слабыми или средними по мощности предикторами будущего поведения [58]. Вероятно, ни врачи ни пациенты не осознают сложный характер структуры мотивации поведения человека. Они оценивают лишь один из ее параметров — силу мотивации, без учета всего спектра источников и типов мотивации: случайного выбора варианта поведения и/или привычного поведенческого стереотипа (амотивации); внешней

мотивации, определяемой давлением среды и окружения; внутренней мотивации к лечению, согласующейся с личностными смыслами и жизненными целями. Сложившаяся в настоящее время ситуация обуславливает необходимость использования специального психометрического инструмента для оценки мотивации к лечению у пациентов с психическими расстройствами.

Большинство из используемых в настоящее время психометрических инструментов тяготеют к исключительно количественной или качественной оценке мотивации к лечению. При этом данные ряда исследований с параллельным применением нескольких альтернативных инструментов оценки мотивации больных к лечению свидетельствуют о частичной внутренней и внешней валидности используемых методик [48, 54]. Лишь один из множества разработанных для оценки мотивации больных к лечению опросников самоотчета — URICA (от англ. University of Rhode Island Change Assessment — Оценка изменений Университета Род-Айленда) имеет валидизированную русскоязычную версию [15]. Метод основан на транстеоретической модели и его задачей является определение стадии готовности пациента к изменению проблемного поведения. Преимуществом данной методики является возможность планирования структурированной психотерапевтической работы, направленной на дальнейшее укрепление выявленной с помощью инструмента «стадии» мотивации пациента и переход к более высоким стадиям.

Наиболее существенным ограничением применения самоопросников пациентов для оценки их мотивации к лечению, доказавших в последние годы свою внутреннюю валидность, является недостаточная внешняя валидность психометрических инструментов [5, 44], связанная с проблемой субъективности восприятия пациентами ситуации болезни [61].

Индивидуальные искажения отношения к лечению у пациентов с психическими расстройствами определяют мотивационным уровнем их внутренней картины болезни [12, 33, 40]. Одним из способов преодоления перечисленных ограничений является комбинация интер- и интраперсонального подходов при разработке психометрического инструмента, а также многоступенчатая процедура его внешней валидации [60]. Для русскоязычной популяции пациентов с этой целью может быть использован Опросник оценки мотивации к лечению [34], разработанный в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Использование мультипараметрического подхода для исследования терапевтической мотивации пациентов с психическими расстройствами при помощи инструментов объективной оценки их мотивации позволяет уйти от редуccionистской, субъективной и лишь количественной оценки без учета всего спектра источников и путей реализации мотивации к лечению. Это делает доступными анализу взаимосвязи отношения пациентов к ситуации болезни и формирующейся у них установки на терапию. Учет не только интенсивности, но и внутренней структуры мотивации к лечению позволяет прогнозировать возможные нарушения комплаенса и проводить сфокусированные психотерапевтические интервенции с целью коррекции отношения больных к лечению.

Список литературы

1. Баделоу Б., Зохар И., Холландер Е. и др. Рекомендации Всемирной Федерации Обществ Биологической Психиатрии (WFSBP) по фармакотерапии тревоги, обсессивно-компульсивного и посттравматического расстройства // Современная терапия психических расстройств. 2012, № 3. С. 38–44.
2. Бехтерев В.М. Избранные работы по социальной психологии. М.: Наука, 1994. 398 с. (Серия: Памятники психологической мысли).
3. Бочаров В.В., Васильева А.В., Полторак С.В. Соотношение психотерапии и психофармакотерапии при пограничных нервно-психических расстройствах в зависимости от мотивационных сценариев пациентов // Вестник психотерапии. 2013, № 46 (51). С. 36–49.
4. Васильева А.В., Бочаров В.В., Сарайкин Д.М. Мотивация и качество жизни при невротических и личностных расстройствах // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2012, № 8. С. 8–24.
5. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Дискуссионные вопросы концептуализации и методологии исследования качества жизни в медицине // Сибирский психологический журнал. 2007, № 26. С. 112–119.
6. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. 3-е изд., перераб. и доп. СПб.: Питер, 2008. 512 с.
7. Вилюнас В.К., Кравченко А.С. Мотивация демонстративного поведения // Современная психология мотивации / под ред. Д.А. Леонтьева. М.: Смысл, 2002. С. 122–151.
8. Гордеева Т.О. Теория самодетерминации: настоящее и будущее. Часть 1: Проблемы развития теории [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электронный журнал. 2010, № 4 (12). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 29.10.2018).
9. Готтсданкер Р. Закон Иеркса-Додсона: исследование научения и определение оптимального уровня его стимуляции // Общая психология. Тексты: В 3 т. Т. 2: Субъект деятельности. Кн. 2 / Отв. ред. В.В. Петухов. М.: УМК «Психология»; Московский психолого-социальный институт, 2004. С. 249–254.

10. Драгунская Л.С. Мотивация, социальная поддержка и депрессия // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1987. Т. 87, № 9. С. 1387–1391.
11. Ильин Е.П. Психофизиология состояний человека. СПб.: Питер, 2005. 412 с.
12. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психология отношений. Концепция В.Н. Мясищева и медицинская психология. СПб.: Сенсор, 1999. 76 с.
13. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. Л.: Медицина, 1978. 232 с.
14. Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторак С.В. Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2016, № 4. С. 42–52.
15. Клиническая психология: учебник. 3-е изд. / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2007. 960 с.
16. Коцюбинский А.П. Многомерная (холистическая) диагностика в психиатрии (биологический, психологический, социальный и функциональный диагнозы). СПб.: СпецЛит, 2017. 285 с.
17. Левин К. Динамическая психология: Избранные труды: пер. с нем. и англ. Д.А. Леонтьева, Е.Ю. Патяевой. М.: Смысл, 2001. 572 с.
18. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. 2-е изд. М.: Политиздат, 1977. 304 с.
19. Леонтьев Д.А. Перспективы неклассической психодиагностики [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электронный научный журнал. 2010, № 4 (12). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 29.10.2018).
20. Леонтьев Д.А. Понятие мотива у А.Н. Леонтьева и проблема качества мотивации // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. 2016, № 2. С. 3–18.
21. Лутова Н.Б., Петровская И.Н., Вид В.Д. Сознание болезни и комплаенс больных психозами // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2014, № 1. С. 10–15.
22. Лысенко И.С., Караваева Т.А. Определение психотерапевтических мишеней на основе особенностей мотивационных тенденций у больных с разными типами невротических расстройств // Вестник психотерапии. 2015, № 53 (58). С. 7–19.
23. Мазо Г.Э., Незнанов Н.Г. Депрессивное расстройство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 112 с.
24. Метод определения мотивационных сценариев для выбора оптимального взаимодействия психотерапевта и пациента и планирования психотерапии при пограничных нервно-психических расстройствах: методические рекомендации / НИПНИ им. В.М. Бехтерева; Б.Д. Карвасарский, Д.М. Сарайкин, А.В. Васильева и др. СПб., 2011. 30 с.
25. Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., Алфимов П.В. Алгоритмы биологической терапии шизофрении // Современная терапия психических расстройств. 2014, № 1. С. 27–36.
26. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Л.: Изд-во ЛГУ, 1960. 426 с.
27. Мясищев В.Н. Работоспособность и болезни личности / В. Н. Мясищев // Хрестоматия по патопсихологии: учебное пособие / Сост. Б.В. Зейгарник, А.П. Корнилов, В.В. Николаева. М.: Изд-во МГУ, 1981. С. 36–48.
28. Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Проблема комплаенса в клинической психиатрии // Психиатрия и психофармакология. 2004. Т. 6, № 4. С. 159–162.
29. Полторак С.В., Караваева Т.А., Васильева А.В. Изменение соотношения психотерапии и фармакотерапии при невротических расстройствах во второй половине XX и начале XXI веков // Вестник психотерапии. 2013, № 47 (52). С. 29–37.
30. Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш. Апробация методик диагностики локуса контроля причин болезни и лечения и самоэффективности в отношении лечения // Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология. 2016. Т. 9, № 1. С. 71–83.
31. Рассказова Е.И., Иванова Т.Ю. Мотивационные модели поведения, связанного со здоровьем: Проблема «Разрыва» между намерением и действием // Журнал Высшей школы экономики. 2015. Т. 12, № 1. С. 105–130.
32. Семенова Н.Д. Повышение уровня мотивации при шизофрении: использование внутренних подкрепляющих свойств когнитивной стимуляции // Социальная и клиническая психиатрия. 2012, № 1. С. 80–87.
33. Семенова Н.Д., Фурсов Б.Б. К вопросу о психодиагностике мотивации в психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации шизофрении. Ч. I // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 1. С. 34–39.
34. Сорокин М.Ю., Лутова Н.Б., Вид В.Д., Макаревич О.В. Метод системной оценки мотивации к лечению у больных психическими расстройствами. Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы: Сборник методических рекомендаций / Сост. Н.В. Семенова; под общ. ред. Н.Г. Незнанова. Вып. 3. СПб.: КОСТА, 2020. 432 с.
35. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. Л.: Медицина, 1984. 191 с.
36. Фрэнкин Р. Мотивация поведения: биологические, когнитивные и социальные аспекты: пер. с англ. 5-е изд. СПб.: Питер, 2003. 651 с.
37. Фурсов Б.Б. Проблема мотивации и ее нарушений при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 4. С. 91–100.

38. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность: пер. с нем. 2-е изд. СПб.: Питер; М.: Смысл, 2003. 860 с.
39. Чирков В.И. Самодетерминация и внутренняя мотивация поведения человека // Вопросы психологии. 1996, № 3. С. 116–132.
40. Ялтонский В.М. Теоретическая модель мотивации к лечению зависимости от психоактивных веществ // Вопросы наркологии. 2009, № 6. С. 68–76.
41. Beek N.V., Verheul R. Motivation for treatment in patients with personality disorders // J. Pers. Disord. 2008. Vol. 22, N. 1. P. 89–100.
42. Chapman S.C.E., Horne R. Medication nonadherence and psychiatry // Curr. Opin. Psychiatry. 2013. Vol. 26, N. 5. P. 446–452.
43. Cohen P.J., Glaser B.A., Calhoun G.B. et al. Examining readiness for change: A preliminary evaluation of the University of Rhode Island Change Assessment with incarcerated adolescents // MECD (Measurement and Evaluation in Counseling and Development). 2005. Vol. 38. N 1. P. 45–62.
44. DiClemente C.C., Nidecker M., Bellack A.S. Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders // J. Subst. Abuse Treat. 2008. Vol. 34, N. 1. P. 25–35.
45. Dozois D.J. et al. Stages of change in anxiety: psychometric properties of the University of Rhode Island Change Assessment (URICA) scale // Behav. Res. Ther. 2004. Vol. 42, N. 6. P. 711–729.
46. Drieschner K.H., Lammers S.M.M., van der Staak C.P.F. Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept // Clin. Psychol. Rev. 2004. Vol. 23. P. 1115–1137.
47. Jochems E.C., Duivenvoorden H.J., van Dam A. et al. Testing the Integral Model of treatment motivation in outpatients with severe mental illness [Electronic resource] // Motiv. Emot. 2018. Vol. 42. P. 816–830. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11031-018-9708-0>.
48. Jordan P.J., Redding C.A., Troop N.A. et al. Developing a stage of change measure for assessing recovery from anorexia nervosa // Eat. Behav. 2003. Vol. 3, N. 4. P. 365–385.
49. Kinnaman J.E., Bellack A.S., Brown C.H., Yang Y. Assessment of motivation to change substance use in dually-diagnosed schizophrenia patients // Addict. Behav. 2007. Vol. 32, N. 9. P. 1798–1813.
50. Kortrijk H.E., Staring A.B., van Baars A.W., Mulder C.L. Involuntary admission may support treatment outcome and motivation in patients receiving assertive community treatment // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2010 Vol. 45, N. 2. P. 245–252.
51. Mander J., Schaller G., Bents H. et al. Increasing the treatment motivation of patients with somatic symptom disorder: Applying the URICA-S scale [Electronic resource] // BMC Psychiatry. 2017. Vol. 17, N. 1. P. 240. URL: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1400-5>.
52. Manthey T.J., Blajeski S., Monroe-DeVita M. Motivational interviewing and assertive community treatment: A case for training ACT teams // Int. J. Psychosoc. Rehabil. 2012. Vol. 16, N. 1. P. 5–16.
53. McDonagh M.S., Dana T., Selph S. et al. Treatments for schizophrenia in adults: A systematic review // Comparative Effectiveness. Review No. 198. (Prepared by the Pacific Northwest Evidence-based Practice Center under Contract No. 2902015-00009-I.) AHRQ Publication No. 17 (18)-EHC031-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2017. 534 p.
54. Mulder C.L., Jochems E., Kortrijk H.E. The motivation paradox: higher psychosocial problem levels in severely mentally ill patients are associated with less motivation for treatment // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2014. Vol. 49, N. 4. P. 541–548.
55. Noordraven E.L., Wierdsma A.I., Blanken P. et al. Depot-medication compliance for patients with psychotic disorders: The importance of illness insight and treatment motivation // Neuropsychiatr. Dis. Treat. 2016. Vol. 12. P. 269–274.
56. Ouellette J.A., Wood W. Habit and intention in everyday life: The multiple processes by which past behavior predicts future behavior // Psychol. Bull. 1998. Vol. 124, N. 1. P. 54–74.
57. Pechmann C. A comparison of Health Communication Models: Risk learning versus stereotype priming // Mediapsychology. 2001. Vol. 3. P. 189–210.
58. Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models / Eds M. Conner, P. Norman. Buckingham: Open University Press. 1995. 230 p.
59. Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J.C. In search of how people change: Applications to addictive behaviors // Am. Psychol. 1992. Vol. 47, N. 9. P. 1102–1114.
60. Redding C.A., Maddock J.E., Rossi J.S. The sequential approach to measurement of health behavior constructs: Issues in selecting and developing measures // Calif. J. Health Promot. 2006. Vol. 4, N. 1. P. 83–101.
61. Roe D., Lachman M. The subjective experience of people with severe mental illness: A potentially crucial piece of the puzzle // Isr. J. Psychiatry Relat. Sci. 2005. Vol. 42, N. 4. P. 223–230.
62. Ryan R.M., Deci E.L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being // Am. Psychol. 2000. Vol. 55, N. 1. P. 68–78.
63. Ryan R.M., Lynch M.F., Vansteenkiste M., Deci E.L. Motivation and autonomy in counseling, psychotherapy, and behavior change: A look at theory and practice // Couns. Psychol. 2011. Vol. 39. P. 193–260.

64. Soler J., Trujols J., Pascual J.C. et al. Stages of change in dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder // Br. J. Clin. Psychol. 2008. Vol. 47. Pt 4. P. 417–426.
65. Velligan D.I., Weiden P.J., Sajatovic M. et al. Strategies for addressing adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: Recommendations from the expert consensus guidelines // J. Psychiatr. Pract. 2010. Vol. 16. P. 306–324.
66. Vogel P.A., Hansen B., Stiles T.C., Götestam K.G. Treatment motivation, treatment expectancy, and helping alliance as predictors of outcome in cognitive behavioral treatment of OCD // J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry. 2006. Vol. 37, N. 3. P. 247–255.
67. Yanos P.T., Roe D., Lysaker P.H. The impact of illness identity on recovery from severe mental illness // Am. J. Psychiatr. Rehabil. 2010. Vol. 13, N. 2. P. 73–93.
68. Yatham L.N., Kennedy S.H., Parikh S.V. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder // Bipolar Disord. 2018. Vol. 20, N. 2. P. 97–170.

Часть II. Основы психотерапии

Глава 9. Защитные механизмы и сопротивление терапии

Понятием «психологическая защита» объединяется совокупность бессознательных психических механизмов, направленных на уменьшение или устранение из сознательной части Эго неприятных, опасных, негативных или деструктивных интрапсихических содержаний или внешних стимулов. Вместе с тем именно защитные механизмы осложняют терапию и именно они ответственны за сопротивление терапии.

В качестве уточняющего определения следует добавить, что «защитами» именуются любые механизмы, которые Эго может использовать при конфликтах, как отмечал Фрейд, «возможно, даже ценой невроза». Под конфликтами в данном случае понимают прежде всего конфликты между Эго (с одной стороны) и Супер-Эго и/или Оно (с другой). Некоторые механизмы также могут использоваться для защиты от реальных или воображаемых опасностей, исходящих от внешнего мира. В качестве таких «внешних опасностей» следует упомянуть различные формы негативной для личности информации, в том числе интрапсихической природы, неприемлемые оценки и самооценки.

В большинстве случаев речь идет о защите от внутреннего возбуждения и неприемлемых влечений (Оно), а также представлений (мыслей, воспоминаний или фантазий), причастных к этому влечению. Самостоятельную группу составляют ситуации, провоцирующие психическое возбуждение и неприемлемые влечения, нарушающие душевное равновесие (психический гомеостаз) и, следовательно, они неприятны или даже неприемлемы для Эго. Таким образом, следует предполагать, что основные механизмы защиты в той или иной степени интегрированы в Эго. Будучи постоянно связанной с мощными влечениями и вынужденно противодействуя им, защита, как и сами влечения, может приобретать навязчивый характер.

История появления понятия. Термин «защита» (вначале без дифференциации на конкретные механизмы) впервые появился в 1894 г. и был применен З. Фрейдом для описания борьбы Я против неприятных, неприемлемых или невыносимых мыслей и аффектов. В последующем этот термин был на какой-то период времени заменен понятием «вытеснение», которое употреблялось практически равнозначно. Однако отношения между двумя терминами оставались неопределенными. В 1926 г. З. Фрейд вновь возвращается к старому понятию защиты для обобщенного наименования всех различных механизмов, которые Я использует в конфликте. А термином «вытеснение» обозначается только один из защитных механизмов, содержание которого будет подробнее раскрыто ниже. Исходя из своего клинического опыта, З. Фрейд также сформулировал предположение о наличии тесной связи между конкретными формами защиты и конкретными психическими расстройствами, например, между вытеснением и истерией. Другие формы защит, такие как регрессия, формирование реакции, изоляция и уничтожение, присущи пациентам с неврозами навязчивости. А применительно к идеям ревности, к паранойе и гомосексуальности З. Фрейд обосновывает особую значимость механизмов проекции и интроекции, относящихся к ранним (архаичным) типам защиты. Основная функция всех защитных механизмов состоит в предохранении Я или «помощи» Я в его борьбе с проявлениями примитивных инстинктов.

Частные виды защитных механизмов

Вытеснение. Термином «вытеснение» характеризуется психический механизм, посредством которого психические содержания или неприемлемые влечения, имеющие вероятность причинить душевную боль, устраняются из сознания в бессознательное. Вытеснение наиболее ярко проявляется при истерии, но оно играет определенную роль и при других душевных расстройствах, так же как и в нормально функционирующей психике. Считается,

что вытеснение — это универсальный психический процесс, лежащий в основе становления бессознательного как особой области психики.

Различают первичное вытеснение, предотвращающее проявление того или иного инстинктивного импульса (психическое содержание, которое никогда не осознавалось), и вторичное или собственно вытеснение, что характеризует влечения и импульсы, ранее осознаваемые, но затем подвергшиеся вытеснению. Термином «возвращение вытесненного» характеризуется непроизвольное проникновение в сознание неприемлемых влечений и импульсов или дериватов (производных первичных импульсов). Наиболее типичными проявлениями возвращения вытесненного являются ошибки, оговорки, а также симптомы психических расстройств. Сам вытесненный материал при этом в большинстве случаев остается в бессознательном, а возвращение вытесненного проявляется его *дериватами* (производными), которые пропускаются в сознание, так как в измененном или искаженном виде они не опознаются защитой в качестве вытесненного материала. Итак, невротические симптомы также являются дериватами вытесненного и таким образом демонстрируют наличие некоего душевного неблагополучия, но не указывают на его локализацию и причину.

Регрессия. Понятием «регрессия» обозначается возврат к более ранним стадиям психосексуального развития (ПСР) (включая задержки развития у детей после тяжелых психических травм) или проявления тех или иных элементов ранних стадий ПСР у взрослых, что позволяет им снизить уровень тревоги и как бы вновь оказаться в рамках родительской защищенности и опеки. С формальной точки зрения этот процесс характеризуется переходом к менее сложным и менее упорядоченным способам выражения эмоций и поведения. Как известно, психосексуальное развитие проходит через несколько стадий (оральную, анальную, эдипальную и т.д.). Регрессия идет в обратном порядке, но, как правило, стадия, к которой стремится регрессия, определяется наличием точек фиксации, то есть того или иного срыва («повреждения») на пути нормального ПСР.

Часть II. Основы психотерапии

Теория регрессии предполагает, что (за исключением идеальных случаев) инфантильные стадии ПСР всегда преодолеваются не полностью, и поэтому более ранние паттерны поведения остаются как альтернативные способы функционирования. З. Фрейд настаивал на том, что прошлое индивида (а позднее этот тезис был распространен и на человечество) навсегда останется в нас, то есть ранее пережитые, преодоленные и даже забытые первичные состояния всегда могут возникнуть вновь. По мнению создателя психоанализа, первичная психика, в собственном смысле слова, неуничтожима.

Фиксация и регрессия взаимосвязаны, однако необходимо иметь в виду, что фиксация принадлежит концепции развития, а регрессия — это защитный процесс. Нужно отметить, что как неудовлетворение тех или иных потребностей ребенка на той или иной стадии ПСР, так и чрезмерное удовлетворение его потребностей в заботе, опеке или питании могут приводить к формированию определенных точек фиксации. Эти точки фиксации могут проявляться в поведении как в норме (на доклиническом уровне), так и в форме тех или иных психических расстройств. Те или иные формы регрессии, как правило, проявляются в процессе терапевтической работы и являются как диагностическим признаком (обеспечивая терапевту доступ к ранним фазам развития), так и важным фактором для определения стратегии терапии.

Реактивное образование. Это защитный механизм, сущность которого состоит в изменении неприемлемых для Эго чувств, эмоций или форм поведения на противоположные (относительно вытесненного желания или влечения). Например, превращение ненависти в демонстрацию любви или любви — в презрение, стыда — в склонность к эксгибиционизму и т.д. З. Фрейд достаточно образно характеризовал это как «противосимптом».

Фактически в каждом конкретном реактивном образовании проявляется влечение, от которого Эго пытается защититься. Достаточно хрестоматийными являются следующие пояснения этой феноменологии: разве домохозяйка, одержимая чистотой, не сосредоточена целиком на грязи и пыли; разве юрист, который со всей строгостью исполняет закон, не проявляет тем самым безразличия к справедливости, нередко потакая под маской добродетели своим садистическим наклонностям? Сюжет о том, как отвергнутая (но не прошедшая) любовь порождает ненависть, многократно тиражирован в литературе и кинематографе.

З. Фрейд подчеркивал особую роль реактивных образований (наряду с сублимацией) в формировании человеческих характеров и добродетелей. Вводя понятие «Сверх-Я», З. Фрейд отмечал, что в его развитии важную роль играют механизмы реактивных образований.

Изоляция. Защитный механизм изоляции проявляется в блокировании мыслей, чувств и воспоминаний, связанных с аффективными (как правило, неприятными или травмирующими

личность) переживаниями прошлого. Среди типичных проявлений изоляции следует упомянуть внезапные остановки в процессе мышления или речи, а также использование ритуалов, прерывающих адекватную последовательность действий — к таковым, например, можно отнести необходимость для школьника обязательно коснуться крышки стола снизу, прежде чем выйти к доске.

Наиболее часто механизм изоляции наблюдается при неврозе навязчивых состояний. Такие пациенты защищаются от тех или иных мыслей и чувств, выделяя их из текущего контекста речи или поведения посредством пауз или ритуальных действий, во время которых «ничего не должно происходить»; они как бы отказываются на какой-то отрезок времени от всех восприятий и действий («изолируются» или «изолируют» себя от чего-то). Изоляция достаточно заметно проявляется в процессе терапии, где роль свободных ассоциаций как раз и направлена на преодоление изоляции, на то, чтобы сделать ее заметной, в том числе — для пациента, который, проявляя сопротивление, может демонстрировать склонность к паузам и к отделению тех или иных мыслей и представлений от их эмоционального контекста.

3. Фрейд считал изоляцию архаическим способом защиты от влечения, характеризуя ее как устранение самой возможности контакта, как запрет на прикосновение к данному предмету (или к конкретному психическому содержанию); подобно этому, когда невротик изолирует впечатление или действие, отделяя его паузой, он символически дает понять, что не допустит, чтобы относящиеся к нему мысли вступали в ассоциации с другими мыслями.

Уничтожение сделанного (аннулирование). Аннулирование — это защитный механизм, позволяющий достигнуть внутреннего ощущения, будто предшествующих мысли или действия вообще не было. З. Фрейд характеризовал это как «негативную магию», когда из актуального сознания удаляются не только последствия какого-то события (мысли, переживания или впечатления), но и само это событие. При неврозе навязчивости этот механизм иногда проявляется в «двухфазных» симптомах, при этом первое действие аннулируется вторым, так что получается, будто не было ни одного действия, тогда как в действительности были оба. Считается, что механизм уничтожения является несколько более прогрессивным по сравнению с реактивным образованием, так как происходит нечто позитивное в противоположность уже сделанному. В качестве примера можно привести человека, страдающего навязчивостью, который регулярно в любое время суток включает свет только с той целью, чтобы затем его тут же выключить.

Проекция. В наиболее простом варианте проекция определяется как неосознаваемое (защитное) приписывание другим людям собственных подавленных влечений, желаний, конфликтов и т.д. Например: «Все люди лгут». В более широком смысле проекция характеризуется как выделение и локализация в другом лице (или даже вещи) тех качеств, чувств, желаний, то есть тех психических содержаний, наличие которых у себя субъект не признает или отвергает.

Механизм проекции встречается и в норме, и в психопатологии. Первоначально этот механизм был выявлен при анализе случая паранойи (1911), в частности, при анализе отрицания, проекции и обращения гомосексуальных чувств. Пациент З. Фрейда категорически отрицал свои гомосексуальные чувства и проецировал их на другого, а затем трансформировал их в достаточно сложную систему (обращение на себя), замаскированную бредом, согласно которому именно его ненавидят и преследуют. Иными словами, пациент отрицает, что любит лицо мужского пола, а вместо этого утверждает, что это лицо его ненавидит.

Часть II. Основы психотерапии

Обращаясь к этому механизму защиты, З. Фрейд описал также фобическую организацию психики, когда собственные влечения личности, ощущаемые как опасные, проецируются на внешний мир, который воспринимается как враждебный, и побуждают к «бегству» от реальности. В рамках этого же механизма была описана «проективная ревность», когда собственные желания трансформируются в безосновательные обвинения в неверности другого супруга или возлюбленного.

Механизм проекции неоднократно использовался для анализа мифологии, в частности, для объяснения типичных вариантов наделения природы и богов человеческими качествами и страстями. Например, демоны и злые духи наделялись всеми пороками и становились некими воплощениями всех низменных человеческих желаний. По З. Фрейду именно проекция (вместе с интроекцией) играет особую роль в самоидентификации и установлении границ между Эго и внешним миром (включая мифологическую составляющую внешнего мира).

Отрицание. Этот защитный механизм направлен на защиту субъекта от ранее вытесненных психических содержаний (желаний, мыслей и чувств), что проявляется в отрицании того, что это могут быть его собственные желания, мысли и чувства. По З. Фрейду, отрицание вытесненных (болезненных для личности) содержаний является одним из проявлений

принципа удовольствия; при этом отрицание приобретает некий вариант галлюцинаторного исполнения желания (вытесненного желания).

Отрицание «некоторых сторон себя» — это более сложный психический механизм, за которым могут следовать «расщепление» и «проекция», в результате чего пациент отрицает наличие у себя каких-то чувств, но продолжает убеждать, что у кого-то другого они есть.

Расщепление. Расщепление определяется как защитный механизм, при котором Эго утрачивает свою целостность, образуя как бы две (или более) относительно независимые психические подструктуры — вплоть до множественной личности. Это может интерпретироваться также как появление внутри Эго двух различных психических установок (двух подструктур) по отношению к внешней реальности. Одна из структур исходит из учета реальности и ее требований, а вторая игнорирует реальность, выдвигая на первый план удовлетворение желаний и влечений. Одна часть, «отколовшаяся» от Эго, может ощущаться как «хороший объект», а другая — как «плохой», при этом эти две подструктуры могут сосуществовать, фактически не оказывая друг на друга никакого воздействия.

Расщепление — это не всегда патологический процесс. Например, усиление и развитие рефлексивного самосознания пациента в процессе терапии также требует определенного расщепления Эго, при этом одна его часть идентифицируется с терапевтом, наблюдая и размышляя над свободными ассоциациями, которые продуцируются другой частью Эго. Расщепление, отрицание и проекция составляют триаду шизоидной защиты, посредством которой те или иные психические подструктуры собственной личности или внутренние психические содержания не признаются своими и приписываются другим объектам.

Интроекция. Это психический механизм и процесс, посредством которого внешний объект замещается его психическим представлением, а отношения с внешним объектом заменяются отношениями с воображаемым внутренним (интроецированным) объектом. Интроекция действует не только в качестве защитного механизма, но и в процессе нормального развития, например, у ребенка, который интроецирует образ матери и таким образом снижает тревогу при ее отсутствии (уменьшает сепарационную тревогу), что способствует постепенному увеличению автономности его существования и поведения. Механизм интроекции был впервые описан З. Фрейдом при изучении меланхолии, а затем приобрел более общий смысл. Интроекция связана с оральной стадией развития и инкорпорацией (желанием поглощения, в данном случае, молока и груди). Эти два термина часто использовались как синонимы. З. Фрейд считал, что этот процесс находит свое выражение уже на уровне самых ранних оральных влечений, проявляясь поведенчески в форме демонстрации специфических паттернов: «я хочу это съесть» или «я хочу это выплюнуть», или в более обобщенной форме: «я хочу ввести в себя одно и исторгнуть из себя другое». В целом этот феномен органически связан с механизмом отрицания и с принципом «удовольствия — неудовольствия»:

отношения с внешним миром строятся на интроекции всего, что связано с чувством удовольствия (и поощряется культурой), а проекция проявляется преимущественно в отношении того, что порождает ощущение неудовольствия (и порицается культурой). В этом смысле понятие «интроекция» употребляется также в отношении лишнего критики усвоения моральных и нравственных эталонов и ценностей, норм поведения, психологических установок, мотивов, взглядов и т.д.

Сублимация. Понятием «сублимация» З. Фрейд объединил различные формы человеческой деятельности, не имеющие прямой связи с сексуальностью, но порожденные силой сексуального влечения, то есть при которых разрядка энергии инстинктов (и их производных — влечений) реализуется в неинстинктивных формах поведения. В качестве основных форм сублимации обычно отмечают художественное и научное творчество, сценическое искусство и другие высокодуховные виды деятельности, требующие значительных затрат психической энергии, но не связанные с проявлениями сексуальности и агрессивности, а направленные на социально значимые цели. Процесс сублимации необходимо включает перемещение энергии с действий и объектов первичного (биологического) значения (борьбы за территорию, пищу, заботу о продолжении рода и т.д.) на действия и объекты социального значения. Фактически все развитие Эго зависит от сублимации как одного из главных производных влияния культуры и социума. Однако есть некоторые исключения. В частности, было обосновано, что сублимации доступны только ранние (прегенитальные) устремления ребенка (быть любимым, признанным, ощущать свою ценность), то есть сублимация генитальной сексуальности у взрослых маловероятна, так как разрядка сексуальной энергии в данном случае достигается только в оргазме. В целом сублимация хотя и рассматривается как защита (от импульсов и влечений, исходящих из Ид), но она в гораздо большей степени имеет отношение к норме, чем к патологии, так как обеспечивает адекватное разрешение инфантильных конфликтов, которые при отсутствии механизма сублимации могли бы привести к неврозу.

Часть II. Основы психотерапии

Рационализация. Это механизм защиты, обеспечивающий блокировку осознания истинных (нередко иррациональной природы) мыслей, чувств и мотивов и их преобразование в более приемлемые для личности и/или социума объяснения, при этом подлинные мотивы как бы остаются «в тени» сознания.

Рационализации часто подвергаются симптомы психических расстройств, в качестве гипотетических причин которых пациентами приводятся самые различные объяснения — от переутомления до предположений о «наведенной порче» или опухоли мозга. Поскольку все осознаваемые процессы мышления строятся на рациональной основе, рационализации имеют очень широкий диапазон проявлений и присутствуют как в норме, так и в различных видах бреда.

Рационализацию достаточно условно относят к психологическим защитам, поскольку она не взаимодействует с влечениями напрямую, а осуществляет «маскировку» различных элементов влечений и внутреннего конфликта. Таким образом, и используемые пациентами защиты, и сопротивление терапии могут стать предметом рационализаций (ложного объяснения). Рационализации обычно не сопровождаются эмоциональными переживаниями аффектов, которые имели место в прошлом, и не обеспечивают эмоциональной разгрузки и отреагирования в процессе терапии (делают ее бесполезной). Рационализации обычно базируются на различных житейских и научных догмах, идеологических схемах, общепринятой морали, политических убеждениях, — при этом Сверх-Я усиливает защиты Я и сопротивление терапии. Во многом аналогичным механизмом защиты и одновременно сопротивления является интеллектуализация, когда в рассказах пациентов абстрактное, а порой и бесплодное мудрствование преобладает над переживаниями, когда практически полностью блокируется обращение к бессознательному, аффектам и фантазиям.

Соппротивление в терапии. Понятие защиты обычно формулируется с позиции, подразумевающей, что нормальное функционирование Эго постоянно подвергается угрозам, идущим от Ид, Супер-Эго и внешнего мира. Таким образом, Эго находится в состоянии постоянной обороны, а защиты включают все механизмы, которые Эго использует для противодействия силам, которые могут привести к нарушению психического гомеостаза, например, к чувству тревоги или к неврозу. С этой точки зрения невроз — это следствие несостоятельности защит. Однако поскольку тревога, как аналог психического стресса, является одним из факторов развития, защитные механизмы, безусловно, играют определенную роль и в процессе нормального развития.

Предполагается, что определенные защиты соответствуют конкретным стадиям развития, например интроекция, проекция, отрицание и расщепление соответствуют оральной фазе, а формирование реакции, изоляция и уничтожение сделанного — анальной. Различают первичные и вторичные защиты. К первичным (примитивным) защитам относят отрицание, проекцию, интроекцию, расщепление и диссоциацию. В перечень вторичных защит более высокого порядка обычно включают вытеснение, регрессию, изоляцию, рационализацию, аннулирование, реактивное образование, сублимацию и некоторые другие.

Примитивные защиты, которые формируются на самых ранних этапах развития личности как способы обретения опыта, присутствуют у каждого, независимо от того, функционирует ли личность на уровне нормы или имеет ту или иную патологию. А невротические и личностные проблемы возникают в тех случаях, когда имеется слабость примитивных защит или недостаточно сформированы защиты более высокого порядка. Все люди что-то интроецируют, отрицают, проецируют и стремятся к детскому всемогуществу. Однако большинство компенсируют свои влечения различными защитными механизмами переработки тревоги и адекватными способами ассимиляции сложной, беспокоящей, а то и опасной внешней реальности. Пограничная или психотическая личностная структура, как правило, обусловлена слабостью или даже отсутствием зрелых защит.

Проявлением защитных механизмов у тех, кто проходит психотерапию, является сопротивление. Термином «сопротивление» обычно объединяют силы, механизмы и процессы, препятствующие (в том числе в процессе терапии) осознанию влечений, желаний, воспоминаний и переводу содержаний аффективной сферы из бессознательного в сознание. Сопротивление всегда рассматривают как явный признак конфликта, связанный с теми же структурами, которые в свое время участвовали в осуществлении вытеснения. З. Фрейд выделял пять видов сопротивления, при этом три первых соотносились с Эго:

- 1) сопротивление вследствие вытеснения;
- 2) сопротивления, связанные с переносом (или трансферные сопротивления, которые могут как осложнять, так и способствовать развитию терапевтического альянса);
- 3) сопротивление, связанное с выгодой от болезни (когда симптом в некотором роде освобождает от тревоги и конфликта);
- 4) сопротивление, связанное со вторичной выгодой (получением определенных «дивидендов» в отношениях с ближайшим окружением в связи с фиксацией в роли больного);

5) сопротивление Оно (свойство влечений стремиться стереотипно находить объект влечения и способ разрядки, то есть «наступать на одни и те же грабли»).

Кроме этого были выделены: сопротивление, исходящее от Оно (сопротивление бессознательного), а также сопротивление, связанное с влиянием Сверх-Я, обусловленное бессознательным чувством вины и такой же потребностью в наказании.

Пациенты, проявляющие сопротивление, казалось бы, хорошо работают в процессе сессий психотерапии, рассказывают о своих воспоминаниях, внутренних переживаниях, сновидениях и т.д. Однако при этом формируется впечатление, что все происходит по некой заранее заготовленной программе: они стремятся быть образцовыми пациентами, делают множество рационализаций, легко интерпретируют свои симптомы и переживания, но в то же время избегают не только вторжения, но даже прикосновения к своему бессознательному, а попытки терапевта обратиться именно к этой сфере психики воспринимаются ими как некая угроза извне. Эта отстраненность от аффектов имеет свои причины — прикосновение к аффектам болезненно, и обычно пациентов предупреждают об этом, так как другого способа разрешения конфликта не существует. Нередко в процессе терапии на смену одному виду сопротивления приходит другое, но каждый раз, когда сопротивление преодолевается, личность растет.

Часть II. Основы психотерапии

Существует большое количество литературы, которая подробно освещает характеристики, особенности проявления психологических защит, проблему сопротивления в психотерапии и способы его преодоления [1–5].

Список литературы

1. Фрейд А. Психология Я и защитные механизмы: пер. с нем. М.: Педагогика, 1993. С. 17–26; 41–52.
2. Фрейд З. Вытеснение // Собрание сочинений: В 10 т.: пер. с нем. Т. 3: Психология бессознательного. М.: Фирма СТД, 2006. С. 79–110.
3. Фрейд З. Торможение, симптом и тревога // Собрание сочинений: В 10 т.: пер. с нем. Т. 6: Истерия и страх. М.: Фирма СТД, 2006. С. 227–309.
4. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: пер. с англ. М.: Класс, 1998. С. 61–89.
5. Решетников М.М. Психическая травма. СПб.: ВЕИП, 2006. 232 с.

Часть II. Основы психотерапии

Глава 10. Формы психотерапии

10.1. Индивидуальная психотерапия

Индивидуальная психотерапия является такой организационной формой, в которой **в качестве основного инструмента лечебного воздействия выступает психотерапевт**, а психотерапевтический процесс протекает в диаде «врач–пациент». Используется в рамках практически всех концептуальных и методических направлений в психотерапии, определяющих специфику психотерапевтического процесса, цели и задачи, способы воздействия, методические приемы, тип контакта между пациентом и психотерапевтом, длительность и другие переменные индивидуальной психотерапии [4].

Индивидуальная психотерапия проводится одним психотерапевтом, редко двумя (биполярная терапия) или несколькими котерапевтами. Часто является элементом комплексной терапии в сочетании с другими формами психотерапии, фармако-, физио- или социотерапией.

Выделяют также комбинированную терапию, совмещающую индивидуальную и групповую (или семейную) психотерапию, проводимую одним психотерапевтом, и сочетанную терапию, при которой пациент проходит индивидуальную психотерапию у одного психотерапевта и одновременно участвует в семейной или групповой психотерапии у других психотерапевтов.

Выделение общих факторов лечебного действия индивидуальной психотерапии в значительной степени определяется теоретическими взглядами исследователей. Так, Дж. Мармор при наблюдении за психотерапевтами различных направлений (психоанализ, терапия поведения, гештальт-терапия и др.) отметил восемь основных факторов, присущих всем психотерапевтическим методам в той или иной степени [3, 4]:

- 1) хорошие отношения и сотрудничество между психотерапевтом и пациентом как основа, на которой строится психотерапия;
- 2) первоначальное ослабление напряжения, основанное на способности пациента обсуждать проблему с лицом, от которого он надеется получить помощь;
- 3) познавательное обучение за счет информации, получаемой от психотерапевта;

- 4) оперантная модификация поведения пациента за счет одобрения или осуждения со стороны психотерапевта и повторяющегося коррективного эмоционального опыта в отношениях с психотерапевтом;
- 5) приобретение социальных навыков на примере психотерапевта;
- 6) убеждение и внушение — явное или скрытое;
- 7) применение или репетирование более адаптивных методик при условии эмоциональной поддержки со стороны психотерапевта.
- Важной общей характеристикой **индивидуального психотерапевтического процесса** является последовательность его фаз (Ф. Кэнфер, Л. Гримм), с которыми связаны конкретные цели и средства их достижения (табл. 10.1).

Таблица 10.1. Фазы психотерапевтического процесса

Фаза	Цели	Средства
Определение показаний	<ul style="list-style-type: none"> • Диагностическое обследование. • Выбор терапевтического метода 	<ul style="list-style-type: none"> • Беседа/анамнез. • Личностные и клинические тесты. • Медицинское обследование
Построение терапевтических отношений	<ul style="list-style-type: none"> • Ролевое структурирование (объяснение и облегчение принятия пациентом его роли как пациента). • Формирование позитивных ожиданий при изменениях. • Построение терапевтического союза. • Передача знаний об общей концепции этиологии 	<ul style="list-style-type: none"> • Реализация уважения и эмпатии. • Разъяснение правил психотерапии. • Терапевтический контракт
Проведение терапевтического обучения	<ul style="list-style-type: none"> • Систематическое построение компетентности (поведенческая терапия). • Анализ и учет опыта при определении мотивов поведения и переживаний (психоанализ). • Реструктурирование представлений о себе (разговорная психотерапия) 	<ul style="list-style-type: none"> • Применение специальных психотерапевтических техник. • Непрерывное наблюдение и анализ психотерапевтического сеанса
Оценка результата терапии	<ul style="list-style-type: none"> • Психодиагностическое выяснение степени достижения терапевтической цели. • Обеспечение генерализации результатов терапии. • Формальное завершение терапевтических отношений 	<ul style="list-style-type: none"> • Диагностические методы. • При определенных условиях — редуцирование терапевтических контактов. • Договоренность о завершении терапии по взаимному соглашению

Индивидуальная психотерапия представляет собой сложный процесс, в котором, помимо собственно психотерапевтической техники и условий ее реализации, взаимодействуют различные социокультурные факторы, профессиональные качества и личностные особенности, как пациента, так и психотерапевта. При индивидуальной психотерапии особенно важна роль психотерапевта. Согласно исследованиям Л. Бютлера и соавт. характеристики психотерапевта, влияющие на процесс психотерапии, можно разделить на объективные: возраст, пол, этнические особенности, профессиональная основа, терапевтический стиль, психотерапевтические техники, и субъективные: личностные и копинговые особенности, эмоциональное состояние, ценности, отношения, убеждения, культурные взаимоотношения, терапевтические взаимоотношения, характер социального влияния, ожидания, философская терапевтическая ориентация.

Часть II. Основы психотерапии

По срокам проведения индивидуальную психотерапию можно условно разделить на **краткосрочную** и **долговременную**, что зависит от количества психотерапевтических занятий. По мнению большинства исследователей, длительность краткосрочной психотерапии — до 20 (реже до 40) занятий. Современной тенденцией почти всех концептуальных и методических направлений является стремление к краткосрочности за счет повышения интенсивности, интегративности психотерапии, конкуренции в снижении материальных затрат без снижения эффективности. Иногда краткосрочность служит одним из принципов, страхующих пациентов от развития «психотерапевтического дефекта», «бегства в психотерапию» и перекладывания ответственности за свою жизнь на психотерапевта [2].

Долговременные формы индивидуальной психотерапии наиболее характерны для психодинамической (психоаналитической) психотерапии, которая может продолжаться до 7–10 и более лет при средней частоте психотерапевтических занятий 2–3 раза в неделю. Продолжительность лечения зависит, в частности, от числа конфликтных зон, которые должны быть проработаны в ходе лечебного процесса (краткосрочная психодинамическая психотерапия фокусируется на разрешении главного конфликта). Частые встречи с пациентом позволяют психотерапевту проникнуть в его внутреннюю жизнь, ведут к более полному развитию переноса, а также поддерживают пациента на протяжении всего периода лечения. В ходе долговременной психотерапии расширяется самопознание пациента, выявляются и разрешаются внутриличностные бессознательные конфликты, формируется понимание механизмов психической деятельности, что позволяет завершать процесс лечения.

Долговременная индивидуальная психотерапия используется в рамках и других направлений, помимо психодинамического. Так, при наличии сложной, множественной симптоматики или выраженных личностных нарушений наиболее склонная к краткосрочности поведенческая психотерапия может продолжаться до 80–120 занятий в попытках достижения желаемого эффекта. Не редкостью является длительность лечения при психотерапии экзистенциально-гуманистической направленности, представители которой иногда считают необходимым оказывать пожизненную помощь и поддержку пациентам.

Главные различия между отдельными психотерапевтическими направлениями можно получить при описании психотерапевтического контакта, поскольку при индивидуальной психотерапии такой контакт создает оптимальные условия лечения и служит ведущим инструментом психологического влияния, способного приводить к позитивным переменам в чувствах, представлениях, отношениях и поведении пациента.

Психотерапевтический контакт содержит следующие лечебные компоненты: удовлетворение ожиданий и потребностей, выслушивание (с отреагированием или «вентиляцией» эмоционального напряжения), эмоциональная поддержка, обратная связь при раскрытии мыслей, переживаний и поведения пациента. Психотерапевтический контакт формируется на основе развития взаимопонимания, коммуникации между психотерапевтом и его пациентом. Важнейшей задачей врача при этом является создание устойчивых, доверительных отношений с больным. Психотерапевт проявляет уважение к пациенту, принимает его без морального осуждения и критики, проявляет желание помочь [2]. Взаимопонимание между психотерапевтом и пациентом, необходимое для оптимального психотерапевтического контакта, достигается обоюдными вербальными и невербальными средствами общения. Невербальное поведение врача (поза, мимика, жесты, интонация) нередко оказывается для пациента более значимым, чем его высказывания. Для понимания невербального поведения важен учет таких его признаков, как дистанция между собеседниками, направленность корпуса тела, степень контакта взглядом и др. Теплое, эмпатическое отношение психотерапевта выражается короткой дистанцией, прямым взглядом, улыбкой, обращенной позой к пациенту, свободным и непринужденным положением рук, доброжелательными и уверенными интонациями голоса и т.п. Сдержанное, эмоционально нейтральное, а иногда и «холодное» отношение психотерапевта к пациенту проявляется в направленности взгляда и корпуса в сторону, в небрежности или скованности позы, отсутствии улыбки, в невыразительных или официальных интонациях голоса, также такое отношение может обозначить наличие преграды (например, стола) между ними и т.п. Аналогичные признаки невербального поведения отмечаются у пациента при его положительном или отрицательном отношении к психотерапевту. При хорошем психотерапевтическом контакте пациент вербально и невербально стремится к синхронности с поведением психотерапевта. Невербальный аккомпанемент открытого словесного выражения эмоционального отношения друг к другу может нейтрализовать его, подчеркнуть или произвести противоположное воздействие [6].

После установления первоначального контакта между психотерапевтом и пациентом их общение приводит к созданию определенных взаимоотношений, которые сохраняются в ходе психотерапии или изменяются на разных ее этапах. В.А. Ташлыков выделяет два

основных типа ролевого взаимодействия в психотерапевтическом контакте: руководство и партнерство. *Руководство* как выражение авторитета (власти) специалиста отражает традиционную медицинскую модель отношений «врач–пациент», при которой врач доминирует, занимает ведущую позицию, берет на себя ответственность за решение основных задач в период лечения, а пациент остается подчиненным, сравнительно малоактивным или пассивным объектом терапии. Такой психотерапевт наделяется магическими качествами, и больные особенно восприимчивы к его суггестивным влияниям, что может иметь положительное значение при выборе симптоматических методов индивидуальной психотерапии или при слабой первичной мотивации пациента к лечению. *Партнерство* как модель неавторитарного сотрудничества, терапевтического союза предполагает активное участие пациента в психотерапевтическом процессе, развитие ответственности и самостоятельности, умение делать выбор между альтернативными решениями. Психотерапевт эмпатическим подходом создает безопасную атмосферу общения, в которой пациент может свободно говорить о тягостных переживаниях и открыто выражать свои чувства. Современные, наиболее эффективные методы индивидуальной психотерапии осуществляются на основе формирования терапевтического союза.

Структура психотерапевтического процесса и этапы психотерапии

Психотерапевтический процесс — заведомо планируемое и отличающееся заранее заданной структурой действие, при котором благодаря целенаправленным усилиям психотерапевта и пациента должны наступать конструктивные изменения в процессах переживания событий, в поведении и социальных контактах пациента [1, 3].

Часть II. Основы психотерапии

Структура психотерапевтического процесса включает различные характеристики и определяется целями, задачами психотерапии, клиническим состоянием пациента, особенностями его личности, ресурсными возможностями, социальным, образовательным статусом пациента, выбранными методами лечебного воздействия и стратегией психотерапии, личностными и профессиональными характеристиками психотерапевта, организационными факторами и др.

Основные характеристики структуры психотерапевтического процесса:

- 1) общее количество психотерапевтических сессий за курс психотерапии;
- 2) продолжительностью полного курса психотерапии;
- 3) продолжительность одной встречи;
- 4) частота незапланированного «обрыва» психотерапии.

Несмотря на приверженность психотерапевтов к разным лечебным стратегиям, выделяют **одинаковые этапы в проведении курса лечения**. Вне зависимости от психотерапевтического направления, технических приемов и временных показателей встреч, в основном курс терапии разделяют на одинаковое количество этапов и вкладывают в них идентичное содержание. Их определение, сроки, глубина и название зависят от конкретного метода или стратегии и соответствующего ему языка, но в общей своей структуре они выглядят следующим образом [5].

1. На первом (начальном) этапе происходит знакомство с пациентом, установление контакта и достижение комплаенса, составление психотерапевтического контракта, диагностика, «присоединение», формирование психотерапевтического альянса, составление плана терапии.

Задача заключается в проведении диагностики, а также в установлении оптимального контакта с пациентом, вовлечении его в сотрудничество, в повышении мотивации к психотерапии.

Исход психотерапии зависит в конечном итоге от установленного контакта пациента с врачом. Способность больного воспользоваться определенным типом отношений из предлагаемого ему репертуара значительно важнее, чем широкий спектр технических приемов, которыми владеет врач.

Установление терапевтического контакта зависит от:

- 1) параметров больного — его способности включаться в терапию; насколько высок уровень субъективного дискомфорта больного вследствие проявлений болезни; дистонности испытываемых нарушений; эмоциональной удовлетворенности, испытываемой больным от принятия его врачом; уровень участия больного в терапии, мотивации на лечение, соблюдение режимных предписаний, назначение лекарств до участия больного в психосоциальных мероприятиях и др. При оптимальном контакте больной вносит свой вклад в постановку целей и разработку программ терапии.
- 2) параметров врача — навыков межличностного общения; технической компетенции врача (в особенности при проявлении дезадаптивных шаблонов поведения больного в ситуации общения с врачом); возможности истинных, неискаженных, аутентичных отношений с

врачом, иногда получаемое больным впервые в жизни (агрессия больного, временами направленная на врача, не вызывает в последнем ни страха, ни желания отомстить.

Выработке психотерапевтического контакта содействуют:

- 1) использование неизбежного недовольства больного своей ситуацией как рычага для включения его в лечебный процесс, его заинтересованность в успехе, следовательно, приложение его собственных усилий;
- 2) разъяснение того, чем чревата пассивность больного в ходе лечения;
- 3) показ (разъяснение) пациенту пределов возможностей достижения положительных результатов в терапии при одностороннем участии врача;
- 4) уточнение взаимных обязательств врача и больного друг перед другом на начальном этапе выработки контракта;
- 5) показ (разъяснение) выгоды результатов лечения для больного в тех случаях, когда он перестает это сознавать.

На данном этапе можно заключать психотерапевтический контракт — ясно сформулированное соглашение между пациентом и врачом о совместной работе, цель которого определить границы и организационную структуру взаимодействия, нормы безопасности и взаимную ответственность.

На начальном этапе целесообразно использовать следующие ориентиры для диагностики: ситуация «здесь и сейчас» — оценка состояния, поведения пациента непосредственно во время общения с ним; предъявляемые при обращении жалобы и симптоматика; эмоциональное состояние и переживания пациента; анамнез и биография пациента; паттерны неадаптивного поведения; иррациональные суждения и установки, субъективное восприятие окружающей действительности; результаты тестовых методик, медицинских проб, лабораторных и инструментальных методов диагностики.

2. Второй (основной, лечебный) этап — это полный психотерапевтический курс, рассчитанный на лечение и решение основных проблем пациента и задач терапии. Задачи:

- 1) прояснение проблемы (понимание психотерапевтом и в определенной степени пациентом причин и механизмов формирования симптомов, возникновения эмоциональных и поведенческих нарушений);
- 2) определение психотерапевтических целей и мишеней;
- 3) применение конкретных методов и техник в рамках индивидуальной профессиональной стратегии, направленных на достижение изменений (когнитивных, эмоциональных, поведенческих) и приводящих в дальнейшем к редукции симптоматики.

Психотерапевтическая цель — это такой мотивационный фактор, при котором осознается результат поведения. Строгое определение целей психотерапевтического воздействия (почему и для чего) способствует отбору и построению содержания (что), организации психотерапевтической помощи (как), выбору метода (с помощью чего).

Психотерапевтическая мишень — это те симптоматические, поведенческие и внутриличностные нарушения, на которые направлены психотерапевтические воздействия (например, иррациональные когниции, неадекватные паттерны поведения, внутриличностные конфликты или противоречия, патологическая система отношений). Психотерапевт в своей работе с пациентом может использовать основные *три целевые стратегии психотерапии*:

- 1) реконструкция внутреннего мира личности пациента — коррекция неадекватных самофрустрирующих стереотипов переживания и поведения, а также выработка новых более зрелых и конструктивных способов восприятия, переживания и поведения;

Часть II. Основы психотерапии

- 2) реконструкция связей пациента с ближайшим социальным окружением, решение актуального жизненного конфликта, улучшение межличностного функционирования;
- 3) непосредственное воздействие на симптомы болезни с помощью суггестии и тренинга. Если первая и вторая стратегии предполагают длительную, глубокую и трудную, но дающую кардинальные и стабильные результаты, психотерапевтическую работу, то третья может быть проведена за короткое время и достаточно эффективно. Однако она часто приводит к временным и нестабильным результатам. При психотерапевтическом контракте пациент должен иметь право самостоятельно принять решение, как тратить свое время, силы и деньги для борьбы с болезнью, выбрать с помощью психотерапевта соответствующую стратегию психотерапии.

3. Третий этап (заключительный, завершение терапии) — завершение активной терапии, анализ сделанного, закрепление успешных результатов и новых (выработанных) поведенческих стереотипов, планирование будущего, обсуждение дальнейшего сотрудничества.

Задачи:

- 1) оценка: насколько психотерапия реально изменила поведение пациента и его жизненную ситуацию, достигнутые результаты самостоятельной активности пациента;
- 2) интеграция нового эмоционального опыта и поведенческих стереотипов.

4. Четвертый (поддерживающий, реабилитационный) этап — поддерживающая психотерапия. В частности, решение проблем, связанных с возможной зависимостью от психотерапевта.

Отличие у специалистов, использующих различные подходы и методы, заключается в основном во времени, которое врач-психотерапевт затрачивает на каждый этап. Так, например, первый этап может длиться от 15 мин (при кризисной или краткосрочной психотерапии) до 2–3 нед (при аналитической психотерапии).

Список литературы

1. Васильева А.В., Караваева Т.А. Болезнь и здоровье, психотерапия и сопереживание / Под общ. ред. Н.Г. Незнанова. СПб.: Альфа-Пресс, 2019. 496 с.
2. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2000. 1024 с.
3. Психотерапия: учебник / под ред. А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой, Н.Г. Незнанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 864 с. DOI: <https://doi.org/10.33029/9704-6485-4-VKN-2022-1-864>.
4. Психотерапия: учебник для вузов / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2012. 672 с.
5. Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. Базисное руководство по психотерапии. СПб.: Речь, 2001. 784 с.
6. Gabbard G.O. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. Washington: American Psychiatric Publishing, 2005.

Часть II. Основы психотерапии**10.2. Групповая психотерапия**

Групповая и индивидуальная психотерапия являются двумя основными формами психотерапии. В рамках определенного направления индивидуальная и групповая психотерапия имеют общие цели, задачи и общие механизмы лечебного действия. Использование группы в качестве основного инструмента психотерапевтического воздействия в значительной степени расширяет и усиливает лечебные факторы, предоставляя дополнительные возможности для анализа проблематики пациента, в которой он проявляет характерные для него в реальной жизни стереотипы поведения и эмоционального реагирования, отношения и установки. Однако участие в группе не только позволяет расширить и углубить анализ проблематики пациента за счет применения широкого контекста его межличностных отношений и взаимодействий, но и формирует эффективные условия для изменений.

В настоящее время групповая психотерапия широко используется при лечении различных контингентов больных (в частности, пациентов с нервно-психическими расстройствами) в процессе психопрофилактики и реабилитации. Разработанные в рамках групповой психотерапии методологические и методические подходы применяют в различных типах тренинговых групп и активных формах практической подготовки специалистов [1, 3, 4, 6–8, 10–12, 17, 18, 20].

Групповая психотерапия — это метод, основанный на использовании групповой динамики в психотерапевтических целях. Достаточно часто групповую психотерапию практикуют в рамках любого психотерапевтического метода (например, психопрофилактических бесед, аутогенной тренировки, гипноза, информирования и проч.), исходя из того, что взаимодействие происходит не в диаде врач–пациент. Однако при выборе какого-либо изолированного метода в группе психотерапевт работает с каждым пациентом отдельно, используя группу лишь как фон, на котором протекает индивидуальная психотерапия. В этом случае психотерапевт взаимодействует с несколькими пациентами одновременно, но систематически в полной мере не применяет в лечебных целях групповые процессы, ситуации в группе и взаимоотношения между ее участниками, в том числе и отношения пациентов с психотерапевтом. Именно поэтому о терапии в группе (или групповой терапии) говорят при использовании лишь отдельных групповых феноменов (например, групповой индукции, поддержки), а не о групповой психотерапии. Говорить о групповой психотерапии мы можем только в случае, если психотерапевт в полной мере применяет весь терапевтический потенциал группы как таковой. Всякое межличностное взаимодействие, которое характеризуется непосредственными контактами и определенной продолжительностью, ведет к формированию и актуализации определенных групповых феноменов, таких как нормы, распределение ролей, борьба за лидерство, соперничество, сплоченность, напряжение, актуализация прежнего эмоционального опыта и ряд других.

Именно эти процессы и используются в групповой психотерапии для достижения психотерапевтических целей. Обсуждение и анализ особенностей взаимоотношений и взаимодействия участников группы помогает им осознать, какое положение они стремятся занять в группе, какие потребности хотят удовлетворить, какими актуальными и связанными с прошлым потребностями и переживаниями обусловлено их поведение, насколько успешным оно является и насколько способствует достижению индивидуальных целей, приносит ли это удовлетворение и проч. Анализ поведения пациента в рамках группового взаимодействия помогает человеку лучше понять самого себя, то есть способствует расширению и совершенствованию его самопонимания.

Представляется не вполне обоснованным и определение групповой психотерапии как самостоятельного теоретического направления. Безусловно, здесь социально-психологические феномены, оказывающих влияние на психотерапевтические изменения, играют особую роль. Проблемы пациента в данном случае рассматривают и в социально-психологическом контексте, в контексте его взаимоотношений и взаимодействий с другими людьми, раздвигая тем самым границы психотерапевтического процесса и фокусируясь не только на индивиде и его внутриличностной проблематике, но и на индивиде в совокупности с его реальными взаимоотношениями и взаимодействиями с другими людьми, с окружающим миром. Взаимоотношения и взаимодействия, в которые вступает пациент в группе, в значительной степени отражают его типичные взаимоотношения, так как группа выступает как модель реальной жизни: в ней пациент проявляет те же отношения, установки и ценности, те же способы эмоционального реагирования и поведенческие реакции. Использование групповой динамики способствует более полному проявлению участников группы, а также созданию в группе эффективной системы обратной связи, позволяющей пациенту реальнее и глубже понять самого себя, увидеть собственные неадекватные отношения и установки, эмоциональные и поведенческие стереотипы, проявляющиеся в межличностном взаимодействии, и изменить их в атмосфере доброжелательности и взаимного принятия. Групповая психотерапия (как и индивидуальная форма) может применяться в рамках различных теоретических ориентации, которые и определяют своеобразие и специфику групповой психотерапии: конкретные цели и задачи, содержание и интенсивность процесса, тактику психотерапевта, психотерапевтические мишени, выбор конкретных методических приемов и техник и проч. Все эти переменные также связаны с нозологической принадлежностью пациентов, принимающих участие в работе психотерапевтической группы.

Групповая психотерапия в настоящее время широко используется в рамках самых различных теоретических подходов [16, 17, 23]. Сформировавшись в русле психодинамической парадигмы, она успешно практикуется и в поведенческой, и в экзистенциально-гуманистической (опытной) психотерапии. В каждом из этих направлений: цели и задачи групповой психотерапии, содержание самого процесса, ориентация дискуссии в группе, стратегии и тактики психотерапевта, выбор конкретных техник и прочее — характеризуются самой тесной взаимосвязью с базовой теоретической концепцией. Таким образом, групповая психотерапия не является самостоятельным психотерапевтическим направлением, а представляет собой лишь специфический метод (форму), в котором основным инструментом воздействия выступает психотерапевтическая группа (в отличие от индивидуальной психотерапии, где таким инструментом является психотерапевт). Направленность групповой психотерапии, будучи сформированной в рамках психодинамического подхода, в наиболее полной своей модели определяется и реализуется именно в этой теоретической парадигме.

Часть II. Основы психотерапии

При этом следует подчеркнуть, что ряд авторов связывают становление групповой психотерапии с гуманистическим подходом или отождествляют ее с Т-группами (тренинговыми группами), считая в определенной степени вторичной по отношению к ним. Такие представления основаны на том несомненном влиянии, которое оказал на дальнейшее развитие и распространение групповой психотерапии и ее конкретных методов и техник гуманистический подход, различные формы групповой работы со здоровыми людьми, прежде всего, группы Встреч (от англ. Encounter Group) К. Роджерса и другие Т-группы, возникшие в 40-х гг. XX в. Однако групповая психотерапия изначально формировалась в рамках клинической практики и под непосредственным влиянием психодинамической парадигмы.

В связи с этим хотелось бы привести еще точку зрения, вероятно, самого влиятельно в наши дни специалиста в области групповой психотерапии И. Ялома (I. Yalom). Он подчеркивает, что развитие групповой психотерапии связано с клинической направленностью, а Т-групп — с образовательной: «Т-группа и групповая терапия возникли из разных источников, и в течение

многих лет две дисциплины, каждая порождавшая собственную теорию и технику, продолжали существовать как параллельные направления знаний, даже несмотря на то, что некоторые ведущие объединяли эти области и в различных ситуациях вели вместе терапевтические и Т-группы» [21]. И далее: «одно важное различие между терапевтическими и Т-группами, которое было более актуальным на ранних стадиях, чем сейчас, состояло в том, что Т-группы часто имели надличностные цели, тогда как групповую терапию заботили исключительно персональные цели каждого участника». Оценка эффективности работы членами психотерапевтических групп связана с явным улучшением их клинического состояния, а также с развитием самопонимания, включающего в том числе представления о причинах и механизмах формирования собственных нарушений. Проблемы участников Т-групп, как правило, связаны с неудовлетворенностью в общении, недостаточным развитием межличностной чувствительности, коммуникативной компетентности; и преодоление этих проблем может быть вполне достаточным для того, чтобы они оценили результаты работы в группе как позитивные.

Вызывает сомнение точка зрения, согласно которой различия между индивидуальной и групповой психотерапией связаны с целью вмешательства: групповая психотерапия направлена на раскрытие, анализ и коррекцию межличностных позиций пациентов, конфликтов в сфере межличностного взаимодействия и переработку интерперсональных конфликтов, а индивидуальная — на переработку содержательного внутриличностного конфликта. С нашей точки зрения представляется, что выбор «психотерапевтических мишеней» — психологических структур, на которые направлены воздействия, полностью определяется теоретической ориентацией, а не формой психотерапии. И в этом смысле групповая психотерапия не имеет задач, отличающихся от индивидуальной терапии в рамках одного и того же психотерапевтического направления. Цели и задачи каждого из основных направлений психотерапии находятся в прямой зависимости от общей теоретической концепции в отношении природы невротических нарушений и отражают направленность психотерапии на устранение причины этих нарушений в соответствии с тем, как понимается их этиопатогенез в рамках определенного подхода. Если в рамках психоанализа невротическое расстройство понимается как результат конфликта между бессознательным и сознанием, а основная цель психотерапии состоит в осознании собственного бессознательного, то эта задача будет общей как для индивидуальной, так и для групповой психотерапии. Понимание невроза как результата неправильного научения формирует и цель поведенческой психотерапии — переучивание, замену неадаптивных форм поведения на адаптивные, что реализуется как в индивидуальной, так и в групповой психотерапии. В гуманистическом направлении невротическое расстройство рассматривают как следствие личностной дезинтеграции, а задача психотерапии состоит в воссоздании личностной целостности. И эта задача является общей для обеих форм психотерапии — индивидуальной и групповой. ЛОРП базируется на патогенетической концепции неврозов, как личностное расстройство, возникающее вследствие нарушений системы отношений. Именно поэтому основная задача этой психотерапевтической системы (как индивидуальной, так и групповой ее формы) заключается в изменении нарушенной системы отношений больного неврозом, которая достигается на основе осознания причинно-следственных связей между особенностями системы отношений, внутриличностной проблематикой и возникновением невротических расстройств [9].

Вскрытие и переработка конфликтов в сфере межличностного взаимодействия не являются основной, конечной задачей групповой ЛОРП, так как нарушения межличностного функционирования представляют собой следствие внутриличностной проблематики, нарушений системы отношений и неадекватности ее регуляторной функции, неспособности в таком качестве обеспечить эффективное поведение. Основной «психотерапевтической мишенью» групповой психотерапии (как и индивидуальной), является именно внутриличностная проблематика и система отношений пациента, дефекты которой находят выражение в межличностном взаимодействии, уже вторично обуславливающим усиление нарушений внутриличностных структур и рост нервно-психического напряжения. Групповая психотерапия позволяет начать работу с конечного звена этой цепи, то есть с неконструктивного, неэффективного, противоречивого поведения пациента, его межличностных конфликтов, которые в процессе активного взаимодействия в группе проявляются во всем своем многообразии.

Иными словами, специфика групповой психотерапии в рамках ЛОРП заключается в том, что раскрытие указанных внутренних психологических феноменов осуществляется посредством актуализации, моделирования и анализа межличностного взаимодействия в группе, и начинается с непосредственной представленности проблематики пациента в его реальном поведении в процессе группового взаимодействия. Это создает благоприятные условия для решения общих психотерапевтических задач. С одной стороны, анализ межличностного взаимодействия в группе позволяет раскрыть стоящие за ним особенности и специфику системы отношений пациента, его внутриличностную проблематику, стержневой

психологический конфликт. С другой стороны, в ходе реального взаимодействия за счет использования групповых феноменов для пациента облегчается процесс осознания собственной проблематики и ее переработка, коррекция системы отношений, формирование иных, более адекватных отношений, форм поведения и эмоционального реагирования. Последние могут быть проверены и закреплены в ситуациях реального межличностного взаимодействия в группе [8].

Часть II. Основы психотерапии

В настоящее время, как отмечает известный польский ученый и психотерапевт С. Ледер, отсутствует общая теоретическая концепция групповой психотерапии, которая бы признавалась несомненным большинством психотерапевтов. При этом он определяет групповую психотерапию как «лечебный метод, который сознательно, планомерно и систематически применяется в небольшой организованной группе, где психотерапевт и участники используют вербальные и невербальные методы воздействия на пациента и группу и принимают активное участие в терапевтической деятельности. Групповая психотерапия имеет целью улучшение состояния здоровья, изменение установок и по возможности личности пациентов» [5].

С нашей точки зрения групповая психотерапия — это психотерапевтический метод, специфика которого заключается в целенаправленном использовании групповой динамики, то есть всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая и группового психотерапевта.

Цели и задачи групповой психотерапии как метода, ориентированного на личностные изменения, в определенной степени различаются в зависимости от теоретических представлений о личности и природе ее нарушений, однако опора на групповую динамику существенно сближает разные позиции. В самом общем виде цели групповой психотерапии определяют как раскрытие, анализ, осознание и переработка проблем пациента, его внутриличностных и межличностных конфликтов и изменение неадекватных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих стереотипов на основании анализа и использования межличностного взаимодействия, повторяющихся особенностей поведения и реагирования как в группе, так и за ее пределами, а также истории жизни пациента. История развития групповой психотерапии представляет собой продвижение от групповой терапии к групповой психотерапии, то есть к пониманию и применению в терапевтических целях групповых эффектов. С начала существования медицины целители применяли методы психологического воздействия, широко пользуясь в этих целях группой. Позднее многие ученые и врачи, среди них русский ученый В.М. Бехтерев, обосновывали целесообразность и эффективность такого подхода и использовали различные психотерапевтические методы в группе больных.

Американский врач Дж. Пратт впервые обратил внимание на терапевтические возможности применения группового взаимодействия, организовав психотерапевтические группы для больных туберкулезом. Изначально он рассматривал группу как более целесообразный (прежде всего, в экономическом плане) способ информирования пациентов о здоровье и болезни, об образе жизни и отношениях, способствующих выздоровлению, и не вычленял ее собственно терапевтические возможности. Позднее он пришел к убеждению, что в психотерапии главная роль принадлежит именно группе как таковой. Практически все психотерапевтические направления XX в. в той или иной форме использовали групповые методы и внесли свой вклад в развитие групповой психотерапии.

В нашей стране групповая психотерапия во многом развивалась под влиянием опыта таких известных теоретиков и практиков из восточноевропейских стран, как С. Ледер (S. Leder, Польша), С. Кратохвил (S. Kratochvil, Чехословакия), К. Хёк (K. Hock, ГДР). Впервые групповая психотерапия в нашей стране получила клиническое применение в Институте им. В.М. Бехтерева (ныне — ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России). В связи с этим следует, прежде всего, отметить вклад клиники неврозов и психотерапии этого института, его руководителя Б.Д. Карвасарского и его сотрудников (Г.Л. Исурина, Е.В. Кайдановская, Т.М. Мишина, В.А. Мурзенко, В.А. Ташлыков, А.П. Федоров и др.). Проведенные в институте многочисленные исследования легли в основу многих важнейших публикаций, посвященных различным аспектам групповой психотерапии и ее эффективности [5, 6, 7, 11, 20].

Понятие групповой динамики. Специфику групповой психотерапии как психотерапевтического метода определяет использование групповой динамики в лечебных целях. Групповая динамика в социально-психологическом контексте — это процессы взаимодействия членов малой группы, а также изучающее эти процессы научное направление.

Термин «групповая динамика» был введен К. Левиным и впервые использован им в статье «Эксперименты в социальном пространстве». С его точки зрения термин «групповая

динамика» описывает позитивные и негативные процессы, действующие в группе. Групповая динамика должна рассматривать вопросы, связанные с природой групп, закономерностями их развития и функционирования, взаимодействия групп с индивидами, другими группами и институциональными образованиями [13].

В настоящее время групповая динамика понимается как совокупность внутригрупповых социально-психологических процессов и явлений, характеризующих весь цикл жизнедеятельности малой группы и его этапы — образование, функционирование, развитие, стагнацию, регресс, распад. Другими словами, групповая динамика — это учение о силах, структуре и процессах, которые действуют в группе.

Группа при этом понимается как общность людей, характеризующаяся ограниченным числом членов (до 20 человек), непосредственными контактами, общей деятельностью, целями, ценностями и нормами, распределением ролей и позиций, взаимозависимостью участников, а также постоянным составом, что является основой для возникновения групповых норм, процессов и межличностных отношений.

Как уже указывалось выше, групповая психотерапия представляет собой психотерапевтический метод, специфика которого состоит в использовании групповой динамики в лечебных психотерапевтических целях. Таким образом, групповая динамика представляет собой методологическую основу для развития психотерапевтического процесса в группе.

Известный групповой психотерапевт С. Кратохвил [29] определяет групповую динамику как совокупность групповых действий и интеракций, характеризующих развитие или движение группы во времени, которая является результатом взаимоотношений и взаимодействий членов группы, их деятельности и воздействия внешнего окружения. К. Хёк [11] рассматривает групповую динамику как процесс формирования, структурирования, развития и функционирования группы, который приобретает важное значение для психотерапии. В целом в контексте психотерапевтической группы групповая динамика может быть определена как совокупность взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая и группового психотерапевта.

Часть II. Основы психотерапии

Процессы групповой динамики. Наибольшее значение для психотерапевтического процесса в группе имеют такие процессы групповой динамики, как цели и задачи группы; нормы и структура группы, групповые роли и проблема лидерства; групповая сплоченность; напряжение в группе; актуализация прежнего эмоционального опыта (проекция); формирование подгрупп; главные виды вербальной коммуникации в группе; фазы развития психотерапевтической группы.

Цели и задачи группы. Цели и задачи психотерапевтической группы состоят в создании условий для раскрытия и переработки проблем каждого участника группы. В групповой психотерапии это осуществляется на основании анализа межличностного взаимодействия, взаимоотношений участников (интерактивный аспект), жизненной ситуации каждого участника за пределами группы и его истории (исторический аспект). Фокус внимания в рамках такого анализа и направленность желательных изменений в значительной степени определяется теоретической парадигмой: представлениями о личности, причинах и условиях развития нарушений, факторах, способствующих позитивным изменениям.

И. Ялом [21] так формулирует общие цели групповой психотерапии: выявление проблем каждого участника группы, помощь каждому участнику группы в понимании и изменении своего состояния, постепенное увеличение уровня адекватной социальной адаптации, предоставление информации о закономерностях межличностных и групповых процессов как об основе эффективного и гармоничного общения с другими людьми, поддержка процесса «созревания» личности, проявляющегося в раскрытии ее духовного потенциала.

С нашей точки зрения цели групповой психотерапии направлены на самопознание, развитие и расширение его сферы на основании изменений трех его составляющих — самопонимания (когнитивный аспект), отношения к себе (эмоциональный аспект) и саморегуляции (поведенческий аспект).

В отличие от других видов групповой работы (в частности, тренинговых групп) групповой психотерапевт, как правило, прямо не информирует участников о групповых целях. Это связано с тем, что сам процесс формирования терапевтически значимых целей и принятие их членами группы создает основу для первичной активности участников. В начале работы группы ее цели становятся важным предметом групповой дискуссии. На первом занятии группы обсуждаются ожидания и опасения участников, что практически всегда приводит к выявлению личных целей отдельных участников. Еще группой могут обсуждаться вопросы о том, какие цели есть в группе, являются ли эти цели конструктивными, все ли члены группы разделяют эти цели, есть ли, то почему, совпадают ли цели участников с групповыми и

почему не совпадают и т.д. Обсуждение и согласование личных целей формирует понимание общности проблем и трудностей, способствует взаимопониманию, развивает чувство принадлежности к группе и групповую сплоченность. В дальнейшем определенная направленность действий позволяет участникам группы понять смысл и осознать значение групповых действий и событий, происходящих в группе. Успешнее всего это происходит в том случае, если существует совпадение индивидуальных и групповых целей, если у участников группы формируется представление, что группа способна удовлетворить их индивидуальные потребности.

В начале работы психотерапевтической группы важной проблемой является формирование собственно психотерапевтических целей и преодоление существенного расхождения между общегрупповыми целями и часто неконструктивными (или антипсихотерапевтическими) целями отдельных участников группы. Цели, которые декларируют участники, могут выглядеть вполне адекватно, однако за этим может стоять стремление защитить себя, отгородиться от неприятных воспоминаний и переживаний; желание еще раз убедиться, что никто не способен его понять; или подтвердить, что во всех его бедах виноваты окружающие, доказать всем, что его болезнь никак не связана с психологическими проблемами и проч.

Нормы группы. Групповые нормы — это совокупность правил и требований, «стандартов» поведения, регулирующих взаимоотношения и взаимодействия между участниками группы. Для достижения групповых целей участники должны следовать определенным правилам, обеспечивающим возможность их совместной деятельности. Групповые нормы определяют, что допустимо, что недопустимо, что желательно и что нежелательно, что правильно и что неправильно. В процессе развития психотерапевтической группы нормы могут в значительной степени изменяться. Чаще всего такие изменения происходят в случае возникновения новых сложных групповых ситуаций, которые без возникновения новых правил и их согласования не могут быть конструктивно разрешены, что мешает дальнейшему развитию группы и ее работе.

Важным этапом развития психотерапевтической группы является формирование психотерапевтических норм, к которым относят искренность, принятие и терпимость, открытое выражение своих взглядов и позиций, рассказ о своих проблемах, стремление избегать оценочных суждений, контроль поведения (в группе можно говорить обо всем, что волнует человека, открыто говорить о своих чувствах, в том числе и негативных, но нельзя бесконтрольно проявлять свои эмоции, прежде всего, агрессивные и сексуальные, в поведении), ответственность, конфиденциальность, правило «стоп» и ряд других.

В каждой психотерапевтической группе могут сформироваться и другие, свои собственные нормы, например, с обращением на «ты» или «Вы»; правила, связанные с ритуалом начала или завершения занятия, опозданием участников и т.п. В качестве норм, имеющих важное значение для развития терапевтического процесса в группе, можно также указать: высокий уровень самораскрытия, откровенность в конфликтах, выражение симпатии и принятия, признание своих собственных чувств, нормы, касающиеся предоставления обратной связи и конфронтации.

Не существует однозначного ответа на вопрос, должен ли групповой психотерапевт привносить групповые нормы, уже в самом начале знакомить участников с некоторыми правилами, которым они должны следовать, чтобы группа решала стоящие перед ней задачи. Безусловно, психотерапевт оказывает влияние на формирование групповых норм, его поведение уже само по себе демонстрирует определенные правила поведения. Однако, если в тренинговых группах ведущий в самом начале четко информирует участников о групповых нормах, то в психотерапевтической группе, с нашей точки зрения, нормы не должны директивно привноситься психотерапевтом, а должны формироваться изнутри по мере возникновения групповых ситуаций, требующих определенной «регламентации» поведения участников. Совместно выработанные группой нормы являются более ценными, легче принимаются и, как правило, более активно поддерживаются и отстаиваются.

Часть II. Основы психотерапии

Важной проблемой является преодоление, изживание «непсихотерапевтических» норм, таких как стремление избегать выражения негативных чувств, излишняя вежливость как способ избегания конфликтов и конфронтации, наличие запретных тем, высказывание участников группы по кругу и ряд других. Анализ в группе возникающих и изменяющихся норм имеет значение не только для оценки уровня развития группы и этапа, на котором она находится в данный момент. Активность участников группы в разработке и поддержании групповых норм отражает их особенности, отношения, установки, предпочтения. Зачастую для невротических пациентов характерна попытка следования нормам, корни которых уходят в прошлое и которые связаны с историей развития личности, в частности, с особенностями воспитания. В таком случае анализ индивидуальных особенностей нормативного поведения вносит

существенный вклад в психологическую диагностику, способствуя пониманию более глубинных проблем участников группы. Могут обсуждаться вопросы о том, какие нормы существуют, какие нормы существовали изначально, какие были выработаны участниками группы в процессе ее существования, какие нормы можно рассматривать как конструктивные, а какие мешают работе, какие нормы привнесены участниками из прошлого опыта, какие нормы участники группы реализуют легко, а что вызывает напряжение и т.д. *Структура группы, групповые роли и проблемы лидерства.* Структура психотерапевтической группы является одновременно формальной и неформальной. Формальная структура группы задана изначально и определяет общие для всех участников цели — получение психотерапевтической помощи. Неформальная структура складывается постепенно, по мере развития группы и определяется интерперсональным выбором. Разные члены группы занимают различные позиции в иерархии популярности и авторитета, власти и престижа, осознают и исполняют различные роли. Сам процесс формирования и изменения неформальной структуры группы имеет важное значение для понимания участниками своих позиций и ролей, совершенствования ролевого поведения и расширения ролевого репертуара.

Термин «роль» обозначает совокупность требований, предъявляемых индивиду группой, и социальных действий, которые должен выполнять индивид, в соответствии с имеющимся статусом. Роль — это набор способов поведения и выполняемых функций, которые являются адекватными в данной ситуации и реализуются в определенном социальном контексте. Роль — это совокупность функций и видов поведения, которые участник считает подходящими для себя в определенном социальном контексте, и принимает за основную модель поведения в данной определенной группе. Роль — это поведение, которое участник осознанно или неосознанно принимает за основную модель поведения в определенной группе в данный момент времени.

Р. Шиндлер (R. Schindler) описал наиболее часто встречающиеся групповые роли. Анализируя групповые процессы, он пришел к выводу, что внутри групповых явлений всегда можно выявить четыре позиции, «которые отличаются силой приходящихся на них аффективных отношений и своей особой характеристикой. Вступая в группу, мы вынуждены занять одну из четырех позиций, начиная играть определенную роль. Эти позиции имеют значение не только для судьбы и благополучия отдельных личностей в группе, но и воздействуют внутри группы на динамику посредством присущих им аффективных законов. Такое не способно показать социометрическое исследование, увидеть позиции можно только тогда, когда мы одновременно бросим глубинно-психологический взгляд на процессы бессознательного, протекающие у членов группы» [33].

Основные групповые роли по Р. Шиндлеру включают следующие понятия: альфа (α) — лидер, который импонирует группе и которому группа доверяет, он побуждает группу к активности, составляет программу, принимает решения, направляет, придает ей уверенность и решительность; бета (β) — эксперт, имеющий специальные знания, навыки, способности, которые требуются группе или которые она высоко ценит и уважает; гамма (γ) — рядовые члены группы, преимущественно пассивные и легко приспосабливающиеся, старающиеся сохранить свою анонимность, большинство из них отождествляют себя с альфой и поддерживают лидера, они часто активно претворяют в жизнь решения лидера; омега (ω) — самый «крайний» член группы, который отстает от других по причине неспособности, отличия от остальных или страха, застенчивости, погруженности в себя, отсутствия инициативы и проч. Кроме четырех основных групповых ролей Р. Шиндлер обозначил также роль Р — противник, оппозиционер, которая встречается значительно реже.

В психотерапевтической группе встречаются и другие роли, которые невозможно свести к описанным Р. Шиндлером: противник, провокатор оппозиционер, монополист, монополярный оратор, моралист, мученик, отшельник, квазипсихотерапевт, любимчик, шут, «козел отпущения», бедняга, непризнанный, педант, агрессор, провокатор, защитник, нытик, правдолюбец, блюститель демократии, преследователь, жертва, спасатель, пытающийся привлечь к себе внимание, нуждающийся в защите; перехватывающий инициативу и проч. Этот перечень можно продолжать до бесконечности.

Для невротических пациентов в целом характерны стереотипные роли, а их ролевой репертуар является достаточно узким. Это связано с тем, что роль выполняет в определенной степени защитную функцию. Каждая роль содержит набор стереотипов поведения, которые являются ожидаемыми и желательными для ее реализации, предписывает использование определенных стереотипов, что позволяет человеку действовать довольно формально, не проявляясь нежелательным для себя образом. Психотерапевтическая группа предоставляет возможность для выявления, коррекции и расширения ролевого диапазона и репертуара.

Лидерство в группе — важная составляющая групповой динамики, тесно связанная с проблемами руководства, зависимости, подчинения и соперничества. Лидер — это человек, руководящий группой и обладающего авторитетом для влияния на нее. Формальным лидером или руководителем группы является психотерапевт, его поведение и отношение к

нему группы на разных этапах ее развития существенно различается и претерпевает изменения. Если формальный лидер определен изначально и остается им на всем протяжении работы группы, то неформальный лидер может появиться не сразу, эта роль не является стабильной. Неформальный лидер не является руководителем, в данном случае лидерство — психологическая характеристика поведения определенных членов группы, это процесс межличностного влияния. Лидера порождает структура и характер взаимоотношений в конкретной группе. Участник, принимающий на себя роль лидера, как правило, обладает определенными личностными качествами, способен удовлетворить потребности участников группы и соответствует групповым ролевым требованиям. В группе в этом контексте могут обсуждаться вопросы, какие роли будут в ней представлены; является ли ролевой репертуар участника типичным для него не только в этой группе; есть ли в ней неформальный лидер и каковы его отношения с формальным лидером — психотерапевтом; кто в группе доминирует, кто подчиняется, кто вступает в соперничество, в каких формах это соперничество проявляется; видят ли участники параллели с жизнью вне группы и проч.

Часть II. Основы психотерапии

Групповая сплоченность является ключевым понятием теории групповой динамики [13]. Она понимается как привлекательность группы для ее членов, потребность участия в ней и сотрудничества при решении общих задач, как взаимное тяготение индивидов друг к другу. Это центристские силы, действующие на членов группы, чтобы удержать их в этом коллективе и предотвратить его распад. В основе сплоченности лежит возможность группы удовлетворять потребности людей в эмоционально насыщенных межличностных связях. Результатом такой сплоченности является групповой контроль поведения и взглядов участников, строгое соблюдение принятых норм, высокая степень принятия и чувство групповой принадлежности. Все это способствует стабильности и устойчивости взаимоотношений в группе в стрессовых ситуациях. Групповая сплоченность — это показатель прочности, единства и устойчивости межличностных взаимодействий и взаимоотношений в группе, характеризующийся взаимной эмоциональной притягательностью ее членов и удовлетворенностью создавшейся общностью. Групповая сплоченность является необходимым условием действенности и эффективности групповой психотерапии. Многочисленные исследования показали, чем выше сплоченность, тем выше эффективность групповой психотерапии для каждого отдельного участника — пациента. Групповая сплоченность создает эмоциональную привязанность и позитивное отношение к общим задачам, обеспечивает стабильность даже в самых напряженных ситуациях, способствует выработке общих стандартов, которые делают группу устойчивой, несмотря на разнонаправленность индивидуальных целей. В сплоченной группе создается атмосфера внимательного отношения и взаимной поддержки, и у членов ее формируется чувство групповой идентичности. В сплоченных коллективах участники принимают группу и знают, что их тоже принимают; ее члены больше доверяют друг другу, более искренни, охотнее делятся своими переживаниями, не боятся высказывать свою точку зрения, даже если она отличается от мнения большинства, легче принимают групповые нормы. Они более активны и их активность является более конструктивной, но, в конечном счете, приводит к хорошему результату психотерапии.

Групповой сплоченности способствуют взаимные симпатии и эмоциональная привлекательность членов группы друг для друга; совпадение интересов, взглядов, ценностей и ориентации участников; достаточный уровень гомогенности состава групп; атмосфера психологической безопасности, доброжелательности, принятия; активная эмоционально насыщенная совместная деятельность, направленная на достижение цели, значимой для всех участников; принимаемый в группе и разделяемый участниками способ взаимодействия; привлекательность ведущего как образца, модели оптимально функционирующего участника; квалифицированная работа ведущего, использующего специальные психотехнические приемы и упражнения для усиления сплоченности; наличие другой группы, которая может рассматриваться как соперничающая в каком-то отношении; присутствие в группе человека, способного противопоставить себя группе, резко отличающегося от большинства участников.

Групповое напряжение. Напряжение в группе может возникать уже в самом начале ее работы и иметь разнообразные причины. Оно может быть связано с неопределенностью, возникающей в начале работы группы из-за непонимания целей и направленности группы; с несовпадением ожиданий участников группы с реальной групповой ситуацией и поведением психотерапевта; несовпадением потребностей участников и необходимостью соизмерять свои потребности, желания, позиции, установки с другими членами группы; фиксацией внимания на болезненных темах, проблемах, переживаниях; необходимостью согласовывать свое поведение с интересами других участников; с разнообразными конфликтами и

сложными ситуациями, возникающими в группе; с несогласием или неприятием поведения отдельных членов группы или психотерапевта; страхом или нежеланием выражать негативные эмоции; переживанием собственной беспомощности и проч. В начале работы группы напряжение, как правило, выражается в молчании, хотя может проявляться и в агрессивности, антипатии, демонстрации безразличия и отсутствия интереса к происходящему, конфликтах, раздражении, неприятии, страхе, отчуждении, противостоянии друг другу

Групповое напряжение в контексте групповой динамики является состоянием, противоположным групповой сплоченности. Эти феномены в группе выполняют противоположные функции. Групповая сплоченность — это привлекательность группы для ее участников, это положительные силы взаимного притяжения, центростремительные силы, которые стабилизируют группу и противодействуют ее распаду. Напряжение, напротив, является выражением отрицательных сил взаимного отторжения, отталкивания; это — центробежные силы, которые в конечном счете могут привести к распаду группы. Однако и групповая сплоченность, и групповое напряжение являются необходимыми условиями для развития группового процесса.

Многие авторы подчеркивают, что для эффективной работы группы необходимо поддержание динамического равновесия между сплоченностью и напряжением [5, 11, 18, 19, 21, 29]. Существенное усиление каждой из этих характеристик при отсутствии другой нарушает функционирование группы как инструмента психотерапевтического воздействия. Так, высокий уровень групповой сплоченности и отсутствие напряжения не является позитивной характеристикой групповой динамики и процесса групповой психотерапии. Ощущение полного комфорта и безопасности, спокойствия, равновесия не способствует раскрытию пациентами собственных проблем, конфликтов и переживаний, проявлению типичных стереотипов поведения и защитных механизмов. Пациенты стараются сохранить комфортную атмосферу, не замечая или игнорируя возникающие в группе проблемы и конфликтные ситуации, остерегаются говорить что-то другим участникам группы, что, как им кажется, может быть не принято ими или вызвать неудовольствие и негативные чувства. Другими словами, они боятся нарушить сложившуюся теплую доверительную атмосферу и поэтому склонны к довольно поверхностным, никого не затрагивающим высказываниям и взаимодействию, что, по сути, уничтожает эффективную обратную связь. Группа постепенно может превратиться в приятное дружеское сообщество, где все чувствуют себя абсолютно комфортно и безопасно, но при этом такая группа теряет способность выполнять собственно психотерапевтические функции.

Возникающее в группе напряжение также может играть как положительную, так и отрицательную роль. Слишком высокое или слишком длительное напряжение, холодная, неприязненная или даже враждебная атмосфера, если она не компенсируется групповой сплоченностью и положительными эмоциями, может привести к дезорганизации работы, к уходу отдельных ее участников и даже к распаду группы. Напротив, при очень низком напряжении члены группы будут отдавать предпочтение более удобным, легким, бесконфликтным взаимным контактам, а не подробному разбору собственных проблем, который сопровождается негативными эмоциями.

Оптимальный уровень напряжения в группе способствует проявлению и вскрытию групповых и индивидуальных конфликтов и проблем, конфронтации и взаимной критике, предоставляя группе уникальный материал для эффективной работы и собственно психотерапии, что в конечном счете приводит к позитивным изменениям у участников группы. Выделяют три основные позитивные функции группового напряжения. Во-первых, групповое напряжение стимулирует активность, направленную на изменения. Испытывая напряжение, участники группы будут пытаться изменить это состояние, а значит что-то делать, например, попытаться разобраться в его причинах, а затем изменить то, что создает нежелательное напряжение. Во-вторых, напряжение является фактором, проявляющим негативные эмоции. Участники группы часто испытывают негативные эмоции, но, как правило, их высоко контролируют, не позволяя себе их выражать и говорить о них. Высокий уровень напряжения ослабляет этот контроль, что позволяет в дальнейшем обсуждать причины негативных эмоций и находить конструктивные способы совладания с ними. В-третьих, напряжение провоцирует проявление характерных для человека, но также контролируемых, форм поведения. Проявление этих поведенческих стереотипов имеет большое значение как для психологической диагностики состояния и проблем участника группы (для понимания того, что же с ним происходит и как он себя ведет), так и для дальнейшего преодоления неконструктивных поведенческих стереотипов.

Часть II. Основы психотерапии

Таким образом, групповая сплоченность и напряжение выполняют в группе противоположные функции: первая является стабилизирующим фактором (под ее влиянием члены группы чувствуют поддержку и определенную безопасность), а вторая — побуждающим фактором (она ведет к неудовлетворенности и стремлению что-либо изменить). В целом напряжение в группе играет положительную роль, если поддерживается его оптимальный уровень, а также динамическое равновесие между групповым напряжением и групповой сплоченностью.

Актуализация прежнего эмоционального опыта. Выделение этого процесса большинством авторов при описании основных характеристик групповой динамики еще раз подчеркивает изначальную связь групповой психотерапии с психодинамической парадигмой. Актуализация прежнего эмоционального опыта — это по сути проекция пациентом на групповую ситуацию, членов группы, психотерапевта тех чувств, которые он испытывал в прошлом к значимым лицам своего ближайшего окружения. Однако если в индивидуальном психоанализе речь идет о переносе — отношениях между пациентом и психотерапевтом, основанном на проекции на психоаналитика инфантильных чувств, то в данном случае можно говорить о множественных проекциях, для которых группа создает благоприятные условия. Поведение и эмоциональные реакции пациентов в процессе групповой психотерапии обусловлены не только актуальной ситуацией, то есть тем, что происходит в данный конкретный момент в группе, но и их прежним эмоциональным опытом. С. Кратохвил [29] описывает этот процесс как особый случай межличностного общения, во время которого наблюдается неправильное обобщение и повторение пережитых когда-то впечатлений, не адекватных новой ситуации. Опыт показывает, что довольно часто актуализация прежнего эмоционального опыта и прошлых стереотипов межличностных отношений во взаимодействии с окружающими оказывают на поведение участника группы гораздо большее значение, чем реальная групповая ситуация, ситуация «здесь и теперь». Так, например, конфликт между двумя женщинами в группе оказывается связанным не с какими-то актуальными конфликтами между ними, а тем, что одна из них постоянно, начиная с детства, соперничала со своей старшей сестрой за «звание лучшей дочери». Поведение участника группы также может быть обусловлено не только собственно прошлыми отношениями, но и актуальной в данный период времени ситуацией и переживаниями в реальной жизни. Группа является моделью той реальности, в которой находится пациент в жизни. Здесь он проявляет те же чувства, отношения, установки, опасения, типичные для него стереотипы поведения и эмоционального реагирования. Процессы актуализации прежнего эмоционального опыта предоставляют уникальный материал для психотерапевтической работы, выявления, анализа, нахождения причин и причинно-следственных связей, а также переработки невротической проблематики участников группы, их неадекватных эмоциональных и поведенческих стереотипов. Актуализация прежнего эмоционального опыта, влияние этого опыта на поведение в группе практически никогда сразу не осознается участником. И в этом смысле другие члены группы, обращаясь, в силу уже своих особенностей, внимание на различные аспекты проявления другого человека, предоставляют ему уникальную обратную связь, позволяющую собрать эту сложную мозаику воедино и создать более целостный образ самого себя. Формирование состава психотерапевтической группы во многом определяется именно необходимостью актуализации прошлого эмоционального опыта, создания условий для проекции, которые предполагают, как можно большую вариативность, разнообразие проблематики, истории жизни, личностных особенностей, эмоционального реагирования и поведения участников группы.

Формирование подгрупп. Тенденция к формированию подгрупп является типичной для любой группы. Причиной формирования чаще всего является неудовлетворенность ряда участников отношениями и общением в группе. Они полагают, что в группе есть ограниченное число людей, которые их хорошо понимают и общение с которыми может доставить им больше удовольствия и пользы, чем общение со всей группой. Члены таких подгрупп, как правило, обладают некоторыми сходными характеристиками: общие взгляды, образовательный уровень, пол, возраст, интеллект, вовлеченность в работу группы, социальный статус, статус в группе, принятие или отвержение групповых целей, личные симпатии и проч. Образование подгрупп в целом оказывает негативное воздействие на функционирование группы. Любая подгруппа характеризуется закрытостью, то есть нежеланием обсуждать со всеми свои личные или общегрупповые проблемы. В группе могут возникать противоречия, конфликты, соперничество между подгруппой и остальной частью группы. Иногда это может быть отражением существования в группе нескольких претендентов на лидерство, которые объединяют вокруг себя поддерживающих их участников. Все это может уменьшать сплоченность группы и негативно влиять на ее функционирование. Однако процесс формирования подгрупп может быть конструктивно использован, если вопросы о причинах возникновения таких подгрупп, их целях, нормах, влиянии существования подгруппы на функционирование и эффективность группы становятся темой и предметом обсуждения в группе.

Главные виды вербальной коммуникации в группе. Важным в понимании процессов групповой динамики является и анализ преобладающих видов вербальной коммуникации в группе. Вербальная коммуникация может представлять собой вопросы, ответы, высказывание о чувствах (выражение позитивных или негативных эмоций), обратную связь, гипотезы, интерпретации, критику, поддержку и т.д. Фиксация и обсуждение всех этих видов групповой вербальной активности позволяет, во-первых, оценить уровень развития группы на данный момент, а, во-вторых, получить дополнительную информацию об отдельных участниках группы.

Фазы развития психотерапевтической группы. Фазы развития психотерапевтической группы или фазы групповой психотерапии характеризуют групповую динамику и определяются изменениями в преобладающих типах взаимодействий и взаимоотношений между участниками группы, а также основным, преобладающим типом групповых интеракций. Наличие достаточно четко отмечаемых фаз в функционировании психотерапевтической группы обнаруживается на уровне как общегрупповых переменных, так и индивидуально-психологических показателей. Этот факт признается большинством групповых психотерапевтов и исследователей.

Часть II. Основы психотерапии

Первая фаза групповой психотерапии обозначается в литературе как фаза ориентации, фаза пассивной зависимости, фаза напряжения, фаза поиска смысла, фаза регрессивности, фаза неуверенности, фаза нерешительности, фаза псевдоинтеграции. Эта фаза представляет собой период образования группы и совпадает с началом лечения и адаптацией пациентов к новым условиям. Пациенты испытывают растерянность и недоверие, пытаются понять смысл происходящего и виды собственного участия. Они имеют различные установки и ожидания относительно лечения: более или менее реалистичные, оптимистические или пессимистические, направленные на выздоровление или амбивалентные, но практически для всех вначале характерны преувеличение роли фармакотерапии и симптоматического лечения, отсутствие адекватных представлений о психотерапии вообще и групповой психотерапии, в частности, стремление перенести ответственность за процесс и результаты лечения на психотерапевта, непонимание значения собственной активности в достижении положительных результатов лечения, ожидание от врача директивного поведения и роли руководителя. Эти установки проявляются в желании получить от психотерапевта как можно больше информации по поводу их заболевания, надежде на различного рода направляющие инструкции, пациенты ждут от психотерапевта указаний, прямого руководства, активных действий. Типичны также приписывание психотерапевту роли учителя, вера в «магию белого халата».

Пациенты говорят о своих симптомах и самочувствии, пытаются обсуждать общие или малозначительные проблемы. Однако психотерапевт в начале работы психотерапевтической группы ведет себя достаточно пассивно, прямо не организует и не направляет работу группы, ведет себя недирективно, поскольку директивность психотерапевта на начальных этапах будет препятствовать спонтанности пациентов и развитию групповых процессов.

Несоответствие поведения психотерапевта ожиданиям вызывает у пациентов беспокойство, которое накладывается на индивидуальную тревогу и напряжение, связанное с началом лечения, отрывом от привычной обстановки, страхом перед неизвестной формой лечения, наличием симптоматики (а иногда и ее усилением в этот период), а также с внутриличностными и межличностными проблемами. Все это вместе создает в группе высокий уровень напряжения, что является характерной чертой первой фазы групповой психотерапии.

Иногда в первой фазе наблюдается период, который характеризуется псевдотерапевтической, неконструктивной активностью участников группы, стремлением снизить напряжение неконструктивным способом. Этот период можно обозначить как псевдосплоченность. Псевдосплоченность чаще всего реализуется в трех основных вариантах: эмоциональная псевдоподдержка, научность и псевдоконфронтация. Основным содержанием подфазы эмоциональной псевдоподдержки является позиция «мы очень похожие и очень хорошие». В этом случае иллюзия «уникальности собственных страданий» сменяется ощущением «уникальности страданий собравшихся в группе людей», которые, будучи «честными, искренними, порядочными, справедливыми, ответственными, чувствительными» страдают от несправедливости и несовершенства жизни и человеческих отношений, что и является основной причиной их заболевания.

Второй вариант псевдосплоченности может сформироваться на основе «научности». Такая ситуация возникает, если группа, безрезультатно требуя от психотерапевта теоретического обоснования, сама начинает выдвигать и обсуждать концепции, касающиеся, например, теории стресса, механизмов невротических расстройств, особенностей человеческой психики

и общения и т.д. Чаще всего это наблюдается, если в группе есть немало пациентов, профессионально причастных к медицине, психологии, биологии, физиологии, педагогике или имеющие особый интерес к этим областям знаний.

Третьим вариантом псевдосплоченности может являться псевдоконфронтация. Это ситуация «козла отпущения», то есть появление в группе пациента, на котором длительное время неконструктивным образом концентрируется внимание группы, а затем проявляется агрессия. Группа пытается его критиковать, воспитывать, наставлять «на путь истинный». В группе, развитие которой характеризуется наличием периода псевдосплоченности (в разных его вариантах), обычно все заканчивается взаимными советами, которые каждый из членов группы слышал уже много раз. Задача психотерапевта в этот период заключается в том, чтобы помочь группе вскрыть подлинный смысл происходящего, конфликтогенность и непродуктивность ситуации, ее защитный характер, сходность с позициями пациентов в реальной жизни. Выход из такой ситуации сопровождается новым повышением напряжения в группе, которое обусловлено осознанием неконструктивности сложившейся ситуации и ощущением истощенности собственных возможностей ее разрешения.

Вторая фаза групповой психотерапии в литературе обозначается как фаза растормаживания агрессивности, фаза борьбы, фаза протеста, фаза сопротивления, фаза конфликта между членами группы и формальным лидером, фаза бунта против психотерапевта. Для этой фазы также характерен высокий уровень напряжения, но, в отличие от первой фазы, поведение пациентов становится более активным, аффективно заряженным, со скрытой или явной агрессией по отношению к психотерапевту. В этот период в группе начинается борьба за лидерство, место и положение в группе, обостряются внутригрупповые конфликты, четко распределяются роли, растет сопротивление. Характерным для этой фазы является наличие у пациентов агрессивных чувств к психотерапевту, который воспринимается ими либо как непрофессионал, который не может справиться с неопределенностью в группе и ничего не может разъяснить участникам, либо как холодный, безразличный экспериментатор со стороны наблюдающий за тем, что происходит в группе, не желающий помочь и демонстрирующий свою оторванность, отстраненность от группы. И. Ялом [21], анализируя причины агрессивных чувств в отношении психотерапевта, пишет, что «пациенты скрыто приписывают терапевту нереалистичные, действительно магические атрибуты». Ожидания участников являются чрезвычайно высокими, и психотерапевт не может полностью их удовлетворить, что приводит к разочарованию. Для группового психотерапевта наиболее конструктивной является недирективная позиция, что в конечном счете приводит к возрастанию активности участников группы. Группа далеко не всегда и не сразу открыто проявляет свои чувства к психотерапевту, поскольку рассматривает его как формального лидера, официальное лицо, стоящее вне критики, выражать агрессивные чувства, к которому запрещено. Показателями роста агрессивных тенденций в отношении психотерапевта могут быть на первый взгляд вполне нейтральные проявления, например, большое количество вопросов, которые пациенты задают психотерапевту, обсуждение методики проведения группы или вопросы о прошлом опыте психотерапевта в групповой работе, или выражение сомнения в отношении возможности собственных психологических изменений в этой ситуации. Часто в качестве объекта приложения негативных чувств может избираться один из членов группы («козел отпущения»), либо сам метод как бы безотносительно к психотерапевту. Иногда группа демонстрирует проявление беспредметной агрессии, когда агрессивным нападениям подвергаются какие-либо абстрактные персонажи (врачи, учителя, начальники вообще) или люди за пределами круга. Главными темами для обсуждения в группе в этот период должны быть чувства, которые испытывают пациенты к психотерапевту, следствием чего должно быть их открытое выражение, обсуждение актуальной ситуации в группе, сопоставление взглядов и позиций ее участников, в частности, касающихся ожиданий пациентов и перспектив дальнейшего функционирования группы. Помочь выйти из этой ситуации и конструктивно ее разрешить может только открытая конфронтация группы с психотерапевтом, а по сути — со своими собственными чувствами, так как открытое выражение чувств в отношении психотерапевта, с одной стороны, является предпосылкой для развития истинной сплоченности, а с другой — уже в этот период создает благоприятные условия для вскрытия и анализа многих значимых для пациентов проблем, таких как поиск поддержки, зависимость и самостоятельность, подчинение и доминирование, ответственность, соперничество, взаимоотношения с авторитетами (в том числе и с родителями), атрибутирование негативных эмоций и т.д.

Часть II. Основы психотерапии

Из указанных выше проблем можно выделить три наиболее важных как для более глубокого понимания проблематики пациентов, так и для дальнейшего развития группы. К этим

проблемам можно отнести ответственность, взаимоотношения с авторитетом и атрибутирование эмоций.

Проблема ответственности является одной из центральных для невротических пациентов. В группе они пытаются переложить ответственность за все происходящее на психотерапевта. Однако и вне группы они не готовы принимать на себя ответственность. Причины своих проблем они видят, прежде всего, в других людях (родителях, супругах, начальнике или коллегах по работе), социальной и экономической ситуации, а причины своей болезни — в биологических факторах. В каком смысле невротическое заболевание представляет собой перекалывание ответственности с себя как личности на себя как организм: «я не могу с этим справиться, потому что я болен» вместо «я болен, потому что я не могу с этим справиться и не могу себе в этом признаться». В группе эта проблема разворачивается непосредственно в данный момент, в связи с чем возникает возможность увидеть ее проявления и соотнести это с ситуацией пациента в реальной жизни.

Вторая проблема — проблема взаимоотношений с авторитетом — ярко проявляется в отношениях с психотерапевтом. Поведение пациента в этом отношении является инфантильным и схоже с поведением подростка, который, с одной стороны, бунтует против авторитета, а с другой, остро нуждается в его поддержке и признании. Корни такого поведения уходят во взаимоотношения с родительской фигурой и в ситуации психотерапевтической группы могут стать предметом обсуждения и анализа.

Третья проблема связана с неправильным атрибутированием эмоций. Аtribuтирование эмоциональных состояний далеко не всегда бывает точным не только у людей с невротическими проблемами. Для многих людей вообще характерно видеть причины своих позитивных эмоций в самом себе, а негативных — в других. В обычной речи это выражается в таких высказываниях: «Я доволен, потому что я хорошо это сделал», но «Вы меня раздражаете, потому что мешали мне и делали все не так». В группе пациенты по сути говорят психотерапевту: «Вы меня раздражаете, потому что Вы ничего не делаете», хотя следовало бы сказать: «Я раздражен, потому что Вы должны вести себя по-другому» или «Я раздражен, потому что ожидал от Вас другого поведения».

Таким образом, существующие у участников группы проблемы, связанные с ответственностью, инфантильностью и атрибутированием, переносятся ими на психотерапевта, и выход на них и частичная их переработка могут быть осуществлены уже на этой фазе за счет анализа взаимоотношений с психотерапевтом и соотнесения ожиданий и установок с прошлым опытом и поведением в реальной жизни.

Напряжение в этой фазе должно полностью контролироваться психотерапевтом и определяться как общегрупповой ситуацией, так и индивидуальными особенностями членов группы и самого психотерапевта, а также его профессиональным опытом. От степени интенсивности этой фазы и конструктивности ее переработки во многом зависит дальнейший психотерапевтический потенциал группы. Недостаточная проработанность этой фазы, а тем более ее игнорирование или попытка избежать ее (например, за счет более авторитарного поведения психотерапевта) существенно влияют на ход группового процесса и периодически могут блокировать групповую активность, проявляясь на более поздних этапах функционирования группы возвращением к проблеме взаимоотношений с психотерапевтом, особенно при возникновении новых, более сложных и напряженных проблем. Завершением этого периода считают открытое выражение чувств в отношении психотерапевта и анализ их причин.

Третья фаза групповой психотерапии в научной литературе рассматривается как фаза развития сплоченности, фаза развития сотрудничества, фаза выработки групповых норм, фаза взаимного распределения функций. Она характеризуется процессом структурирования группы, снижением напряженности и интенсивности конфликтов, консолидацией ее норм, целей и ценностей. Члены группы начинают проявлять активность, самостоятельность и ответственность за себя самого, других участников и группы в целом. Как пишет С. Ледер, «отходит на задний план и теряет значение проблема авторитета и руководства, усиливается ответственность и активность участников, главной темой становится обсуждение себя и других, углубленное представление индивидуальных личных проблем, раздумья о сути и характере процессов и изменений, происходящих у отдельных участников и группы в целом» [5].

На этой фазе формируется **групповая сплоченность** — важнейшее условие эффективности психотерапевтической группы. Совместная деятельность по разрешению кризисной ситуации, в которой большинство пациентов испытывали похожие чувства и которую решали сходным путем все вместе, совместная выработка групповых норм делают для пациентов более естественным процесс принятия групповой культуры. Таким образом, у участников развивается чувство принадлежности к группе, ответственность за ее работу. В ответ пациент получает признание группы, что оказывает положительное влияние на степень самоуважения и принятия пациентом самого себя. В свою очередь это повышает привлекательность группы

для каждого отдельного участника и способствует дальнейшему развитию групповой сплоченности.

Четвертая фаза групповой психотерапии является рабочей фазой, фазой целенаправленной деятельности. В литературе ее обозначают как фазу изменений установок и отношений, фазу выработки новых ценностей, фазу функциональных ролевых отношений, фазу зрелого решения проблем. Возникшие в предыдущей фазе сплоченность, заинтересованность участников друг в друге, эмоциональная поддержка, искренность, чувство безопасности, спонтанность создают возможности для развития процесса, направленного на решение собственно психотерапевтических задач, способствуют достижению понимания и изменению поведения, модификации установок и переживаний участников группы. Для этого периода характерно принятие решения и использование приобретенного опыта и во вне клинических ситуациях.

Часть II. Основы психотерапии

Продолжительность каждой из этих фаз может быть различной. Первые три фазы в определенном смысле могут рассматриваться как предварительные, поскольку в их процессе создаются условия для психотерапевтического процесса в группе, который по-настоящему реализуется только в четвертой фазе. Однако их значение для формирования терапевтически зрелой рабочей группы, а также их содержание, затрагивающее важные для участников группы проблемы и дающее возможность приобретения группой опыта в анализе и переработке групповых и личных проблем участников, делает вполне допустимой ситуацию, когда продолжительность первых трех фаз составляет около 20% всего времени работы психотерапевтической группы.

Механизмы лечебного действия групповой психотерапии. Вопрос о том, какие феномены, возникающие в группе, способствуют решению психотерапевтических задач, и могут рассматриваться как факторы и механизмы лечебного действия, является очень важным. Проблеме выявления лечебных факторов групповой психотерапии посвящено немало работ, как в теоретическом аспекте, так и опирающихся на результаты эмпирических исследований. Механизмы лечебного действия групповой психотерапии — факторы, определяющие позитивные изменения у участников группы, другими словами, обеспечивающие ее терапевтическую эффективность, Е.С. Crouch и соавт. [24] определяет как «элементы групповой терапии, которые предопределяют улучшение состояния или ситуации пациента. Их воздействие обусловлено действиями терапевта, других участников группы и самого пациента». И. Ялом [21] выделяет три основных пути исследования механизмов действия психотерапевтических групп и их лечебных возможностей: опрос пациентов, прошедших курс групповой психотерапии; изучение опыта и теоретических представлений групповых психотерапевтов (опрос психотерапевтов и анализ литературы); проведение эмпирических исследований, позволяющих выявить эффективность лечения, а также взаимосвязи между различными переменными психотерапевтического процесса в группе (например, состав группы, уровень сплоченности и напряжения, применяемые техники, активность и тактика психотерапевта и проч.) и эффективностью лечения.

В клинике неврозов и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева нами был проведен анализ мнений пациентов, прошедших групповую психотерапию, о том, что им помогло [7]. Все высказывания пациентов могут быть объединены в три основные категории: лучшее понимание себя и других, большее принятие себя и других, улучшение навыков общения. Очевидно, что в отчетах пациентов речь идет о становлении более адекватного самопонимания, повышении ценности собственного Я и влиянии этого процесса на взаимоотношения с окружающими. Таким образом, обнаружено, что пациенты в качестве важных факторов воздействия психотерапевтической группы также выделяют три основных аспекта — когнитивный, эмоциональный и поведенческий.

С. Кратохвил [29] в качестве основных лечебных факторов психотерапевтической группы рассматривает участие в работе группы; эмоциональную поддержку; помощь другим; самоэксплорацию; отреагирование; обратную связь; инсайт; коррективный эмоциональный опыт; проверку и тренинг новых способов поведения; получение новой информации и приобретение социальных навыков.

Т. Kaul и R. Bednar [28] считают, что характерной особенностью групповой психотерапии, в отличие от индивидуальной, является научение, которое в группе характеризуется следующими механизмами: участие в развивающейся социальной микрочайке; конфронтация и согласование точности оценок и взглядов; взаимодействие с окружающими в ситуации как оказывающего, так и получающего помощь.

С. Ледер и соавт. [5] полагают, что суть психотерапевтического процесса, вызывающего положительные изменения у пациента, состоит в научении. При этом подчеркивается, что группа является более эффективным инструментом, контекстом для научения и действия, чем

ситуация и отношения в рамках диады. Присутствие других участников повышает уровень мотивации индивида при выполнении заданий и вовлечении в определенную активность; суждения и оценки группы точнее, чем у индивида, группа предоставляет большее число правильных решений, ее научение проходит быстрее, в ней больше возникает оригинальных замыслов, она с большей степенью риска принимает решения.

Сопоставление представлений психотерапевтов и пациентов о факторах и механизмах лечебного действия свидетельствует, что первые указывают на собственно групповые феномены, вторые — на внутриличностную динамику, имеющую важное значение для редукции невротических расстройств. По-видимому, механизмы групповой психотерапии могут рассматриваться на двух уровнях, в двух плоскостях. Первый уровень отражает межличностные механизмы, то есть специфические особенности, которые создает группа для реализации психотерапевтических задач; второй уровень связан с внутриличностной динамикой, с процессом личностной перестройки в ходе групповой психотерапии.

Безусловно, этот индивидуально-психологический, внутриличностный механизм существует и в групповой, и в индивидуальной психотерапии, однако наличие межличностных механизмов интенсифицирует внутриличностную динамику, главным образом за счет более полного и разнопланового содержания обратной связи, что определяет своеобразие этой динамики в процессе групповой психотерапии.

Наиболее подробный анализ механизмов лечебного действия групповой психотерапии представлен в работах И. Ялома [21]. Он выделяет в качестве основных механизмов 10 факторов, которые в настоящее время признаются практически всеми теоретиками, практиками и исследователями групповой психотерапии.

Информирование. Информирование предполагает психологическое просвещение участников группы за счет получения информации о причинах возникновения и развития нарушений и роли психологических факторов; о связи симптоматики и эмоционального состояния, сущности психотерапии, об особенностях человеческого поведения, межличностного взаимодействия, конфликтах и т.д. Как правило, уровень психологической грамотности пациентов не слишком высок. Для многих из них становится открытием, что психика и соматика связаны, что симптомы их заболевания во многом связаны с переживаемыми ими эмоциями, а их усиление влечет за собой и усиление симптоматики, что люди не всегда способны принять что-то новое, особенно о самом себе; поведение может быть обусловлено не только актуальной ситуацией, но и прошлым опытом и т.д. Речь идет не столько о психолого-просветительской функции психотерапевта, сколько о том, что такую информацию пациенты вычлениют сами в процессе общения с другими участниками группы, столкновения с их проблемами и жизненными коллизиями, на основании анализа группового процесса. В ряде ситуаций психотерапевт может подчеркивать значимость тех или иных представлений, к которым группа пришла самостоятельно, дополнять и развивать эти темы, обозначать и пояснять то новое, что происходит в группе, не превращая это в длительные монологи и лекции.

Часть II. Основы психотерапии

Внушение надежды. Этим термином И. Ялом [21] обозначает появляющуюся у пациентов надежду на успех лечения. Такая надежда усиливается под влиянием улучшения состояния других пациентов и собственных достижений. Более успешные в психотерапии пациенты открывают другим участникам группы оптимистические перспективы. С точки зрения И. Ялома, этот фактор является значимым во всех психотерапевтических системах, «не только потому, что это позволяет удерживать пациента в группе и, следовательно, лечить его, но еще и потому, что сама вера в исцеление может быть терапевтически эффективной».

Проведенные исследования подтверждают, что чем больше пациент надеется, что ему помогут, тем результативнее будет психотерапия. Считается, что более выражено влияние этого фактора в открытых психотерапевтических группах, где периодически происходит ротация участников и уже заканчивающие курс лечения пациенты делятся достижениями, что формирует у новых пациентов более позитивную оценку своих перспектив.

Универсальность страданий. Взаимодействуя в группе с другими, пациент чувствует и понимает, что он не одинок — другие члены группы имеют в чем-то сходные проблемы, конфликты, трудности, переживания и болезненные симптомы. Переживание «уникальности» своего заболевания (и в клиническом, и в психологическом смысле) значительно ухудшает состояние пациента. По мере того, как участники начинают рассказывать о себе и проявляться в группе, они убеждаются в том, что другие люди способны понять их и, возможно, помочь. Понимание существующей общности с другими участниками группы способствует преодолению эгоцентрической позиции, появлению чувства общности и солидарности, отказу от оценочного отношения к наличию невротических проблем и

невротической симптоматики, а также способствует открытости и искренности участников и развитию групповой сплоченности.

Альтруизм. Этот фактор предполагает возможность помогать друг другу в процессе групповой психотерапии, делать что-то для другого. Такие переживания особенно значимы для пациентов с низкой самооценкой. Помогая другим, пациент становится более уверенным в себе, он ощущает себя способным быть полезным и нужным, начинает уважать себя и верить в собственные возможности. Р. Кочюнас [12] по поводу этого фактора пишет: «В психотерапевтической группе участники действительно могут дать друг другу очень многое — поддержку, внушение, успокоение, понимание, чувства. Этот обмен помощью является одной из важнейших гарантий психотерапевтических изменений. Почти всегда в конце успешной работы психотерапевтической группы участники подчеркивают не столько роль или вклад терапевта, сколько позитивную помощь других участников».

Корректирующая рекапитуляция первичной семейной группы (или корректирующий анализ влияния родительской семьи. Этот фактор предполагает переработку проблематики, корни которой уходят в родительскую семью пациента. К. Рудестам [18] обозначает этот фактор как множественный перенос, Р. Кочюнас [12] — как коррекция опыта родительской семьи. В группе пациенты обнаруживают переживания и проблемы, идущие из детства, чувства и способы поведения, характерные для семейных отношений и отношений с родителями в прошлом. «Все без исключения пациенты приходят в групповую терапию с историей в высшей степени негативного опыта, приобретенного ими в своей первой и наиболее важной группе — в родительской семье» [12]. В определенном смысле группа представляет собой модель семьи. Пациенты вступают в отношения, играют определенные роли, занимают те или иные позиции, сходные с теми, которые были у них в родительской семье: их отношения с психотерапевтом в определенной степени повторяют или воспроизводят отношения с родителями, а отношения с другими участниками группы — отношения с другими членами семьи (братьями, сестрами и др.). Анализируя особенности взаимодействия с психотерапевтом и другими участниками в контексте опыта родительской семьи, можно помочь пациенту увидеть и понять, к кому и когда он испытывал ранее такие же чувства и вел себя подобным образом, каковы причины такого поведения, какой результат имело такое поведение и проч. Выявление, анализ и осознание прошлых эмоциональных отношений и поведенческих стереотипов, сформировавшихся в родительской семье и проявляющихся в группе, дает возможность их терапевтической переработки и реконструкции.

Индивидуальная психотерапия также предоставляет возможности для переработки отношений с родительской фигурой, однако психотерапевтическая группа предоставляет для этого, несомненно, их гораздо больше. Ситуация психотерапевтической группы дает пациенту возможность не только рассказать об этих отношениях, но воспроизвести, то есть участвовать в них. Обратная связь, предоставляемая другими участниками группы, существенно расширяет понимание пациентом особенностей своего поведения и эмоционального реагирования, потребностей и мотивации. Важно подчеркнуть, что действие этого фактора обеспечивает не только осознание проблемы, но и ее переработку.

Развитие техники межличностного общения. Этот фактор отражает процесс социального научения, который происходит в группе, и в литературе обозначается как развитие социализирующих техник [21], межличностное обучение [18], совершенствование социальных навыков [12] и т.д. За счет обратной связи и анализа собственных переживаний пациенты в группе получают возможность увидеть свое неадекватное межличностное взаимодействие и в ситуации взаимного принятия изменить его, выработать и закрепить новые, более конструктивные способы поведения и общения.

Как отмечает И. Ялом, «для людей, которым не хватает близких отношений, группа предоставляет первую возможность вступить в полноценное межличностное общение» [21]. Психотерапевтическая группа создает условия для развития навыков гармоничного и эффективного социального поведения, которое включает не только научение каким-то конкретным формам поведения, но и формирует такие важные характеристики, как умение вступать в контакт, умение слушать других, а также терпимость, безоценочность, способность сочувствовать и выражать это сочувствие и т.д.

Имитационное поведение. В данном случае речь идет о том, что в группе пациент может обучаться более конструктивным способам поведения за счет наблюдения и подражания психотерапевту и другим успешным членам группы. Ряд авторов считают, что это более сложный процесс, чем просто подражание [12, 18, 21, 22]. Как показывает опыт, психотерапевт в большей степени, чем участники группы, является образцом для подражания или объектом идентификации, что предъявляет особые требования к его самоконтролю и саморегуляции. По этому поводу И. Ялом пишет, что «на самом же деле, у курящих трубку терапевтов получают курящие трубку пациенты» [21].

Часть II. Основы психотерапии

Групповая сплоченность. Эта групповая характеристика уже описывалась при рассмотрении групповой динамики. Групповая сплоченность понимается как привлекательность группы для ее участников, желание остаться в группе, чувство принадлежности к группе, доверие, принятие друг друга и группы как единого целого, чувство «Мы» группы. Групповая сплоченность является необходимым условием эффективности групповой психотерапии, и, как показывают исследования, высоко с ней коррелируют. R.L. Bednar и T.J. Kaul [23] отмечают, что сплоченность группы является одним из самых важных факторов, от которых зависит успешность работы психотерапевтической группы. H. Diskoff и M. Lakin [25] эмпирически выявили, что наибольшую психотерапевтическую ценность имела сплоченность группы; большинство участников групп считали взаимную поддержку важнейшей формой помощи. Наиболее успешные участники группы, отмечая значимые для них групповые явления, указали следующее: чувствовали себя принимаемыми другими участниками; ощущали сходство с другими участниками группы; ощущали важность присутствия отдельных участников группы для своего группового опыта. Групповая сплоченность свидетельствует о поддержке и взаимном принятии, доверии и чувстве безопасности, это делает поведение членов группы более активным и целенаправленным и приводит к положительному результату.

Групповую сплоченность рассматривают в групповой психотерапии как фактор, аналогичный отношениям «пациент–психотерапевт» в индивидуальной психотерапии, поэтому терапевтическая роль этого фактора аналогична терапевтической роли отношений «пациент–психотерапевт» (например, терапевтической роли переноса или поведения психотерапевта соответственно триаде К. Роджерса). К. Роджерс описал изменения, происходящие с пациентом в том случае, если отношения «пациент–психотерапевт» сложились должным образом: пациент начинает более свободно выражать свои чувства; он начинает яснее воспринимать реальность, то есть себя, других людей и свое окружение; он способен яснее видеть несоответствие между своим опытом и образом своего Я; он начинает находить и принимать чувства, которые раньше подавлял, отвергал или искажал; когда эти чувства включаются в образ своего Я, последний начинает более соответствовать реальному опыту клиента; он, ощущая безусловное уважение со стороны терапевта, начинает больше уважать себя; он начинает все меньше руководствоваться оценками других и больше доверять себе. Похожие изменения происходят и с группой по мере развития групповой сплоченности. Как отмечает M. Lakin [30], сплоченность группы объединяет усилия участников психотерапевтической группы, делает их эффективными. Вместе с тем сплоченность группы обеспечивает эмоциональные взаимосвязи участников группы, стабильность группы, увеличивает терпимость к индивидуальным целям друг друга в группе.

Определяя групповую сплоченность как условие, способствующее достижению группой успеха, большинство исследователей и психотерапевтов обращают внимание на то, что для пациентов групповая сплоченность является главной терапевтической ценностью, а осознанное групповое единство может быть важным фактором в стимулировании личностных изменений.

Катарсис. Этот фактор включает «очищение», отреагирование, эмоциональную разгрузку, интенсивное выражение в группе сильных чувств, как правило, подавляемых ранее. В данном случае речь идет не только об актуальных чувствах, которые испытываются пациентами в группе в данный момент к другим членам группы, психотерапевту или к самому себе, и открытое и непосредственное их выражение, но и о тех чувствах, которые связаны с их жизненными проблемами и которые они не только боятся выражать открыто, но зачастую даже не осознают. С нашей точки зрения, раскрытие проблем с теми чувствами, которые на самом деле порождают эти проблемы — тоже важная составляющая катарсиса. Точка зрения, согласно которой катарсис — это не только выражение сильных чувств в группе, не просто разрядка напряжения, разделяется многими психотерапевтами.

Интерперсональное влияние. Все описанные выше факторы действуют и в индивидуальной психотерапии, хотя и несколько ограничено. Интерперсональное влияние — этот фактор является важнейшим, наиболее специфичным для групповой психотерапии, и по сути раскрывает ее механизмы лечебного действия. Интерперсональное влияние проявляется и действует на трех уровнях: когнитивном, эмоциональном и поведенческом. *Когнитивный уровень* обеспечивается информацией, которую получает пациент в группе. Эта информация позволяет пациенту понять, каким его видят другие люди, что позволяет сформировать более полное представление о самом себе, создать более целостный и адекватный образ Я. Расширения образа Я в группе происходит за счет обратной связи — информации о том, как человека воспринимают другие участники группы, как они реагируют на его поведение, как понимают и интерпретируют его, как его поведение воздействует на других. Особое значение этого фактора связано с тем, что любая психотерапия, имеющая своей целью те или иные личностные изменения, в значительной мере направлена на изменения представления о себе, образа Я, самооценки, то есть тех психологических феноменов, которые являются системообразующими. Эти психологические феномены формируются у ребенка в

естественных группах за счет спонтанной связи, которую представляют ему члены естественной группы (семья, детская группа), поэтому использование этого механизма для коррекции неадекватных представлений о самом себе, но уже в специально организованных группах за счет специально организованной обратной связи будет абсолютно обоснованным. Обратная связь дает возможность участнику группы понять и оценить свою роль в типичных для него межличностных ситуациях и конфликтах и благодаря этому глубже понять собственные проблемы. Обратная связь в психотерапии способствует реализации ведущего механизма ее лечебного действия — конфронтации. Для создания в психотерапевтической группе эффективной системы обратной связи необходима определенная атмосфера, характеризующаяся прежде всего взаимным принятием, чувством психологической безопасности, доброжелательностью, взаимной заинтересованностью, а также наличием мотивации к участию в работе психотерапевтической группы, готовностью участников группы отказаться от привычных способов восприятия и взаимодействия, обнаружив их недостаточность и несовершенство. Эффективная обратная связь, по мнению ряда авторов, является в большей степени описательной или содержит скорее эмоциональные реакции на поведение участника группы, чем интерпретации, оценки и критику. Более эффективной оценивается и дифференцированная обратная связь, та, что предоставлена пациенту несколькими участниками группы.

Основную направленность обратной связи можно продемонстрировать с помощью так называемого окна Johari [32]. Окно Johari отражает состояние самосознания человека и включает четыре основные зоны, характеризующие знания человека о самом себе и знания о нем других людей: открытая зона (то, что знает человек о себе и знают о нем другие); скрываемая (то, что знает человек о себе, но не знают другие); слепая (то, что знают о нем другие, но не знает он сам); закрытая (то, чего не знает о себе сам человек и не знают другие). Если рассматривать процесс групповой психотерапии в рамках этих представления, то она направлена на расширение открытой зоны и сужение скрываемой, слепой и закрытой зоны. Уменьшение скрываемой зоны происходит в группе за счет роста доверия к окружающим, роста самооценки и самоуважения, слепой зоны — за счет специально организованной обратной связи, закрытой — за счет познания в группе себя и других.

Часть II. Основы психотерапии

Второй уровень интерперсонального влияния — эмоциональный. Этот уровень связан с возможностью возникновения в группе эмоционально значимых ситуаций, которые были ранее в реальной жизни пациента и с которыми он в прошлом не смог справиться. Переживание этих ситуаций в новых условиях, их вычленение, анализ, осознание и переработка, а также преобразование этой ситуации в иную, более благоприятную, какой еще не было в опыте пациента, по сути представляет собой коррективный эмоциональный опыт.

Третий уровень интерперсонального влияния — поведенческий. Группа является для пациента моделью социума, моделью его реальной жизни. Пациенты вступают друг с другом в те же отношения, что и в реальной жизни, демонстрируют те же потребности, отношения, установки, те же стереотипы поведенческого и эмоционального реагирования, что и в реальной жизни. Понимание особенностей взаимоотношений человека с окружающими — важный ключ к пониманию проблем конкретного человека. У пациента есть возможность увидеть в группе особенности своего поведения, его неэффективность и неконструктивность, что-то изменить, чему-то научиться, и в дальнейшем закрепить новые формы поведения в процессе группового взаимодействия.

В заключение хотелось бы еще раз подчеркнуть, что индивидуальная и групповая психотерапия имеют общие механизмы лечебного действия, однако использование групповой динамики в ходе групповой психотерапии в значительной степени расширяет и усиливает эти механизмы, предоставляя дополнительные возможности для решения психотерапевтических задач.

Руководство психотерапевтической группой. Главной фигурой психотерапевтического процесса в группе с точки зрения реализации основных целей и задач является групповой психотерапевт. Его профессиональные и личностные качества, его опыт являются факторами, оказывающими влияние на групповой процесс и результаты лечения. Вопрос о соотношении профессиональных навыков и личностных особенностей группового психотерапевта долгое время широко дискутировался, несмотря на то, что взаимосвязь этих характеристик очевидна: уровень профессиональных навыков во многом определяется личностными особенностями психотерапевта, а они, в свою очередь, в значительной степени обуславливают выбор терапевтических техник. С нашей точки зрения ответ на этот вопрос вытекает из понимания сущности и целей психотерапии, зависит от теоретической ориентации. Если психотерапевтический процесс в группе понимается, прежде всего, как специфический

межличностный контакт, то в этом случае более важное значение имеют индивидуальные, личностные особенности психотерапевта (способность к эмпатии и принятию, аутентичность, терпимость и проч.). Если же психотерапевтический процесс в группе рассматривается преимущественно как целенаправленное воздействие, то тогда на первый план выходят профессиональные навыки группового психотерапевта. Представляется также обоснованной точка зрения, согласно которой личностные характеристики и индивидуальные особенности имеют большее значение в работе непрофессионалов (например, группы анонимных алкоголиков и наркоманов) или психотерапевтов с недостаточной подготовкой и небольшим опытом.

Личностные характеристики, которые обычно приводят в качестве необходимых для психотерапевта вообще и группового психотерапевта, в частности, описывают, с нашей точки зрения, зрелую, «доброкачественную» личность. Из этого следует, что необходимо с детства целенаправленно воспитывать будущего психотерапевта или же производить сверхжесткий личностный отбор для обучения этой профессии, что, конечно, нереалистично.

Несомненно, есть личностные характеристики, которые могут определять профессиональный выбор и приверженность той или иной теоретической ориентации, а также способствовать профессиональной деятельности группового психотерапевта. Как отмечает А. Козевска (А. Kosewska) [5], даже те психотерапевты, которые придают решающее значение профессиональным навыкам, все же согласны с тем, что определенные личностные черты могут повышать или снижать эффективность применяемых техник. При этом в ряде исследований показано, что длительность и тяжесть заболевания оказывают гораздо большее влияние на успешность психотерапии, чем личностные характеристики психотерапевта. В связи с изложенным выше представляется целесообразным рассматривать группового психотерапевта не с точки зрения его личностных характеристик, а с точки зрения его поведения как руководителя психотерапевтической группы. Для описания возможных типов поведения групповых психотерапевтов обычно используют такие понятийные категории, как «роль» [21], «ориентация» [27], «терапевтический стиль» [31].

Роли группового психотерапевта. Понятие «роль» отражает положение, которое занимает психотерапевт в структуре группы. И. Ялом [21] выделяет две основные роли группового психотерапевта: технический эксперт и эталонный участник. Как эксперт психотерапевт планомерно и целенаправленно использует свои знания и профессиональные навыки для достижения психотерапевтических целей, в нужный момент применяет соответствующие необходимые методы. Как эталонный участник он преследует двоякую цель: демонстрация желательных образцов поведения и ускорение процесса социального научения. Отказываясь от главенствующего положения в группе, он тем самым ускоряет, дописывает четыре основные роли, характерные для руководителя группы: эксперта, катализатора, аранжировщика и образцового участника. Роль эксперта предполагает предоставление информации, ответы на вопросы, комментирование происходящего в группе. В роли катализатора руководитель способствует развитию групповых событий, побуждает группу к действиям и обращает ее внимание на текущие переживания и проблемы участников. Для роли аранжировщика характерно стремление способствовать обмену чувствами и информацией между участниками, помогать решению проблем и преодолению конфликтных и тупиковых ситуаций. Роль образцового участника предполагает демонстрацию психотерапевтом поведения, либо желательного для групповой ситуации, либо такого, которое для него пока недоступно.

С. Ледер и соавт. [5], учитывая такие критерии, как социальная роль, к которой можно свести поведение психотерапевта, способ взаимодействия (обучения), степень директивности, степень активности, передачу положительных эмоций, анонимность или степень самораскрытия психотерапевта, профессиональную подготовку, выделяют следующие роли группового психотерапевта: технический эксперт, инициатор, дидактик, опекун, товарищ, поверенный.

Часть II. Основы психотерапии

С. Кратохвил [29] выделяет пять основных ролей группового психотерапевта: активный лидер (руководитель), аналитик, комментатор, посредник, истинный член группы. *Активный лидер* — это руководитель группы. Он полностью определяет всю активность группы, направляет ее действия, определяет границы и нормы, задает темы, объясняет. Такую позицию группового психотерапевта сравнивают с ролью инструктора и учителя. Роль *аналитика* в большей степени характерна для представителей психодинамического направления. Как и психоаналитики в индивидуальной психотерапии, групповой психотерапевт в этой роли ведет себя эмоционально нейтрально, личностно себя не предьявляя, не руководит и не направляет группу, предоставляет группе возможность самостоятельно выбирать темы обсуждения. Такое поведение психотерапевта вызывает

высокую степень неопределенности в группе, что создает широкие возможности для проекции. Так же, как и в индивидуальной психотерапии, его основной задачей является анализ. Однако он не столько сам осуществляет анализ, сколько стимулирует участников группы к такого рода активности, как бы превращая группу в «коллективного аналитика». *Комментатор*, как и аналитик, не руководит и не направляет группу, он не препятствует происходящему в группе и позволяет групповым событиям развиваться спонтанно. Психотерапевт ничего не разъясняет, не отвечает на вопросы участников, а через определенные промежутки времени комментирует то, что происходит в группе, прежде всего с точки зрения групповой динамики, а также с точки зрения поведения отдельных участников. Он обращает внимание на те особенности взаимодействия и взаимоотношений между участниками группы, которые они не заметили, или не придали особого значения, или не поняли. Его комментарий носит довольно отстраненный характер, что усиливает напряжение в группе. Иногда этот прием используется групповым психотерапевтом именно с целью усиления напряжения, например, во второй фазе. И, хотя подобная позиция психотерапевта чаще всего не слишком позитивно воспринимается группой, но здесь группа получает новый опыт понимания происходящих событий.

Роль *посредника* по сути представляет собой роль эксперта. Эксперт также не руководит и не направляет группу, не берет на себя ответственность за происходящие в группе события, но не отказывает участникам группы в помощи, иногда по их просьбе может вмешиваться в ход событий и показывать нужное направление. Он, как правило, отвечает на вопросы участников группы, высказывает свое мнение, если его об этом просит группа, но старается делать это таким образом, чтобы его мнение не выглядело истиной в последней инстанции, а существовало наряду с позициями других участников группы.

Роль *члена группы* предполагает истинность, аутентичность поведения психотерапевта, он проявляет себя как один из членов группы. С. Кратохвил [30] подчеркивает, что результатом такого поведения может стать уменьшение противоречий, возникающих, как правило, между пассивным, выжидательным, малоэмоциональным поведением самого психотерапевта и его совершенно противоположными требованиями по отношению к группе.

Следует подчеркнуть, что один и тот же психотерапевт в работе с одной и той же группой на разных этапах ее развития или даже на протяжении одного и то же занятия может выполнять различные роли. Однако в целом их удельный вес будет определяться теоретической ориентацией. Так, для психотерапевта психодинамического направления ведущей ролью (но не единственной) будет роль аналитика, для поведенческого психотерапевта — роль посредника, а для гуманистического — роль истинного члена группы.

Ориентации групповых психотерапевтов. Д. Голдберг и соавт. [26, 27], описывая категорию «ориентация», характеризуют групповых психотерапевтов, исходя из того, что рассматривается психотерапевтом в качестве основного инструмента воздействия — психотерапевт или группа, другими словами, кто и на кого терапевтически воздействует в группе. На основании этого можно выделить две ориентации — ориентацию на индивида и лечение индивида на фоне группы и ориентацию на группу и лечение посредством ее воздействия. При ориентации на индивида и лечении его на фоне группы психотерапевт фиксирован на психодинамике конкретной личности, проблемы которой обсуждаются, психотерапевтический процесс протекает в большей степени в диаде «пациент–психотерапевт», а группа является лишь фоном, на котором происходит психотерапевтическое лечение. Психотерапевт в этом случае более директивен, а его основной функцией является интерпретация. Ориентация на группу и лечение посредством ее воздействия предполагает, что психотерапевт ориентирован, прежде всего, на групповую динамику, его действия носят более косвенный характер и являются скорее стимулирующими, побудительными и катализирующими. Цель этих воздействий состоит в том, чтобы способствовать развитию взаимоотношений между участниками и их более активному взаимодействию между собой, а не только (и не столько) с психотерапевтом. Следует отметить, что в своей работе групповой психотерапевт проявляет обе указанные ориентации. Ориентация на группу считается доминирующей, учитывая специфику групповой психотерапии.

Терапевтический стиль. М. Либерман и соавт. [31] выделили четыре основных психотерапевтических стиля: эмоциональная стимуляция, опека, познавательная ориентация, исполнительская функция. *Эмоциональная стимуляция* предполагает, что руководитель группы поддерживает и стимулирует проявления различного рода конструктивной активности участников группы: проявление различных чувств, конфронтацию различных участников группы, их мнений и позиций, предоставление обратной связи и проч. Он участвует в происходящем как равноправный член группы, побуждая и стимулируя остальных участников группы. *Опека* предполагает такой стиль поведения группового психотерапевта, при котором он обеспечивает в группе атмосферу теплоты и безопасности, проявляет внимание к членам группы, обеспечивает обратную связь и эмоциональную поддержку, открыто выражает заботу о пациентах. *Познавательная ориентация* представляет собой

такой стиль поведения группового психотерапевта, при котором он предоставляет участникам группы некую новую информацию, раскрывая смысл событий, происходящих в группе, объясняя поведение всей группы и отдельных ее участников, интерпретируя происходящее в группе и переживания отдельных пациентов. Основываясь на событиях, происходящих в группе, он может на конкретных примерах объяснить пациентам суть и значение некоторых психологических феноменов (например, проекция, сопротивление, защита и т.д.). *Исполнительская функция* означает, что психотерапевт устанавливает правила, определяет нормы, цели и направление деятельности, побуждает или прерывает активность, сосредоточивает внимание на определенном поведении группы и ее членов, использует собственное положение в группе для достижения ее целей. Групповые психотерапевты, работая с конкретной группой, используют весь указанный спектр, однако преобладающий в работе конкретного психотерапевта стиль в значительной степени связан с его теоретической ориентацией.

Часть II. Основы психотерапии

Представляется, что в самом общем виде основные задачи группового психотерапевта могут быть сформулированы следующим образом:

- 1) побуждение членов группы к проявлению отношений, установок, поведения, эмоциональных реакций, обсуждению предложенных тем, предоставлению информации и обратной связи, анализу групповых ситуаций и проблем отдельных пациентов и проч.;
- 2) создание в группе атмосферы взаимного принятия, доверия, доброжелательности, безопасности, взаимопомощи, способствующей самораскрытию пациентов;
- 3) разработка и поддержание психотерапевтических ценных групповых норм, гибкость в выборе директивных или недирективных техник. При этом часто подчеркивается, что лучших результатов в психотерапии достигают психотерапевты, которые в большей степени ориентированы на опеку и эмоциональную поддержку, а затем уже на стимулирование и руководство.

Средства воздействия, используемые психотерапевтом в ходе групповых занятий, можно условно разделить на две категории: вербальные и невербальные. Первые относительно легко поддаются регистрации и анализу, что же касается вторых, то их гораздо труднее выделить и классифицировать, хотя именно они во многом определяют климат и атмосферу занятия: к ним относятся мимика психотерапевта, его жестикация, интонации и т.д. Главным средством воздействия являются вербальные средства, классификация которых с точки зрения активности психотерапевта (другими словами определения цели, к которой стремится психотерапевт, используя то или иное высказывание) позволяет принятые в психотерапии приемы условно разделить на несколько категорий. При этом следует подчеркнуть, что в каждом нижеприведенном типе активности психотерапевта можно выделить его собственную активность и стимулирование пациентов к активности данного типа. В качестве основных категорий можем указать следующие.

1. Структурирование хода занятий. Отмечают все высказывания, которые вначале определяют его ход и программу, высказывания, направленные на ограничение непродуктивной активности, на ориентирование обсуждения в соответствующем направлении и проч.
2. Сбор информации. Психотерапевт задает вопросы, поощряет высказывания пациентов и их вопросы.
3. Интерпретация. Наиболее обширная категория психотерапевтических приемов. Интерпретация может относиться как к актуальной ситуации, так и к прошлому пациента. Внутри этой категории можно выделить следующее: отражение эмоции (повторение высказываний пациентов, не выходя за пределы их явного содержания), классификация (извлечение из высказывания пациента того, что имеет существенное значение и содержится в высказывании неявным образом), конфронтация (сопоставление отдельных высказываний с целью показать сходства, различия, противоречия), собственно интерпретация (постановка гипотез, которые могут прояснить причинно-следственные связи и истинный смысл того или иного события или поведения).
4. Убеждение и переубеждение, которое может осуществляться как непосредственно, так и опосредованно.
5. Предоставление информации.
6. Постановка определенных заданий. Речь здесь может идти об использовании вспомогательных техник. Последовательное применение указанных приемов позволяет психотерапевту оптимально использовать психотерапевтический потенциал групповой динамики.

При разнообразии выделяемых ролей, позиций, стилей, характеристик поведения группового психотерапевта существует разделяемое большинством специалистов представление, согласно которому основная задача психотерапевта заключается в недирективном

руководстве группой, стимулировании пациентов к активности и созданию атмосферы эмоциональной безопасности и принятия. Необходимость ограничения собственной активности и директивности группового психотерапевта обусловлена тем, что активность участников группы сама по себе является лечебным фактором групповой психотерапии. Важно подчеркнуть, что основные характеристики поведения психотерапевта определяются не только теоретической ориентацией, но и актуальной групповой ситуацией, а также фазой развития психотерапевтической группы.

Методы групповой психотерапии. В процессе групповой психотерапии используется комплекс методов: групповая дискуссия, психодрама, психогимнастика, проективный рисунок и музыкотерапия. Указанные методы могут применяться и применяются в психотерапии и как самостоятельные. Однако чаще всего они используются в комплексе при работе с психотерапевтической группой. Диапазон методов групповой психотерапии может быть расширен, если есть специалисты, владеющие какими-либо другими техниками (танцы, пение, лепка и т.д.).

Групповая дискуссия. Групповая дискуссия является основным, опорным методом групповой психотерапии, который характеризуется спонтанностью, малой структурированностью и недирективностью поведения психотерапевта. Предмет (тема) групповой дискуссии фокусируется на обсуждении в группе особенностей и характера взаимоотношений и взаимодействий (интеракций), обсуждением биографии пациента или определенной темы, представляющей интерес и являющейся актуальной для большинства участников группы. Можно выделить три основных типа ориентации групповой дискуссии: биографическая, тематическая и интеракционная. Соотношение этих ориентаций, их удельный вес, определяется не только актуальной ситуацией в группе, но и теоретической парадигмой, в рамках которой проводится групповая психотерапия. Ведущей для групповой психотерапии является *интеракционная ориентация*, именно она определяет специфику групповой психотерапии как метода, основанного на использовании в лечебных, психотерапевтических целях групповой динамики, обеспечивая реализацию одного из важнейших факторов лечебного действия групповой психотерапии — обратной связи. Интеракционная ориентация предполагает обсуждение в группе особенностей межличностного взаимодействия и взаимоотношений в группе и ситуаций, возникающих в ходе группового процесса. *Биографическая ориентация* фокусирует внимание группы на обсуждении истории жизни пациента, отдельных эпизодов и событий его биографии, его проблем, конфликтов, отношений, установок, особенностей поведения, которые проявляются не только «здесь и теперь», но являются характерными для него и в реальной жизни, за пределами группы. *Тематическая ориентация* направлена на обсуждение каких-либо более общих тем, актуальных для большинства участников группы.

Часть II. Основы психотерапии

Оптимальным является изменение ориентации групповой дискуссии в течение одного сеанса. Например, интеракционно-ориентированное вначале занятие (например, обсуждение ролевой структуры группы и конкретных ролей и позиций ее участников) может в дальнейшем принять биографическую направленность с концентрацией внимания на одном из пациентов (например, играющем в этой структуре важную роль) и привлечением биографического материала для того, чтобы показать пациенту повторяемость его реакции, способов поведения, характерных ролей, позиций, установок, конфликтов и помочь ему понять более глубокие причины собственного поведения. Точно так же обсуждение биографии отдельного пациента может привести в дальнейшем как к анализу его актуального поведения в группе, в групповых ситуациях, так и к концентрации внимания на общих темах, актуальных и важных для остальных участников группы. Таким образом, биографическая ориентация изменяется либо на интеракционную, либо на тематическую.

В самом общем виде можно выделить последовательность тем групповой дискуссии, ее основные содержательные моменты: знакомство членов группы; обсуждение ожиданий пациентов, их страхов и опасений, переживаний в связи с началом работы группы и взаимодействия с другими ее участниками; переживание и обсуждение группового напряжения, связанного с рассогласованием между ожиданиями пациентов и групповой реальностью, поведением психотерапевта и тем, что происходит в группе; нарастание сопротивления и агрессии в отношении психотерапевта, соотнесение этих переживаний с прошлым жизненным опытом, вскрытие истинных чувств к психотерапевту, их осознание, понимание их причин и переработка; создание групповых норм в отношении психотерапевта; вскрытие проблем, связанных с самостоятельностью, ответственностью и активностью, отношением к авторитетам; формирование адекватного отношения к болезни и лечению, активной мотивации к участию в работе группы; выработка психотерапевтических групповых норм и групповой культуры, принятие ее участниками группы; доминирование

интеракционной проблематики, анализ групповой динамики с выходом на проблематику отдельных пациентов — собственно «рабочая фаза» групповой психотерапии, в ходе которой решаются ее основные задачи (коррекция отношений и установок неадекватных реакций и форм поведения, закрепление и генерализация позитивных изменений), обсуждение результатов лечения, подведение итогов.

Психодрама. Психодрама представляет собой ролевую игру, в ходе которой создаются необходимые условия для спонтанного выражения эмоций, связанных со значимой проблематикой пациента. Психодрама как лечебный психотерапевтический метод была создана и разработана Я.Л. Морено (J.L. Moreno) на основе опыта его театрального эксперимента, «спонтанного театра», изначальная цель которого не была связана с психотерапией и заключалась в развитии и реализации творческого потенциала человека, его творчества в «театре жизни». Внутрличностные и межличностные изменения, достигаемые участниками «спонтанного театра», послужили основой для дальнейшего развития психодрамы как лечебного метода [14, 15].

Процедура психодрамы предполагает наличие следующих участников: протагонист, терапевт, помощники терапевта, зрители. Протагонист — это пациент (участник группы, субъект), главный исполнитель, представляющий свои проблемы, терапевт (режиссер, дирижер, фасилитатор) — организатор ролевой игры, помогающий пациенту исследовать свои проблемы. Функции терапевта заключаются в организации психодраматического действия, пространства, создании атмосферы доверия, стимулировании участников к спонтанности, подготовки протагониста и всей группы к ролевой игре («разогрев»), выявлении проблем и переживаний пациента, комментировании, включении по ходу дела вспомогательных персонажей, организации обсуждения, эмоционального обмена, анализа и интерпретации происходящего. Помощники терапевта (или «вспомогательные Я») — котерапевт и пациенты, исполняющие в психодраме вспомогательные роли и усиливающие функции терапевта. Зрители — остальные члены группы, не принимающие непосредственного участия в психодраматическом действии, но обсуждающие ситуацию после ее завершения. Я.Л. Морено сравнивал зрителей с хором в древнегреческой трагедии, участники которого, наблюдая действие, идентифицируются с протагонистом, также испытывают сильные переживания и усиливают этим переживания протагониста. Процесс психодрамы включает три основные фазы: инициальную или подготовительную (фаза «разогрева»), собственно психодраматическое действие; обсуждение (предоставление протагонисту обратной связи и эмоциональный обмен).

В инициальной фазе происходит выбор протагониста, получение диагностического материала (информации о протагонисте и ситуации), предварительное обсуждение проблемы и самой ситуации с протагонистом, подготовка протагониста и других участников, организация пространства и самого психодраматического действия. Вторая фаза — собственно разыгрывание ролевой ситуации или психодраматического действия. В ходе его пациент может достичь катарсиса и осознать свои истинные чувства, отношения, установки проблемы и конфликты. Облегчить эти процессы помогает целый ряд приемов — «зеркало», «внутренний голос», «двойники», «другие Я», монолог, диалог, «построение будущего», «проба реальности» и др. Третья фаза — фаза обсуждения или интеграции — является завершающей. На этой фазе группа (и вспомогательные персонажи и зрители) предоставляет протагонисту обратную связь двух видов: ролевую и идентификационную. Ролевая обратная связь — это обратная связь «из роли». Ее предоставляют те участники группы, которые играли вспомогательные роли, они говорят о своих переживаниях и состояниях, которые возникали в процессе психодраматического взаимодействия с протагонистом, о том, что они чувствовали, будучи в роли значимых для протагониста людей. Такая ролевая обратная связь помогает протагонисту понять, что чувствуют окружающие его люди, как они воспринимают и как реагируют на его поведение, что им нравится, а что не нравится, что вызывает напряжение, раздражение, агрессию и другие эмоции, какие ответные действия им хотелось бы совершить. Идентификационная обратная связь стимулирует участников группы (зрителей) говорить о своих впечатлениях, собственных переживаниях, ассоциациях, мыслях, воспоминаниях, которые возникали у них во время разыгрывания ролевой ситуации. Идентификационная обратная связь, с одной стороны, демонстрирует пациенту, что другие участники сопереживали ему, что они имеют сходные проблемы и переживания, а с другой — стимулирует членов группы к работе над своими собственными проблемами, не оставляя их только пассивными зрителями происходящего.

Часть II. Основы психотерапии

Психогимнастика. Психогимнастика является невербальным методом, основанным на использовании двигательной экспрессии. Психогимнастика стимулирует выражение переживаний, эмоциональных состояний, проблем с помощью движения, мимики,

пантомимы. Метод позволяет пациентам проявлять себя и общаться без помощи слов. В комплексе методов групповой психотерапии используются подходы и техники, основанные, прежде всего, на работах чешского психолога Х. Юновой. Психогимнастическое занятие, как правило, включает три части: подготовительную, пантомимическую и заключительную, которые имеют относительно самостоятельные задачи и собственные методические приемы. Задачами подготовительной части являются уменьшение напряжения у участников группы, снятие страхов и запретов, развитие внимания и чувствительности к собственной двигательной активности и двигательной активности других людей, сокращение эмоциональной дистанции между участниками группы, формирование и развитие способности выражать свои чувства, эмоциональные состояния, проблемы, невербально — без помощи слов, а также понимать невербальное поведение других людей.

Пантомимическая часть психогимнастики является наиболее важной. Здесь пациентам предлагаются темы, которые они разыгрывают без помощи слов. Содержание тем для пантомимы может быть ориентировано как на проблемы отдельного пациента, так и на проблемы всех членов группы и группы в целом.

Заключительная часть психогимнастики включает обсуждение разыгранных ситуаций, а также направлена на снижение напряжения, которое могло возникнуть в ходе занятия.

Психогимнастика, как правило, в процессе групповой психотерапии проводится как отдельное занятие. Однако в некоторых случаях в начале групповой дискуссии или по ее ходу психотерапевт при необходимости может предложить группе некоторые отдельные психогимнастические задания.

Проективный рисунок. Эта техника во многом носит психодиагностический характер и направлена на получение дополнительной информации о проблемах отдельных пациентов или группы в целом. Так же, как психодрама и психогимнастика, проективный рисунок способствует выявлению и осознанию трудновербализуемых проблем и переживаний пациентов. Пациенты рисуют на заданную тему. Темы могут быть самыми разнообразными и касаться как индивидуальных проблем отдельных пациентов, так и общегрупповых проблем. Обсуждение проективного рисунка, как правило, начинается с высказываний членов группы о том, что, как им кажется, хотел изобразить автор рисунка и какие чувства этот рисунок вызывает; они также говорят о том, как понимают его замысел. При интерпретации проективного рисунка обращается внимание на содержание рисунка, способы выражения, цвет, форму, композицию, размеры, повторяющиеся в рисунках конкретного пациента специфические особенности. В проективном рисунке находят отражение непосредственное восприятие пациентом той или иной ситуации, различные переживания, часто неосознаваемые и невербализуемые.

Музыкотерапия. Музыкотерапия — это психотерапевтический метод, использующий музыку в качестве лечебного средства. Обычно выделяют четыре направления лечебного действия музыки: 1) эмоциональное активирование в ходе вербальной психотерапии; 2) развитие навыков межличностного общения — коммуникативных функций и способностей; 3) регулирующее влияние на психовегетативные процессы; 4) развитие эстетических потребностей. В качестве механизмов лечебного действия музыкотерапии указывают: катарсис, эмоциональную разрядку, регулирование эмоционального состояния, облегчение осознания собственных переживаний, конфронтацию с жизненными проблемами, повышение социальной активности, приобретение новых средств эмоциональной экспрессии, облегчение формирования новых отношений и установок.

Музыкотерапия существует в двух основных формах: активной и рецептивной (пассивной). Активная музыкотерапия представляет собой терапевтически направленную, активную музыкальную деятельность: воспроизведение, фантазирование, импровизацию с помощью собственного голоса или выбранных музыкальных инструментов. Рецептивная музыкотерапия предполагает процесс восприятия музыки с терапевтической целью. В свою очередь, рецептивная музыкотерапия существует в трех формах: коммуникативной (совместное прослушивание музыкальных произведений, направленное на поддержание взаимных контактов, взаимопонимания и доверия), реактивной (направленной на достижение катарсиса) и регулятивной (способствующей снижению нервно-психического напряжения). В групповой психотерапии музыкотерапия как один из методов применяется довольно широко. Чаще всего в лечебной практике используется рецептивная музыкотерапия с ориентацией на коммуникативные задачи. Пациенты в группе прослушивают специально подобранные музыкальные произведения, а затем обсуждают собственные переживания, воспоминания, фантазии (часто проективного характера), возникающие у них в ходе прослушивания.

Организационные аспекты групповой психотерапии. Эффективность групповой психотерапии как лечебного метода подтверждена многочисленными исследованиями в этой области. На основании этих исследований и опыта практической работы сформировались представления об организационных аспектах групповой психотерапии, необходимых для успешного решения ее основных задач: продолжительности всего курса лечения и отдельного сеанса, частоте занятий, составе психотерапевтических групп и принципах их

подбора, количестве психотерапевтов, комбинации различных методов (основных и вспомогательных, вербальных и невербальных) и проч.

Продолжительность курса групповой психотерапии может быть различной. Она зависит от типа медицинского учреждения (стационарный или амбулаторный), нозологической принадлежности пациентов, теоретического подхода, применяемых методов и ряда других факторов. Многие исследователи и психотерапевты-практики сходятся на том, что оптимальным сроком лечения является 2 мес (8–10 нед) при частоте занятий 4–5 раз в неделю с продолжительностью одного сеанса 1,5 ч. Таким образом, курс групповой психотерапии в оптимальном варианте рассчитан на 40–50 занятий, то есть на 60–75 ч. Важным организационным аспектом, который во многом определяет эффективность групповой психотерапии, является организация психотерапевтической группы с точки зрения ее численности и состава. Психотерапевтическая группа — это малая целевая группа, относительно немногочисленная общность пациентов, находящихся между собой в непосредственном личном общении и взаимодействии, созданная для достижения определенных психотерапевтических целей и использующая для их достижения групповую динамику. На практике число членов психотерапевтической группы колеблется от 3 до 30 человек. Возможно создание малых групп (до 10 человек), средних (от 11 до 20 человек) и больших (от 21 до 30 человек). Однако наиболее эффективной является группа, находящаяся на границе малой и средней, насчитывающая от 8 до 12 участников. Групповая психотерапия иногда сочетается с индивидуальной, однако в таком случае групповая форма все же выступает в качестве ведущего метода лечения. Что касается состава группы, то в литературе чаще всего дискутируется вопрос о таком параметре, как однородность–неоднородность (гомогенность–гетерогенность) группы, то есть о том, каких пациентов следует включать в конкретную группу: совпадающих по своим характеристикам или различающихся. Проблема однородности–неоднородности касается таких характеристик, как нозологическая принадлежность, синдромология, пол, возраст, социокультурный уровень, уровень интеллекта, личностные особенности, основные типы конфликтов и проблем, преобладающие способы поведения и эмоционального реагирования, сходные жизненные психотравмирующие ситуации и проч. [2, 4, 5, 17, 21].

Часть II. Основы психотерапии

Наиболее дискутируемой проблемой является проблема однородности–неоднородности по нозологическому признаку. В качестве наиболее предпочтительного варианта большинство авторов рассматривает однородную в нозологическом отношении группу. При этом исходят из того, что нозологическая принадлежность в значительной степени конкретизирует задачи психотерапии, определяет направленность и глубину психологических вмешательств. Вместе с тем имеются данные, свидетельствующие об эффективности и неоднородных в нозологическом отношении групп. Что касается других параметров, то большинство исследователей и практиков склоняются к неоднородности, то есть, по возможности, большему разнообразию других признаков, в частности таких как пол, возраст, личностные особенности, основные типы конфликтов и проблем, преобладающие способы поведения и эмоционального реагирования, сходные жизненные психотравмирующие ситуации и проч. Это связано, прежде всего, с тем, что в таких группах в силу различий между пациентами с большей вероятностью могут возникать самые разнообразные ситуации и взаимодействия, каждая из которых будет значимой для того или иного пациента. Сторонники неоднородности психотерапевтической группы полагают, что в такой группе возможна более глубокая психотерапия, так как одна из важнейших ее задач заключается в конфронтации пациента, имеющего узкий диапазон поведенческих и эмоциональных стереотипов, с другим, отличающимся, альтернативным поведением и реакциями.

Разнородность группы способствует столкновению многих способов реагирования, дает пациенту возможность научиться различать оттенки в отношениях между людьми, учит терпению, лояльно относиться к противоположному поведению и отличным от своих реакций, помогает научиться чувствовать себя безопасно в непривычной среде, среди других людей с другими отношениями, ценностями, установками. Отмечают также и такие преимущества разнородных групп, как более эффективное научение, более быстрое формирование групповой культуры, большие возможности ослабления психологической защиты и проекции при интерпретации поведения других и т.д. Приверженцы однородных групп отмечают такие их особенности, как более быстрая взаимная идентификация, ускорение инсайта, уменьшение длительности лечения, быстрое возникновение взаимной эмпатии, катарсис, уменьшение сопротивления и проявлений деструктивного поведения, более редкое формирование подгрупп. Принцип однородности состава группы чаще всего реализуется при лечении крайних возрастных контингентов (дети, подростки, пожилые люди) или лиц с четко доминирующей проблематикой (например, проблемы зависимости). Однако в целом можно

сказать, что глубинная психотерапия предполагает большее разнообразие в составе группы. При этом, естественно, оптимальный состав группы должен быть таким, чтобы ее члены, несмотря на различия, могли вести между собой плодотворную дискуссию. Психотерапевтические группы также подразделяют на открытые и закрытые. Открытые группы не имеют постоянного состава участников: по мере окончания лечения одни пациенты уходят из группы, и на их место в состав уже работающей группы включаются новые участники. В открытых группах, как правило, нет заранее фиксированной длительности работы. Закрытые группы отличаются постоянством состава участников, новые члены в группу не включаются даже в том случае, если из нее по какой-то причине выбывает пациент до окончания срока лечения. Закрытые группы обычно имеют фиксированную продолжительность работы.

Руководство психотерапевтической группой осуществляется групповым психотерапевтом. Его функции сложны и разнообразны, к его профессиональному уровню и поведению предъявляются высокие требования, что связано с необходимостью быстрого и точного понимания групповой ситуации и того, что происходит с конкретным пациентом, выбора наиболее адекватных способов воздействия и конкретных методических приемов, высокого самоконтроля в отношении собственных проекций и проч. Наиболее оптимальным вариантом является ведение психотерапевтической группы двумя психотерапевтами: психотерапевтом и котерапевтом. Сам термин «котерапевт» в определенной степени предполагает подчиненную, второстепенную роль второго ведущего группу. Во многом такие представления обусловлены не только собственно термином, но и тем, что на практике такая совместная работа является одновременно и способом обучения групповых психотерапевтов, как правило, в группе работает один опытный психотерапевт, а другой (котерапевт) — начинающий. В идеале же оба психотерапевта являются равноправными партнерами, действуют в одном направлении. Следует подчеркнуть, что психотерапевт и котерапевт должны придерживаться общих взглядов на групповой процесс, иметь единое понимание целей, задач и механизмов психотерапии, а также иметь друг с другом гармоничные, не конфликтные отношения.

Групповая психотерапия применяется в системе комплексного лечения пациентов с самыми различными заболеваниями: неврозы, алкоголизм и наркомания, психозы, психосоматические и хронические соматические заболевания и проч. Показания к групповой психотерапии, так же как и к психотерапии в целом, определяются, прежде всего, ролью психогенных факторов в этиопатогенезе заболевания и его социально-психологическими последствиями.

Список литературы

1. Александров А.А. Современная психотерапия. Курс лекций. СПб.: Академический проект, 1997.
2. Витакер Д.С. Группы как инструмент психологической помощи. М.: Класс, 2000.
3. Возрастные аспекты групповой психотерапии. Л., 1988.
4. Групповая психотерапия при неврозах и психозах // Труды Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. Л., 1975.
5. Групповая психотерапия / под ред. Б.Д. Карвасарского, С. Ледера. М.: Медицина, 1990.
6. Интегративные аспекты современной психотерапии // Сборник научных трудов психоневрологического института им. В.М. Бехтерева / под ред. Б.Д. Карвасарского и др. СПб., 1992.
7. Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях // Труды Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. Л., 1982.
8. Исурина Г.Л. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия и основные тенденции ее развития // Психотерапия: от теории к практике. СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1995.
9. Исурина Г.Л., Карпова Э.Б., Журавлев А.Л. Психологическая концепция отношений В.Н. Мящцева: учение о неврозах и психотерапия // Психологический журнал. 2021. Т. 42, № 2. С. 49–57.
10. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М.: Медицина, 1985
11. Клинико-психологические исследования групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях // Труды Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. Л., 1979.
12. Кочюнас Р. Психологическое консультирование и групповая психотерапия. М.: Академический проект, 2005. (Серия: Gaudeamus).
13. Левин К. Теория поля в социальных науках. М.: Академический проект, 2017.
14. Лейтц Г. Психодрама: теория и практика. М., 1994.
15. Морено Я.Л. Психодрама. М.: Апрель-Пресс; Эксмо-Пресс, 2001.
16. Психотерапевтическая энциклопедия. СПб.: Питер, 2006.

17. Психотерапия: учебник / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 2012.
18. Рудестам К. Рудестам Н. Групповая психотерапия. М., 1990.
19. Рутан Дж., Стоун У. Психодинамическая групповая психотерапия. СПб.: Питер, 2002.
20. Теория и практика медицинской психологии и психотерапии // Сборник научных трудов Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. СПб., 1994.
21. Ялом И. Стационарная групповая психотерапия. М., 2016.
22. Bandura A., Blanchard E.B., Ritter B. The relative efficacy of desensitisation and modeling approaches for inducing behavioral, affective and attitudinal changes // J. Pers. Soc. Psychol. 1969. Vol. 13. P. 173–199.
23. Bednar R.L., Kaul T.J. Experiential group research: current perspectives // Handbook of Psychotherapy and Behavior Change / Eds S.L. Garfield, A.E. Bergin. New York: Wiley, 1978.
24. Crouch E.G., Bloch S., Wanlass J. Therapeutic factors: interpersonal and intrapersonal mechanisms // Handbook of Group Psychotherapy: An Empirical and Clinical Synthesis, NY.: John Wiley and Sons, 1994. P. 269–315.
25. Diskoff H., Lakin M. Patients' views of group psychotherapy: retrospections and interpretations // Int. J. Group Psychother. 1963. Vol. 13. P. 61–73.
26. Goldstein A.P. Therapist/Patient Expectancies in Psychotherapy. New York: Pergamon Press, 1962.
27. Goldberg D.A., Schuyler W.R., Bransfield D., Savino P. Focal group psychotherapy: A dynamic approach // Int. J. Group Psychother. 1983. Vol. 33. P. 413–431.
28. Kaul T.J. Bednar R.L. Pretraining and structure: parallel lines yet to meet // Handbook of Group Psychotherapy: An Empirical and Clinical Synthesis / Eds A. Fuhrman, G.M. Burlingame. New York: John Wiley and Sons, 1994.
29. Kratochvil S. Skupinova psychoterapie neuros. Praha, 1978.
30. Lakin M. The human relations training laboratory: A special case of the experiential group // The Intensive Group Experience / Eds M. Rozenbaum, A. Snadowsky. New York: The Free Press, 1976.
31. Lieberman M.A. Comparative analysis of change mechanisms in group // Advances in Group Psychotherapy: Integration Research and Practice / Eds R.R. Dies, K.R. MacKenzie. New York: International University Press, 1983.
32. Luft J., Ingham H. The Johari window, a graphic model of interpersonal awareness // Proceedings of the Western Training Laboratory in Group Development. Los Angeles: University of California, 1955.
33. Schindler R. Grundprinzipien der Psychodynamik in der Gruppe / Psyche. 1957/58. Bd 11. S. 308–314.

Часть II. Основы психотерапии

10.3. Семейная психотерапия

Семейная психотерапия существует во множестве психологических школ и направлений. Обычно под этим понимается помощь человеку, у которого есть проблемы в семье в самом широком смысле. Например, отношения в паре обсуждают с клиентами и гештальт-терапевты, и когнитивно-поведенческие специалисты, и представители психодинамической психотерапии, так же как и отношения в поколениях, с родителями, с детьми. Игровые терапевты, помогая детям, обязательно включают их в процесс встречи с родителями, и это так же понимается как семейная психотерапия.

На поле психотерапевтической помощи существует подход, специально разработанный для работы с дисфункциональной семьей. Это **системная семейная психотерапия (ССП)**. Развитие СПП не связано с развитием индивидуальной психотерапии. Например, Г. Эриксон и Т. Хоган [16] утверждают, что их анализ литературы не выявил никаких данных о том, что СПП «выросла» из каких бы то ни было ранее существующих теоретических положений в психотерапии.

Теоретическую основу этого подхода составляет общая теория систем, базовые идеи которой развивали люди разных профессий: математик Норберт Винер, биолог Людвиг Фон Берталанфи, антрополог Грегори Бейтсон и др.

К первой половине XX в. накопилось множество фактов в разных областях знаний, которые не объясняли с помощью существующих на тот момент теорий. Чем регулируется динамика численности популяций животных? Почему в определенные исторические периоды разные люди начинают вести себя одинаково? Стало понятно, что нужен какой-то новый способ понимания и анализа действительности. Новую методологию предложила теория систем. Здесь мы рассмотрим ту часть системной теории, которая имеет отношение к социальным системам.

Было разработано определение системы вообще: система — это группа взаимосвязанных элементов, реализующих общую функцию и выступающих по отношению к внешней среде как единое целое. Все живое может быть рассмотрено как система. Главное в живой

системе — это взаимосвязь и взаимодействие элементов друг с другом. Понимать вещи системно — это понимать в контексте их связей и взаимодействий [11].

В системной психотерапии семью рассматривают как единое целое, акцент делается на взаимодействии людей внутри системы и взаимодействии социальных систем между собой. Важное отличие данного терапевтического подхода от других заключается в том, что отдельный человек не является целью терапевтического воздействия. Более того, в системной теории считается, что отдельный человек чувствует, думает и поступает в соответствии с законами функционирования тех систем, элементом которых он является. Система первична, а человек вторичен по отношению к ней. Соответственно, психотерапевтическое воздействие оказывается на функционирование системы, на ее эмоциональную организацию, структуру, правила взаимодействия, устройство ее границ и т.п. С самой общей точки зрения системный подход в терапии означает рассмотрение симптома или проблемы в контексте взаимодействия, в которое включен его носитель.

Показания для системной семейной психотерапии:

- семья, пережившая утрату, травму, потерю, острое горе;
- пары со следующими проблемами: хронические конфликты, измены, домашнее насилие, нарушения сексуального взаимодействия;
- семья, где есть человек с зависимостью от психоактивных веществ, с игровой зависимостью, с аддиктивным поведением;
- семья, где есть ребенок с особенностями развития, с хроническим заболеванием, с академической неуспеваемостью, с симптоматическим поведением;
- семья с конфликтами поколений;
- разводящиеся пары с детьми и без;
- люди, которые хотят создать семью и не могут этого сделать.

Психотерапевтическое воздействие направлено на семью как на живую социальную систему. Специалист мыслит системно, то есть видит и понимает семью в контексте ее внешней и внутренней среды, как взаимосвязь и взаимовлияние людей, в нее входящих. Он меняет связи и взаимодействия людей в семье с помощью разнообразных методов и техник.

В ССП мы различаем два основных направления: информационная ССП и эмоциональная ССП. Информационная ССП рассматривает семью как систему, которая организуется прежде всего вокруг обмена информацией. Информация понимается очень широко. Фактически любое поведение любого члена системы является информацией, сообщением для остальных. Приверженцем этого подхода, этой парадигмы был Г. Бэйтсон и его группа — П. Вацлавик, Д. Джексон, В. Сатир, последователи — миланская группа (М.С. Палаццоли, Д. Пратта, Д. Чеккин и Л. Босколо), П. Пэпп и др. В этой традиции развивалась нарративная практика с семьями, ориентированная на решении краткосрочной психотерапии.

Эмоциональную ССП, или подход с точки зрения эмоциональных систем, развивал М. Боуэн. Его тезис-системы посвящены эмоциональному обмену между членами системы. Причем семейная система понимается как расширенная семья, включающая много поколений, в отличие от информационного подхода, где редко рассматривают более двух поколений. В этих двух подходах существуют свои специфические методы диагностики семьи и психотерапевтической помощи. Рассмотрим их последовательно.

Информационный подход в системной семейной психотерапии

Базовые идеи информационного подхода в ССП.

1. «Организмический» взгляд на мир и круговая причинность.

Понятие системы вытекает из так называемого «организмического взгляда на мир» [13]. Для этого взгляда характерны два положения: а) целое больше, чем сумма его частей; б) все части и процессы целого взаимовлияют и взаимообуславливают друг друга. Семья — это социальный организм. Ее атмосфера, традиции, образ жизни, правила пронизывают поколения. Даже на уровне обыденного сознания описание семьи отличается от описания отдельных ее членов. Все, что происходит в семье, влияет на всех ее членов. И каждый член семьи своим поведением и самочувствием влияет на других.

Часть II. Основы психотерапии

2. Петли обратной связи. Обратная связь — это информация о результатах функционирования системы, поступающая в эту же систему [7]. Существует отрицательная и положительная обратная связь. В первом случае информация используется для уменьшения отклонения результата от некоторой заданной нормы, стабилизирует систему. Во втором случае информация усиливает отклонение от заданной нормы, приводит к существенным изменениям, то есть к потере стабильности и равновесия. Особый тип отрицательной

обратной связи, характерный для биологических и социальных систем, называется гомеостазисом. Гомеостазис — это стремление системы сохранять свои сущностные свойства во взаимодействии со средой, обеспечивая выживание системы. Функционирование семьи подчиняется двум законам: закону развития и закону гомеостаза. Благодаря закону развития семья проходит **стадии жизненного цикла** — образуется пара, появляется потомство, вырастивается, выпускается во внешнюю среду, пара стареет, друг за другом покидает мир, система исчезает.

Стадии жизненного цикла семьи

Первая стадия — жизнь одинокого молодого человека, финансово самостоятельного, живущего отдельно от своих родителей. Эта стадия была названа «Стадия монады». Она очень важна для формирования собственного образа жизни, независимых от родительской семьи взглядов, вкусов, предпочтений. Дисфункции на данной стадии заключаются в том, что реально стадия эмоциональной независимости от родительской семьи не произошла. Это выражается нередко в том, что человек не может создать свою собственную семью, либо его союзы очень непрочные, постоянно распадаются. Когда дети отдаются на воспитание прародителям, это так же считается дисфункцией стадии монады. Человек вместо себя выдвигает в свою родительскую семью детей. Они как бы становятся его заместителями.

Вторая стадия «стадия диады» — заключение брака, объединение под одной крышей, начало ведения совместного хозяйства, возникновение общей жизни. Это время первого кризиса семьи. Молодые люди должны заключить договор о том, как жить вместе. Для организации жизни необходимо решить, как распределяются функции в семье, кто придумывает и организует развлечения, кто принимает решения на что тратить деньги, кто работает, а кто из супругов нет, как жить, если оба работают, когда заводить ребенка, что является сексуально привлекательным поведением и много подобных вопросов. Дисфункции на стадии диады — супружеские конфликты, сексуальная дисгармония, социальные дисфункции (зависимость от психоактивных веществ, уход в болезнь, игромания).

Третья стадия возникает в том случае, если преодолен кризис второй стадии, брак сохранился и, главное, появился первый ребенок. Возникающий на этой стадии кризис еще более серьезный. Появился третий член семьи, изменилась семейная структура (Время «триады»). Семья стала с одной стороны более устойчивой, а с другой — члены этой новой системы стали более дистантными по отношению друг к другу. Необходим новый договор, так как возникла потребность в перераспределении ролей, времени, денег и т.п.

Дисфункции третьей стадии жизненного цикла семьи:

- 1) спутанность ролей, бабушки и дедушки становятся функциональными родителями ребенка, а мама и папа как будто становятся его сиблингами;
- 2) детоцентризм, когда родительские функции становятся превалирующими, а супружеская жизнь исчезает;
- 3) триангуляция ребенка в отношения взрослых и наделение ребенка функциями эмоционального медиатора, что может привести в дальнейшем к трудностям его сепарации из семьи происхождения;
- 4) ребенок становится объектом семейных проекций, этот процесс считается самым патогенным для ребенка.

Четвертая стадия жизненного цикла семьи характеризуется появлением второго ребенка. Она проходит достаточно просто, так как не нужно заключать новый договор о том, как жить с детьми, и кто за что отвечает, как это было на предыдущей стадии. Разумеется, детей может быть гораздо больше, чем двое, но на модели двух детей можно показать все необходимые закономерности развития семейной системы. Существуют данные о зависимости семейной роли от порядка рождения ребенка. Например, нередко старшая девочка в семье становится для следующих детей эрзац-мамой, няней, она отвечает за младших и часто лишается возможности жить собственной жизнью. Средний ребенок нередко бывает самым благополучным в семье, свободным от семейных сценариев и долгов. Считается, что соперничество между детьми происходит неизбежно. Родители сталкиваются с проблемами детской ревности и должны как-то их решать. В этом пункте происходит связь времен, потому что именно при решении этой проблемы родители нередко проецируют в сегодняшний день свой детский опыт. С появлением детей возникает новая подсистема в семейной системе. В функциональной семье в ее структуре будут выделяться супружеская подсистема и детская подсистема. В дисфункциональной семье могут быть «неправильные» подсистемы (коалиции) — мама с одним ребенком против папы с другим, или мама с детьми с одной стороны и папа с другой. Дисфункциональным считается постоянное и агрессивное соперничество между сиблингами. Такое соперничество есть результат проективных процессов: взрослые члены семьи (супруги, прародители) таким образом конфликтуют друг с другом «руками» детей, срамливают их и ссорят.

Пятая стадия — это школьные годы детей. В это время семья вплотную сталкивается с правилами и нормами внешнего мира, отличными от правил внутрисемейной жизни. Здесь решаются вопросы о том, что считать успехом, а что неудачей, как становиться успешным,

какую цену семья готова заплатить за внешний успех и соответствие общественным нормам и стандартам. Например, гиперсоциализирующая семья никакую цену не считает слишком высокой за успех, а неудачник лишается семейной поддержки. Гиперсоциализирующая семья — это семья с очень проницаемыми внешними границами. Чем более проницаемы внешние границы, тем менее проницаемы границы семейных подсистем. Взаимоотношения между членами семьи аспонтанны и регулируются в основном нормами, правилами, традициями, которые очень трудно изменить. Диссидентская семья, то есть семья, стоящая в оппозиции к внешним нормам и правилам, имеет закрытые внешние границы и часто очень проницаемые внутренние границы. В таких семьях может возникать проблема верности, причем не супружеской, а верности семейным нормам и ценностям, своего рода цеховое или аристократическое братство, нарушение правил которого грозит остракизмом. Итак, на этой стадии жизненного цикла семьи проверяются границы семейной системы, экспортируемость норм, мифов, правил и игр.

Часть II. Основы психотерапии

Шестая стадия жизненного цикла семьи связана со временем полового созревания у детей. Она начинается с периода пубертата у первого ребенка. Ведущая потребность ребенка в это время — построить свою идентичность, ответить на вопрос: кто я и куда иду. Ответ: «Я ребенок своих родителей» недостаточен для построения идентичности. Примеры ищутся вне семьи, среди сверстников и посторонних взрослых. В наше время социализация происходит в Интернете, но суть ее от этого не меняется. Семья в это время должна решить важнейшую задачу: подготовить ребенка к сепарации, к самостоятельной жизни. Вот здесь именно та точка, где проверяется жизнеспособность и эффективность функционирования семейной системы. Рассмотрим этот период жизни семьи подробнее. Обычно период полового созревания у ребенка совпадает с кризисом среднего возраста у родителей. Это означает, что в то время, когда ребенок стремится вырваться из-под семейного влияния, хочет перемен своей судьбы или, хотя бы, течения жизни, его родители очень нуждаются в стабильности. Кризис середины жизни означает, что задачи, поставленные в молодости, решены: профессия выбрана и на профессиональном поприще достигнуты или не достигнуты некие результаты, семья создана, дети в значительной степени выращены, пора подводить пусть предварительные, но итоги. Делать это страшно, потому что итоги могут быть неутешительными. Одновременно становится ясно, что отпущенного на жизнь времени осталось не так уж много, силы убывают, признание себя неудачником кажется фатальным и неисправимым. Неудачные дети — хорошее извинение: «Я не сделал значительной карьеры, потому что у меня были очень трудные (больные) дети и много времени уходило на них». Для сохранения родительской самооценки детям лучше быть нежизнеспособными. Как видно, на этом этапе жизненного цикла интересы детей и родителей прямо противоположны. Очень часто стабильность семейной системы прямо зависит от того, продолжают ли дети жить в родительской семье. Если ребенок (дети) стали объектами проекций, триангулировались, то в случае их сепарации психологические функции, которые они выполняли, «провисают». Гомеостаз семейной системы нарушается. Если дети уходят из семьи и, что еще хуже, становятся самостоятельными и успешными, то есть не нуждаются во внимании и помощи родителей, то родители сталкиваются с необходимостью общаться непосредственно друг с другом, лицом к лицу. Они должны перейти в супружескую подсистему, которая за время жизни детей в семье могла пропасть.

Дисфункции этой стадии:

- 1) тяжелые хронические конфликты детей и родителей;
- 2) формирование зависимостей у подростков;
- 3) депрессии у подростков;
- 4) академическая неуспеваемость.

Итак, эта стадия жизненного цикла семьи самая трудная для всех членов семьи, самая проблемная и мучительная. Здесь семья должна перестроить свои внешние и внутренние границы, заключить новый договор между всеми членами, научиться жить в измененном составе.

Седьмая стадия — это повтор третьей стадии, только члены диады находятся в другом возрасте. Дети выросли и живут самостоятельной жизнью, родители остались вдвоем. Эта стадия часто называется «стадией опустевшего гнезда». Хорошо, если до этой стадии жизненного цикла семья дошла без больших потерь, и люди с удовольствием проводят время друг с другом, сохраняя радость от взаимного общения.

Восьмая стадия — это опять время диады.

Дисфункции данной стадии:

- 1) конфликты в паре и/или с потомками;
- 2) триангуляция внуков;

3) процессы замещения семейных ролей с помощью домашних питомцев.

Девятая стадия жизненного цикла — это снова стадия монады, одиночество, супруг умер, человек один, так же как он жил в молодости, еще не создав своей семьи, только теперь это старый человек, у которого за плечами прожитая жизнь.

Закон гомеостаза в семейной системе выражает себя в том, что семья стабилизируется на каждой стадии своего жизненного цикла. Дисфункция системы выражает себя в дисбалансе влияния этих двух законов. Преобладание гомеостатической регуляции приводит к тому, что семья не может меняться, застревает на каждой стадии. Например, человек не может создать пару, стабильные глубокие отношения, или отношения пары конфликтные, приводящие к разрушению семьи, к разводу: семья не может отпустить выросших детей, дети не проходят процессы психологической сепарации и т.п.

Закон развития как бы «гонит» семейную систему к распаду, развод — это пример преобладания закона развития.

Для каждой стадии жизненного цикла семьи есть свои специфические дисфункции.

Например, для стадии монады характерны: невозможность создать семью из-за непройденной сепарации от родительской семьи; человек создает союзы, но они недолговечны, возникают процессы замещения в расширенной семье (дети отдаются бабушкам и дедушкам).

3. «Черный ящик»

Черный ящик — понятийный аппарат, инструмент для анализа системы.

Используется три набора параметров:

- 1) набор факторов, воздействующих на семейную систему;
- 2) набор реакций семейной системы на каждый из этих факторов.
- 3) набор факторов, определяющих желаемое состояние семейной системы.

Жена ругается со своей мамой. Мама живет отдельно. Мама является фактором, воздействующим на семейную систему. После конфликта с мамой жена обычно ссорится с мужем. Муж после ссоры с женой отправляется выпивать. Итак, на входе в систему конфликт жены со своей мамой, на выходе (реакция системы) пьянство мужа. Факторы, определяющие желаемое состояние системы, — это такое взаимодействие внутри ядерной семьи, которое не приводило бы к конфликтам мужа и жены, независимо от того, как происходит взаимодействие жены со своей матерью [3].

4. Теория коммуникаций.

Связи, взаимодействия и взаимовлияния во всех социальных системах осуществляются с помощью коммуникаций. Коммуникация понимается как поведение в самом широком смысле этого слова. Теория коммуникаций разрабатывалась П. Вацлавиком с коллегами [6]. Важно, что теория коммуникаций описывает не только взаимодействие внутри семьи, но и взаимодействие в терапевтическом процессе, поскольку этот процесс осуществляется в рамках временной социальной системы, состоящей из семьи и ее терапевта [3].

В качестве наиболее значимых для ССП выступают следующие **положения**.

- *Все поведенческие проявления людей могут рассматриваться как коммуникации.*

Такое понимание дает новую, принципиально иную, по сравнению с интрапсихической интерпретацией, возможность установления смысла того или иного поведенческого проявления человека — в контексте коммуникационной ситуации. Из этого следует фундаментальная для системной семейной психотерапии идея рассмотрения всякого поведенческого акта человека (например, психического заболевания) не изолировано, а в контексте той системы коммуникации, в которую включен человек, поскольку только в этой системе может быть выявлен его смысл. Широко известна коммуникативная теория шизофрении Грегори Бэйтсона, которая показывает каким образом система коммуникаций в семье приводит к аутизации пациента [1].

- *Все коммуникационные взаимодействия или симметричны, или комплементарны в зависимости от того, основаны они на сходстве или на различии.*

Это положение утверждает, что все коммуникационное взаимодействие можно рассматривать как реализующее два основных принципа — симметричности или комплементарности. Симметричная коммуникация означает, что коммуникационная цепочка строится по принципу «на подобное ответу подобное». Комплементарная коммуникация реализуется по принципу взаимодополнительности.

Часть II. Основы психотерапии

Это представление имеет важное значение как еще один принцип, развивающий идею системности, поскольку оно предлагает рассматривать наблюдаемые феномены взаимодействия людей не в терминах их независимых «индивидуально-личностных» особенностей или намерений, желаний, а как обусловленные типом коммуникации, подчиняющегося *надиндивидуальной* логике функционирования.

- *Коммуникативный процесс порождает различные реальности для участвующих в нем сторон. Различие этих реальностей порождается различной пунктуацией событий в процессе коммуникации.*

В теории коммуникации утверждается, что в зависимости от того, что воспринимается участниками коммуникативного процесса как причина и как следствие в коммуникации, рождаются психологически различные для них миры.

- *Каждое сообщение участника коммуникации может быть рассмотрено как имеющее передающий и командный аспекты.*

Это положение является одним из наиболее важных для теории ССП. Под передающим аспектом понимается тот, который выступает носителем содержания сообщения, под командным — тот, который определенным образом маркирует взаимоотношения между передающим и получающим сообщение. Другими словами, каждое сообщение в этой логике может быть рассмотрено как передающее информацию (собственно коммуникация), а также как несущее *информацию о самом общении*, в котором оно передается (метакоммуникация). Собственно сообщением выступает та часть коммуникации, которая может быть передана как информационный «сухой остаток» сообщения. Метакоммуникация находит свое выражение в интонациях, выбранном порядке слов, невербальных проявлениях, кинестетике, мимике общающихся и т.д.

- *Существуют два основных вида передачи информации в коммуникации: цифровой и аналоговый.*

Цифровой характеризуется принципом «все или ничего» (например, двоичная система передачи информации посредством возбуждения или подавления нейронов в нервной системе), аналоговый — «подобным о подобном» (например, информация передается через количество концентрации тех или иных гормональных веществ в крови). В цифровом способе каждому объекту информации может быть предписано условное его обозначение. При этом связь между обозначаемым и обозначающим является условной и, по сути, произвольна. Аналоговая передача информации, напротив, осуществляется подобным или схожим материалом, расшифровка которого не поддается строго унифицированным правилам. В человеческом общении и передаче информации о взаимоотношениях между людьми используются оба способа. Они представлены передачей информации — цифровые действия или посредством называния, например, словесно выраженное название состояний, отношений (я тебя люблю), или посредством аналоговых действий (например, обожающее выражение лица, дарение цветов, смущение при появлении объекта любви, грубость и задиристость — все это может быть аналоговым способом передачи той же информации).

Понимание этой особенности устройства человеческого общения позволяет интерпретировать многие проблемы человеческой коммуникации как ошибки перевода одного вида информации в другой. Причем эти недоразумения обусловлены как степенью адекватности выбранного аналогового способа передачи информации передающей стороной, так и системой «раскодирования» (оцифрования) такой информации принимающей стороной. Это зависит, в свою очередь, от большого числа факторов («культурного» языка взаимодействующих сторон, опыта предыдущих коммуникаций, готовности или неготовности принятия той или иной информации и т.д.).

Методологические принципы. Основные принципы информационного подхода в ССП — это циркулярность, нейтральность и гипотетичность [10].

- **Циркулярность:** все, что происходит в семье, подчиняется не линейной, а циркулярной логике. Психотерапевт прежде всего видит циклические взаимовлияния, круговые паттерны взаимодействий.
- **Нейтральность:** эффективная психотерапия требует сохранения психотерапевтом нейтральной позиции. Он не присоединяется ни к кому в семье, а сосредоточен на системных закономерностях. В своем общении с семьей он следит за тем, чтобы члены семьи имели равные возможности для высказываний на сеансе. Это бывает непросто, если учесть, что на сеансе присутствуют члены семьи в кризисе, и инициатор обращения старается «заполнить эфир» и взять специалиста в свои союзники.

- *Гипотетичность*: основная цель общения терапевта с семьей — проверка гипотезы о цели и смысле семейной дисфункции, о системном смысле симптома. Любой длительно существующий симптом в семейной системе обладает гомеостатической функцией. Правильно сформулированная гипотеза описывает механику этой регуляции — когда, в каких коммуникативных паттернах осуществляется стабилизирующее действие симптома и его условная желательность.

Базовые этапы работы с семьей

1. Первый контакт и выдвижение первичной системной гипотезы. В классической ССП работа ведется со всей ядерной семьей. С самого первого сеанса вся семья находится в кабинете психотерапевта. Обычно к моменту первого сеанса у психотерапевта уже сформулирована первичная гипотеза о системном смысле симптома. Общая идея заключается в том, что симптоматическое поведение идентифицированного пациента «работает» на гомеостатическую регуляцию семейной системы. Важно понять, что является симптомом. Например, муж инициатор обращения, жалуется на то, что жена его постоянно недовольна, устраивает скандалы и истерики, подтекст этой жалобы: «почините жену». Жена здесь идентифицированный пациент. Психотерапевт пытается выделить такой поведенческий паттерн, в котором участвуют все члены семьи. В данном случае пара живет вдвоем, соответственно, симптоматическое поведение — это конфликты между мужем и женой. Системная гипотеза может быть такой: конфликты являются самым ярким эмоциональным обменом, поскольку позитивное взаимодействие бедное и редкое, то есть супружеский конфликт — это системообразующий фактор.

Часть II. Основы психотерапии

2. Первый сеанс, проведение циркулярного интервью, подтверждение или опровержение первичной системной гипотезы. В ходе циркулярного интервью гипотеза проверяется. Циркулярное интервью — это основной метод взаимодействия терапевта и клиентской семьи [14, 15]. По форме циркулярное интервью представляет собой вопросы терапевта, которые он адресует одному члену семьи про другого/других членов. Опрос производится в присутствии всех членов семьи, какие вопросы будут заданы терапевт решает в зависимости от того, какую гипотезу он хочет проверить. Например, для вышеприведенного примера темы циркулярного интервью могли бы быть такими.

- Какой типичный цикл взаимодействия? (Пример вопроса жене: что должен сделать ваш муж, чтобы возник конфликт обязательно? Жена: Он задерживается на работе без предупреждения. Вопрос мужу: когда Вы задерживаетесь на работе и в итоге позже приходите домой, что делает ваша жена?) Такой опрос позволяет увидеть картину конфликтного взаимодействия. После этого можно перейти к следующей теме.
- Какое было взаимодействие в те времена их жизни, которые они оба считают хорошими, счастливыми? Если станет понятно, как изменился системообразующий фактор, гипотеза будет проверена. Например, у пары раньше было больше свободного времени, меньше стрессов, больше денег. Потом изменилось финансовое положение, муж перешел на новую работу, чтобы его выправить, чувствует там себя неуспешным, замыкается в себе. Жена своими скандалами выносит их обоих в эмоциональное поле, происходит эмоциональный контакт, пусть негативный, но лучше, чем никакой.

3. Нормализация, позитивная коннотация [10]. Это формы обратной связи клиентам от терапевта после завершения циркулярного интервью. Своего рода интерпретация смысла симптома в системе. Цель этих техник и приемов — подвести клиентов к необходимости выполнять терапевтические предписания. Они должны снять сопротивление системы. Возвращаясь к гипотетической паре, позитивная коннотация могла бы звучать так: «Ваши конфликты очень изматывают вас обоих. Это совсем не то, что вы хотели бы для своей жизни. Однако в ваших обстоятельствах это лучшее, что вы можете сделать друг для друга. Конфликты показывают, что вы хотя бы не равнодушны друг к другу. Равнодушие — это смерть для брака, а так мы понимаем, что ваш брак ценен».

4. Предписание и завершение сеанса [10]. Назначение следующей встречи. Необходимость предписаний связана с базовой идеей ССП: терапия — это изменения, а изменения происходят, если клиенты ведут себя новым образом и накапливают новый опыт взаимодействия. Предписания могут быть прямыми и парадоксальными. Например, для нашей пары парадоксальное предписание, напрямую вытекающее из позитивной коннотации, было бы таким: «Поскольку скандалы — это сейчас единственный способ эмоционального обмена, доступный для вас, то это нужно делать ответственно и регулярно. Давайте распределим дни и договоримся, что вы по очереди будете

инициировать конфликты. Прямое предписание — это, например, предписание альтернативного поведения, сюрпризные свидания [3].

Случай. Обратилась супружеская пара с жалобой на постоянные конфликты. В браке 8 лет. Конфликты начались после рождения ребенка. Девочке 2 года.

Первичная системная гипотеза, сформулированная после телефонного разговора с инициатором обращения (жена).

Семья находится на стадии триады. Вероятно, конфликты связаны с трудностями перехода от стадии диады к стадии триады. Для проверки этой гипотезы в рамках циркуляторного интервью задаются проясняющие вопросы (табл. 10.2).

Таблица 10.2. Возможные вопросы циркулярного интервью

Вопрос	Кому задается	Учитываемый ответ
Расскажите, какими были отношения до беременности	Обоим по очереди	Лучше, чем теперь. Пара рассказала, как они хорошо жили, много путешествовали, общались с друзьями, делали карьеры. Обращает на себя внимание то, что хорошие моменты были связаны с такими занятиями, которые не обязательно предполагают брак. Так же могло бы происходить и во время романа
Какие типичные конфликты были тогда	Обоим по очереди	Ответы свидетельствовали о несформированной стадии диады, конфликты были из-за денег, секса, домашнего хозяйства, общения с родительскими семьями. Хорошо пройденная стадия диады обычно свободна от этих конфликтов, люди договорились
Как принималось решение о рождении ребенка	Обоим по очереди	Жена очень хотела ребенка, беременность долго не наступала, было много обследований, репродуктолог предлагала ЭКО, жена очень вдохновилась, муж пассивно соглашался. Ребенок появился в результате какой-то попытки ЭКО (не сразу)
Опишите типичные конфликты	Циркулярные вопросы, направленные на прояснение конфликтной коммуникации	Важно понять круг взаимодействия. В данном случае выявился комплиментарный шизмогенез: чем больше жена гиперфункционирует в связи с ребенком, тем больше муж отстраняется, тем сильнее жена устает, чем сильнее она устает, тем больше у нее претензий к мужу, тем сильнее отстраняется муж

Итак, подтвердилась циркулярная гипотеза: конфликты связаны с кризисом третьей стадии жизненного цикла семьи. Переход на стадию триады бывает особенно кризисным, когда пара плохо прошла стадию диады. Была предложена интерпретация: конфликты связаны с изменением семейных ролей — люди стали родителями, а при этом до рождения ребенка их жизнь была выстроена таким образом, что собственно семейные роли мужа и жены они не сформировали. Метафора: как будто ребенок внезапно появился у пары хороших друзей с привилегиями. Интерпретацию и метафору супруги «приняли». После этого естественно была воспринята позитивная коннотация: «В вашем положении многие люди конфликтовали бы еще больше, вы неплохо справляетесь, учитывая все обстоятельства».

Часть II. Основы психотерапии

Паре было дано прямое предписание, связанное с изменением структуры семьи. Муж ежедневно должен был проводить час с ребенком, в то время как жена уходила на прогулку или куда-то еще, главное из дому и одна. Это предписание направлено на ослабление коалиции матери и ребенка и выстраивание подсистемы отец–ребенок. Кроме того, паре был предложен ритуал: раз в неделю на пару часов оставлять ребенка с бабушкой и проводить время вдвоем вне дома. Это предписание направлено на усиление супружеской подсистемы. Обоснование этих предписаний было таким: первое предписание для папы, чтобы у него формировались свои отношения с ребенком, чтобы он не был придатком мамы. А второе предписание — это подключение супругов к их ресурсам — когда они проводят время вдвоем, они как бы воспроизводят хороший опыт отношений, который у них был до рождения ребенка.

Следующий сеанс был назначен через три недели. За это время количество и интенсивность конфликтов снизились. Дальнейшая терапия была направлена на формирование собственно супружеских ролей, которые не были сформированы.

Эмоциональный подход в системной семейной психотерапии. Теорию эмоциональных систем развивал М. Боуэн. В настоящее время этот подход активно распространяется в нашей стране, а также в Европе и Америке. М. Боуэн (1913–1990) врач общей практики, заинтересовался психиатрией после Второй мировой войны. Он изучал семьи с ребенком, страдающим шизофренией, и далее стал развивать теорию эмоциональных систем, которую часто называют его именем. Разработка теории длилась с 1954 по 1963 г., но и в дальнейшем М. Боуэн дополнял ее и добавлял концепции. В настоящее время теория эмоциональных систем включает восемь концепций. Здесь мы рассмотрим те из них, которые описывают эмоциональные процессы семьи, а не социума.

М. Боуэн считал, что дисфункция семьи заключается в нарушениях в эмоциональной системе. Он полагал, что эмоциональная система человеческой семьи во многом подобна эмоциональной системе всех социальных животных, начиная с колонии муравьев и заканчивая стаей шимпанзе. Как теперь понятно из трудов по психогенетике и нейронаукам, он был совершенно прав. Под эмоциями М. Боуэн понимал поведение, продиктованное необходимостью адаптации к среде. Это все психологические, физиологические и социальные механизмы индивидуума и семьи, направленные на увеличение шансов собственного выживания и своих близких. Эмоции управляют поведением, таким как питание, безопасность, размножение, выкармливание потомства, защита территории, защита вида и т.п. Осознаваемая часть эмоций — это чувства, переживания. Чувства сильно влияют на человеческое поведение. «Фактически, чувства имеют большее влияние на социальные процессы, чем мышление. Люди познают свои чувства, ощущая их, постигая их на собственном опыте. По контрасту с этим эмоции не ощущаются. Влияние эмоций проявляется в том, что люди и другие организмы делают или не делают в заданной ситуации» [8]. Чувства проявляют себя как интеллектуальное или когнитивное осознание наиболее поверхностных аспектов эмоциональной системы. Помимо эмоций выделяется так же интеллект, интеллектуальная система, которая управляет поведением, основанным на взглядах, принципах, ценностях, помимо, естественно, трезвой оценки ситуации.

Вот пример эмоциональной реакции, проявляющейся одновременно в эмоциональной, интеллектуальной системах и системе чувств: некто реагирует на неодобрение уходом, дистанцированием (эмоционально укорененный ответ, встречающийся во всех формах жизни), чувством печали (чувство, испытываемое только высшими формами жизни), ощущением своей неадекватности (несомненно, свойственное только человеку) [8]. При этом человек может считать, что неодобрение вызвано тем, что он объективно нехорош. Это интеллектуальное обоснование переживания.

Традиционно считается, что эмоциональная система семьи начинается с возникновения супружеской пары. В теории М. Боуэна ядром эмоциональной системы семьи является диада «мать и ребенок». Связь в этой диаде и биологическая, инстинктивная, и социальная одновременно. Именно появление ребенка завершает базовую структуру ядерной семьи. Создается первичный треугольник, минимальная устойчивая структурная единица, ядерная семья.

Эмоциональное поле семьи зависит от множества факторов и само влияет на то, как будет складываться жизнь людей из этой семьи. Теория М. Боуэна выделяет несколько концепций, которые описывают те переменные, от которых зависят особенности эмоционального поля семьи.

1. Важнейший базовый фактор, влияющий на эмоциональную систему человека, семьи, общества, — **это уровень тревоги**. Различают ситуативную тревогу, связанную с реальной угрозой, и хроническую тревогу, связанную с воображаемыми угрозами. Чем выше уровень хронической тревоги, тем выше напряжение в семье. А также тем выше автоматическое поведение, реактивность, когда люди не способны выстроить планомерную линию поведения в отношениях со значимыми другими, а только реагируют на исходящие от них стимулы. Обычно это происходит взаимно, и тогда поведение реактивно, сиюминутно и иррационально. В отношениях преобладает слияние: каждый сосредоточен на другом, у каждого высокая взаимная эмоциональная зависимость. М. Боуэн называл такие семьи «нерасчлененная Эго-масса семьи». Высокая хроническая тревога в семье затрагивает всех ее членов. Семьи с высокой тревогой и напряжением обладают низкой стрессоустойчивостью и низким уровнем функционирования. М. Боуэн считал, что эмоциональная система семьи определяет здоровье (включая психическое здоровье), продолжительность жизни, успешность потомства.

2. Стоит специально остановиться на таких понятиях, как **«твердое Я»** и **«жидкое Я»**. В стремлении получить одобрение, понравиться, испытать чувство своей значимости для других, заслужить любовь, человек подстраивается под ожидания окружающих, старается быть нужным, старается нравиться. В этом ему помогает так называемое «жидкое Я» — это та часть человека, которая меняет убеждения, взгляды, чувства в зависимости от отношений, для поддержания отношений. Прекрасный пример такого функционирования — героиня фильма «Сбежавшая невеста». Она не знала, какие яйца она любит, потому что ей нравились те яйца,

которые любил ее текущий партнер. У людей с низким уровнем дифференциации (см. ниже) очень большое «жидкое Я». Практически нет ничего, чего они не сделают ради принятия, любви, одобрения, лишь бы не пережить отвержения. Крайне чувствительные к отношениям, они так же легко рвут те отношения, в которых не получают одобрения. Отношения людей на этом уровне дифференциации, где они обмениваются своими «жидкими Я», существуют либо в виде слияния, либо происходит эмоциональный разрыв (см. ниже).

Часть II. Основы психотерапии

«Твердое Я» — это те переживания, взгляды, принципы и убеждения, которые не размываются в отношениях. Человек не меняет их и не отказывается от них ни в каком случае. Джордано Бруно за свои убеждения пошел на костер (опирался на свое «твердое Я»), Галилео Галилей отрекся от своих убеждений (опирался на свое «жидкое Я»). «Твердое Я» касается небольшой зоны жизни человека, того, что ему действительно важно, что касается личной идентичности. На более высоких уровнях дифференциации «жидкое Я» уменьшается. Люди больше опираются на «твердое Я», на свои убеждения, взгляды и принципы, которые они не меняют ради того, чтобы их одобряли и принимали. У них редко или никогда не случаются эмоциональные разрывы, слияние с другими может быть реже и краткосрочнее. «Твердое Я» еще называют Я-позицией, в отличие от Ты-позиции.

3. То, как люди будут обходиться с хронической тревогой, зависит от их уровня дифференциации. **Уровень дифференциации — это краеугольный камень теории эмоциональных систем.** Уровень дифференциации определяет то, насколько отделены (дифференцированы) друг от друга интеллектуальная и эмоциональная системы в человеке, насколько они способны функционировать самостоятельно, не связаны друг с другом в ситуациях высокой тревоги. В своей социальной проекции уровень дифференциации определяет в какой мере человек способен сохранять баланс между самостоятельным, индивидуальным функционированием и совместностью с другими людьми. Иначе говоря, насколько человек способен оставаться собой и быть включенным в отношения с другими людьми. Различают базовый уровень дифференциации и функциональный. Базовый уровень определяет дифференциацию, свойственную человеку как индивиду. Индивид получает ее в наследство от предшествующих поколений, и она остается в целом неизменной в течение жизни человека. Можно диагностировать базовую дифференциацию, наблюдая за людьми в стрессовых ситуациях. Базовый уровень дифференциации может быть изменен в поколении потомков. Если ребенок оказался объектом проекций, его уровень дифференциации скорее всего понизится, а если ребенок рос свободно в благополучной обстановке, и его родители были в периоде благополучия, то его базовый уровень дифференциации скорее всего повысится. Функциональный уровень дифференциации — это результат осознанных усилий, выученного поведения, которое человек применяет в стрессовых обстоятельствах. М. Боуэн создал некую условную шкалу дифференциации (рис. 10.1) и расположил на ней человечество.

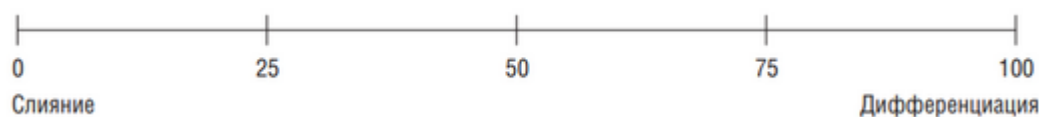


Рис. 10.1. Шкала дифференциации человечества: 0–25 — слияние; 25–50 — умеренная дифференциация Я; 50–75 — хороший уровень дифференциации Я; 75–100 — гипотетический уровень дифференциации Я

Слияние. Люди, находящиеся на этом конце шкалы не отделяют факты от собственного их восприятия и собственной интерпретации. Самое главное для них — это отношения с людьми и поиск одобрения, принятия, любви. Большая часть энергии тратится на поддержание отношений. Если люди с низким уровнем дифференциации не находят одобрения и поддержки, то они очень страдают, нередко гнев их настолько велик, что они разрывают отношения. Большинство жизненных решений принимается на основе эмоций. Неустойчивая самооценка. Смотрят на себя чужими глазами. Считают себя хорошими, если встречают хорошее отношение. Самое частое переживание — это переживание тревоги. Пытаются ее снижать через отношения с людьми, с трудом формулируют продуманные рациональные цели, обычно их запрос к жизни: хочу быть счастливым. Проблемы носят хронический характер, низкая стрессоустойчивость, может быть много проблем со здоровьем, с деньгами, могут быть такие социальные дисфункции, как наркомания, алкоголизм, игромания. У них большое псевдо-Я, почти нет «твердого Я». В отношениях они часто теряют себя: все силы тратятся на адаптацию к партнеру и на переживание его отношения к себе. Контакт с собой, своими потребностями и целями практически отсутствует. М. Боуэн так писал об этом: «В нижней части этого континуума располагаются индивиды, эмоции и интеллект которых настолько слитны, что их жизнь полностью управляется автоматизмами эмоциональной

системы. Каким бы интеллектом они не обладали, эмоциональная система полностью над ними доминирует. Эти люди менее гибки, менее адаптивны, в большей степени эмоционально зависимы от окружающих. Стресс легко приводит к дисфункции, выправляются они с трудом. Они наследуют большой процент всех человеческих проблем. На другом конце континуума те, у кого интеллект и эмоции достаточно дифференцированы» [8].

И еще цитата М. Боуэна: «На том конце спектра, где доминирует слитность, интеллект настолько наводнен эмоциональностью, что весь ход жизни определяется эмоциональными процессами и переживаниями, а не убеждениями и мнениями. Интеллект существует как придаток системы чувствования. Он может достаточно хорошо функционировать в математике или физике, или в отвлеченных областях, но когда его предметом являются личности, функционирование управляется эмоциями».

Умеренная дифференциация Я. Таких людей большинство. Если стрессоров мало, то уровень их функционирования высокий, похож на уровень людей с высоким уровнем дифференциации. Как будто у них отчетливое «твердое Я», жизненные цели и смыслы управляют их выборами. Когда тревога повышается, их функционирование походит на функционирование людей с низким уровнем дифференциации. Они так же ориентированы на поиск одобрения, принятия и любви. Их взгляды и принципы легко подстраиваются под требования социума. Никакой альтернативы социальному конформизму они не видят. Они могут быть интеллектуально высокими и успешными в работе, но когда дело касается близких отношений, либо ситуаций высокого стресса, они ведут себя реактивно, импульсивно, беспринципно. Чем выше интеллект, тем изощреннее он обосновывает поступки, которые такие люди совершают из страха. В стрессогенных отношениях они ведут себя так же, как люди с низким уровнем дифференциации — предельно реактивно. Могут метаться между слиянием и разрывом. В этой зоне жизни опыт ничему их не учит.

Хороший уровень дифференциации Я. На этом уровне дифференциации интеллектуальная и эмоциональная системы достаточно отделены друг от друга. «Жидкое Я» и «твердое Я» находятся в гармонии, «твердое Я» никуда не исчезает в ситуации высокой тревоги и хронического стресса. В ситуации стресса и высокой тревоги интеллектуальная система сохраняет способность регулировать поведение и держать в узде эмоциональную систему. Эти люди с развитой системой взглядов, ценностей и принципов. Они не отказываются от своих представлений ради любви, принятия и одобрения. Им меньше важно, что о них думают другие. Свою самооценку они строят на основе своих личных достижений. В эмоциональных отношениях они открыты и доступны. Они обычно довольны своими отношениями в семье, в моменты эмоциональных кризисов могут занять позицию и вести себя в соответствии с ней. При эмоциональной близости супруги не теряют собственные Я. Уровень реактивности низкий. Они обладают неплохим здоровьем, имеют хорошо структурированные жизненные цели, их потомки функционируют на таком же уровне дифференциации.

Часть II. Основы психотерапии

Гипотетический уровень дифференциации Я. М. Боуэн писал, что это уровень скорее гипотетический, а не реальный и он не видел таких людей. В человеческой культуре есть описания людей-богов, которых можно условно поместить на этом уровне дифференциации. Если представить Христа человеком, то понятно, что его жизненный путь и выборы, которые он делал в соответствии со своей миссией, иллюстрируют высочайший уровень дифференциации, так же, как поведение Моисея и других героев и богов.

4. Функциональная позиция человека в семье. В семье особенности поведения человека, его убеждений, отношения, чувства определяются его функциональной позицией. Она, в свою очередь, определяется нуждами семьи в момент изменения структуры семьи. Например, семья из четырех человек: мама, папа, сын и дочь. Отец уходит из семьи, часть его психологических функций и предметных функций берет на себя сын. Он начинает больше заботиться о младшей сестре, потому что мать вынуждена больше работать, и становится частичным эмоциональным партнером матери — утешает ее, слушает, помогает принимать какие-то жизненные решения. Если бы отец оставался в семье, сын бы ничего этого не делал, жил своей подростковой жизнью. Ситуация развода привела к тому, что сын стал гиперфункционировать. Очень вероятно, что при создании своей собственной семьи он сохранит эту функциональную позицию, выберет партнера, нуждающегося в помощи и поддержке. Часто функциональные позиции определяются порядком рождения детей в семье. Старший ребенок часто становится доминирующим, младший более безответственный, средние дети социально более гибкие. Единственные дети скорее развиваются по типу младшего сиблинга. Сиблинговую позицию важно учитывать в терапии пары. Если оба супруга старшие дети в своих родительских семьях, то вероятность конфликта

за доминирование повышается. Если супруги были младшими сиблингами, то конфликт может разворачиваться вокруг ответственности, которую никто не хочет брать на себя. Главная функциональная позиция, которую человек занимал в своей родительской семье, очень вероятно воспроизведется в ядерной семье.

5. Треугольники. Наблюдая за эмоциональной системой ядерной семьи, М. Боуэн выделил структурный элемент — треугольник [18]. Треугольники — это наименьшая единица в эмоциональной системе. Базовый треугольник — это родители и ребенок, но он не единственный, существуют многочисленные треугольники в ядерной и расширенной семьях, вообще в любой социальной системе. Треугольник — это специальный механизм для переадресации, раздувания или снижения тревоги. Пара — это нестабильное образование. Трудно находиться в диаде ($A + B$) и фокусироваться на собственных мыслях, чувствах и выборах поступков. Когда в паре растут тревога и напряжение, тот человек, который чувствует себя хуже, у кого тревога больше, переводит фокус на третьего человека — D , который затягивается в пару как третий элемент. Его роль — снизить тревогу между A и B . Вариантов функционирования D в треугольнике несколько.

Например, A , снижая тревогу в отношениях с B , старается сблизиться с D . Если D идет навстречу, то образуется два инсайдера — A и D и один аутсайдер — B . Тогда уровень напряжения увеличивается между B и D . Классический пример: супруги поссорились и один из них уезжает в родительскую семью, или начинает больше общаться с мамой/папой. Второй член пары оказывается в отдалении, в нем копится напряжение в отношении тещи/свекрови. В конечном итоге супруги потом мирятся, а про свекровь/тещу анекдоты создаются. Пример такой динамики представлен на рис. 10.2 [17].

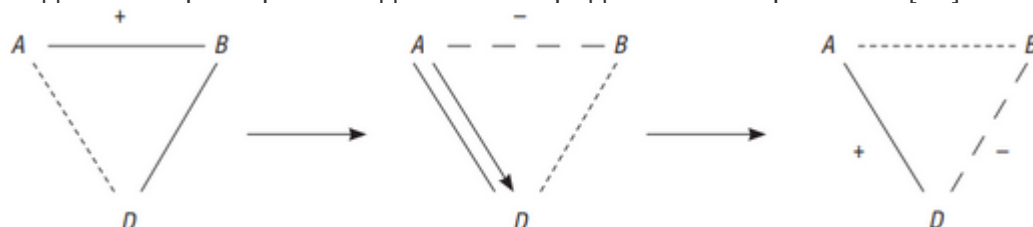


Рис. 10.2. Динамика отношений в треугольнике

Другой вариант динамики в треугольнике представлен на рис. 10.3, когда A и B отрицают напряжение внутри своей пары, переадресуют проблему D , или назначают его врагом. Напряжение между A и B снижается из-за объединения против или в связи с D .

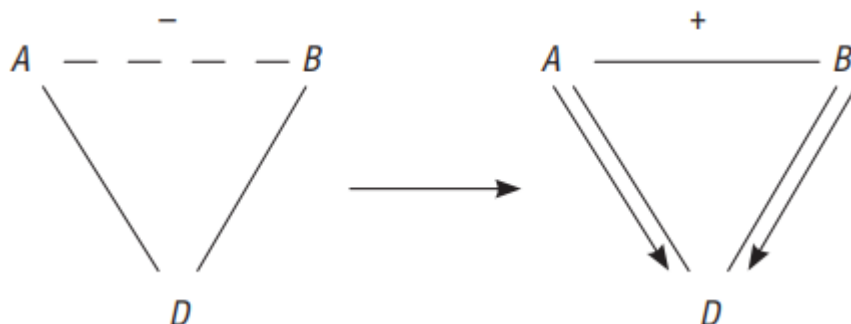


Рис. 10.3. Динамика отношений в треугольнике

Всем знакомый пример, когда супруги объединяются вокруг симптоматического поведения ребенка и не решают свои проблемы.

Треугольники, как правило, дисфункциональны, их очень много при низком уровне дифференциации семьи. Треугольник в конкретный момент понижает тревогу в системе, но стратегически ничего не решает. Это структура, в которой просто циркулирует тревога, где инсайдеры и аутсайдеры меняются местами. В случаях очень высокой тревоги в семье треугольник выплескивается за пределы семьи в социум, например, когда семья вызывает полицию в связи с конфликтом.

6. Эмоциональный процесс ядерной семьи. Процесс запускается в момент возникновения пары. В это время происходит интенсивный обмен «жидкими Я», возникает слияние. Это то, что мы называем влюбленностью. Быстро определяются функциональные позиции в паре: кто будет гиперфункционалом, кто гипофункционалом, тотально или в каких-то зонах жизни. Определяется статусная расстановка в паре, или становится понятно, что будет борьба за статус и власть. М. Боуэн полагал, что пары образуют люди с примерно одинаковым уровнем дифференциации [9]. Исследования последнего времени не подтверждают это предположение [17].

Тем не менее какой-то базовый уровень тревоги и напряжения свойственен любым парам. Выделяют четыре способа снижения тревоги в паре [9].

- *Супружеский конфликт.* Варианты поведения в конфликте могут быть самыми разными, как правило, они копируют стилистику конфликтов родителей.
- *Дистанцирование/разрыв.* Предельный вариант разрыва — это развод, что в некоторых случаях не прекращает эмоционального процесса в паре. Разводы бывают очень травматичными и для партнеров, и для их потомства. Люди могут избегать встреч многие годы после развода.
- *Болезнь и/или социальная дисфункция* (алкоголизм, наркомания, игромания) одного из пары.
- *Проекция на ребенка/детей.* В теории эмоциональных систем считается, что это самый патогенный для ребенка способ снижения тревоги в паре. Если тревога выражена очень сильно, то проективный процесс может затронуть всех детей в семье. При средней выраженности тревоги объектом проекций становится один ребенок. Чем выше детоцентрические установки супругов, тем вероятнее проекция на ребенка будет преобладать. Результатом интенсивного проективного процесса является развитие эмоциональных нарушений у ребенка. Какой ребенок станет объектом проекции зависит от многих факторов: уровня стресса в семье на момент зачатия/появления ребенка, состояния здоровья ребенка, особенности его (единственная девочка среди мальчиков, старший ребенок).

Часть II. Основы психотерапии

7. Эмоциональный разрыв. Это состояние отчуждения между членами семьи, которое может предотвращать открытый конфликт. М. Боуэн использовал это понятие для прояснения «процесса сепарации, изоляции, удаления, избегания или отрицания важности родительской семьи» [8]. Разрыв может происходить в разных формах: территориальная удаленность, внутренняя изоляция, полное игнорирование. Он переживается как гнев и/или тоска. «Важнейшей характерной чертой разрыва является избегание эффективной коммуникации и сохранение жестких, повторяющихся паттернов мышления и чувствования» [18]. В том поколении семьи, в котором произошел разрыв, люди еще могут объяснить его причины, они помнят историю конфликта. Если разрыв существует долго, следующие поколения практикуют унаследованный эмоциональный разрыв. Авраам изгнал Агарь с ее сыном Измаилом (который стал родоначальником арабских племен) в библейские времена, а арабо-израильский конфликт мы можем наблюдать сегодня.

Наиболее часто эмоциональные разрывы происходят между родителями и детьми. Детям может казаться это единственным способом избавиться от давления и контроля родителей. Наиболее частые причины возникновения эмоционального разрыва.

Социальная/эмоциональная — нелояльность к члену семьи (отказ от родства с репрессированным членом семьи):

- отказ от ценностей или убеждений, которые считаются необходимыми для семейного единства (например, отказ от взаимной ответственности, помощи члену семьи в беде);
- отказ участвовать в семейных ритуалах (например, отказ присутствовать на свадьбе своего потомка из-за неодобрения его выбора, или отказ знакомиться с новорожденным);
- неприятие религиозной или этнической принадлежности.

Финансовая/материальная причина:

- лишение наследства;
- отказ от обеспечения учебы или подготовки к профессии;
- приостановка владения (пустили пожить в свободную квартиру, а потом выгнали).

Функциональная причина:

- неприятие предписанной роли, например родительской (отдали ребенка бабушке, в интернат), хозяйки дома, кормильца или участника в финансовом благополучии семьи;
- отказ от ответственности за больных, пожилых или нуждающихся членов семьи.

Вероятно, эмоциональный разрыв — это некий универсальный, в каком-то смысле видоспецифический ответ на определенные действия. Разрыв определяет «добро и зло», и все члены семьи вынуждены занимать какую-либо сторону. Эмоциональный разрыв фиксирует ситуацию, не дает возможность развития, но сам по себе эмоциональный процесс не прекращается.

«Чем более резок разрыв с прошлым, тем выше вероятность, что индивид будет иметь усиленный вариант родительских проблем в своем собственном браке и тем более вероятно, что его собственные дети совершат еще более резкий разрыв с ним». Согласно теории М. Боуэна, дифференциация Я определяется уровнем эмоциональной объективности, которую может поддерживать человек при активном взаимодействии с ключевыми людьми в родительской семье. В семье, где разрыв подкрепляется, вероятно, будет высокая степень непроработанной эмоциональной привязанности и сильное сопротивление изменениям. Преодоление эмоционального разрыва — обязательный элемент работы по повышению дифференциации Я.

Пример терапии эмоционального разрыва описан в статье Э. Бенсвангер, входящей в книгу «Собственная семья психотерапевта» под редакцией П. Тительмана [18].

8. Трансгенерационная передача. Это процесс передачи уровня дифференциации из поколения в поколение, вместе со способами адаптации и снижения тревоги, которые превалируют в семьях. Трансгенерационная передача осуществляется с помощью взаимодействия людей в семье. Каким будет уровень дифференциации конкретного потомка зависит от многих факторов, от уровня хронической тревоги и напряжения, которые были в семье на момент его зачатия и рождения, от его sibлинговой позиции, от того, насколько активно родители использовали механизм проекции для снижения своей тревоги. Например, родительские семьи с невысоким уровнем дифференциации: супруги детоцентрические с высоким уровнем тревоги, максимум которой пришелся на момент появления, допустим, первого ребенка (брак в связи с неожиданной и непланируемой беременностью, родительские семьи не одобрили выбор, супруги не прошли свою сепарацию от своих родительских семей). Тревога и напряжение в супружеской паре снимались за счет триангуляции ребенка и проекции на него своих ожиданий, страхов и надежд. М. Боуэн считал, что такой ребенок имеет много шансов вырасти с уровнем дифференциации более низким, чем у его родителей. Соответственно его потомки так же могут быть с еще более низким уровнем дифференциации. Тогда в какой-то момент в одном из поколений появляются люди с хроническими физическими или психическими заболеваниями.

Основные приемы и техники работы. Цель терапии в трансгенерационном подходе — это повышение функционального уровня дифференциации Я. Базовый уровень дифференциации в одном поколении поменять невозможно, но и увеличение функционального уровня дифференциации дает очень много. Как это выглядит? Снижается хроническая тревожность, реактивность, люди лучше осознают свое «твердое Я», то есть что им действительно важно и наполнено смыслом. Они научаются слушать себя, происходит изменение фокуса восприятия мира, они меньше смотрят на себя чужими глазами. Улучшается физическое здоровье, отношения в паре становятся более надежными, доверительными. Уменьшается проекция на детей.

Работа ведется в индивидуальном формате. Выбирается наиболее дифференцированный член семьи/пары. Когда он обретает Я-позицию, меняет свое функционирование, меняются все члены его семьи, как элементы семейной системы. Партнер и дети так же могут приглашаться на сеансы время от времени.

Используются две основные техники. Исследование семьи своего происхождения и детриангуляция из семьи происхождения. Исследование своей «расширенной семьи» необходимо для того, чтобы клиент понимал процессы трансгенерационной передачи, видел, где факты его собственной жизни и его собственные реакции, а где он унаследовал паттерны поведения, реагирования и чувствования от своей семьи происхождения. Кроме того, восстановление семейной истории, общение со всеми живыми родственниками, не для «любви и дружбы», а для контакта, М. Боуэн полагал целительным. Эта мысль не нова, знание своих корней снижает базовый уровень тревоги.

Часть II. Основы психотерапии

Исследование происхождения семьи осуществляется с помощью семейной диаграммы (геограммы, многие называют ее так, хотя М. Боуэн был против этого названия). М. Боуэн разработал свою систему обозначения для семейной диаграммы [12]. Можно ознакомиться с ней в указанном источнике (см. в списке литературы), где даны основные обозначения и описано, как кодируются отношения внутри семьи. Подробная семейная диаграмма строится долго, содержит много информации. В качестве примера на рис. 10.4 приведем построенную по системе М. Боуэна геограмму семьи Осецких из романа «Лестница Якова» Л. Улицкой [5].

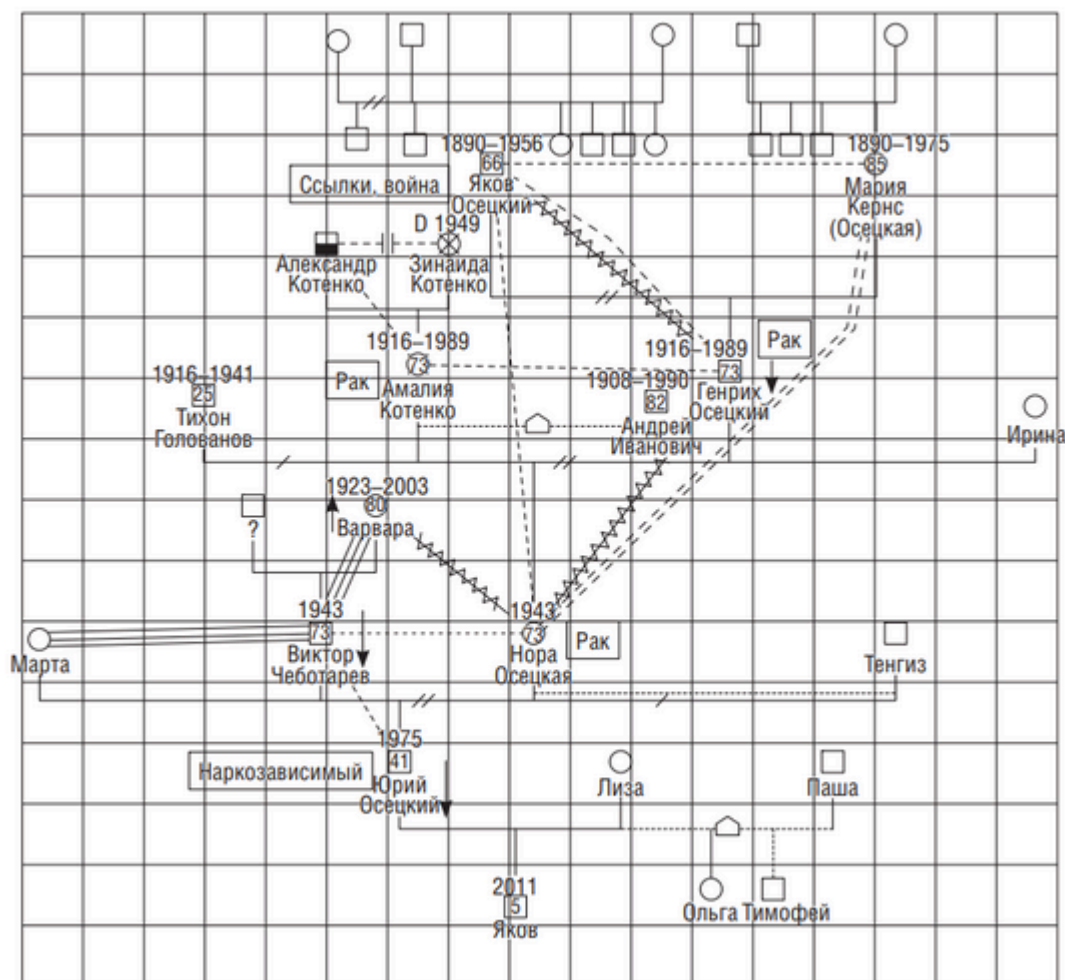


Рис. 10.4. Генограмма семьи Осецких из романа «Лестница Якова» Л. Улицкой
На этой генограмме (рис. 10.4) показано, как последовательно снижался уровень дифференциации семьи из-за социальных травм, и в последнем поколении возник человек с социальной дисфункцией — наркоманией.

Для того чтобы составить подробную семейную диаграмму, клиенту чаще всего приходится собирать недостающую информацию. В России обычно известны только три поколения предков, много эмоциональных разрывов. В зависимости от запроса клиенту бывает необходимо прицельно собирать информацию о миграциях семьи, либо о болезнях членов семьи, либо просто о людях, память о которых утрачена в силу тех или иных причин. В процессе сбора информации преодолеваются эмоциональные разрывы, поскольку клиенту приходится общаться и собирать сведения у всех родственников.

Детриангуляция из родительской семьи — важнейшая задача в трансгенерационном подходе. В результате этого процесса клиент снижает свою реактивность, научается строить поведение на основе своих представлений о том, что правильно. Он обретает эмоциональную независимость от родителей, и в соответствии с системными закономерностями это приводит к тому, что в своей ядерной семье клиент начинает занимать Я-позицию, опираться на свое «твердое Я». Соответственно меняется его функциональная позиция и вся жизнь его собственной семьи. Как в любом системном подходе, здесь используются предписания, домашние задания, которые клиент выполняет.

Терапевтическая позиция терапевта исследовательская. Он размышляет и приглашает своих клиентов к размышлениям и исследованиям. Каждый случай — это исследовательский проект. Строится постепенно подробная карта (генограмма) семьи со всеми данными: кто, где, когда; кто как функционировал; когда речь идет о живых, то изучается кто в какой функциональной позиции в ядерной семье, в семье происхождения, в расширенной семье и т.п. Таким образом, становится понятен трансгенерационный процесс, функциональная позиция клиента, которую он занимал в семье происхождения и очень вероятно занимает в своей ядерной семье. Очень важна терапевтическая нейтральность психолога. Вместе с клиентом психолог вырабатывает предписания и способ их осуществления. Большое внимание уделяется выявлению стрессоров в общении. Клиент учится их определять. Планируются разговоры с родителями, с другими родственниками, если родителей нет в живых, то с теми, кто их знал.

Человек в Я-позиции не пускается в дебаты по поводу эмоций. М. Боуэн и его последователи называют себя коучами, тренерами. Вместе с клиентом вырабатываются предписания, которые клиент реализует в общении со своими родителями, если они живы. Если они уже

умерли, общение осуществляется с теми родственниками и знакомыми, которые знали семью происхождения клиента. Планируются разговоры, а также поступки.

Приведем случай психологической помощи в подходе М. Боуэна.

Обратилась женщина 42 лет. Одинокaя и бездетная, очень успешная в карьере. Запрос: понять, где она делает ошибки в построении отношений, ей хотелось бы прочных отношений, родить ребенка.

Клиентка — старший ребенок в семье. У нее еще есть брат. Отец военнослужащий, после демобилизации в 1990-е годы занялся бизнесом вместе с бывшими сослуживцами, был очень успешен, в 2010-х годах разорился и потерял бизнес. Мать — врач общей практики, сейчас на пенсии.

Сиблинг: следующий после клиентки брат «странный», много болел в детстве, одинокий, живет с родителями.

Стрессоры ядерной семьи

1. Частые переезды в связи со службой отца до его демобилизации. Клиентка сменила 5 школ, пока семья в 1990-е годы не осела.

2. Болезни брата — стафилококковая инфекция, которую ему занесли в роддоме, рос слабым, частые пневмонии. Мать очень пугалась болезнью сына, много им занималась.

3. Изменение финансового положения отца, что повлекло за собой смену круга общения, места жительства, уровня потребления. Клиентка в это время училась в институте в другом городе, жила в плохих условиях в общежитии.

4. Потеря бизнеса, денег.

Трансгенерационная передача в расширенной семье. Обе семьи предков по обеим веткам — материнской и отцовской пострадали от социальных травм. По линии отца было раскулачивание, по линии матери эмоциональный разрыв на уровне прапредков, прадед был арестован в 1939 г. и дальнейшая его судьба никогда не обсуждалась, неизвестно, что с ним стало. В обеих ветках высокий уровень тревоги. Основной способ снижения тревоги — проекция на ребенка в семье матери, социальная дисфункция (алкоголизм) в семье отца.

Функциональная позиция клиентки. Клиентка гиперфункционал. Мать триангулировала ее, когда у нее были конфликты с отцом. В то же время, когда мать занималась проблемами с братом, лежала с ним в больницах, клиентка эмоционально присоединялась к отцу, брала на себя хозяйственные дела. Она основной источник финансовой помощи для родителей и для сиблингов. Клиентка ежедневно звонит родителям, расспрашивает, как дела и какие проблемы. Сама не рассказывает о себе, никогда не жалуется, хотя имеет много обид на своих родителей и на брата. Словом, она всегда коммуницирует сверху вниз. Такая же позиция сохраняется у нее в отношениях с мужчинами. Она выбирает низко функционирующих мужчин, много им помогает, терпит прохладное к себе отношение, пьянство, измены. В отношениях дистантная, скрытная. Гиперфункционирование — это способ клиентки снижать тревогу через то, что она занимает более статусную позицию в паре, все держит под контролем, эмоционально не привязывается из-за страха испытать сильную душевную боль, когда наступит расставание. Отношения всегда заканчиваются, так как клиентка сталкивается с открытыми изменами, растратой партнерами ее денег и т.п.

Часть II. Основы психотерапии

Стратегическая цель терапии — повысить функциональный уровень дифференциации клиентки, что означает снизить реактивность, в том числе автоматическое гиперфункционирование, снизить уровень хронической тревоги в стрессовых ситуациях.

Терапевтический процесс

1. Построение подробной семейной диаграммы (генограммы). Поскольку в семье был эмоциональный разрыв по ветке отца, первые предписания были направлены на преодоление этого разрыва. Клиентка переговорила с отцом, другими родственниками, обратилась к архивам и выяснила судьбу своего прадеда. Он был арестован и довольно быстро расстрелян. Всю эту информацию она сообщила родственникам.

Информация о родственниках снижает уровень тревоги в семейной системе, да и вообще в социуме. До сих пор существует поисковое движение, которое идентифицирует и хоронит останки солдат, погибших во время Великой Отечественной войны. Потребность знать судьбу родных свойственна нам как человеческому виду. Когда клиентка собрала родственников и рассказала про судьбу своего прадеда, она не только восстановила поколенную связь, она объединила на время родственников и тем самым повысила свой статус в семейной системе.

2. Обсуждение того, как формировалась ее гиперфункциональность, выстраивание диадных отношений с каждым, обсуждение этих событий с матерью и отцом. Собственно эта часть терапевтического процесса называется *коучингом*.

2.1. Составление списка обид и стрессоров в ее собственной жизни.

2.2. Планирование разговоров по этому поводу с родителями по отдельности. Выбирается самый легкий стрессор для начала. Клиентка выбрала поговорить с родителями про период, когда у отца развивался бизнес. Отдельный разговор с каждым показал ей, что появление богатства не было для ее родителей значимым событием. Интересно, что и утрата бизнеса не травмировала родителей так, как полагала клиентка. Отца всегда интересовало только дело, а мать всегда была аскетична в своих потребностях. Терапевтический эффект в том, что у клиентки расширилось понимание, она смогла провести эти разговоры (их было два с матерью и один с отцом, в течение месяца) не с позиции «сверху». Кроме того, это был способ детриангуляции, который происходит при диадном общении не про третьего члена треугольника, а про того, с кем говоришь. С папой про папу, с мамой про маму. После этого клиентка смогла обсудить так же с каждым по отдельности свою обиду на то, что семья богатели, деньги были, а она жила очень плохо в это время в студенческом общежитии, страдала от бедности, от домогательств, от поборов коменданта и т.п. Каждый родитель отнесся с большим сочувствием, она не рассказывала родителям, как ей было трудно, они не догадывались, потому что в это время у отца развивался бизнес, он был этим очень поглощен, а мать занималась здоровьем брата. После этих разговоров клиентка почувствовала облегчение. Гнев на родителей снизился.

2.3. Снижение реактивности. Клиентка отслеживала моменты, когда у нее повышалась тревога в общении с семьей, и старалась в эти моменты вести себя максимально пассивно, по возможности ничего не делать, но не выпадать из общения. Задача была наблюдать за своей тревогой, понимать триггеры, которые ее вызывали, но не реагировать вовне. Далее следующий этап — клиентка старалась в моменты собственной высокой тревоги коммуницировать только то содержание, которое ей казалось важным и уместным. Она отслеживала интенции на гиперфункционирование. Ничего не делала без просьбы. Все это она фиксировала в дневнике, который обсуждался на сеансах.

3. В начале терапевтического процесса у клиентки не было никаких отношений, кроме старого любовника. Он появлялся и пропадал в своем режиме, мог отсутствовать в течение нескольких месяцев, не скрывал свои связи с другими женщинами. Высокий уровень тревоги в этих отношениях клиентка снижала как обычно предложением помощи. В процессе терапии клиентка с ним рассталась. Много обсуждалось, что клиентка лучше себя чувствует с теми мужчинами, которые ниже ее по социальному и материальному положению. С более успешными мужчинами возникает страх отвержения, неуспеха, своей неадекватности: «со свиным рылом в калашный ряд». Когда уровень гиперфункционирования по отношению к родителям и брату снизился, у клиентки снизилась ее хроническая тревога, она стала обращать внимание на тех мужчин, на которых раньше не претендовала. Семьи она пока не создала, но свою функциональную позицию в общении с мужчинами изменила.

Дальнейшее развитие ССП касалось расширения понятия «системы». Если в начале в классической ССП под системой понималась клиентская семья, терапевт был внешним наблюдателем и экспертом, который обладал пониманием того, что является функциональным и дисфункциональным, куда нужно «стремить» клиентскую семью, допустим, ускорить прохождение определенной стадии ее жизненного цикла (например, способствовать сепарации подростка); то в дальнейшем под системой стали понимать клиентскую семью и психотерапевта как временную систему, в которой действуют все те же закономерности, что и в клиентской семье. Особенно четко это формулируется в ССП, ориентированной на решение краткосрочной терапии [2]. Кроме того, под системой стали понимать человека и его семейное окружение в связи с социальным окружением, культурой, доминирующими дискурсами, социальными стереотипами и т.п. [4]. Речь идет о направлении, которое называется Нарративная практика.

Список литературы

1. Бейтсон Г.К теории шизофрении // Экология разума. М.: Смысл, 2000. С 227–253.
2. Будинайте Г.Л. Циркулярная работа с супружеской парой в ориентированной на решение краткосрочной терапии // Системная психотерапия супружеских пар. М.: Когито-центр, 2017. С. 259–278.
3. Варга А.Я. Психотерапия коммуникаций в супружеской паре // Системная психотерапия супружеских пар: Сборник. М.: Когито-центр, 2012. С. 75–108.
4. Варга А.Я., Будинайте Г.Л. Теоретические основы системной семейной психотерапии // Системная семейная психотерапия: классика и современность: Сборник. М.: Класс, 2005. С. 11–59.
5. Варга А.Я., Новгородова К.Ю. Реакции семьи на социальные травмы XX в. (анализ художественных произведений) // От индивида к системе: консультирование и психотерапия. Вып. 2. М.: Перо, 2017. С. 7–31.
6. Вацлавик П., Бивин Дж., Джексон Д. Психология человеческих коммуникаций. СПб.: Речь, 2000. 299 с.
7. Винер Н. Кибернетика и общество. М.: Изд-во иностранной литературы, 1958. 200 с.

8. Керр М., Боуэн М. Эмоциональная система // Теория семейных систем Мюррея Боуэна: Сборник. М.: Когито-Центр, 2008. С. 37–81.
9. Кливер Ф. Слияние и дифференциация в браке // Теория семейных систем Мюррея Боуэна: Сборник. М.: Когито-Центр, 2008. С. 305–339.
10. Сильвини Палаццоли М. и др. Парадокс и контрпарадокс. М.: Когито-Центр, 2002. 2003 с.
11. Степин В.С. Саморазвивающиеся системы и философия синергетики // Экономические стратегии. 2009, № 7. С. 24–35.
12. Хамитова И.Ю. Повышение дифференциации Я // Системная семейная психотерапия: классика и современность: Сборник. М.: Класс, 2005. С. 63–139.
13. Bertalanffy L. von. The theory of open systems in physics and biology // Science. 1950. Vol. 111. P. 23–29. DOI: <https://doi.org/10.1126/science.111.2872.23>.
14. Brown J. Circular questioning: An introductory guide // Aust, N. Z. J. Fam. Ther. 1997. Vol. 18, N. 2. P. 109–114.
15. Fleuridas C., Nelson T.S., Rosenthal D.M. The evolution of circular questions: Training family therapists // J. Marital Fam. Ther. 1986. Vol. 12, N. 2. P. 113–127.
16. Erickson G., Hogan T. (Eds). Family Therapy. An Introduction to Theory and Technique. California: Brooks; Cole Publishing Company, 1972. 508 p.
17. Maser M.J. A Construct Validity Study of Differentiation of Self Measures and Their Correlates. College of Education and Human Services; Seton Hall University, 2011. UMI Number: 3472696.
18. Titelman P. The concept of triangle in Bowen's theory: An overview // Triangles. Bowen Family Systems Theory / Ed. P. Titelman. The Haworth Press, 2008. P. 26.

Часть II. Основы психотерапии

10.4. Психотерапия средой

Основы для использования среды в качестве терапевтического фактора были заложены еще в XVIII в., во времена Великой французской революции, стимулировавшей коренные изменения всей структуры Средней Европы. Одновременно с этим прогресс целого ряда наук, в том числе и медицины, нанес удар по вековым суевериям, сопряженным с психическими заболеваниями. В 1793 г. по разрешению Центрального бюро коммуны Ф. Пинель снял цепи с душевнобольных в Бисетре, что явилось переломным моментом в психиатрии — к лицам с психическими расстройствами стали относиться как к обыкновенным больным, которые нуждаются в хорошем обращении и лечении. Ф. Пинель заложил основы лечебного режима пребывания и условий содержания душевнобольных, что в дальнейшем, через полтора столетия послужило основными предпосылками возникновения научно обоснованной терапии средой, социотерапии, коллективной психотерапии. Признание биопсихосоциальной медицины, в рамках которой поведение индивида определяется совместным воздействием трех факторов: наследственности, среды и личностной активности, создало основу для активного использования среды в качестве психотерапевтического фактора модификации поведения и редукции симптомов [10].

Психотерапия средой (от фр.-англ. milieu therapy — лечебное воздействие среды, лечение средой) представляет собой использование терапевтического потенциала взаимодействия больного с окружением, средой. Под средой имеют в виду все, что окружает пациента в стационаре (вещи, люди, процессы, события) и что является неотъемлемым фактором больничного содержания, лечения в реабилитации. **Инструмент терапевтического воздействия** — психотерапевтическая среда, использование терапевтического потенциала взаимодействия больного с окружением, средой.

Создатель системы социальных воздействий, метода работы с больными, который теперь называется социотерапией, Х. Симон, обосновывая свою позицию, исходил из положения, что приспособление к среде является основным принципом жизни. Оно требует от каждого индивида постоянной мобилизации всех сил и способностей. При излишне щадящем режиме ослабленные, но все же имеющиеся у больного силы бездействуют, что приводит к их дальнейшему ослаблению и патологической адаптации. Для того чтобы избежать дополнительного вреда от неблагоприятной среды психиатрического учреждения, необходимо все окружение больного организовать таким образом, чтобы оно как можно больше приближалось к «нормальному». Общая цель — максимализация адаптивных возможностей психически больного — подчинена общей цели реабилитации — восстановлению личного и социального статуса пациента [4].

Понятие психотерапии средой трактуется в литературе двояко. В широком смысле — это сочетание самых различных мероприятий и воздействий на больного: географическое расположение больницы, ее архитектура, внутренняя структура, комфорт в отделениях и палатах, режим «открытых дверей», организация (желательно самими пациентами) кафе, пунктов продажи, парикмахерских, совместные развлечения, различные виды занятости и проч. В ином смысле — это скорее характер складывающихся и определенным образом

направляемых взаимоотношений больного с окружающими его людьми — персоналом, другими пациентами, семьей. В этом смысле этот термин приближается к концепции терапевтического сообщества (от англ. therapeutic community).

В зависимости от базисных концепций формируются соответствующие **модели**.

1. Социотерапевтическое сообщество, основателем которого следует считать М. Джонса. В основе концепции терапевтического сообщества лежит утверждение, что противодействие болезненному процессу, а также восстановление и развитие способностей пациента к адаптивному поведению в здоровом обществе возможно путем такой организации отношений между врачами, медицинским персоналом и больными в совместной деятельности, которая обеспечивает оптимальное использование их терапевтических способностей. Исходная терапевтическая модель по М. Джонсу предполагает, таким образом, изменение, реформирование социальной структуры психиатрического стационара. М. Джонс, а позднее и другие авторы описали основные принципы формирования процессов среды: демократизация — отказ от традиционных, статусных различий, облегчающий открытую коммуникацию; участие пациентов в терапевтическом процессе — пациенты выступают в качестве терапевтов друг другу; разделение ответственности за социальное функционирование отделения; формирование новых социальных ролей у медперсонала и пациентов и др. В данной модели функционирования среды предусматривались ежедневные собрания всех участников терапевтического процесса для обсуждения вопросов лечения, еженедельные конференции персонала для разбора затруднений в работе и регулярные встречи пациентов в малых группах для анализа их личностных проблем.

2. Психоаналитическое психотерапевтическое сообщество. Согласно этой концепции, психоаналитическое учреждение представляет собой «терапевтическое поле» по К. Левину, на котором реализуется социальная жизнь пациентов с помощью деятельности малых и больших групп. При этом общество рассматривается здесь в меньшей степени как место тренинга социальных взаимодействий, а главным образом как сцена, на которой осознаются и прорабатываются невротические проявления. Модификация невротического реагирования в соответствии с требованиями реального жизненного пространства, приобретение опыта искренних и легких социальных отношений и воздержанности от чрезмерных претензий дают возможность для стабильной жизни в реальном мире и усиления Я-функций. Важный вклад в формирование этой концепции сделали сотрудники клиники Фонда братьев Меннингеров, в частности О. Кернберг, который перенес психоаналитическую теорию «связи с объектом» на психиатрический стационар. Динамические интеракции между индивидами, группой и стационаром рассматривают и интерпретируют как открытую систему. Вследствие этого психоаналитически ориентированная психотерапия средой устанавливает взаимосвязь закрытой системы интрапсихического болезненного процесса с поведением в группе и обществе. Одновременно как психодинамический процесс понимаются терапевтические трансферные (переносные) отношения с руководителем (преимущественно с врачом), а также другие взаимовлияющие интеракции тесного взаимодействия. В дальнейшем эти идеи стали активно использоваться в психодинамическом консультировании трудовых коллективов [2, 3].

Часть II. Основы психотерапии

3. Теория научения. В соответствии с этой теорией модель среды строится на различных приемах вмешательства и коррекции нарушенного поведения. Одной из таких методик, впервые примененных к госпитализированному хроническому больному, стала методика подкрепления (поощрения) «экономической» стимуляцией. Отдельные социально одобряемые поступки этих пациентов вознаграждались пластиковыми деньгами, которые впоследствии заменялись на необходимые или желаемые акции (еда, прогулка, разговор и др.). Были выделены принципы построения модели терапевтической среды, исходя из теории научения, они формулировались как «законы»: закон участия (новым способом поведения тем лучше можно обучиться, чем больше и чаще они используются самостоятельно), закон эффективности (новые способы поведения тем чаще применяют, чем они эффективнее) и др. Программа социального научения должна включать различные приемы модификации поведения.

4. Интегративная модель. Критическая реакция на концепцию терапевтического сообщества как на идеалистически-утопическую впоследствии распространилась и на практически-технические аспекты терапии, построенной в соответствии с этой теорией. Сформировались взгляды, хотя и поддерживающие принципиальные позиции психотерапии средой, но предъявляющие требования к их дальнейшей разработке и развитию. Так, Дж. Гандерсон отмечал, что тот или иной тип среды («контроль», «поддержка», «структурирование», «активное участие») может иметь свои преимущества и недостатки для различных популяций пациентов. Другие авторы указывали, что потребности в среде у

отдельных пациентов различны на разных этапах болезни и в соответствии с этим должны определяться типы среды: структурирующая — в кризисной фазе болезни, уравнивающая — в острой фазе, воодушевляющая (одобряющая) — на стадии реабилитации, рефлексирующая — в интенсивной стационарной психотерапии, заботящаяся — в лечении хронических больных. Эти типы среды позволяют осуществлять оперативное вмешательство, руководствуясь групповыми принципами (участие, коммуникация, социальное научение и др.). Таким образом, в подходе к организации психотерапии средой в настоящее время существуют две основные тенденции. Первая направлена на отказ от универсальной модели среды и создание системы специализированных терапевтических сред, обеспечивающих переход больного из одной среды в другую по мере изменения его психопатологического и личностного статуса. Вторая, противоположная тенденция состоит в разработке гибких, пластичных, полифункциональных сред, объединяющих в себе достоинства самых разнообразных видов лечения.

Эффективность этого метода обеспечивается различными факторами:

- 1) демократической выработкой решений и распределением ответственности;
- 2) ясностью терапевтических программ, ролей и лидерства;
- 3) высоким уровнем взаимодействия между персоналом и пациентами;
- 4) малым размером отделений;
- 5) позитивными ожиданиями персонала;
- 6) высоким моральным уровнем персонала;
- 7) практической проблемной ориентацией лечебного коллектива [13].

Большой вклад в развитие психотерапии средой внес Г. Аммон — известный психиатр и психотерапевт, основатель берлинской школы динамической психиатрии. Получив классическое психоаналитическое образование у учеников З. Фрейда в Берлинском психоаналитическом институте, с 1956 по 1965 гг. он отправился на обучение в США, в известную клинику Фонда братьев Меннингеров, в Топике (штат Канзас). Там в 30-е годы XX в. зародилось новое направление, получившее название динамической психиатрии, которое развивалось, основываясь в своей теории и практике на фрейдистском психоанализе, Я-психологии, школе объектных отношений и теоретическом системном и групподинамическом мышлении. Братьями К. и В. Меннингерами была открыта также одна из первых клиник для психоаналитического стационарного лечения с использованием терапевтического потенциала среды пациентов с психическими заболеваниями, в том числе шизофренией и расстройствами личности. Активно сотрудничая с ее руководителями и успешно защитив дипломную работу по теме «Теоретические аспекты милье-терапии», Г. Аммон уже там практически разработал свои методы милье- и групповой терапии, использовав сочетание психиатрического и психоаналитического опыта и методов, что привело к развитию более дифференцированных психотерапевтических лечебных подходов, таких как групповая и милье-терапия. Кроме этого невербальные формы терапии также были включены в психотерапевтическое поле клиники.

Г. Аммон разработал Я-психологические и групподинамические аспекты милье-терапии и внедрил ее в Клинике Ментершвайге в Мюнхене, относясь с особым вниманием к ее ценности как формы терапии, при которой проявляются социально-энергетические и групподинамические процессы, оказывающие свое целебное действие. В качестве концептуальных предпосылок для милье-терапии можно назвать теорию поля К. Левина, теорию систем Н. Луманна и психоаналитическую Эго-психологию Х. Хартманна, Э. Криса и Р. Левенштейна [21]. Благодаря этому появилась возможность проведения реабилитации и ресоциализации больных, в результате применения современной психофармакотерапии в терапевтическую среду удалось интегрировать и тяжелые психические заболевания [17]. Терапевтическая концепция клиники по Г. Аммону предусматривает создание групподинамического социально-энергетического и милье-терапевтического поля, внутри которого в проведение лечения вовлекается вся бригада среднего и младшего медицинского персонала, социальные работники и имеющие психоаналитическое образование психиатры и психологи.

В этой системе центральным элементом является милье-терапия с работой через третий объект, имеющая особое значение для наверстывающего развития, невербальные формы терапии, такие как танцтерапия, музыкотерапия, арт-терапия (терапия живописью), терапия спортом и верховой ездой, а также специальные группы по интересам дополняют психотерапевтическую среду клиники. Каждый пациент получает персонализированную специфическую для него лечебную программу, которая разрабатывается с учетом особенностей его личности, потому что лечение должно отвечать потребностям пациентов. Таким образом, каждый пациент интегрирован в большое количество различных терапевтических групп и ситуаций. При этом участие в милье-терапии является обязательным для всех пациентов. Каждый пациент во время своего лечения включается в милье-терапевтическую группу, которая на это время представляет собой малое терапевтическое жилое сообщество. Милье-группы могут быть частью как стационарного, так и

амбулаторного лечения. Они должны включать от 15 до 20 больных, которыми могут руководить 2 клинических психолога и 2 человека — младший и средний медицинский персонал с групподинамическим дополнительным образованием. При составлении групп обращается внимание на то, чтобы состав пациентов был как можно более разнородным: это касается количественного соотношения мужчин и женщин, молодых и пожилых пациентов, уровня образования и профессионального опыта. Диагнозы также должны быть различными, так как это обеспечивает для пациентов возможность учиться друг у друга и взаимно выполнять функции вспомогательного Я.

Часть II. Основы психотерапии

Каждый пациент должен встретить в милие-группе хотя бы еще одного пациента с близкими характеристиками, с которым он может поддерживать контакт и в котором он узнает себя, например, пожилой пациент в возрасте за 60 лет должен иметь возможность общаться, по меньшей мере, еще с одним пациентом в таком же возрасте. В милие-группе всегда должно быть не менее 2 пациентов с личностным расстройством, 2 — с тяжелой депрессией, 2 — с шизофренией и др. По возможности, группы должны состояться наполовину из женщин и мужчин.

В милие-терапевтических группах составляют распорядок дня, то есть пациенты совместно планируют занятия на день, питаются вместе за одним столом в столовой, имеют собственное помещение для занятий и совещаний, которое они сами оформляют. Сама милие-терапевтическая работа ведется с учетом групповой динамики «здесь и сейчас» с акцентом на восстановление контактов. В этом отношении креативный рабочий проект должен служить для установления контактов в значении третьего объекта. Исходя из отдельных милие-групп, пациенты получают свою индивидуальную программу терапии [11].

Основы подобного метода милие-терапии были заложены Е. Simmel в 20-е годы XX в. в первом психоаналитическом санатории в берлинском районе Тегель. В нем находились преимущественно больные с нарциссическими неврозами, которых тогда именовали психопатами и которых З. Фрейд считал неподдающимися лечению.

Гипотеза милие-терапии вначале относилась к теории гештальтов, в которой две системы встречаются и воздействуют друг на друга. На одной стороне — система пациента, замкнутая вследствие конфликтной обусловленности, а на другой — система милие-терапевтического поля. Вследствие этого патология Я и социальное поле противостоят друг другу. В. Келлер считал в связи с этим, что пациент при милие-терапии является частью «динамического целого». Эта концепция была принята и далее развита К. и В. Меннингером в Топике (США). В качестве еще одного пионера милие-терапии можно вспомнить А. Фрейда, которая через разработку специфического детского анализа дала импульс развитию современной терапии средой. Она исходила из того, что терапия детей требует нового подхода, и модифицировала психоаналитическую технику. Аналитик стал для ребенка партнером по игре в пределах игрового мира, который напоминал его жизненную ситуацию.

Терапевтическая ситуация в милие-группе похожа на анализируемую ситуацию из раннего детского возраста, так как в качестве места отреагирования патологической симптоматики пациентов она служит для повторения их патогенной жизненной ситуации (в первичной группе в раннем возрасте), которая была интернализирована. В отличие от первичной группы обусловленное переносом поведение пациента воспринимается с пониманием, и поэтому здесь речь идет о возмещении ущерба, а не просто о повторении патогенной динамики.

Терапевт активно вникает в жизненную ситуацию пациента, потому что, как и дети, больные с тяжелыми психическими расстройствами не способны говорить о своих конфликтах. На действия пациента ответ дается прежде всего поведением. В современной милие-терапии специалисты динамично включаются в милие-терапевтическую работу и, как при детском анализе, среда отображает жизненную ситуацию пациента. Последовательное, постепенное осознание различий можно считать главным терапевтическим эффектом, так как вследствие этого могут возникать новый, оригинальный групповой опыт и характер отношений. Эти аспекты терапии средой должны регулярно оцениваться в супервизионной работе [2, 4].

К. Мюллер-Брауншвейг, говоря о механизмах действия милие-терапии, утверждал, что сублимация достигается через идентификацию, и это происходит путем нейтрализации, которую он в связи с этим образно обозначал как мост. Цель состоит в том, чтобы пациент воспринимал действительность по-новому, то есть вне его прежнего опыта. Милие-терапия инициирует процессы идентификации и нейтрализации, которые ведут к сублимации нарушенных влечений. Структура терапии в виде рабочих проектов предоставляет объекты для идентификации [15].

Согласно Д. Рапапорту, одному из сотрудников клиники Фонда братьев Меннингеров, среда способна устанавливать автономию по отношению к Ид; Ид, напротив, утверждает свою автономию по отношению к среде. Равновесия автономии можно достичь тем, что при

посредстве нацеленной стимуляции из внешнего мира автономия Оно уменьшается. Таким образом, милие-терапия могла бы оказывать регуляторное действие на автономию Я, особенно когда эти механизмы парализованы или недостаточно развиты [19].

Первоначально милие-терапия предназначалась больным, которые страдали нарушением либидо. При этом надлежало мобилизовать конструктивные силы либидо и помочь пациенту приобрести способность сублимации. Сторонниками либидо-теоретического аспекта милие-терапии в начале 30-х годов XX в. были К. и В. Меннингеры. Пациенты с показаниями для милие-терапии рассматривались как больные с нарушенной Я-регуляцией, которые не в состоянии рефлексировать свою проблематику и вместо этого реагируют действием. Поскольку анализ их конфликтов имел следствием усиление отреагирования, считалось целесообразным найти возможность, чтобы соединить вместе терапевтическую и жизненную ситуации. Жизненную ситуацию пациента следовало поставить под терапевтический контроль и тем самым сделать ее частью лечебного процесса. Поскольку эти пациенты не вербализовали, а инсценировали свои конфликты, цель терапии состояла в том, чтобы интернализировать экстернализированные конфликты и, таким образом, побудить пациентов к анализу своих проблем. Часто это удавалось только благодаря тому, что они должны были признать, что их способы социального общения с окружающими безуспешны. Вначале, применяя милие-терапию, К. и В. Меннингеры и их сотрудники были привязаны к фрейдистской модели инстинктов. В понимании З. Фрейда объекты, обстоятельства или интересы либидинозно обусловлены. Именно поэтому Г. Аммон утверждал в начале, что терапевт должен работать прежде всего со здоровыми компонентами Я и с теми, которые З. Фрейд относил к предсознанию, со вторично-процессуальным мышлением, чтобы поддерживать Я-функции.

В то же время терапевт является «отдушиной» для агрессии, страха и фантазий из первичных процессов [16]. Х. Хартманн описывал процесс терапии в милие-группе как развитие защитного механизма в независимую функцию во вторичной части свободной от конфликтов сфере Я, и определял это как вторичную Я-автономию. Вслед за ним Г. Аммон отмечал в одном из своих ранних трудов, что вторичная Я-автономия не обязательно развилась бы в стабильную автономию. Могла бы образоваться даже негативная Я-автономия, если бы безуспешные защитные механизмы стали эго-синтонными. Эта автономия тогда подчинилась бы мании навязчивого (компульсивного) повторения, а цель милие-терапии состоит в том, чтобы восстанавливать старые конфликты и предлагать новые защитные механизмы, которые развились бы в позитивную вторичную Я-автономию. Новые защитные механизмы служили бы Я и расширяли бы его бесконфликтную сферу. Появлению лучших защитных механизмов и созданию новых объектов идентификации способствуют интеракции. Здесь также видно различие между милие-терапией и групповой терапией, так как в случае милие-группы интеракции совершаются не только между отдельными участниками, но и между различными подгруппами [18].

Часть II. Основы психотерапии

Внутри милие-группы пациент может заразиться общим эмоциональным климатом в группе. Это последнее следует понимать как плавный, ровный процесс с целительными, благотворными элементами из-за особенно защищающей ситуации внутри милие-группы. При милие-терапии речь идет о варианте невербальной групповой психотерапии, при которой пациенты совместно работают над проектом, а в дальнейшей фазе протекающие процессы и характер отношений вербально прорабатываются и интерпретируются. В рамках милие-терапии возникает групподинамическое социально-энергетическое поле, вследствие чего, уже благодаря групповым переживаниям и совместной работе, появляется терапевтический эффект. Вначале милие-группа часто воспринимается ее членами как ранняя семейная группа, что путем анализа и интерпретации групповых процессов ведет к познанию нового опыта взаимоотношений [7, 8].

З. Фрейд говорил о биологически-физическом неспецифическом резервуаре энергии, из которого исходит рост функции Я. На первоначальном этапе Г. Аммон вслед за З. Фрейдом предполагал, что источником социальной энергии является раннее нарциссическое обращение первичной семейной группы, иными словами, заботливое отношение родителей в раннем детстве. Однако позднее он пришел к выводу, что психическая энергия не возникает изнутри, а связана с социальным полем человека, и что человеческому развитию способствует не только удовлетворение нарциссических потребностей, но и социальная энергия в виде критики, сомнений. В рамках такого понимания ребенок, оставшийся без материнского ухода (наблюдения в детских домах), умирает не от имманентного инстинкта смерти, как это трактует Р. Шпитц, а от социально-энергетического голода. Дистанцируясь от принятых в психологии понятий «источник» и «получатель» в описании контакта, Г. Аммон полагал, что речь при общении идет не в линейном измерении, а в параметре силового поля,

формирующегося в ходе контакта и структурно дифференцирующегося за счет изменений актуальных и латентных отношений. В понимании Г. Аммона, возникающая при общении между людьми социальная энергия подчиняется закономерностям групповой динамики, руководящей подачей социальной энергии и воздействующей на отдельные функции Я в их взаимозависимости. Занятие каким-то предметом или вещью также может стать социально-энергетически действенным, поскольку происходит в социальном поле, определяемом межличностными отношениями, — в социально-энергетическом поле.

В трудах Г. Аммона содержатся разные определения этого понятия: «социальную энергию я понимаю как энергию, данную индивидууму из окружающего его мира», «социальная энергия — сила, которую люди могут давать друг другу», «социальная энергия — это идентичность как психическая энергия, мотор структурного развития Я».

Г. Аммон использовал этот термин не в его традиционном физическом понимании — как меру движения материи, имеющую определенную физическую природу, а в более общем смысле — как деятельную силу. Он указывал, что у него есть предшественники. Среди прочих ссылаясь на Х. Бетчера, который говорил о межличностном энергетическом уровне, причисляя сюда мотивационный и информационный компоненты, и даже на В.И. Ленина, который также упоминал о социальной энергии — без сомнения, в обыденном смысле этого слова. Говоря о важности человеческого эмоционального тепла в проблеме воспитания, Г. Аммон ссылаясь на работы А.С. Макаренки, А.Р. Лурия, А.Н. Леонтьева и П.Я. Гальперина, но тем не менее утверждал, что то, что он вкладывает в это понятие, представляет собой существенную новизну для психологии и психоанализа. Главное отличие заключается в том, что развитие личности понимается на основе социальных, межличностных процессов, а не изолированно от аутохтонных биологических закономерностей [5].

С точки зрения Г. Аммона, наиболее существенное следствие пребывания человека в социально-энергетическом поле — развитие его личности. Каждая значимая для человека встреча меняет его, результатом является постоянно меняющаяся целостная идентичность, формирующаяся на основе цепи важных встреч и кризисных ситуаций. Социальная энергия выполняет функцию трансмиттера между динамикой группы и структурными следствиями для каждого участника этой группы. Структура Я — это «текущая социальная энергия, которую личность отражает в сумме полученной социальной энергии как в количественном, так и в качественном отношении», а умение регулировать социальную энергию, способность получать и отдавать ее Г. Аммон относил к одной из центральных функций личности, тесно связанных с ее идентичностью. Действенность социальной энергии, с его точки зрения, обусловлена тем, что она затрагивает «центральное Я человека, то есть его бессознательное». Развитие личности идет по спирали, при этом она проходит следующие этапы: получение социальной энергии, структурные изменения в бессознательном, изменение идентичности Я и внутригрупповых отношений и новый уровень получения социальной энергии [9].

Г. Аммон дифференцировал качество социальной энергии (конструктивная, деструктивная и дефицитарная), определяющее характер формирующейся личности. Конструктивная социальная энергия определяется большей выносливостью к нагрузке. Характерная особенность этого вида энергии состоит в том, что к человеку не только относятся с теплом, вниманием, не только принимают его всерьез, но и «держат перед ним зеркало, в котором показывают ему, кто он и куда может развиваться». По способности переносить страх можно определить социально-энергетический потенциал человека. Деструктивная энергия сопутствует любым формам открыто враждебного, агрессивного обращения к человеку, ограничения его личной свободы. Дефицитарная социальная энергия представляет случаи намеренного отказа от обращения к человеку, лишения его эмоционального тепла и стимулов структурного роста личности. Дефицитарное социально-энергетическое поле, как считал Г. Аммон, характерно для формирования симбиотических отношений. В патогенных групповых структурах социальная энергия может поддерживать, усиливать неконструктивные, морбидные личностные характеристики. Так, партнеров по группе, способствующих взаимоподкреплению нарциссических потребностей, Г. Аммон образно называл нарциссическими сообщниками.

Из понимания морбидной роли социальной энергии вытекает и концепция терапии по Г. Аммону. Групповые деструктивные и дефицитарные поля, поддерживающие заболевание, должны быть временно в терапевтическом социально-энергетическом поле заменены на конструктивные, до наступления соответствующих изменений в бессознательной сфере, которые будут иметь следствием иную идентичность Я, другой рисунок социального поведения и потребностей. Предполагается, что после этого пациент уже сам, вне терапии, будет стремиться к попаданию в конструктивные социально-энергетические поля, что должно привести к устойчивому выздоровлению. Задача терапии — обеспечить создание социально-энергетического поля, которое бы адекватно актуальному состоянию идентичности Я-большого. Регулирующую работу с целью обеспечить способность к приему социальной энергии Г. Аммон считал более важной, чем фокусировку на толковании переноса. Функция психотерапевта — гибко балансировать между удовлетворением

нарциссических потребностей больного (избыточное удовлетворение может затормозить индивидуальное развитие на уровне симбиотических отношений с врачом) и конфронтационной работой, обеспечивающей индивидуальный рост (избыточная активность чревата вырождением архаичных страхов быть покинутым матерью). Пациенты часто росли в первичных группах с дефицитарной или деструктивной социальной энергией, поэтому существенно, чтобы внутри миле-группы пациенту было создано конструктивное социально-энергетическое поле. Передаваемая конструктивная социальная энергия оказывает интегрирующее воздействие на психику.

Часть II. Основы психотерапии

Представление о решающем значении для развития личности социальных отношений индивидуума, далеко выходящих за пределы диадного контакта с матерью, давно уже является общепризнанным в психологии и психоанализе. Основополагающие работы в этой области появились еще в довоенные годы. К концепции инстинкта смерти, отвергаемой сейчас большинством психоаналитиков, критически относился к концу своей жизни и ее автор. О силовом поле социального воздействия, полемизируя с линейным видением межличностных отношений, как известно, впервые заговорил К. Левин. Понятие «социальная энергия» весьма современно и содержит собственный потенциал дальнейшего развития [6]. Эффективность психотерапии своих предшественников Г. Аммон объяснял тем, что они могли интуитивно создавать социально-энергетическое поле, но не умели точно оценить, что же на самом деле способствовало эффективности лечения. В значительной степени это, по-видимому, справедливо. Однако многие психотерапевты не согласятся с тем, что само по себе терапевтическое социально-энергетическое поле в достаточной мере определяет последующее стремление больного к благоприятным социально-энергетическим полям и избеганию неблагоприятных, и подумают о необходимости коррекции дезадаптивных механизмов психологической защиты. С трудностями формирования мотивации к продуктивному поведению столкнулся, как известно, еще К. Роджерс.

Вербальная аналитическая интерпретация — важный инструмент для коррекции поведенческих проявлений пациента, которые видны из его первичной группы, а также для создания ему возможности приобрести новый опыт. Г. Аммон называет это коррекцией (от англ. *repairing*). Даже в случае невербальной интеракции между терапевтом и пациентом может быть проведена эмоциональная коррекция. Таким образом, для пациента создается основа для проявления чувства Я (от нем. *Ich-Gefühl* — Я-чувствую), которое дает ему возможность постепенно принимать вербальные интерпретации своего поведения и признавать свои конфликты. Миле-терапия особенно показана больным с дезинтегрированной структурой личности, с так называемыми архаическими расстройствами гуманструктуры, которые всегда означают нарушение способности к внутреннему и внешнему Я-отграничению. Это возможно у больных с пограничными состояниями, а также шизофренией и депрессией, с проблемами наркомании и психосоматическими заболеваниями.

Миле-терапия с ее многосторонним опытом взаимоотношений способствует процессу наверстывающего развития личности. Больные, которые часто не могут вербализировать тяжесть своего страдания, как правило, обнаруживают враждебную динамику сопротивления, высокую степень тревоги и деструктивной агрессии, а также деструктивный нарциссизм, которые подлежат интерпретации. Они бывают не в состоянии в терапевтической ситуации выразить свои конфликты в реальной плоскости, с одной стороны, и в символической — с другой. Я этих больных не обладает достаточными возможностями отграничения по отношению к бессознательному, бессознательное переполняет Я; поэтому больные не в состоянии реалистично воспринимать группу, а вместо этого переносят на нее свою первичную группу. Вследствие этого данные пациенты оказываются пленниками в настоящем и будущем, будучи детерминированы прошедшим. При этом оказывается, что реагирующие действием больные, не способные вербализировать свои чувства, своим реагированием побуждают к коммуникации других «молчащих» членов группы.

Миле-терапия предоставляет пациентам с архаическими расстройствами Я многочисленные возможности выразить их собственную проблематику. Кроме того, она позволяет им открыть конструктивные компоненты личности. Миле-терапия создает равновесие между активностью и изоляцией, так как многие пациенты обнаруживают гиперактивность, которую можно истолковывать как сопротивление с целью сохранения внутренних конфликтов. В связи с этим в миле-терапии чередуются стимуляция и дестимуляция.

Внешние реакции пациентов с нарушенным Я в миле-терапевтической группе часто направлены на то, чтобы сделать терапевта и других членов бригады ответственными за свои деструктивные действия, они ожидают, что последние возьмут на себя также их Я-функции. Следует предотвращать ответную совместную поддержку со стороны бригады, так как иначе

она становится патологическим компонентом больного. Правда, в начале лечения необходимо, чтобы терапевты в качестве так называемого вспомогательного Я гибко брали на себя Я-функции пациента и, в первую очередь, оказывали поддержку пациентам со слабым Я. Внешние реакции могут быть использованы в терапевтическом направлении, потому что они дают информацию о прошлом пациента. Трудность для терапевта состоит в том, чтобы, с одной стороны, предлагать свое вспомогательное Я, а с другой — сохранять необходимую дистанцию в плане сопротивления контрпереносу и не последовать за пациентом в регрессию. В отличие от обычной психотерапии, в миле-терапии терапевт скорее подвергается опасности не соблюсти терапевтическую абстиненцию, так как он непосредственно разделяет «жизненную ситуацию» с пациентом. Поскольку формальные барьеры не так ясны, как в классической психотерапии, то терапевт должен психологически стремиться сохранять нужную дистанцию. Этому способствуют административные правила и предписания по больничной работе, а также регулярная супервизия [2].

Спектр миле-терапии включает практическую деятельность, при которой реинсценируются старые внутриспсихические конфликты, и формальную психотерапию, когда конфликты и эмоции анализируются вербально. Роль терапевта при этом состоит в том, чтобы помочь пациенту осознать различие между деструктивными и конструктивными компонентами. Пациент начинает ощущать деструктивные компоненты как Я-дистонные и говорить об этом во время терапии. Конкретное мышление пациента изменяется на аналитическое абстрактное.

Важным пунктом при проведении терапии выступает сопротивление, так как внешнее реагирование является его выражением. Терапевт должен помочь пациенту осознать свои сопротивления как таковые. Одной из форм сопротивления может быть гиперадаптация, которая характеризуется подчеркнуто социально желательным поведением. Для того чтобы избежать совместного внешнего эмоционального реагирования в контрпереносе, здесь особенно важна супервизия. Сопротивления постоянно возвращаются в виде навязчивых повторений; согласно З. Фрейду, это связано с бессознательным чувством вины, которое требует наказания. Пациент защищается против осознания путем демонстративного проявления чрезмерной адаптации. При миле-терапии в случае пациентов с архаическими заболеваниями Я речь часто идет о больных, которые либо полностью замкнулись в себе, либо сильно зависят от нарциссизма. Нарциссические желания, которые в ситуации переноса обращены к терапевту, могут быть использованы конструктивно, чтобы активизировать пациента к конструктивному поведению.

Часть II. Основы психотерапии

Миле-терапия представляет собой основу стационарного психотерапевтического лечения. Исходя из этого, важное значение имеет сочетание ее с другими формами терапии. Это означает, что терапевты должны общаться друг с другом, с тем чтобы устанавливать для пациентов связь между невербальными и вербальными терапевтическими полями в целостной психотерапевтической среде. Таким образом, можно добиться понимания психодинамики пациентов, так как их поведение в терапевтических группах часто варьируется, поскольку в разных группах имеют место различные процессы переноса. Так, пациент в своей миле-группе может обнаруживать очень агрессивное поведение и одновременно при танцтерапии его поведение будет чрезвычайно доброжелательным. Появляется возможность более точной диагностики психодинамики и, таким образом, страховки при проработке бессознательной деструктивной динамики. При миле-терапии всегда существенно также принимать во внимание в целом всю терапевтическую сеть пациента, чтобы именно в миле-терапевтической групподинамической системе предоставить в его распоряжение возмещающее поле, за которое постоянно нужно бороться.

Индивид постоянно находится в процессе развития, причем чисто человеческие функции развиваются в соответствии с групподинамическим опытом, который накапливается в течение жизни, но наибольшее значение имеет опыт раннего детства. Развитие считается доступным терапевтическому вмешательству на любом этапе и независимо от форм его протекания. Наличие здорового потенциала предполагается у каждого индивида. В понимании поведения человека личностная интерпретация событий является наиболее важной. Основная задача психотерапевта состоит, таким образом, не в устранении симптома как «мишени», а в поиске контакта со здоровыми элементами личности, их активации и за счет этого — в развитии общего потенциала личности в целом. Целям терапии может отвечать все поле социальных взаимодействий больного, а задачей психотерапевта, работающего в данном направлении, становится создание вокруг пациента социально активной среды. Новизну своего подхода авторы видят в применении на практике принципа «терапия средой плюс терапия среды», который заключается в том, что терапевтическое

воздействие как на пациента, так и на его ближайшее окружение осуществляется социально активной средой, специально моделируемой психотерапевтом. Методы милье-терапии были успешно имплементированы в отделениях динамической психиатрии в ряде крупных психиатрических больниц Российской Федерации [1].

Современные методы лечения психических расстройств с развитием принципов партнерства и совместного принятия решения имеют гуманистическую ориентацию и помимо редукции симптомов ориентированы на повышение качества жизни, самореализацию пациентов, или максимального развития личностного потенциала [20, 22]. Важнейшей спецификой деятельности современного психотерапевтического отделения или центра является проведение комбинированного лечения, оптимально сочетающего методы фармако- и психотерапии, а также организация психотерапевтической среды и психотерапевтического сообщества, создание интегративных психотерапевтических программ на основе бригадного взаимодействия и модели «терапевтического поля» [12]. В различных структурных подразделениях психотерапевтической службы клинические психологи и медсестры могут вовлекаться в осуществление комплекса мероприятий по терапии средой, обеспечивающей пациентам общение друг с другом, создающей предпосылки для реализации принципов самоуправления в формирующемся сообществе больных, что ускоряет их выздоровление [23].

Сегодня в медицине активно развивается персонализированный подход, что подразумевает не только оценку специфики генетических особенностей пациента, но и средовых факторов. В этой парадигме психотерапию можно рассматривать в качестве эпигенетического модулятора, где ключевую роль играет психотерапевтическая среда [14].

Список литературы

1. Бабин С.М., Сировская В.П., Пустотин Ю.Л. Психотерапия и терапия средой в Оренбургской психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. Т. 11, № 4. С. 55–59.
2. Бабин С.М., Бочаров В.В., Васильева А.В. и др. Значение супервизии в психотерапии затяжных форм невротических расстройств // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2012, № 2. С. 26–35.
3. Бурбиль И. Терапия и психологическая диагностика в клинике динамической психиатрии: Методическое пособие. Оренбург, 2003.
4. Васильева А.В., Незнанов Н.Г. Психотерапия. Гл. 13.4. С. 699–729 // Психиатрия: Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова; отв. ред. Г.Э. Мазо. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 768 с. DOI: <https://doi.org/10.33029/9704-6295-9-PSY-2021-1-768>.
5. Васильева А.В. Динамическая психиатрия — персонализированная модель лечения, ориентированная на личность пациента (к столетию со дня рождения Г. Аммона) // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2018, № 3. С. 106–107. DOI: <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2018-3-106-107>.
6. Васильева А.В., Незнанов Н.Г. Психология отношений В.Н. Мясищева и динамическая психиатрия Г. Аммона: две школы — один путь в современной биопсихосоциальной медицине // Российский психиатрический журнал. 2006, № 1. С. 29–33.
7. Вид В.Д., Лутова Н.Б. Специфические эффекты терапии средой по Г. Аммону // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. СПб., 2001. С. 116–120.
8. Вид В.Д., Лутова Н.Б., Баженова С.Г. Метод психодинамически ориентированной милье-терапии в восстановительной терапии психически больных: Пособие для врачей. СПб., 1999.
9. Динамическая психиатрия в ракурсах времени. К столетию со дня рождения Гюнтера Аммона: Сборник / Под общ. ред. Н.Г. Незнанова, А.В. Васильевой; пер. с нем. В.Д. Вида. М.: Городец, 2019. 568 с.
10. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. СПб., 1998.
11. Рихарц Б., Дворжак М. Терапия средой в психиатрии, психотерапии и реабилитации. Оренбург, 2000.
12. Полторак С.В., Васильева А.В. О психодинамических аспектах соотношения психотерапии и фармакотерапии в лечении невротических расстройств // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2012, № 3. С. 88–93.
13. Психотерапевтическая энциклопедия. 3-е изд. / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2006. 944 с.
14. Салагай О.О., Незнанов Н.Г., Васильева А.В. Роль психотерапии, как медицинской специальности, в общественном здравоохранении // Общественное здоровье. 2022. Т. 2, № 2. С. 40–57. DOI: <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2021-2-2-40-57>.
15. Ammon G. Milieu therapy // Dynamische Psychiatrie. 1994. H. 144–145. S. 24–27.
16. Baschenowa S., Lutova N., Wied V. Spezifische therapeutische Effekte der milieuthérapie nach G. Ammon // Dynamische Psychiatrie. 1999. H. 176–179. S. 406–412.

17. Burbiel I. et al. Stationäre Psychotherapie der Psychosen. Eine testpsychologische katamnestische Untersuchung // *Dynamische Psychiatrie*. 1992. Bd 25. S. 214–276.
18. Dworschak M. Einführung von humanstruktureller Milieuthérapie am Bekhterew-Institut in St. Petersburg // *Dynamische Psychiatrie*. 1997. H. 166–167. S. 391–393.
19. Lutova N.B., Wied V. V. Defence mechanisms and coping styles in their interrelationship with motivation toward specific therapeutic approach // *Dynamische Psychiatrie*. 2000. H. 180–181. P. 110–119.
20. Neznanov N.G., Vasilyeva A.V., Wied V.D. Perspektiven und Probleme der Entwicklung des biopsychosozialen Ansatzes in der Behandlung psychischer Störungen // *Dynamische Psychiatrie*. 2008. H. 229–230. S. 205–213.
21. Neznanov N.G., Vasileva A.V. *Dynamic Psychiatry of G. Ammon. Identity through the Group*. Saint Petersburg, 2018. 328 p.
22. Neznanov N.G., Vasileva A.V. Psychiatry and society in the search of compromise or consensus // *Dynamische Psychiatrie*. 2017. H. 283–285. P. 187–201.
23. Vassilieva A.V. et al. Medical Psychology and Rehabilitation // *Int. J. Ment. Health*. 2002. Vol. 31. N 1. P. 71–78.

Часть II. Основы психотерапии

Глава 11. Психотерапия детей и подростков

Подобно педиатрии, вышедшей из терапии взрослых, детская и подростковая психотерапия вышли из психотерапии взрослых. Это молодая наука и практика, и ее подходы совпадают с основными направлениями психотерапии взрослых — психодинамическим, гуманистическим и бихевиоральным. Выделение детской психотерапии в самостоятельное направление произошло в Европе в конце 1940-х — начале 1950-х годов. С этого времени, сначала в рамках психоаналитического направления, а затем и в парадигме других подходов, создаются центры подготовки детских специалистов, разрабатываются стандарты обучающих программ, формируются профессиональные ассоциации [6, 7]. К сожалению, в нашей стране стандарты подготовки детских психотерапевтов пока не разработаны, хотя первый отечественный учебник по детской психиатрии под редакцией Э.Г. Эйдемиллера, включающий главы по детской и подростковой психотерапии, вышел в 2005 г. А первый отечественный учебник по детской и подростковой психотерапии, подготовленный московскими коллегами под ред. Е.В. Филипповой, вышел только в 2018 г. [3].

Отсутствие специальности детской психотерапии и детской психиатрии в нашей стране не отменяет необходимость для специалиста, выполняющего профессиональную функцию детского и подросткового врача-психотерапевта, обладать компетенциями в области взрослой и детской психиатрии и психотерапии, клинической психологии семьи и детства, возрастной психологии и психологии развития. Как и любой психотерапевт, в своей работе детский специалист должен опираться на единство теории, методологии и практики, иметь сознательную стратегию влияния на пациента и владеть конкретными техниками воздействия. По определению Е.В. Филипповой, психотерапия с детьми — это процесс оказания психологической помощи ребенку, который осуществляется психотерапевтическими методами в рамках профессионально организованного общения ребенка и терапевта, где их взаимодействие и взаимоотношения являются главным средством лечебного воздействия [3]. Соглашаясь в целом с данным определением, можно добавить, что более эффективным является взаимодействие терапевта с ребенком и его ближайшим окружением — инициатором обращения к специалисту, семейной средой. Это дополнение продолжает идеи известного отечественного специалиста, детского и семейного психотерапевта Э.Г. Эйдемиллера, который всегда подчеркивал, что в работе с детьми и подростками терапевт встречается с особым пациентом, он называл его идентифицированным пациентом [4, 19]. Своими симптомами идентифицированный пациент отражает нарушенное взаимодействие с ближайшим окружением, недостаток поддержки среды, поэтому только во взаимодействии с семейным окружением возможно наиболее действенное и эффективное оказание психотерапевтической помощи, а достигнутые изменения и результаты будут стабильными и не подвергнутся обратной редукции. Идея идентифицированного пациента имеет корни в семейной системной терапии, но ребенок или подросток априори является таковым вследствие своего зависимого положения. Нормальная возрастная зависимость ребенка и подростка определяет как саногенный, так и патогенный потенциал его среды роста и взросления, а значит и психотерапевтические мишени воздействия. Именно взаимодействие психотерапевта с ребенком и его окружением является ведущим лечебным фактором в детской психотерапии, даже если выбранный подход психотерапии, например поведенческий, в своей методологии, прежде всего, ориентирован на конкретные методы, техники и приемы. Именно поэтому детский психотерапевт должен обладать навыком «присоединения» не только к ребенку, но и к диаде «ребенок–родитель», к семье в целом.

В практической работе с детьми и подростками необходимо тесное, практически неразделимое переплетение лечебных и психотерапевтических мероприятий с психокоррекционными, воспитательными и социализирующими воздействиями. Именно поэтому важно подчеркнуть место психотерапии в системе мероприятий оказания полипрофессиональной помощи детям и подросткам, страдающим нервно-психическими расстройствами и заболеваниями. В континууме невротический–пограничный–психотический уровень расстройства — приоритетность психотерапевтического вмешательства в комплексе других лечебных мероприятий снижается, уступая место другим методам лечения и коррекции: фармакотерапии, нейропсихологической коррекции, физиотерапии, логопедической коррекции, специальной педагогики и др.

В процессе заболевания психотерапевтические мероприятия могут также менять свою приоритетность, исходя из цели и задач оказания комплексной медицинской помощи, поэтому психотерапия чаще составляет часть медико-профилактической помощи детям и подросткам, а не применяется как единственный метод лечения. Навык работы в команде специалистов, необходимость знаний в смежных специальностях, признание границ выбранного психотерапевтического метода и его возможностей — все это обеспечивает эффективность комплексной помощи детско-подростковому контингенту.

Одной из характерных особенностей, подчеркивающей особый тип пациента, является тот факт, что ребенок и далее подросток находится в постоянном процессе развития и становления своей личности [16]. Знание возрастной психологии детского возраста, особенностей развития психических функций, возрастных потребностей, этапов психического развития — неотъемлемая часть компетенций детского психотерапевта. Прохождение нормативных возрастных кризисов происходит с опорой на свойственные возрасту психологические защиты и стратегии совладания, описанные детским и семейным психологом И.М. Никольской [9].

Каждому возрастному периоду свойственны особые виды деятельности, посредством которых ребенок овладевает действительностью. Именно с опорой на ведущий вид деятельности ребенка разрабатываются психотерапевтические техники и приемы, главным из которых остается игра. Креативность ребенка находит свое воплощение в любом творческом действии — рисунок, лепка, сочинение рассказа или сказки, театральное представление. Все это нашло свое отражение в таких направлениях детской психотерапии, как игровая психотерапия, сказкотерапия, арт-терапия. Как техники эти виды деятельности успешно применяются в работе детского психоаналитика, гештальт-терапевта, когнитивно-поведенческого психотерапевта. Умение играть — необходимое качество детского психотерапевта любого направления. Постоянный процесс развития определяет и ведущую тенденцию в психотерапии детей — переход от симптомоцентрированных к личностно--центрированным методам по мере взросления ребенка и подростка.

Часть II. Основы психотерапии

Еще один аспект необходимо учитывать в оказании психотерапевтической помощи детям и подросткам — характер взаимодействия со сверстниками, а также другими значимыми взрослыми (воспитатели, педагоги, тренеры). В последние годы именно взаимодействие в расширенной социальной среде оказывается наиболее уязвимой зоной, обуславливающей возникновение проблем у детей. Психотерапия среды и психотерапия средой — необходимые и взаимосвязанные факторы в детской и подростковой психотерапии, требующие специальных профессиональных мероприятий (организация терапевтической среды, психообразование персонала, рабочая полипрофессиональная группа, супервизионная поддержка).

Каковы **цели психотерапевтического воздействия** в детско-подростковой практике? К. Бремс в своем полном руководстве по детской психотерапии формулирует следующие три категории целей [2]:

- цели, связанные с разрешением предъявляемой проблемы ребенка (облегчение страданий ребенка);
- цели, связанные с повышением потенциала ребенка (развитие самостоятельности, осознание потребностей и возможных путей их удовлетворения, формирование адекватной самооценки, актуализация ресурсов и др.);
- цели, связанные с возвращением к нормальной траектории развития.

Весьма важно, чтобы достигнутые позитивные изменения были стабильными, поэтому крупный английский специалист в области детской психиатрии М. Раттер добавляет еще две цели:

- генерализация терапевтических изменений;
- сохранение терапевтических изменений.

Развивая идеи Х. Ремшмидта и привнося собственные, Э.Г. Эйдемиллер и С.А. Кулаков выделили следующие принципы в детской и подростковой психотерапии [4, 12, 14].

1. Принцип необходимости проведения психотерапии при психических расстройствах детского и подросткового возраста — энергия пациента направлена на преодоление внутренних и внешних конфликтов, а не на выполнение задач развития.

2. Принцип многофакторной зависимости объема и выбора последовательности психотерапевтических вмешательств (степень выраженности и продолжительность симптоматики; физическое состояние; количественные и качественные отклонения в эмоциональной, поведенческой, мотивационной сферах; искажения образа Я; дисфункциональные семейные отношения, готовность к изменениям и др.).

3. Принцип специфичности — требует выбора такого метода воздействия, который наиболее приемлем и эффективен именно при данном варианте патологии, возраста и возможностей ребенка, ресурса семьи.

4. Принцип гибкости терапевтической тактики — отказ от жесткой схемы лечения, преимущественная опора на терапевтические отношения, интерес пациента, креативность в действиях.

5. Принцип соответствия — выбор и характер психотерапевтических интервенций должен соответствовать возрасту, уровню развития, актуальному состоянию.

6. Принцип усиления функций Я и осторожности в работе с регрессией (избегание затяжных регрессий поведения).

7. Принцип коррективного эмоционального опыта — в обсуждении с психотерапевтом обстоятельств своей жизни, пациент получает возможность приобрести новый эмоциональный опыт.

8. Принцип сочетанности — сочетание индивидуальной психотерапии с другими видами психотерапии, особенно групповой и семейной. Психотерапия у детей и подростков не может не быть интегративной, так как постоянно идет параллельная психотерапевтическая работа с родителями.

9. Принцип создания наилучших условий для проведения психотерапии, что предполагает решение трех вопросов: где проводить лечение (в стационаре или на дому); какой подход (индивидуальный или групповой) использовать; какими должны быть сроки психотерапии (долгосрочная, краткосрочная).

В работе с детьми и подростками присутствует большое разнообразие психотерапевтических подходов и практик: когнитивно-поведенческий, психоанализ, игровая психотерапия, гештальт-терапия, психодрама, арт-терапия, сказкотерапия, символдрама, песочная терапия и многие-многие другие. В связи со сложностью и риском некорректного обобщения механизмов психотерапевтического воздействия разных направлений целесообразно рассматривать их с точки зрения процессов саморегуляции, базирующихся на доступных возрастных механизмах. Это отражает общепринятый в медицине биопсихосоциальный подход, а также современные открытия в области нейронаук (например, паравагальная теория С. Порджеса, нейропсихоанализ М. Солмса) [13].

С помощью саморегуляции организм сохраняет свою целостность (границы) и развивается в соответствии с требованием среды и собственного роста. «Опознавательным знаком» необходимости «включить» систему саморегуляции является эмоциональное напряжение (от дискомфорта до боли). В 1979 г. В.В. Ковалевым выделены 4 возрастных уровня преимущественного нервно-психического реагирования в ответ на различные вредности:

- 1) соматовегетативный — 0–3 года;
- 2) психомоторный — 4–7 лет;
- 3) аффективный — 5–10 лет;
- 4) эмоционально-идеаторный — 11–17 лет.

Эти уровни отражают доступные возрасту способы регуляции. Весьма упрощая, можно сказать, что саморегуляция осуществляется на пяти уровнях.

1. Соматический (телесный) уровень — определяется врожденными, конституциональными факторами, нейрогуморальным и нейромедиаторным регулированием, физиологическими защитами, вегетативной регуляцией и инстинктами. Этот уровень находит свое отражение в невербальном поведении и соматических симптомах.

2. Эмоциональный уровень — эмоции подобно навигационной системе организма указывают на фрустрированную потребность, ориентируют организм в среде в поиске для ее удовлетворения или уничтожения (так происходит в случае потребности в невозможном при травме потери).

3. Поведенческий уровень — деятельность для оперирования со средой с целью удовлетворения потребности или отказа от нее. Автоматическое использование защитных поведенческих реакций отказа, оппозиции, имитации, компенсации позволяет получить

ребенку внимание и заботу взрослых и на этой основе удовлетворить свои базисные потребности в безопасности и защищенности, любви и принятии, социальном одобрении, сохранении позитивной самооценки и самоуважения. Среда представлена живыми и неживыми объектами, в оперировании с которыми возможно регулировать эмоциональное напряжение. Для ребенка игра, творческое действие являются подобными способами, что используется в диагностике и является лечебным фактором психотерапевтического воздействия. Если опыт ребенка или подростка наполнен в большей степени позитивным опытом взаимодействия с миром предметов, а не людей, то это ведет к риску формирования аддиктивного поведения с девальвацией ценности межличностных отношений. Именно предмет или активность становятся основными регуляторами эмоционального напряжения.

Часть II. Основы психотерапии

4. Когнитивный уровень — сны, образы, фантазии, представления, объяснение события, придание смысла, выбор, принятие решения, мировоззрение, система верований. Как подчеркивает Р.М. Грановская, эффективность глубинного воздействия религии на людей связана с тем, что она, как и наука, опирается на объективные законы социальной среды. Согласно феномену «социального импринтинга», по А.М. Мельниковой, вплоть до младшего подросткового возраста общественный контекст развития личности (традиции, социальные и языковые стереотипы среды) проникают в психику ребенка так глубоко, что это сопоставимо с воздействием врожденных индивидуальных свойств человека. Когнитивная обработка событий позволяет регулировать эмоциональное напряжение. В работе с ребенком необходимо учитывать возрастные особенности развития мышления, например, такие как эгоцентризм, анимизм, способность к синтезу и дедукции, анализу и т.д.

5. Связь с ближайшим окружением — от нормальной симбиотической связи до эмоциональной близости и привязанности. Связь с Другим, в которой ребенок (подросток) узнаваем и признан другим человеком, в которой возможно проживание собственных ограничений и возможностей. Связь, в которой возможно разместить аффекты и переживания и в совместном поиске с Другим найти наилучший способ справиться с ними. Связь, в которой можно разделить в переживании общую фигуру опыта.

Все перечисленные уровни тесно взаимосвязаны, взаимозависимы и функционируют параллельно. Любые ограничения (возрастные, конституциональные, привнесенные заболеванием) определяют своеобразие процесса саморегуляции. Симптом или симптоматическое поведение представляют собой «творческое приспособление», в результате нарушенной саморегуляции. Важно учитывать то, что ребенок может регулировать свое беспокойство и связанные с травмой чувства лишь в объеме имеющихся в его возрасте когнитивных и эмоциональных способностей и возможностей. На следующем этапе жизненного пути могут проявиться новые соматические или поведенческие симптомы, связанные с травмой, что будет указывать на необходимость психотерапевтической помощи, соответствующей возрасту ребенка.

Точка восстановления и вход для восстановления работы системы саморегуляции определяются психотерапевтическим направлением (телесные процессы, поведение, когниции, связь с матерью, холистический подход, рассматривающий процесс контактирования в целом и взаимосвязь всех уровней реагирования).

Исходя из представления об уровнях саморегуляции, можно выделить следующие векторы работы в детской и подростковой психотерапии.

1. Психотерапия диады «мать–ребенок» (регулирование связи) — для ребенка в возрасте до трех лет. Любое неблагополучие в этом возрасте связано с нарушением этой диады, и психотерапевтическое воздействие происходит через взаимодействие с матерью (или лицом, ее заменяющее). Наблюдение за взаимодействием внутри диады и коррекция его нарушений, укрепление самоподдержки матери и принятие ею поддержки среды — основные фокусы психотерапии.

2. Телесное регулирование — работа с телесными ощущениями, дыханием, сенсорным восприятием, аутогенная тренировка, мышечная релаксация. Развитие телесного осознания восстанавливает эффективную регуляцию на этом уровне и обеспечивает саморегуляцию на следующем.

3. Эмоциональное регулирование — опознавание эмоциональных знаков и самой эмоции, ее обозначение, нахождение способов сообщать о ней и находить форму безопасного подходящего способа ее выражения в среде (например, ребенок говорит: «у меня все кипит внутри, прямо разрывает ... хочется ударить, наверное, это злость..., я не знаю, как быть...»).

4. Регуляция поведения — чем младше ребенок, тем в большей степени за регуляцию поведения отвечает среда, именно поэтому поведенческий подход так востребован в детской психотерапии. Функциональный анализ поведения в соответствии с теорией поведенческой психотерапии является важной начальной составляющей в этой регуляции (что запускает

поведение, что его поддерживает, в каких обстоятельствах оно чаще встречается, а в каких реже и т.д.). Ответы на эти вопросы дают родители (воспитатели, педагоги). С развитием когний ребенок начинает осознавать связь своего поведения как со своим состоянием (я бью куклу, когда сержусь), так и со стимулами и ответами среды (когда мама кричит, я пугаюсь и плачу; я хорошо отвечаю на уроке, и учитель меня хвалит; я очень рад и начинаю бегать по классу).

5. Когнитивная регуляция — предполагает работу с представлениями, образами, фантазиями, размышлением, смыслом (исправление когнитивных «ошибок»), что в конечном итоге приводит к снятию (снижению) эмоционального напряжения и выбору наиболее подходящего решения в конкретной ситуации.

6. Отношения с другими людьми (родители, сверстники, значимые взрослые) — восстановление, коррекция отношений, в которых наиболее удовлетворяющим способом реализуются потребности обеих сторон. В случае отказа одной из сторон к сближению или неизменном патологизирующем характере этих отношений помощь в их завершении.

7. Работа с границами — опознавание и обозначение собственных границ (я — не я, фантазии — реальность), работа с самопрезентацией и самооценкой, опознавание и признание границ другого, а также нахождение наиболее экологичного способа обхождения на границе с ними, принятие ответственности и самостоятельности. Это важная работа по подготовке к сепарации — ключевой задаче в подростковом периоде.

8. Разрешение нормативных или ситуативных кризисов — психотерапевтическая помощь возможна с опорой на индивидуальные и средовые ресурсы. Именно их дефицит не дает ребенку или подростку разрешить возрастные кризисы или справиться со стрессовым событием в жизни. Отсутствие средовых ресурсов в актуальной среде определяет необходимость большей опоры на личные ресурсы и поиск новой поддерживающей среды.

Психотерапия подростков. Нередко психопатология «расцветает» на фоне подросткового кризиса. Основным и специфическим новообразованием этого возраста Л.С. Выготский считал чувство взрослости, под которым понимал возникающее представление о себе «как уже не ребенку». Взрослость не наступает одновременно, ее становление происходит посредством решения задач развития, каждая из которых требует напряженного труда самого подростка и поддержки со стороны его окружения. Сложности в их решении могут привести к «творческому приспособлению» — симптому или нарушению поведения, нередко к экзакцербации заболевания, рискованному, аддиктивному и суицидальному поведению. Столкновение с опытом чрезвычайной ситуации (таковым может оказаться ситуация взросления) при отсутствии опоры на безопасные отношения легко трансформируется в травматический опыт.

Часть II. Основы психотерапии

В практической работе можно опереться на следующие задачи развития в юности, выделенные в 1991 г. американским психологом Р. Хэвигхерстом. Их предлагается рассматривать как векторы обсуждения в диагностике и психотерапии, так как в каждом могут скрываться неразрешимые трудности, определяя травматическое событие перехода во взрослую жизнь, а значит и фокус психотерапевтического вмешательства.

1. Принятие своей внешности и умение эффективно владеть телом. Проблемы внешнего вида, телесной привлекательности, косметические дефекты становятся важными, а порой и травмирующими событиями в жизни молодого человека.

2. Формирование новых, зрелых отношений со сверстниками обоего пола. Трудности в общении и принятии группой сверстников часто лежат в основе подростковых переживаний и драм.

3. Принятие мужской или женской роли. Современные гендерные проблемы нередко усугубляют решение этой задачи. Деликатность и честность в этом вопросе поможет подростку обрести полоролевую идентичность.

4. Достижение эмоциональной независимости от родителей и других взрослых. Решение этой задачи заключается не только в эмоциональном отдалении от родителей (сепарация), но в выстраивании эмоционально насыщенных отношений со сверстниками и другими взрослыми, поиске новой привязанности, а также в обретении способности самостоятельно контейнировать свои интенсивные переживания.

5. Подготовка к трудовой деятельности. Развитие самостоятельности и независимости, самодостаточности и самоуважения. Возможность оценить и попробовать свои силы, заработать карманные деньги и потратить их по своему усмотрению являются важными составляющими жизни подростка. Конфликты в этой области нередко могут служить травмирующим событием.

6. Подготовка к вступлению в брак и к семейной жизни. Выбор партнера, становление отношений, разрывы и неудачи — все это приобретение нередко болезненного опыта,

подготавливающего подростка к стабильным отношениям в паре.

7. Формирование желания нести ответственность за себя и общество. Данная задача решается подростками путем участия в общественных движениях, политических партиях, активной гражданской позиции. Использование этой нормальной возрастной протестной реакции лежит в основе вовлечения подростков в различные, в том числе деструктивные, группы.

8. Обретение системы ценностей и этических принципов, которыми можно руководствоваться в жизни. Становление норм и правил, которых следует придерживаться — важная задача взросления, невозможность их выбора или нехватка способности их придерживаться может быть острой травмой для подростка.

Векторы могут служить своеобразным компасом для психотерапевта, работающего в любой психотерапевтической парадигме.

Формы работы в детской и подростковой психотерапии. Психотерапия детей и подростков реализуется в индивидуальном, групповом, семейном, семейно-групповом и бифокальном формате. Отдельно можно выделить такой прием, как родительский тренинг, которому соответствуют понятия «семья как котерапевт» и «руководство родителями». При *индивидуальной психотерапии* (особенно в младшем возрасте) на сеансе нередко присутствует родитель. Он наблюдает за взаимодействием психотерапевта и ребенка, порой включается в совместную игру. Продолжительность сеанса зависит от возраста ребенка: обычно дошкольники могут удерживаться в процессе не более 25–30 мин, младшие школьники 30–45 мин, подростки 45–60 мин. В конце встречи родитель обсуждает полученный опыт, задает вопросы и получает рекомендации. Он беседует с психотерапевтом по завершении каждого сеанса или приглашается на индивидуальную встречу с определенной регулярностью (например, 1 раз в месяц). Регулярность индивидуальных встреч назначается в зависимости от выбранного (избранного) метода психотерапии, но чаще всего это раз в неделю.

Групповая психотерапия. Для детей и подростков наиболее адекватными являются модели групповой психотерапии, основанные на действии (игровая, гештальт-терапия, поведенческая, психодрама). По продолжительности работы выделяют долгосрочную (60 ч и более) и краткосрочную (20–28 ч) групповую психотерапию. Продолжительность сеанса зависит от возраста, психической зрелости и нозологии участников группы. Обычно группа подростков работает от 1,5 ч (при долгосрочной терапии) до 4 ч (при краткосрочной). Частота встреч от 1 раза в неделю при долгосрочной терапии и вплоть до ежедневных встреч при интенсивной краткосрочной терапии.

Семейная психотерапия. Это приоритетное направление в психотерапии детей и подростков. Именно в семейной системе в результате патологизирующего семейного наследования, семейного воспитания и дисфункционального семейного взаимодействия формируется и поддерживается симптом идентифицированного пациента. Однако именно в семье имеются саногенные факторы для его терапии. Наиболее эффективна семейная терапия при участии всех членов семьи. «Редуцированным вариантом» может служить терапия родительско-детской диады, в которой фокусом терапевтического воздействия является взаимодействие между ребенком и его родителем. Обычно сеанс семейной терапии длится 1,5 ч.

Семейно-групповая психотерапия. Форма работы встречается довольно редко, что определяется сложностью организации набора такой группы и работы с ней, обычно необходима работа двух терапевтов. В работе группы принимают участие 3–4 семьи с детьми одного возраста (например, семьи с детьми младшего школьного возраста).

Продолжительность работы 1,5 ч один раз в нед. Разработанная Ю.С. Шевченко и В.П. Добридень методика онтогенетически ориентированной интенсивно-экспрессивной психотерапии и психокоррекции (ИНТЭКС) использует именно эту форму психотерапии [1, 17].

Бифокальные формы работы предполагают работу двух групп (например, подростки и их родители, или подростки и взрослые). Фокусом в терапии служат те феномены, которые разворачиваются в терапевтическом поле групп. Обычно такие группы создаются для исследования процессов в общей проблемной зоне. Это могут быть группы подростков стационарного отделения и группа их родителей. Например, в краткосрочной бифокальной семейно-групповой модели психотерапии М.Ю. Городновой участниками групп были родители и страдающие наркоманией подростки. Участники групп могут наблюдать за работой друг друга (например, в модели «Теплые ключи» авторов Э.Г. Эйдемиллер и А.И. Вовк) или проходить терапию изолированно и обмениваться информацией посредством писем друг к другу (как в упомянутой выше модели М.Ю. Городновой) [3].

Часть II. Основы психотерапии

Родительский тренинг. Многократно показано, что работа психотерапевта более эффективна в тех случаях, когда семьи поддерживают усилия психотерапевта своей компетентностью в вопросах воспитания. Многие родители в состоянии научиться терапевтическим приемам и эффективно применять их на благо собственных детей. Цель тренинга, реализуемого в рамках когнитивно-поведенческого подхода, это коррекция дисфункционального стиля родительно-детского взаимодействия и приобретение навыков гармоничного воспитания ребенка. Точками психотерапевтического воздействия является проявление проблемного поведения и дисфункциональное мышление в сфере воспитания ребенка. Именно к тому, как организуется взаимодействие, что предшествует поведению и что появляется в его результате, какие размышления и установки его сопровождают, какие действия являются эффективными или нет, привлекается внимание родителей. Родительно-детское взаимодействие, безусловно, двусторонне и взаимозависимо, однако ответственность за его качество и эффективность лежит на «взрослой» стороне. Принятие ответственности за особые задачи, лежащие перед родителями ребенка, имеющего особенности развития и особые потребности, важное направление психообразования и психопрофилактики, решаемые в рамках тренинга. Можно выделить семь ключевых задач, позволяющих достичь поставленной цели.

1. Принятие факта наличия отклонений в поведении ребенка, иными словами, принятие диагноза ребенка. Сам диагноз рассматривается как совокупность особенностей ребенка, неизбежных ограничений и своеобразия его поведения. Чем тяжелее диагноз, чем больше особенностей отклонений от привычной нормы поведения, тем сложнее родителям пройти этап приспособления к диагнозу. Помощь в этом им может оказать работа в группе родителей, решающих подобную задачу, где лечебный фактор групповой работы — снятие уникальности переживаний. Кроме этого психообразование родителей, знакомство их с универсальным характером процесса принятия диагноза, имеющего последовательные этапы: отрицание, гнев, торг, депрессия и принятие, также позволяет приобрести новые ресурсы в совладании с переживаемым стрессом и проблемным поведением ребенка.

2. Исследование собственных установок в процессе воспитания ребенка. Что такое воспитание? Каковы его цели и задачи? Кто такой хороший/плохой родитель? Что он должен или не должен делать? Кто оценивает родителя? Что значит для родителя эта оценка? Каковы условия хорошего родительно-детского взаимодействия? Эти и многие другие вопросы позволяют родителям осознать свои установки в сфере воспитания. Важным моментом является обращение к детским воспоминаниям, собственному опыту взаимодействия с родителями. Установление связи между детским опытом и существующими установками позволит родителям более осознанно отнестись к ним, признать их рациональность или иррациональность в существующей настоящей ситуации взаимодействия с ребенком. Фокус внимания с «там и тогда» переносится на «здесь и теперь» с принятием ответственности за свое размышление в настоящем и за его последствия.

3. Увидеть и признать ограничения и своеобразие в поведении ребенка. Психообразование в этом случае позволит узнать про особенности развития ребенка, имеющего тот или иной диагноз, несущий определенные ограничения, а также про сохранные возможности и ресурсы. Что доступно, а что нет моему ребенку? — основной вопрос для родителей.

4. Исследование актуального способа взаимодействия с ребенком, основных трудностей в воспитании. Симптомы рассматривают как дезадаптивное поведение, которое имеет те же законы формирования, что и адаптивное поведение. Определяется, что нуждается в коррекции, что не получается во взаимодействии, как при родительском участии организуется поведение ребенка. Родители обучаются делать функциональный анализ поведения, опираясь на теорию поведенческой терапии: понятие стимула, подкрепления, наказания, генерализации, постоянной и непостоянной схемы подкрепления. Применение воспитательных практик опирается не только на законы формирования нового поведения или угашения дезадаптивного, но и на принятие потребностей ребенка, его нужд. Два рычага воспитания: «кнул и пряник» (наказание и подкрепление) неразрывно связаны с ними. Родителям необходимо познакомиться с потребностями ребенка и их иерархией.

Удовлетворение потребности ребенка в безопасности, близости, любви и принадлежности являются условиями эффективного воспитания и не должны быть использованы как рычаги манипуляции. Таким образом, родители не только более осознанно учатся взаимодействовать с ребенком, но и принимают ответственность на себя за последовательность или ее отсутствие в стиле воспитания.

5. Исследование ресурсов. Анализируется, что получается хорошо во взаимодействии с ребенком, какие методы позволяют достичь необходимого эффекта. Родитель отвечает на вопросы: «Что поддерживает меня, как родителя?», «В чем я, как родитель, нуждаюсь?» Это обращение к правам личности, к личным потребностям родителя. Нередко родители испытывают трудности в решении этой задачи, особенно если присутствует феномен зависимости или сами родители имеют выраженные черты зависимой личности. Укрепление границ личности родителей посредством признания их чувств, установок, ценностей, прав, потребностей придает им уверенности и в их родительской роли. Помимо

личностных ресурсов необходимо признать наличие и возможность обращения к средовым ресурсам: партнеру, семье, близким, микро- и макроокружению.

6. Знакомство и приобретение навыков эффективного взаимодействия с ребенком. Данная задача занимает центральное место в структуре тренинга и решается посредством знакомства с правилами и способами эффективного воспитания.

7. Проверка приобретенных навыков и их коррекция. Тренинг родительской компетенции — растянутый по времени процесс, который предполагает наличие домашних заданий и проведение поведенческих экспериментов в обычной среде. Полученные знания и навыки родители применяют дома при взаимодействии со своими детьми, а результаты этого эксперимента приносят в групповую дискуссию. В ходе обсуждения, в результате обратной связи участников и ведущих выявляются и корректируются ошибки взаимодействия, подчеркиваются эффективные способы, подкрепляются (и тем самым закрепляются) обнаруженные новые адаптивные тактики и модели воспитания.

Часть II. Основы психотерапии

В работе тренинга используют техники когнитивно-поведенческой психотерапии: мини-лекции, дискуссии, мозговой штурм, ролевые игры, домашние задания. Последние базируются на полученном теоретическом или практическом материале, что закрепляет и поддерживает мотивацию родителей в приобретении новых воспитательных компетенций, улучшающих качество взаимодействия с ребенком.

Продолжительность работы тренинговой группы зависит от множества объективных и субъективных факторов. Это нозология, возможности целевой группы, возможности организации и многое-многое другое. Группы могут быть как закрытые, так и открытые. Возможно проведение открытой группы в рамках повторяющегося тематического цикла для родителей детей, имеющих схожие по содержанию и глубине проблемы. Минимальный курс — 10 занятий по 2 ч. Периодичность занятий 1–2 в нед, более частые встречи не всегда позволяют проводить домашние поведенческие эксперименты, что не закрепляет формируемый навык и снижает тем самым мотивацию к их приобретению. Однако и большая интенсивность работы группы может быть оправдана в случае необходимости быстрых решений и вмешательств в поведение ребенка при девиантном и аддиктивном поведении или, в случае госпитализации ребенка, для формирования новой воспитательной среды к моменту его возвращения домой. Возможно также изменение периодичности встреч: от более частых в начале работы тренинга к более редким, начиная с момента включения домашних экспериментов.

В завершении главы представлена краткая характеристика отдельных психотерапевтических направлений и методов, используемых при работе с детьми и подростками.

Детский психоанализ. В центре внимания детского аналитика находятся уровень развития Эго-ребенка, взаимоотношения ребенка с окружающими людьми и его отношение к самому себе, способность регулировать свои внутренние импульсы и чувства и справляться с ними, способность выстраивать психологические защиты. Внутренний мир ребенка, разворачивающийся в формах его поведения, симптомах, игре и взаимоотношениях со специалистом, является предметом анализа. Символическая игра демонстрирует способность ребенка к репрезентации пережитого опыта и, таким образом, к возможности предъявить и пережить в безопасной среде свои страхи и беспокойство. В переносе к психоаналитику и контрпереносе воспроизводится опыт отношений ребенка со значимыми фигурами в его жизни. Профессиональными воздействиями в детском психоанализе является использование разнообразных аспектов аналитических взаимоотношений на основе эмоциональной восприимчивости психотерапевта и предоставлении его психического пространства для осмысления настоящего и прошлого опыта пациента. Другим средством психоаналитического вмешательства является вербализация или проговаривание наблюдаемого опыта, терапевт комментирует то, что он увидел и следит за ответной реакцией ребенка. Это позволяет сделать данный опыт для ребенка более понятным и осмысленным. Интерпретации терапевта направлены на то, чтобы ребенок смог узнать цель своих защит и непосредственно обратиться к внутреннему конфликту. Контейнирование чувств ребенка выступает важным средством психоаналитического лечения в случае невыносимых для него переживаний, затрудняющих возможность иных воздействий. Снижение остроты переживания в результате отношений со специалистом делает возможным способность выносить и принимать эти чувства. Именно вследствие создания новых объектных отношений путем интернализации способности к принятию, рефлексии и пониманию себя, происходит формирование нового отношения ребенка к самому себе.

Специфической чертой детского психоанализа является необходимость контакта терапевта с родителями, а также принятие во внимание родительско-детских отношений. Дети, прорабатывая травматичные чувства и события из своего прошлого, выражают это через

нарушение отношений дома или в школе. Об этом необходимо информировать родителей и заручиться их поддержкой в прохождении «неудобных для окружения» этапов лечения.

Гештальт-терапия. Ключевым понятием гештальт-терапии является контакт, который подразумевает способность полного присутствия в конкретной ситуации и готовность использовать все стороны своего организма: ощущения, телесность, эмоции, интеллект. Изменения в поведении преимущественно оказываются результатом саморегуляции организма, направленного на заботу о собственном здоровье (а в ситуации травмы — на выживание), однако такой способ не только энергозатратен, но и разрушителен для соматического и психического благополучия ребенка. По мнению известного детского гештальт-терапевта В. Оклендера, задача терапии в восстановлении потерянной способности личности ребенка полноценно и радостно пользоваться своими чувствами, телом, разумом и открыто выражать свои эмоции [10, 11]. Другими словами, это развитие собственного ощущения Я-ребенка, восстановление его спонтанности посредством развития навыка осознания. С помощью экспрессивных, творческих и проективных игровых техник терапевт вместе с ребенком восстанавливает позабытый процесс, а значит, возвращается на тот этап его развития, где ему пришлось его «заморозить». Терапевтический процесс включает в себя: взаимоотношения, контакт, сопротивление, сенсорику, тело, укрепление самости. Последнее осуществляется с помощью работы по самоопределению, умению делать выбор, овладению навыками по осознанию проекций, определению границ, способности играть и использовать воображение; затрагивает темы контроля и власти, а также способности управлять агрессией. С точки зрения гештальт-терапии сопротивление — это обозначение ребенком своих границ в способности идти дальше в контакте, это защитник самости ребенка. Отсутствие сопротивления — пугающий фактор хрупкости, поэтому важно быть внимательным к проявлениям сопротивления и уважительно относиться к ним (например, обозначать их еще до того, как ребенок прервет контакт с терапевтом).

Родители являются активными участниками гештальт-терапии: они получают информацию о своих детях и о происхождении их проблем. Наблюдая за игрой психотерапевта и ребенка, обучаются адекватному взаимодействию с ребенком, навыкам обратной связи. Родители ведут переговоры со своими подрастающими детьми в присутствии терапевта, помогающего разворачивать процесс контакта между ними.

Часть II. Основы психотерапии

Гештальт-терапия не направлена на решение конкретных задач, это процесс-ориентированный подход, в ходе которого лучшее осознание и приобретение действенного опыта позволяет ребенку в целом изменять способ контактирования и справляться с жизненными ситуациями.

Арт-терапия. По мнению И.М. Никольской, детский рисунок достигает статуса продуктивной формы коррекции в 6–10 лет, с этого возраста дети способны использовать художественные материалы для символического самовыражения, самопознания и коммуникации [9]. Рисование несет катартический эффект, способствует коррекции самооценки и преодолению фрустрации, а также возникновению чувства внутреннего контроля и порядка. Катализирующая функция рисунка облегчает психотерапевтический контакт с ребенком. Основными механизмами коррекции выступают сублимация и проекция. Предмечивание аффектов в социально приемлемой форме творческого действия позволяет интерпретировать и анализировать полученный материал, находить способы совладания с ними в контакте с терапевтом. Проективное рисование в заданном сюжете позволяет не только раскрыть и отреагировать конфликт, но и в символической форме разрешить его. О таком отреагировании в процессе рисования детьми-невротиками писал А.И. Захаров. Рисунок и его обсуждение выступают как средства усиления чувства идентичности ребенка, помогают ему узнать себя и свои возможности, способствуют гармонизации личности. На фоне развития абстрактного мышления адаптивная роль рисования к подростковому возрасту снижается, его становится недостаточно, чтобы обеспечить оптимальный режим работы психики. Слово становится основным психокоррекционным фактором. Сочинение историй и рассказов, стихов, сказок и сценариев, обсуждение литературных произведений, все это становится арт-терапевтической процедурой. Успешным примером интеграции рисунка и рассказа является методика И.М. Никольской «Серийные рисунки и рассказы», эффективно используемая в консультировании как детей и подростков, так и в консультировании детей и родителей, в том числе и в кризисном консультировании [9].

Игровая психотерапия. Является одним из важных методов при работе с детьми [8, 15]. Один из российских основоположников детской психотерапии А.И. Захаров определял игровую терапию, «как основанный на естественной для детей потребности в игре организованный терапевтический процесс, требующий от врача гибкости, эмоциональной

вовлеченности и способности к игровому перевоплощению». В аналитическом обзоре по теоретическому обоснованию И.В. Добряков выделяет шесть основных направлений игровой психотерапии: психоаналитическое (психодинамическое) (А. Фрейд, М. Кляйн, К.Г. Юнг, Я.Л. Морено); «освобождающая» игровая психотерапия или терапия отреагированием (Д.М. Леви, Г. Хэмбридж, А.И. Захаров); игровая психотерапия построения отношений (О. Ранк, Д. Тафт, Ф. Аллен, К. Мустакас); недирективная игровая психотерапия (К. Роджерс, В. Экслейн, Г.Л. Лэндрет); когнитивно-поведенческая игровая психотерапия (Ш. Айберг, С. Кнелл); интегративно-эkleктическое направление игровой психотерапии, включающее сочетающиеся элементы предыдущих, практически встречается чаще других, например в модели «метафора жизненного пути в психотерапии детей с эмоциональными и поведенческими нарушениями» Э.Г. Эйдемиллера и В.А. Яковлева [18, 20].

Сказкотерапия. Сказкотерапия активно развивается в последние 25 лет и рассматривается как метод психокоррекции и как психотерапевтическая техника. Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева представляет сказкотерапию в качестве ряда терапевтических процессов: поиска смысла, расшифровки знаний о мире и системе взаимоотношений в нем; образования связи между сказочными событиями и поведением в реальной жизни; переноса сказочных смыслов в реальность; объективизации проблемных ситуаций; активизации ресурсов и потенциала личности. Анализ, рассказывание, сочинение, переписывание, куклотерапия, имидж-терапия, рисование, психодинамические медитации, постановка сказок в песочнице и многое другое являются техническими приемами сказкотерапии [5].

Когнитивно-поведенческая психотерапия. В отличие от взрослых пациентов поведенческие эксперименты возможны только при активном и непосредственном участии родителей ребенка, выполняющих функцию контроля и регулирования поведения на основе законов его формирования и угасания. Чем младше ребенок, тем больше поведенческих техник в работе с ним. С развитием мышления приобретают значение когнитивные техники, что активно используется как в групповом, так и индивидуальном формате.

Список литературы

1. Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков / Под общ. ред. Ю.С. Шевченко. СПб.: Речь, 2003. 552 с.
2. Бремс К. Полное руководство по детской психотерапии. М.: Эксмо-Пресс, 2002. 640 с.
3. Детская и подростковая психотерапия: учебник для бакалавриата и магистратуры / Е.В. Филиппова и др.; под ред. Е.В. Филипповой. М.: Юрайт, 2018. 430 с.
4. Детская психиатрия: учебник для вузов / под ред. Э.Г. Эйдемиллера. СПб.: Питер, 2005. 1120 с.
5. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Практикум по сказкотерапии. СПб.: Речь, 2000. 310 с.
6. Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели) / под ред. Ю.С. Шевченко. М.: Медицинское информационное агентство, 2018. 504 с.
7. Клиническая психотерапия в общей врачебной практике [Электронный ресурс] / В.А. Абабков и др.; под ред. Н.Г. Незнанова, Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2008.
8. Лэндрет Г.Л. Игровая терапия: искусство отношений: пер. с англ. / Предисл. А.Я. Варга. М.: Международная педагогическая академия, 1994. 368 с.
9. Никольская И.М. Кризисная психологическая помощь в совладании с переживанием утраты близкого: учебное пособие. СПб.; М.: Речь, 2016. 80 с.
10. Окландер В. Окна в мир ребенка. М.: Класс, 2005. 336с.
11. Окландер В. Скрытые сокровища: путеводитель по внутреннему миру ребенка: пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2012. 271 с.
12. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности / Х. Ремшмидт; пер. с нем. Г.И. Лойдиной; под ред. Т.А. Гудковой. М.: Мир, 1994.
13. Порджес С. Поливагальная теория. Нейрофизиологические основы эмоций, привязанности, общения и саморегуляции: пер. с англ. Киев: Мульти метод, 2020. 464 с.
14. Практикум по семейной психотерапии: современные модели и методы: учебное пособие для врачей и психологов / под ред. Э.Г. Эйдемиллера. СПб. Речь, 2010. 424 с.
15. О'Коннор К. Теория и практика игровой психотерапии. СПб.: Питер, 2002.
16. Четик М. Техники детской терапии. 2-е изд. СПб.: Питер, 2003. 256 с. (Серия: Золотой фонд психотерапии).
17. Шевченко Ю.С. Онтогенетически ориентированная (реконструктивно-кондуктивная) психотерапия — третья отечественная концепция неэkleктической интеграции [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. 2012, № 5 (16). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 12.01.2021).
18. Эйдемиллер Э., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: учебное пособие для врачей и психологов. 3-е изд. СПб.: Речь, 2007. 352 с.
19. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. СПб.: Питер, 2008. 672 с.

20. Эйдемиллер Э.Г., Яковлев В.А. Метафора жизненного пути в психотерапии детей с эмоциональными и поведенческими расстройствами: учебное пособие. СПб.: СпецЛит, 2016. 68 с.

Часть II. Основы психотерапии

Глава 12. Психотерапия лиц пожилого возраста

В настоящее время в мире наблюдается устойчивая тенденция демографического старения населения с увеличением численности и доли в общей популяции лиц пожилого и старческого возраста [2, 5, 29].

Естественный процесс старения оказывает негативное влияние на когнитивное функционирование человека (ухудшаются функции внимания, памяти, мышления) [7, 8, 16, 18, 21, 22, 24, 30], на его личность (заостряются личностные особенности) [1, 5, 6], поведение (ухудшается способность к саморегуляции, увеличивается степень конфликтности в межличностных взаимоотношениях) [6, 12, 13], а также на эмоциональную сферу (происходит увеличение затяжных негативных эмоциональных реакций) [15, 19, 28].

Большинство зарубежных и отечественных научных исследований в сфере геронтологии в основном посвящены изучению негативных аспектов старения: специфики инволюционных изменений, психопатологии пожилого возраста, в то время как к изучению индивидуально-психологических особенностей личности пожилого человека, системы отношений, особенностей «Я-концепции», мотивационной сферы, ценностных ориентаций, и т.д. научный интерес в целом ограничен. Как следствие, в современном обществе наблюдается дефицит представлений о здоровом старении, а в общемедицинской практике недостаточно разработаны системы психологической и психотерапевтической помощи пожилому контингенту. До сих пор отсутствуют практические рекомендации, в которых были бы четко обозначены мишени психотерапии для лиц пожилого и старческого возраста.

Психотерапия пожилого контингента с эмоциональными нарушениями должна осуществляться в рамках мультимодального персонифицированного подхода, быть мишенецентрированной (направленной на конкретные психологические и когнитивные образования), и обеспечивать максимальную адаптацию, с учетом имеющихся ресурсов и нарушений в психической и соматической сферах.

Программы психологической и психотерапевтической помощи лицам пожилого возраста должны разрабатываться в рамках парадигмы «позитивного старения», пришедшей на смену «дефицитарной модели». Не следует ограничиваться только негативными аспектами старости, без учета позитивных возрастных изменений. С возрастом человек может становиться более рассудительным, опытным, снижение адаптационных возможностей может быть компенсировано у него профессиональным мастерством, глубокими познаниями и навыками, приобретенными в течение всей жизни, а также широтой кругозора. В свою очередь, рассмотрение физиологических и психологических особенностей лиц пожилого и старческого возраста только через призму негативной дефиниции старости, как болезненного или инволюционного этапа жизни, периода множественных проигрышей и потерь, приводящих к хронической депрессии, препятствует применению и успеху психотерапии в этих возрастных границах [11, 12, 14, 26]. Только в рамках парадигмы успешного старения возможен учет компенсаторных ресурсов в пожилом и старческом возрасте, несмотря на ограничение лет [3, 12]. Психотерапевтическая помощь не может быть эффективной в отношении всех психологических проблем и сопутствующих им эмоциональных нарушений в пожилом возрасте, однако необходима для раскрытия внутренних ресурсов, обогащения механизмов совладания со стрессом и снижения уровня дистресса.

Выбор стратегии и определение тактики психотерапии у лиц пожилого возраста с эмоциональными нарушениями, а также подбор конкретных психотерапевтических методов, комбинирование психотерапевтических техник, приемов и установление последовательности их применения должны осуществляться на основе тщательной диагностики клинического статуса, изучения особенностей психогенеза, с учетом биологического, функционального и психологического возраста, выявленных индивидуально-психологических особенностей и особенностей системы отношений личности, интеллектуального уровня развития, степени социального функционирования. А собственно психотерапевтическим интервенциям должно предшествовать установление свободного доверительного контакта и неформального характера сотрудничества, а также создание условий для усвоения пожилым пациентом психотерапевтического материала.

Цели и задачи психотерапии лиц пожилого возраста. Основной целью психотерапии лиц пожилого возраста является адаптация пациента к этому возрастному периоду и тем ограничениям, которые накладывает старение, сопутствующие заболевания, характер социального функционирования. «Активное долголетие» и «успешное старение» включают социально-приемлемый образ жизни для этого возраста, гибкую адаптацию к окружающей

среде, автономию, сохранение активности, ощущение востребованности, позитивную оценку собственной жизни, своего положения и занятости, сохранение цели и смысла жизни, ощущение счастья.

В качестве приоритетных задач в рамках психологического консультирования и психопрофилактики эмоциональных нарушений у лиц пожилого возраста можно выделить:

1. Содействие росту адаптационного потенциала (выработка новых копинг-стратегий и защитных приспособительных механизмов, способствующих уравниванию и компенсации инволюционных изменений, а также повышение социальной компетентности и расширение репертуара социальных ролей).
2. Формирование более активной жизненной позиции по отношению к старости, повышение физической, интеллектуальной, социальной активности. Осуществляемые интервенции по активации и реактивации (восстановлению) физических, психических, интеллектуальных и социальных функций индивида должны проводиться с учетом строгого контроля за мерой «напряжения» этих функций, так как их перенапряжение может иметь еще более негативные последствия, чем собственно угасание.
3. Раскрытие личностного потенциала пожилого клиента (познавательного потенциала, значимых смыслов, ценностных переживаний, интересов).

Часть II. Основы психотерапии

4. Формирование чувства личностной ценности и позитивного представления о себе, как о человеке, способном вызывать положительные эмоции у других людей.

5. Способствование процессу личностного роста. Продолжение личностного роста — умственного, физического, социального и эмоционального повышает способность пожилого человека принимать решения и играет важную роль в сохранении пожилыми людьми ощущения контроля над своей жизнью.

6. Работу с семейным окружением. С учетом ослабления в пожилом и старческом возрасте социальных связей, первостепенное значение в отношении профилактики эмоциональных расстройств у данного контингента лиц приобретает психологическая работа, направленная на гармонизацию внутрисемейных отношений, которые становятся в этот возрастной период главной социальной и психологической ценностью, а также сферой сосредоточения основных интересов и потребностей пожилого человека.

7. Способствование социокультурной реабилитации. Интегрирование лиц пожилого и старческого возраста в социокультурную жизнь общества, содействие реализации предпочтительных форм проведения свободного времени, помощь в организации досуга и отдыха, повышает степень их удовлетворенности жизнью, делает ее полноценной и эмоционально насыщенной, даже если участие в трудовой деятельности затруднено.

Мишени психотерапии лиц пожилого возраста. Мишенями психотерапии являются дезадаптирующие симптомы, психологические образования и конфликты, при определении которых психотерапевт отталкивается от оценки клинического статуса и жалоб клиента (от того, что ему объективно мешает вести полноценный образ жизни), в то время как в рамках психологического консультирования психолог выполняет запрос клиента (решает вопрос, что он хочет улучшить, чтобы более полноценно жить).

В качестве основных мишеней психотерапии лиц пожилого возраста с эмоциональными нарушениями можно выделить следующие.

1. Актуальная психогения (ситуационная психологическая проблема в настоящем), являющаяся для пациента субъективно неразрешимой, способствуя ухудшению его психоэмоционального состояния. Помощь пожилому человеку по ее разрешению оказывается с учетом не только объективных факторов, но и с учетом характера субъективного восприятия, переживаний, когнитивного содержания проблемы и специфики нарушений в системе отношений личности, с использованием подходов и технических приемов когнитивно-поведенческой и личностно-ориентированной психотерапии. Большое значение здесь имеет стресслимитирующее действие психотерапевтических интервенций, поскольку длительная психотравматизация не только способствует манифестации или усилению депрессии и тревоги у лиц пожилого возраста, но и оказывает патогенное влияние на нервную ткань. Так, на фоне хронического стресса гормоны коры надпочечников начинают неблагоприятно влиять на структуры гиппокампа, что на психофизиологическом уровне проявляется снижением нейропластичности мозга и способно привести к когнитивным нарушениям, либо усугубить уже имеющиеся. С другой стороны, потенциал перестройки мозговых структур (нейропластичность) у пожилого человека может увеличиваться в условиях гармоничной системы отношений личности, устойчивой картины мира, согласованности ожиданий с реальностью, а также при наличии активной и деятельной жизненной позиции, на формирование которых и должны быть направлены психотерапевтические интервенции.

2. Лежащие в основе дистресса негативные иррациональные эмоциональные переживания (тревога, отчаяние, чувства безнадежности, апатии, потери интереса к жизни, одиночества, растерянности, беспомощности, ненужности, неполноценности), коррекция которых может осуществляться не только в рамках когнитивного подхода, но и с помощью недирективных суггестивных и релаксационных методов. В то время как сознание пожилого клиента с эмоциональными нарушениями находится под влиянием негативных, иррациональных переживаний, психотерапевтическая апелляция к бессознательному оказывается теоретически оправданной и эффективной. С помощью методов суггестии и аутосуггестии реализуется психотерапевтический эффект: переживаемое в воображении, на подсознательном уровне имеет воплощение в реальности. Так, работа с терапевтической метафорой в рамках эриксоновской гипнотерапии, или аутогенной тренировки, вызывает глубокую релаксацию, способствует позитивному переживанию лечебного процесса, снижает уровень тревоги и напряжения, купирует депрессивную симптоматику, формирует новый паттерн настроения, способствует актуализации личностных ресурсов. Использование терапевтических гипносуггестивных интервенций, обладающих самостоятельным противотревожным, седативным, вегетостабилизирующим, стресслимитирующим и общим саногенным эффектом, повышает эффективность лечебных мероприятий, направленных на коррекцию эмоциональных нарушений у пожилых пациентов. Использование в лечении пожилых пациентов с эмоциональными нарушениями релаксационных методов позволяет ослабить имеющиеся у них ригидные иррациональные установки, благодаря наличию взаимосвязи между психическими установками и мышечным состоянием, а с помощью мышечной памяти закрепляется долговременный позитивный эффект расслабления.
3. Лежащие в основе личностной и социальной дезадаптации, и негативно влияющие на психоэмоциональное состояние и качество жизни человека следующие психологические образования: снижение способности принимать решения, неумение справляться с текущими жизненными трудностями, неумение устанавливать собственные личностные границы, нежелание вступать в контакты с окружающими, коррекция которых, а также формирование коммуникативной компетентности, нахождение баланса между одиночеством и поддержанием эффективных межличностных отношений, могут быть осуществлены в рамках групповых форм психотерапии: социально-психологического тренинга, групповой арт-терапии.
4. Негативное самовосприятие (заниженная самооценка) и принимающая характер идей «самообвинения», «самоуничужения», «никчемности», иррациональная самокритика. Улучшить самоощущение и сформировать более позитивное самоотношение возможно в формате когнитивно-поведенческой и поддерживающей психотерапии.

Часть II. Основы психотерапии

5. Способствующие формированию тревожных и депрессивных нарушений невротического уровня страхи, связанные со старением, одиночеством, потенциальными мучениями и смертью, а также лежащие в их основе экзистенциальные проблемы безвозвратной потери молодости, смысла жизни, цельности собственной личности, и того общества, чьи ценности и устремления человек когда-то разделял и был в них эмоционально вовлечен. Первичной психотерапевтической задачей здесь является уменьшение эмоциональной амплитуды переживания страха, реализация которой возможна в рамках когнитивно-поведенческой, поддерживающей, гипносуггестивной психотерапии, а также в рамках арт-терапии. Следует помнить, что глубинная проработка причин экзистенциальных страхов у пожилых людей затруднена, поскольку лежащие в их основе проблемы имеют застарело-привычный характер и прочные, уходящие в детство психологические корни, в то время как ригидность и консерватизм, свойственные лицам пожилого возраста, а также позитивная оценка прошлого в противовес негативно окрашенному настоящему, затрудняет возможность пересмотра взглядов и установок, сложившихся годами.
6. Дисфункциональные внутрисемейные отношения и семейные конфликты, играющие значимую роль в генезе эмоциональных расстройств у лиц пожилого возраста. Неконструктивные типы отношения к старости и соответствующие им деструктивные паттерны поведения (иждивенческие тенденции с перекладыванием ответственности за свою жизнь, оборонительная позиция с отказом от принятия помощи и самоизоляции, агрессивно-враждебная позиция и паранойяльная настороженность в отношениях с окружающими, а также суицидальные попытки) реализуются у лиц пожилого возраста во многом благодаря неконструктивному поведению лиц из ближайшего семейного окружения. При этом следует учитывать тот факт, что причиной семейных конфликтов не всегда является деструктивное поведение стареющего члена семьи. В основе дисфункциональных семейных отношений может лежать непонимание, неуважение либо нежелание лиц из ближайшего семейного окружения считаться с потребностями, интересами, возможностями пожилого

человека. Навязываемые ему близкими нежелательная деятельность либо принудительный отдых в равной степени способны оказывать отрицательное воздействие на его эмоциональное состояние, самоотношение, способствуя снижению или перенапряжению адаптационных ресурсов. А проявления отгороженности и холодности со стороны родственников способны актуализировать у пожилого человека страх отвержения и одиночества, и привести к еще большему обострению межличностных и внутрисемейных конфликтов. В связи с этим стабилизация отношений пожилого человека с его ближайшим окружением должна осуществляться при непосредственном участии близких родственников в рамках семейной психотерапии. Это не только повысит эффективность проводимой с пожилыми пациентами с эмоциональными нарушениями индивидуальной психотерапии, но и будет способствовать стабилизации достигнутых результатов в рамках медико-социальной реабилитации.

7. Деадаптирующие типы индивидуального реагирования на старение (зависимый, защитный, оборонительный, аутоагрессивный, угасающий, ипохондрический), ухудшающие приспособление к старости, и обуславливающие негативные личностные изменения в преклонном возрасте. В данном случае приоритетной психотерапевтической задачей является формирование более реалистичной оценки своего возраста и более адекватной самооценки здоровья, которая может быть реализована с применением когнитивных, поведенческих интервенций, в сочетании с приемами поддерживающей психотерапии, в частности, библио- и кинотерапии, а также семейной психотерапии.

Стратегии и методы психотерапии лиц пожилого возраста. Психотерапия лиц пожилого возраста с эмоциональными нарушениями должна осуществляться в рамках мультимодального подхода, сочетающего в себе психотерапевтические приемы и интервенции из разных психотерапевтических направлений, поскольку ни один из существующих на настоящий момент психотерапевтических методов не является приоритетным и не имеет доказанного преимущества перед остальными [10, 25]. Программа психотерапевтической помощи при этом не может быть унифицированной и эклектичной (состоящей из случайного набора техник), а должна являться глубоко продуманной, клинически выстроенной, разработанной под конкретного пожилого пациента, и сочетать в себе рационально обоснованный и ситуативно обусловленный, гуманистический процесс лечения, коррекции, ресурсирования, адаптации и реабилитации. Следует разграничивать формат психотерапии и формат психологического консультирования лиц пожилого возраста с эмоциональными нарушениями.

Стратегия психотерапевтического воздействия, а также выбор конкретных психотерапевтических методов и приемов определяются в зависимости от результатов комплексной оценки психического состояния пациента/клиента, специфики предъявляемых им жалоб, личностных особенностей, с учетом факторов окружающей среды, а также его биологического, функционального и психологического возраста.

Многие пожилые пациенты с тревогой или депрессией фармакологической помощи предпочитают психотерапевтические интервенции [10, 12, 23, 25]. Приоритетными в работе с лицами пожилого возраста с эмоциональными нарушениями являются методы когнитивно-поведенческой психотерапии, поддерживающей психотерапии, гипносуггестивной психотерапии и релаксации, использование которых в рамках комплексного подхода способно снизить вероятность рецидивов, уменьшить негативные ожидания пациентов и создать условия для надежной ремиссии после окончания фармакологического лечения. В психотерапевтической работе с лицами пожилого возраста с эмоциональными нарушениями целесообразным является использование краткосрочных методов, реализация которых не требует глубокой и детальной проработки клинико-психологического материала и учитывает возрастные ограничения. Оптимальная продолжительность психотерапевтических сессий должна составлять 30–45 мин, частота проведения 1–2 раза в нед — 10 сеансов, с последующими поддерживающими сеансами в течение года (1–2 раза в месяц).

В настоящее время в качестве эффективных методов психотерапии в работе с лицами пожилого возраста с эмоциональными нарушениями признаны когнитивно-поведенческая, поддерживающая психотерапия, суггестивные вмешательства [7, 10–12, 17, 20, 23, 27], а в качестве малоэффективных — психоанализ, и другие психодинамические методы, ориентированные на глубинную проработку внутриличностных противоречий и нацеленные на кардинальные личностные изменения [4, 7, 10, 11].

В последнее время наблюдается рост исследований, показывающих гибкость когнитивно-поведенческого подхода в психотерапии эмоциональных нарушений у лиц пожилого и старческого возраста [20, 23, 25]. Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) лиц пожилого возраста с эмоциональными нарушениями направлена на выявление и коррекцию автоматических негативных мыслей и деадаптирующих иррациональных установок, запускающих тревожный депрессивный аффект. Пациенты обучаются их отслеживанию, анализу, нейтрализации и рефреймингу. Используется система домашних заданий, ведение

дневника самонаблюдения, заполняется таблица желаний пациента, с помощью психотерапевта формулируется цель. В результате поиска и определения желаемой реалистичной цели, ее адекватного переформулирования пациент фиксируется на тех аспектах, которые были любимы в прошлом и значимы в будущем. Это повышает мотивационную и деятельностную активацию пациента. Для структурирования проблем, времени и сознания пациента используется матрица Эйзенхауэра, в рамках которой пожилые клиенты ранжируют свои проблемы, обыденные дела (как правило, запущенные из-за болезни) на важные и не важные; срочные и не срочные и в последующем используют принцип «песочных часов», или пошаговое их исполнение, начиная с важных и срочных. Это освобождает их от ощущения собственной несостоятельности, и «невозможности» решить свои проблемы «все навалилось сразу...», что также снижает уровень тревоги.

Часть II. Основы психотерапии

Выявление дезадаптирующих когнитивных образований, вызывающих необоснованную невротическую тревогу, вину или самокритику, и выработка вместе с психотерапевтом новых альтернативных способов реагирования возможна в рамках рационально-эмотивной психотерапии А. Эллиса. Большое значение имеет юмор, ирония и самоирония, с помощью которых достигаются когнитивные сдвиги в восприятии прошлой ситуации [10].

Актуализация внутреннего ресурса, способного снизить интенсивность негативного аффекта и улучшить психоэмоциональное состояние клиента, возможна благодаря применению эриксоновской модели терапии, являющейся универсальной для эффективного ресурсирования, что подтверждается основными положениями эриксоновского метода: 1) бессознательная часть психики пациента готова искать пути к здоровью; 2) бессознательное пациента обладает всеми необходимыми ресурсами для исцеления; 3) эриксоновский подход позволяет получить доступ к ресурсам пациента. Деликатное ведение, гибкие, адаптивные стратегии, недирективное наведение транса позволяют обойти сопротивление клиента и получить доступ к его ресурсам. В работе с пожилыми клиентами с эмоциональными расстройствами свою эффективность показали тематические трансы («Водопад жизни», «Медитация на закате», «Встреча с внутренним целителем» и др.). На первых этапах пожилым клиентам предлагается отстраненно наблюдать за собой в контексте фабулы транса («Вы видите, как вы идете по прекрасной долине...»), то есть с позиции «наблюдателя за созерцателем». В последующем пожилой клиент уже синтонно переживает фабулу транса («Представьте, что вы идете по долине гейзеров...»). Двигательная активность внутри транса (потанцуйте, подвигайтесь под музыку, которая ассоциируется у вас с эмоцией спокойствия, радости, легкости, или печали, гнева и т.д.), открывает возможности ресурсной динамизации пациента, что особенно важно при анэргических и адинамических депрессиях. Специально смоделированные трансовые фабулы (например, транс Жана Бекьо «Путешествие в приятное воспоминание») позволяют получить доступ к ресурсам прошлого, источниками которых могут быть: детство, первая любовь, рождение детей, профессиональные достижения, и т.д.

Большинство пациентов после гипнотического транса отмечают улучшение своего физического и психоэмоционального состояния.

Наряду с эриксоновским гипнозом, положительным терапевтическим действием при работе с пожилыми людьми с эмоциональными нарушениями обладает гипносуггестивная терапия [7, 10, 27]. В рамках метода универсально диалоговой гипнотерапии Р.Д. Тукаева (УДГ) возможно суггестировать клиенту новые адаптивные паттерны («все, что раньше вызывало тревогу и напряжение, теперь будет восприниматься вами ровно, спокойно и свободно...»); вернуть уверенность в улучшение состояния («с каждым днем ваше настроение, ваше состояние будет улучшаться...»); восстановить качество и длительность сна («ложась спать, вы засыпаете быстро, ваш сон здоровый, спокойный...»), а также сформировать позицию «стороннего наблюдателя» («на все, что происходит с вами, вокруг вас, вы стараетесь смотреть мудро, критично, доброжелательно, но вместе с тем — отстраненно...»).

Целесообразным в обучающем формате когнитивно-поведенческой психотерапии является использование у пожилых клиентов с эмоциональными нарушениями методов релаксации, в основе эффективности которых лежит связь между мышечным и нервно-психическим напряжением. Так, обучение пожилого клиента технике последовательного напряжения и расслабления определенных мышечных групп в строгом алгоритме (прогрессирующей мышечной релаксации по Джекобсону) помогает ему в дальнейшем не только снимать у себя телесное и психологическое напряжение, но и опосредованно влиять на гладкую мускулатуру сосудов, обеспечивая снижение артериального давления, что особенно актуально в пожилом возрасте.

В работе с лицами пожилого возраста с эмоциональными нарушениями оптимальной является тактика поддерживающей психотерапии, фокусирующейся на активном слушании и

эмоциональной поддержке, позволяющей клиенту выговориться, диссоциироваться от негативного аффекта, и способствующей преодолению экзистенциальной пустоты, чувства одиночества, ненужности и безнадежности. Для облегчения эмоционального состояния клиента, тягостного переживания своей ненужности, покинутости, одиночества возможно использование элементов телесной поддержки (взять за руки, погладить по руке, положить руку на плечо и проч.), при условии, что это будет уместно, и не фрустрирует пациента. В беседах с клиентом психотерапевт с помощью четко формулируемых, направляющих вопросов, устанавливает причинно-следственные связи между событиями прошлого и актуальным состоянием пожилого человека, проясняет роль культуральных, социальных, возрастных, гендерных и др. факторов, в генезе имеющихся у него эмоциональных нарушений, и тем самым очерчивает мишени и стратегии дальнейшей психотерапии, направленной на реконструкцию «личностной истории» клиента.

Помимо собственно психотерапевтических бесед, целесообразным является использование в рамках поддерживающей психотерапии приемов арт-терапии, мемуаротерапии, библиотерапии, кинотерапии, анималотерапии, и др. [4].

В рамках арт-терапевтической работы с лицами пожилого возраста, имеющими эмоциональные нарушения, решаются следующие специфические задачи: улучшение психоэмоционального состояния, повышение самооценки, преодоление социальной изоляции, создание условий для актуализации прежнего жизненного опыта и реализации творческого потенциала клиента.

В работе с изучаемым контингентом лиц акцент делается на обзоре их жизненного пути, воспоминаниях, положительных и отрицательных моментах настоящего. Работа может строиться как в индивидуальном, так и в групповом форматах, однако предпочтение отдается последнему. Допустимо участие пожилых клиентов в арт-терапевтических группах, состоящих из участников разного возраста, однако более целесообразно формировать гомогенные группы, состоящие только из лиц пожилого возраста. В таких группах работа будет более прицельной, направленной на специфические потребности именно пожилого контингента, с учетом возрастных ограничений, таких как быстрая утомляемость, ослабление функций зрения и слуха, дефицитарность когнитивных функций, речевые нарушения, тугоподвижность суставов и т.д. С целью предупреждения утомления групповые арт-терапевтические занятия с пожилыми клиентами, как правило, короткие по своей продолжительности (от 20 до 45 мин), проводятся в первой половине дня и имеют перерывы. Компенсировать проблемы со зрением в некоторой степени помогают дополнительное освещение, крупные кисти или мелки. Пожилые люди с эмоциональными нарушениями, но без очевидного снижения памяти и интеллекта способны к активному участию в групповом арт-терапевтическом процессе, продуктивной коммуникации с другими участниками и ведущим, способны к рефлексии своих переживаний, а также к творческой инициативе. Лица с выраженным интеллектуально-мнестическим снижением, помимо эмоциональных нарушений, ограничены в своих коммуникативных возможностях и рефлексивной способности, однако тоже могут принимать участие в большинстве известных видов индивидуальной и групповой арт-терапии и достигать определенных положительных результатов. При работе с пожилыми клиентами в рамках индивидуального или группового арт-терапевтического формата обязательным является использование упражнений, направленных на мобилизацию внимания и подготовку к основной работе. Типичными техническими приемами, которые могут быть реализованы на групповых или индивидуальных арт-терапевтических сессиях с пожилыми клиентами, являются рисунок, или коллаж (из цветной бумаги, ткани) сюжета из их жизни: «свадьба», «дети», «семейное древо» и т.д., с последующим обсуждением. Пожилые люди с эмоциональными нарушениями особенно нуждаются в обращении к прошлому, для того чтобы увидеть смысл в событиях собственной жизни. В большинстве случаев изобразительную арт-терапию они оценивают как эффективный метод, отмечая улучшение своего психоэмоционального состояния и указывая на то, что она помогла им дать выход чувствам, которые они долго подавляли.

Часть II. Основы психотерапии

Мемуаротерапия также используется в работе с лицами пожилого возраста, имеющими эмоциональные нарушения, и представляет собой основанный на воспоминаниях метод психологической реабилитации людей преклонного возраста, направленный на побуждение к использованию собственных жизненных ресурсов и мотивирование жизненной активности. Метод был предложен и сформулирован Я.Л. Либерманом и М.Я. Либерманом и представляет собой сочетание элементов биографического метода Р. Ассаджоли и интеллектуальной трудотерапии. Специфика метода состоит в комплексном информационном воздействии на клиента его собственных воспоминаний и дополнительных сведений документального характера, полученных им из архивных материалов, СМИ, газет, дневников и т.п. В рамках

мемуаротерапии возможен формат создания клиентом художественно-публицистического произведения в жанре мемуаров, биографии, а также формат индивидуальных и групповых встреч. В формате индивидуальных психотерапевтических сессий пожилые клиенты делятся с психотерапевтом или психологом воспоминаниями из своей жизни, переживая заново события прошлого, получая внимание в свой адрес, заинтересованность в себе и эмоциональную поддержку, что способствует эмоциональному (катартическому) отреагированию, переосмыслению и осознанию значимости собственной жизни, повышению личностной ценности и своей нужности. Используется также формат групповых встреч, на которых представители более молодых поколений встречаются с пожилыми людьми, где последние делятся своими воспоминаниями или профессиональным опытом, что оказывает не только психотерапевтический эффект на клиента пожилого возраста, но и способствует исторической преемственности поколений. В процессе написания мемуаров у пожилого человека активируются интеллектуальные ресурсы, происходит лечебное переключение фокуса внимания с негативных физиологических, психологических, бытовых проблем на общественно значимую, как ему представляется, работу, а также частично компенсируется страх смерти, в связи со своего рода «закреплением» жизни в собственном труде. Мемуаротерапия позволяет, таким образом, вернуть пожилому человеку позитивные воспоминания, активизировать его интеллектуальные и личностные ресурсы, найти смысло-жизненные ориентации, актуализировать внутренний потенциал, повысить самооценку, а также увидеть и принять собственные изменения, мира и окружающих. Мемуаротерапия признана также эффективным средством снижения уровня тревоги и депрессии, однако при условии отсутствия клинически выраженной психопатологической симптоматики [9].

В качестве поддерживающей психотерапии в работе с пожилыми людьми с эмоциональными нарушениями показано использование библиотерапии [4]. Целенаправленное использование специально подобранной литературы оказывает активирующее влияние на когнитивные функции пожилого клиента, поскольку предлагаемое художественное произведение в рамках библиотерапии, помимо прочтения, необходимо проанализировать; способствует формированию более позитивного мышления путем устранения из сознания негатива и пессимизма, содействует расширению сферы общения, так как обсуждение прочитанных произведений осуществляется, как правило, в групповом формате, актуализирует новые интересы, устраняет дефицит культурно-просветительских ценностей, формирует активную жизненную позицию и более позитивный взгляд на жизнь.

Сходной по своему терапевтическому эффекту с библиотерапией является кинотерапия, которая обладает более широкими возможностями в применении, поскольку проще, как по способу освоения, так и по доступности для восприятия. Кинотерапия в лечебном аспекте представляет собой целенаправленное использование кинематографического произведения как средства самопознания, раскрытия внутренних ресурсов личности, эффективной саморегуляции и как инструмент налаживания межличностных взаимоотношений. Важной отличительной чертой кинотерапии применительно к пожилым людям с эмоциональными нарушениями является ее способность устранять негативные эмоции, улучшая психоэмоциональное состояние. Фильмы для кинотерапии пожилых людей с эмоциональными нарушениями не обязательно должны быть известными, любимыми всеми с юности. Это могут быть картины, не ставшие популярными, но заслуживающие внимания, и даже современные киноленты. Главное, чтобы в сюжете кинофильма транслировался конструктивный образ старения, чтобы лента была интересна пожилому зрителю и не вызывала негативных эмоций. В героях, событиях и ситуациях правильно подобранного кинематографического сюжета пожилые люди узнают себя и своих близких и могут найти для себя ответы на собственные вопросы. Психотерапевтический процесс кинотерапии, как правило, проводится в групповом формате и начинается с вводной лекции о данном методе и механизмах его лечебного действия, также разъясняется на что стоит обращать внимание при просмотре кинофильма. Далее осуществляется просмотр фильма, а непосредственно после просмотра проходит его спонтанное обсуждение, во время которого пожилые люди в свободном формате делятся своими впечатлениями от увиденного. Следующим этапом является более содержательное, структурированное ведущим, обсуждение героев фильма, ситуации или конфликта, изображенных в киноленте, ощущений зрителя. В рамках групповой дискуссии участники высказывают свои мысли и чувства, вызванные затронувшими их эпизодами и героями фильма, выясняется, что каждый участник получил от просмотра, что понял для себя, что вынес; осуществляется интерпретация сюжета, погружение в метафору, проводится работа с символами и их возможными смыслами с использованием проекции, как основного механизма восприятия киноматериала. Психолог, или психотерапевт, как ведущий кинотерапии, помогает участникам провести параллели со своими жизненными ситуациями, осознать собственные актуальные потребности, препятствия и возможности. Таким образом, кинотерапия в комплексном лечении лиц пожилого возраста с эмоциональными нарушениями должна помочь им: пережить горе или утрату; увидеть пути

разрешения актуальной психотравмирующей ситуации и побудить к конкретным действиям; исследовать свои личностные особенности и поведенческие паттерны; узнать, что именно включают одни и те же автоматические реакции, заставляющие совершать раз за разом одни и те же ошибки; получить представления об альтернативных способах поведения, мыслей, чувств; повысить навыки саморегуляции, научиться применять новые, более адекватные подходы к решению актуальных жизненных вопросов, научиться отвечать на вызовы окружающей среды новыми, неожиданными для самого себя способами; справиться с неуверенностью, вызванной возрастными изменениями, обрести новую перспективу в понимании красоты и здоровья; наладить межличностные отношения, переоценить и скорректировать свои действия и действия значимых людей; найти в себе дополнительный ресурс, почувствовать свою внутреннюю силу и начать свой путь к осознанным изменениям. Проверенной психологической практикой в работе с лицами пожилого возраста является метод анималотерапии, использующий в психотерапевтических целях непосредственные контакты с животными, а также их образы и звуки. Анималотерапия содействует расширению возможностей эмоционального отреагирования страхов, чувства беспомощности и одиночества, способствует снижению психического напряжения, а также актуализации личностных ресурсов.

Контакты с животными являются дополнительным каналом взаимодействия личности с окружающим миром, и могут способствовать психической и социальной адаптации. Применение опыта взаимодействия с животными, как психотерапевтического приема, у лиц пожилого возраста снижает уровень стресса, помогает пережить утрату, справиться с одиночеством, уменьшить изоляцию, способствует самореализации, повышению эффективной коммуникации и гармонизации межличностных отношений и позволяет почувствовать удовольствие от реальности. При этом от пожилого человека не требуется дополнительных знаний о животных, достаточно просто наблюдать, слушать, гладить и активно взаимодействовать с питомцами. Однако существуют и противопоказания к использованию этого метода, как правило, это аллергия, бронхиальная астма, заболевания кожи, опорно-двигательного аппарата, фобии, а также это острый период течения любого заболевания — как соматического, так и психического.

Часть II. Основы психотерапии

Анималотерапия реализуется в двух направлениях, как целенаправленное использование специально обученных животных и/или их символов по специально разработанным терапевтическим программам и ненаправленное (естественное) лечение, предполагающее взаимодействие с животными в домашних условиях без осознания или целенаправленного понимания их терапевтического значения. В зависимости от того, какие именно используются животные, направленная анималотерапия делится на следующие виды: иппотерапия, дельфинотерапия, канистерапия, фелинотерапия, фиштерапия, орнитотерапия [4].

Анималотерапия у лиц пожилого возраста может проходить как в индивидуальной, так и в групповой формах, с обязательным соблюдением следующих правил: 1) знакомство с животным должно быть мягким, а сокращение дистанции с животным — медленным, поскольку в пожилом возрасте человек, как правило, с опасением относится ко всему новому, может быть избыточно брезгливым, настороженным, недружелюбным; 2) бережная, деликатная манера общения и четкая, понятная форма подачи информации, избегание слов, которые могут ассоциироваться с агрессией, страхом, болью, потому что любое неосторожное действие, движение или слово могут быть восприняты пожилым человеком остро и поняты превратно, а инструкции запомнены неправильно; 3) соблюдение ритуала «встреча — прощание», так как для пожилого человека важен ритуал знакомства (встречи) с новыми людьми и животными, а также не менее важен ритуал прощания. Эти ритуалы успокаивают его, оставляют нужный эмоциональный отпечаток в памяти.

В работе с пожилыми пациентами чаще используется канистерапия (лечебное использование собак). Преимуществом собак являются их ориентация на человека, преданность, общительность, относительно простые условия содержания, мобильность и способность к дрессировке. В результате применения канистерапии у пожилых людей лучше сохраняются функции умственной и эмоциональной деятельности, собака позволяет снизить проявления страха, депрессии, напряжения, рассеянности и мобилизовать двигательные функции, однако следует помнить, что основная цель — не навредить пожилому человеку.

Психотерапия пожилых — это мишенеориентированные комплексные психотерапевтические интервенции, направленные на определенные психологические структуры или феномены с целью обеспечения максимальной адаптации с учетом всех имеющихся ресурсов и нарушений в психической и соматической сферах, специфических возрастных изменений с привлечением различных специалистов медицинского и психологического профиля, а также ближайшего окружения больного.

В области практической геронтологии психотерапия представляет комплекс мер, направленных на восстановление, активизацию и укрепление телесных, психических и социальных функций, навыков и возможностей, а также на решение конкретных проблемных ситуаций, с которыми пациент пожилого возраста не может справиться самостоятельно. Однако необходимо признать, что и в настоящее время имеются существенные методологические, теоретические, организационные проблемы в разработке эффективных и доказательно обоснованных психотерапевтических методов и программ для пациентов пожилого и старческого возраста, трудности внедрения их в практическое здравоохранение, недостаточная экономическая обеспеченность.

Список литературы

1. Будза В.Г. Антохин Е.Ю. Неврозы позднего возраста. Оренбург: Изд-во ОрГМА, 2011. 284 с.
2. Всемирный доклад европейского регионально бюро ВОЗ. 2020 [Электронный ресурс]. URL: ><https://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/healthy-ageing>.
3. Головей Л.А., Стрижницкая О.Ю., Криулина А.В. Позитивное функционирование личности в пожилом возрасте: комплексный подход // Психологические исследования. 2014. Т. 7, № 36. С. 9.
4. Дорогина О.И., Лебедева Ю.В., Токарская Л.В., Хлыстова Е.В. Геронтопсихология: учебное пособие / Под общ. ред. Ю.В. Лебедевой. Екатеринбург: Изд-во Уральского университета, 2020. Гл. 3: Поддерживающая психотерапия. С. 71–107.
5. Информационный бюллетень — март 2018 г. «Здоровье пожилых людей»: 2018 [Электронный ресурс]. URL: <https://whodc.mednet.ru/ru/component/attachments/download/168.html>.
6. Караваева Т.А. Особенности эмоциональной сферы // Онкогеронтология: Руководство для врачей: Коллективная монография / под ред. В.Н. Анисимова, А.М. Беляева. СПб.: Изд-во АННМО «Вопросы онкологии», 2017. Гл. 6. С. 124–147.
7. Клиническая психотерапия в общей врачебной практике / под ред. Н.Г. Незнанова, Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2015. 640 с.
8. Левин О.С., Васенина Е.Е. Депрессия и когнитивное снижение у пожилых: причины и следствия // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019. Т. 119, № 7. С. 87–94.
9. Либерман Я.Л., Либерман М.Я. Об эффективности применения мемуаротерапии // Современная психология: теория и практика: Материалы X Международной научно-практической конференции, г. Москва, 11 октября 2013 г. М.: Спецкнига, 2013. С. 87–94.
10. Малкина Н.А., Шешенин В.С., Жулина И.В. Психотерапия депрессии у пожилых пациентов с когнитивными нарушениями // Ежемесячный научно-практический медицинский журнал. 2015, № 2. С. 82–87.
11. Мелехин А.И. Когнитивно-поведенческая психотерапия расстройств сна в пожилом возрасте // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Т. 23, № 1. С. 84–103.
12. Раевский А.А. Мишени психологической коррекции для пациентов геронтопсихиатрического отделения // Современный взгляд на проблемы психоневрологии XXI в.: Сборник тезисов научно-практической конференции молодых ученых / под ред. Д.В. Захарова, А.Н. Чомского. СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2012. С. 57–58.
13. Семке В.Я., Циганков Б.Д., Одарченко С.С. Основы пограничной геронтопсихиатрии. М.: Томск, 2006. 517 с.
14. Сергиенко Е.А., Харламенкова Н.Е. Психологические факторы благополучного старения // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология и педагогика. 2018. Т. 8. Вып. 3. С. 243–257.
15. Almeida O.P. Prevention of depression in older age // Maturitas. 2014. Vol. 79, N. 2. P. 136–141.
16. Bingham K.S., Flint A.J., Mulsant B.H. Management of late-life depression in the context of cognitive impairment: Review of the recent literature // Curr. Psychiatry Rep. 2019. Vol. 21, N. 8. P. 74.
17. Danielsson L., Noras A.M., Waern M., Carlsson J. Exercise in the treatment of major depression: A systematic review grading the quality of evidence // Physiother. Theory Pract. 2013. Vol. 29. P. 573–585.
18. Depp Colin A., Jeste Dilip V. Successful cognitive and emotional aging // World Psychiatry. 2010. Vol. 9. P. 78–84.
19. Giordana J.Y., Roelandt J.L., Porteaux C. Mental Health of elderly people: The prevalence and representations of psychiatric disorders // Encephale. 2010. Vol. 36, N. 3. P. 59–64.
20. Gorenstein E.E., Papp L.A. Cognitive-behavioral therapy for anxiety in the elderly // Curr. Psychiatry Rep. 2007. Vol. 9, N. 1. P. 20–25.
21. Huang W., Zhu W., Chen H. et al. Longitudinal association between depressive symptoms and cognitive decline among middle-aged and elderly population // J. Affect. Disord. 2022. Vol. 303. P. 18–23.

22. Lee J., Potter G., Wagner H. et al. Persistent mild cognitive impairment in geriatric depression // Int. Psychogeriatr. 2006. Vol. 19, N. 1. P. 125.
23. Okajima I. Cognitive behavioural therapy with behavioural analysis for pharmacological treatment resistant chronic insomnia // Psychiatry Res. 2013. Vol. 210. P. 515–521.
24. Paterniti S., Verdier-Taillefer M.H., Dufouil C. Depressive symptoms and cognitive decline in elderly people // Br. J. Psychiatry. 2018. Vol. 181, N. 5. P. 406–410.
25. Payman V. Psychotherapeutic treatments in late life // Curr. Opin. Psychiatry. 2011. Vol. 6. P. 484–488.
26. Troxel W.M., Germain A., Buysse D.J. Clinical management of insomnia with brief behavioral treatment (BBTI) // Behav. Sleep Med. 2012. Vol. 10, N. 4. P. 266–279.
27. Kirsch I., Low C.B. Suggestion in the treatment of depression // Am. J. Clin. Hypn. 2013. Vol. 55, N. 3. P. 221–229.
28. Trollor J., Anderson T., Sachdev P. et al. Prevalence of mental disorders in the elderly: The Australian National Mental and Well-being Survey // Am. J. Geriatr. Psychiatry. 2007. Vol. 15. P. 455–466.
29. United Nations Department of Economic and Affairs, populations Division. World Population Prospects 2019, Online Edition. POP/DB/WPP/Rev.2019/POP/F08-1.
30. Zhou Y., Sun X., Lan Y. Longitudinal association between depressive symptoms and cognitive decline among middle-aged and elderly population // J. Affect. Disord. 2022. Vol. 303. P. 18–23.

Часть II. Основы психотерапии

Глава 13. Соотношение психотерапии и фармакотерапии

Биопсихосоциальный подход к пониманию и терапии психических расстройств создал предпосылки для проведения большого количества научных исследований, определяющих эффективность и место психотерапии и фармакотерапии в лечении различных нозологий [2, 10]. Несомненно, чем более выражен биологический субстрат в патогенезе заболевания, тем больший акцент делается на назначение психотропных препаратов, а психотерапевтические методы позволяют через воздействие на психологические мишени решать психосоциальные, суппортивные задачи, повышать адаптационный потенциал и качество жизни пациентов в целом. В терапевтических подходах к заболеваниям, причиной которых в большей степени являются психологические факторы, определяющие возникновение, течение, клиническую картину заболевания, ведущая роль принадлежит психотерапевтическим методам в лечении. В отношении ряда патологических состояний доказана эффективность как фармакологического лечения, так и психотерапии [11, 13, 15, 20]. Речь идет о расстройствах невротического, аффективного спектра, нарушениях адаптаций, личностных нарушениях. Имеются исследования, показывающие большую эффективность сочетанного применения психофармакотерапии и психотерапии за счет воздействия как на биологическое, так и психологическое звенья патогенеза. Кроме того, именно использование комбинированных подходов позволяет быстрее снизить выраженность симптоматики, сократить сроки лечения, ускорить восстановление трудоспособности, минимизировать риск рецидива, существенно улучшить качество жизни.

Выбор стратегии терапии и соотношение психофармакотерапии и психотерапии зависят от характера патологии, проявлений клинической симптоматики, этапа лечения, особенностей личности, установок и ожиданий пациента, актуальных ресурсов и организационных возможностей и должен гибко оцениваться с учетом персонализированного подхода в каждом конкретном случае. Имеются показания и противопоказания как для психофармакологического, так и для психотерапевтического лечения. Они преимущественно связаны с состоянием пациента побочными эффектами и организационными условиями [1, 3, 4].

Сложным вопросом в лечебной практике является выбор стратегий терапии и определение соотношения психотерапии и фармакотерапии при невротических расстройствах. Чем более выражены в сложном патогенезе невротических расстройств биологические механизмы, тем скорее положительный эффект дает применение лекарственной терапии [12]. И это может преждевременно обнадежить как специалиста, так и пациента, но основные задачи лечения даже при положительной динамике клинического состояния будут еще не решены. Биологические виды лечения способствуют решению не стратегических задач достижения длительного и устойчивого результата, а лишь тактических, что определяется психогенной природой невротических нарушений. Очевидно, что на психологические переживания, внутренние противоречия, иррациональные суждения, дефицит навыков проблемно-решающего поведения медикаменты воздействие не оказывают и изменить эти паттерны не могут. Однако при целенаправленном применении психотропных средств для воздействия на те или иные звенья патогенеза влияние фармакологических веществ на отдельные синдромы или симптомы может в некоторых случаях приближаться к патогенетическому. Значимая, а

нередко и основная роль в лечении этих нарушений отводится психотерапевтическим интервенциям, которые направлены на конкретные мишени и представляют собой основу патогенетического воздействия [5, 6]. Отдельной задачей является выбор самого метода психотерапии или интегративной психотерапевтической стратегии, поскольку длительность психотерапии, технические приемы и содержание психотерапевтического процесса имеет принципиальное значение для достижения поставленных целей и решения задач терапии [7, 14, 17, 18].

Представители различных психотерапевтических направлений рассматривают мотивацию к психотерапии своих пациентов как необходимую предпосылку успешного лечения, поскольку высокая мотивация вызывает у больного активные действия в терапевтическом направлении. И. Ялом указывал, что «допускать к терапии пациентов с отрицательной мотивацией — означает существенно снизить его шансы на успех».

Как доказано специальными исследованиями, в том числе и проведенными нашим соотечественником И.П. Лапиным, отношение пациента и врача к лекарству, как и к другим видам терапии — одна из характеристик личности как системы отношений, и именно она является определяющей среди психологических факторов фармакотерапии.

Пациент, получая рецепт или само лекарство, подчеркивает Дж.Н. Глассман (J.N. Glassman), переживает сложную гамму ощущений: здесь и ожидания, и фантазии, и внутренние конфликты. Пациенту предлагают принять «инородное тело» — таблетку — для того, чтобы оказать ему помощь. Такое состояние часто включает конфликт с зависимостью: с одной стороны, желание доброго, сильного, любящего родителя (целителя), с другой — недоверие и страх, что он может стать более ранимым и зависимым от помощи кого-то. Неотъемлемая часть любого назначения лечения — плацебо-эффект тотчас включают в психологическую атмосферу, в которую попадает пациент. Положительная плацебо-составляющая любого назначения лекарства активизирует внутренние силы самолечения индивидуума.

Отрицательная плацебо-составляющая может активировать пессимизм, недоверие к врачу и к лечению, подозрение и тенденции к саморазрушению, из-за чего произойдет отрицательный перенос.

Таким образом, позитивные ожидания пациентов как от психотерапевтических воздействий, так и от фармакотерапевтических являются необходимым прогностическим показателем благоприятного исхода интервенции: чем больше больной ожидает, что лечение принесет ему пользу, тем более успешным оно будет в действительности.

Часть II. Основы психотерапии

И в нашей стране и за рубежом за последние 70 лет наблюдалась определенная динамика во взглядах и подходах к терапии невротических расстройств, связанная как с разными возможностями и достижениями медицины, так и с изменением понимания сути невротических расстройств и роли факторов в их формировании [9].

В конце 1950-х — начале 1960-х годов возможность использования фармакотерапии в лечении невротических расстройств была существенно ограничена малым диапазоном психотропных средств, высокой частотой и выраженностью побочных эффектов, которые у пациентов с тревожными, мнительными и ипохондрическими личностными чертами приводили к негативному отношению к терапии [8].

Для достижения «общеукрепляющего эффекта» использовались биостимуляторы (Алоэ[♣], ФиБС[⊗], Стекловидное тело[⊗]), вегетотропные средства, препараты кальция, витаминотерапия, Глюкоза[♣], бром и др.

Крайне редко (даже в малых дозах) назначались нейролептики, существовавшие в то время, несмотря на наличие в их действии антитревожного компонента из-за специфических побочных проявлений, в том числе вызываемого ими усиления вегетативных расстройств, облигатных для клинической картины невротических нарушений, и других специфических побочных проявлений.

В этот период в качестве психотерапии чаще применяли индивидуальные и групповые суггестивные и релаксирующие методы, рациональную психотерапию, трудотерапию, терапию средой. Использовали наркопсихотерапию, особенно для снятия истерических зафиксированных моносимптомов, которые были представлены значительно чаще, чем в современной клинике невротических расстройств. Эта методика заключалась в проведении внушения на фоне наркотического сна, вызванного внутривенным введением барбитала (амитал натрия) или его аналогов.

В 1960–1970-е годы начали широко использовать бензодиазепины в качестве препаратов, влияющих на уровень тревоги, нормализацию сна и обладающие определенным вегетостабилизирующим действием. Несмотря на опасность привыкания и формирование зависимости, их назначали достаточно длительными курсами (иногда в течение всего

пребывания больного в стационаре), а на возможности формирования зависимости акцента тогда не делали. Применяли диазепам, хлордиазепоксид (Элениум[♦]), нитразепам, медазепам, лоразепам. Использовали небензодиазепиновые транквилизаторы — мепротан[⊗], триметоксин[⊗]. В некоторых случаях пациентам с депрессивным синдромом при невротических расстройствах назначались малые дозы трициклических соединений — имипрамин, amitриптилин, но их применение давало значительно меньший эффект, по сравнению с транквилизаторами, часто оказывалось неэффективным или приводило к ухудшению состояния в результате холинолитического побочного действия, усугубляющего вегетативные дисфункции. Чаще использовали Азафен[♦] как более мягкий антидепрессант с транквилизирующим компонентом. Из нейролептиков в малых дозах применяли тиоридазин, перициазин, алимемазин, метофенозин[⊗]. Пациентам с астеническими проявлениями назначали стимулирующий препарат сиднокарб[⊗].

В психотерапевтических подходах сохранялась большая роль гипнотерапии, суггестивных и релаксирующих методов. В отделении неврозов и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева основной оставалась «патогенетическая психотерапия». Начали активно развиваться и другие динамические подходы в психотерапии, она стала носить более целенаправленный патогенетический характер, позволяла реконструировать нарушенные личностные структуры и отношения. В 1970–1980-е годы в отделении было достаточно много пациентов, которые получали только психотерапевтические воздействия без сочетания их с фармакологическим лечением, или же им назначалась дополнительно только общеукрепляющая терапия.

Длительность пребывания таких пациентов в стационаре часто превышала 2,5 мес. Со второй половины 1980-х годов стали чаще назначать минимальные дозировки психотропных средств. Это было связано с повышенной чувствительностью больных, страдающих различными формами невротических расстройств, к химическим, а также физическим раздражителям вследствие нарушений при данной патологии кортико-гипоталамо-гипофизарных связей. Упущение из виду этого обстоятельства нередко «компрометировало» психотропные препараты, создавая серьезные трудности для их применения, в том числе и в тех случаях, когда назначение их, безусловно, было показано. С появлением антидепрессантов с селективным действием (конец 1990-х годов) роль фармакотерапии в лечении невротических расстройств существенно возросла. В первую очередь, это было обусловлено их избирательным действием на симптоматику, лучшую переносимость и безопасность, возможность применения при активных видах деятельности, что особенно актуально для пациентов с невротическими расстройствами, имеющих высокую социальную активность [16]. Постепенное широкое проникновение психофармакотерапии в лечение невротических расстройств вызвало много споров, основанных на представлениях об их патогенетической сущности как психогенных заболеваний, что определяло ведущий метод лечения — каузальную психотерапию. Психофармакотерапия в значительной степени противопоставлялась психотерапевтическому лечению и рассматривалась исключительно как симптоматический подход, недостатком которого являлось отсутствие воздействия на причинные механизмы невротических расстройств с увеличением риска рецидивов и хронизации патологического процесса.

В настоящее время не только признают в теоретическом плане, но это также находит отражение в современной практической деятельности представления о необходимости комплексного использования психологических и биологических подходов в лечении невротических расстройств, воздействующих на различные, но связанные друг с другом, звенья патогенеза. Это позволяет эффективно проводить психотерапевтические мероприятия, повышать социальную адаптацию пациентов, сокращать сроки стационарного лечения, оказывать этим пациентам более комплексную и рентабельную медицинскую помощь [19].

Часть II. Основы психотерапии

Психотропные препараты воздействуют в основном на эмоционально-аффективные состояния и лишь опосредованно через них на патогенные обстоятельства и личность, но, несмотря на это, существует ряд положительных сторон психофармакотерапии при невротических расстройствах. Даже кратковременное ослабление симптомов и улучшение состояния в начале лечения облегчает психотерапевтический контакт. Лекарственная терапия путем разрушения симптоматических барьеров может способствовать усилению психологических изменений и интеграции нового понимания в повседневную жизнь. Фармакотерапия содействует психотерапевтическому процессу и через реализацию своей специфической биологической активности, а также посредством плацебо-эффекта. Анализ частоты и видов назначаемого психофармакологического лечения больным с невротическими расстройствами и их сочетаний в 2008–2009 гг. в отделении неврозов и

психотерапии Института им. В.М. Бехтерева показал, что выбор средств медикаментозной терапии индивидуален для каждого пациента. Он обусловлен рядом факторов.

Первый фактор — это учет характера, частоты, интенсивности клинических проявлений, а также их анамнестической динамики, оценки терапевтического ответа как на психотерапевтические, так и на лекарственные воздействия. Так, обнаруживалась существенная разница в использовании и комбинировании различных препаратов в зависимости от характера ведущего синдрома в клинической картине невротических расстройств.

У пациентов с ведущим тревожным или фобическим синдромом чаще применялись препараты с анксиолитическим и умеренным седативным эффектом — бензодиазепины, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) с антитревожным эффектом (пароксетин, флуоксетин и др.), нейролептики с мягким действием и редкими побочными эффектами в небольших дозировках (сульпирид, тиоридазин, алимемазин, кветиапин) и различные комбинации этих групп препаратов.

При депрессивном ведущем синдроме, не сопровождавшемся тревожными проявлениями, использовались такие антидепрессанты, как флуоксетин, сертралин, циталопрам, агомелатин. Для этой группы пациентов также часто назначались небензодиазепиновые анксиолитики —

гидроксизин, этифоксин (Стрезам[®]), которые дают возможность длительного их применения без риска формирования зависимости, в отличие от традиционных транквилизаторов.

Астенический синдром в стадии раздражительной слабости требовал назначения малых доз бензодиазепинов, в том числе и за счет их тропности к вегетативным проявлениям, применения общеукрепляющих, ноотропных препаратов, витаминотерапии. При интенсивных обсессивных проявлениях чаще назначались трициклические антидепрессанты (кломипрамин) и перечисленные выше нейролептики.

Медикаментозная терапия пациентов с выраженными ипохондрическими расстройствами носила полиморфный характер, что обусловлено индивидуальной реакцией на побочные эффекты назначаемого лечения и при наличии соматоформных проявлений их особенностями. Учитывая, что в симптоматической картине пациентов с ведущим ипохондрическим синдромом чаще чем при других состояниях встречались болевые ощущения, нередко применяли дулоксетин в сочетании с бензодиазепинами и малыми дозами нейролептиков.

Практически не встречались пациенты, которым назначалась монотерапия психотропными препаратами. В подавляющем большинстве случаев использовались комбинации нескольких медикаментозных средств, что позволяло воздействовать на различные симптомы-мишени, гибко регулировать дозировки. У ряда пациентов была необходима смена назначаемой терапии либо в результате резистентности симптоматики к препаратам, либо вследствие возникновения выраженных побочных эффектов.

Вторым фактором, имевшим значение для выбора фармакологического лечения, являлась выраженность и длительность клинических проявлений. У пациентов с умеренной выраженностью клинической симптоматики на стадии острого невротического расстройства часто использовалась исключительно психотерапия, без назначения медикаментозных препаратов или кратковременно применялись малые их дозы. Пациенты с затяжным невротическим расстройством и невротическим развитием личности, у которых была большая выраженность клинических проявлений, чаще нуждались в своевременном присоединении лекарственной терапии.

Третьим фактором, определявшим назначения, являлась внутренняя картина болезни. Так, пациенты с соматоцентрированными представлениями о причинах и характере имеющихся у них нарушений, даже при незначительно выраженной симптоматике были ориентированы на использование фармакологического лечения. Категоричный отказ психотерапевта от медикаментозных назначений неизбежно приводил к усилению напряжения в отношениях между врачом и пациентом, росту недовольства у последнего, возникновению конфликтов. В связи с этим представляется оправданной минимальная психотропная терапия, способствующая на первом этапе снижению аффективного напряжения у пациента, возникновению терапевтических доверительных отношений, в ходе которых происходит коррекция представлений больного о характере его нарушений, выработка совместной стратегии лечения с учетом основных патогенетических механизмов. Пациенты с психоцентрированной внутренней картиной болезни значительно чаще самостоятельно отказывались от медикаментозного лечения, испытывали к психотропным препаратам настороженное или даже негативное отношение.

Современные подходы к лечению пациентов с невротическими расстройствами включают комплексные стратегии с использованием сочетания психотерапевтического и биологического лечения (преимущественно комбинированной терапии психотропными препаратами с минимальным побочным действием), что позволяет получать быстрое улучшение состояния, добиваться уменьшения сроков стационарного периода лечения и в целом большей эффективности лечения.

Можно сформулировать следующие современные представления о соотношении психотерапии и психофармакотерапии в лечении ППР пограничных психических расстройств.

Преимущества одновременного использования психотерапии и фармакотерапии

- Медикаменты позволяют уменьшить депрессию и тревогу, давая доступ к чувствам, подавленным основными аффектами (депрессией и тревогой), и дают возможность лучше понять сущность нарушения.
- Редукция острых симптомов (тревога, тяжелая депрессия) дает пациентам возможность осознать собственную силу (возрастает самооценка, уменьшается чувство беспомощности): «Я делаю нечто для своей пользы!».
- Использование медикаментов увеличивает чувство безопасности — у пациента есть возможность решать больше проблем во время психотерапии, он может смелее позволить себе говорить о своих страхах и фантазиях.
- Для некоторых пациентов важен эффект плацебо — факт получения лекарства действует на них дестигматизирующе, улучшает терапевтический альянс в психотерапии.
- По заключению исследователей школы Эго-психологии, некоторые медикаменты (например, антидепрессанты последних поколений) улучшают функционирование Эго; в Эго освобождается сила, которая была направлена на борьбу с мешающими аффектами.
- Медикаменты уменьшают симптомы, но могут вызвать побочные эффекты — этот факт дает ценный опыт для переработки противоречивых аспектов жизни в психотерапии и в самой личности пациента; разговор о побочных эффектах медикаментов может дать представление об индивидуальности пациента и его эмоциональном опыте, ускорить или поспособствовать работе в случае выраженного терапевтического сопротивления и феноменах переноса.
- Использование медикаментов позволяет оценить ожидания пациента и его отношение к удаче и достижениям, особенно, если его внутренние конфликты не дают ему возможности быть успешным.
- На фоне медикаментов улучшается способность к адаптации, появляется возможность искать новые жизненные стратегии.
- Психотерапия улучшает взаимодействие (от англ. compliance — согласие). Это актуально, так как результаты различных исследований доказывают, что как минимум 60% пациентов принимают лекарства по своему усмотрению. В связи с тем, что практически 60% пациентов не используют медикаменты согласно предписаниям врача, очень значимо понимание в клиническом аспекте причин феномена плохого взаимодействия.

Часть II. Основы психотерапии

Психодинамические аспекты психофармакотерапии. Определяя стратегию лечения, врач-психотерапевт должен быть в состоянии одновременно рассматривать пациента в двух плоскостях: психодинамической и феноменологической. Введение в практику МКБ-10 привело к определенному игнорированию вопросов этиологии и патогенеза, в особенности, пограничных нервно-психических расстройств, в связи с чем внимание специалистов сосредоточилось на описательном симптоматическом феноменологическом подходе. Хотя для докторов с большим стажем работы, чье профессиональное мировоззрение сформировалось в традиционных школьных представлениях, и для кого аспекты патогенеза имплицитно встроены в диагностический алгоритм, это, возможно, не является проблемой. Более молодые специалисты, особенно с недостатком навыков правильного проведения клинической беседы, нередко воспринимают пациента как носителя набора симптомов, игнорируя особенности его системы отношений и структуры личности. Для хорошего клинициста одной из наиболее сложных задач, которую приходится решать заново на разных этапах лечения, является определение, какой подход: психодинамический, биологический или их комбинация и в каком соотношении наиболее оптимальны для данного пациента в определенный момент времени. При этом врач-психотерапевт должен сам быть достаточно зрелой личностью, чтобы суметь совладать со своими собственными нарциссическими грандиозными потребностями и инфантильными желаниями omnipotentности, быть в состоянии принять факт ограниченности общих знаний о психических расстройствах на сегодняшний день и контролировать свою тревогу, связанную с неопределенностью и отсутствием стопроцентных гарантий при любом выборе метода лечения. Выстраивая терапевтическую стратегию, полезно ответить себе на ряд вопросов: какова клиническая картина страдания данного пациента в психодинамическом понимании. Прежде всего, важно определить личностную организацию больного — невротическая, пограничная или психотическая личность вовлечена в процесс болезни. Другим важным аспектом является уровень личностной зрелости: наличие собственных интегрированных моральных правил и норм, их уровень жесткости и ригидности, не выполняет ли эту функцию симптом,

как, к примеру, при спонтанной ремиссии алкоголизма с развитием фобической и ипохондрической симптоматики и ограничительного поведения. Имеется ли у пациента адекватное представление последствий своих действий? В какой степени выражена способность к разграничению собственных переживаний и переживаний других людей? Большое значение имеют структура и составляющие мотивационных характеристик, паттерн используемых механизмов психологической защиты, степень их эффективности и адаптивности. Другим существенным аспектом является уровень нюансированности и дифференцированности пациента: здесь необходимо оценить его способность одновременно видеть положительные и отрицательные стороны других людей и событий, дифференцировать внешнюю и внутреннюю обусловленность событий, способность к разграничению собственных переживаний и переживаний других людей. Психотерапевту следует получить представления о разнообразии паттернов интерперсональных отношений у данного индивида. Еще один важный вопрос — феноменологическое описание состояния больного, представленность и особенности основных симптомов и синдромов, и их качественная характеристика, степень полиморфности и устойчивости симптоматики, реактивность состояния под влиянием внешних событий. Центральным должно быть решение относительно того, в какой степени актуальное представление о текущей клинической ситуации может обеспечивать максимально возможное эффективное лечение. Если же имеющаяся оценка состояния пациента приводит к менее чем эффективной терапии, то может ли смена подхода улучшить положение дел? Имеет значение хороший сбор анамнеза, относительно того, какое лечение, фармакологическое или психотерапевтическое и для каких симптомов, было эффективным в прошлом. Не меньшую роль играет оценка ситуации «здесь и сейчас», что требует от психотерапевта хороших навыков самонаблюдения. Значимым является вопрос, насколько стабильным сохраняется понимание пациента, и не происходит ли в данный момент смена акцентов с психодинамического на биологический или наоборот. Если такой сдвиг возникает, то чрезвычайно важно отдавать себе отчет и иметь четкие представления о том, что его вызвало. Как это связано с тем, что происходит в отношениях между врачом и пациентом? Возможно, перерыв в лечении из-за отпуска, командировки или изменения рамок психотерапии послужили тому причиной. Нередко сильные чувства пациента в отношении психотерапевта или наоборот психотерапевта (который, прежде всего, тоже является личностью со своим набором фантазий, желаний и неразрешенных интрапсихических конфликтов) к пациенту вызывают подобные изменения. Несмотря на то что фармакотерапия относится к биологическим методам лечения, не стоит забывать, что это процесс взаимодействия двух людей, где лекарственное средство выполняет функцию транзитного объекта со всеми присущими ему особенностями, и тогда лекарство может частично заменять собой отсутствующего доктора. Упаковка с медикаментом обладает успокоительным эффектом подобно тем вещам, которые связывают ребенка и родителей, когда взрослых нет рядом, делая разлуку переносимой, то есть, пользуясь терминологией Д. Уинникотта, можно говорить о том, что имеющийся во внутреннем мире пациента образ врача находит в реальности внешнюю форму в виде таблеток, которые этот доктор прописал. Эта связь может и определять приверженность пациента определенному препарату, прописанному ранее врачом, с которым у пациента сложились эмоционально значимые отношения, но обращение к этому специалисту невозможно в данный момент в силу ряда реальных причин (отъезд, смена места работы, декретный отпуск). Другим аспектом может быть определенная стигматизация препарата, когда прием данного препарата отождествляется для пациента с принадлежностью к конкретной социальной группе. Больной в этом случае может настаивать на выписывании ему конкретных дорогостоящих «модных», «современных» медикаментов, которые, как он узнал, использовали известные личности, политики, спортсмены, «звезды». Прием данного лекарства позволит ему бессознательно идентифицировать себя с группой особо успешных людей. Этим же объясняется большая эффективность и лучшая переносимость в тех случаях, когда идентичный препарат был привезен из-за границы или приобретен с большими трудностями. В таких случаях назначение дешевого лекарства, даже при его хороших эффективности и безопасности, воспринимается как оскорбление и унижение. Определенная сложность может возникать при назначении препаратов, названия которых стали элементом городского фольклора, и их прием является стигматизирующим, имплицитно включающим пациента в категорию «психов» и «городских сумасшедших».

Назначение фармакологического лечения обладает определенным символическим значением как для пациента, так и для врача. Пациент может связывать необходимость принимать лекарства с тем, что его расстройство имеет сугубо биологическую природу и является следствием «химического дисбаланса», когда проблема заключена исключительно в его головном мозге и никак не связана с его личностью, что может давать чувство облегчения, а также подтверждение статуса больного, а не проблемного человека. Кроме того, с развитием представлений о собственной дефектности необходимость фармакотерапии может им интерпретироваться как удар по Эго, что может с развитием «депрессии по поводу

депрессии» стать источником негативных переживаний, смущения и стыда. Другой реакцией может быть интерпретация прописывания медикамента как «символического подарка» со стороны врача. Противоположным ответом будет развитие фантазии о стремлении доктора «к тотальному контролю психических и соматических функций» больного при помощи использования «особых высших знаний» о действии веществ и назначении лекарств, которые полностью «поработят волю и психику» пациента. Для тех больных, которым в процессе психотерапии подключают фармакологическое лечение, необходимость принимать препараты может означать фиаско, сомнения в успехе, отказ от психотерапии врача, самого пациента или их обоих, или что данный психотерапевт не в состоянии ему помочь. У специалиста также необходимость назначения медикаментов может ассоциироваться с признанием своей психотерапевтической неэффективности. Способность облегчить страдания пациента может активизировать бессознательные фантазии о собственном всемогуществе. В некоторых случаях принятие решения о назначении лекарств может отражать изменения в чувствах по отношению к пациенту, к лечению, к собственным способностям и навыкам. Переход от психодинамической модели к феноменологической, в рамках которой врач занимает более общемедицинскую позицию, может в большей или меньшей степени изменять систему отношений «врач–пациент».

Часть II. Основы психотерапии

При всем своем разнообразии комплаенс пациентов с пограничными нервно-психическими расстройствами обладает рядом общих особенностей. Во-первых, достаточно часто имеется гипо- или анозогнозическое отношение к болезни, когда индивид не идентифицирует себя со статусом больного человека, нуждающегося в лечебных мероприятиях, в том числе и в приеме лекарств, оценивает свой случай как «слишком легкий, когда достаточно просто взять себя в руки». Во-вторых, у части пациентов формируется соматоцентрическая внутренняя картина болезни с акцентированием внимания на вегето-соматических компонентах тревожно-депрессивной симптоматики, что формирует представления о необходимости приема соответствующих препаратов. Фиксация на этой точке зрения частично определяется постановкой столь любимого врачами общей практики и неврологами диагноза вегетососудистой дистонии. В данном случае назначение психотропных препаратов абсолютно не согласуется у пациента с представлениями о своем заболевании и о соответствующих мишенях медикаментозного воздействия. Другим негативным ятрогенным последствием становится развитие у больного сомнений относительно эффективности психотропных препаратов, вследствие опыта приема антидепрессантов в низких и субтерапевтических дозах. Анализируя имеющуюся доступную информацию, представленную в медицинских справочниках и Интернете, можно, скорее, сделать вывод о том, что вред от приема психотропных средств значительно превышает пользу, что вполне может объяснять рациональное настороженное отношение пациентов к фармакологическому лечению. Объективно существующие побочные действия препаратов, их влияние на значимые сферы жизни, возникающие сексуальные нарушения, прибавку массы тела, что в значительной степени влияет на самооценку и образ Я, могут приводить к отказу от фармакотерапии даже при ее высокой эффективности. Известно, что ряд психотропных препаратов могут формировать зависимость и привыкание. Часто эти представления распространяются на всю группу лекарственных средств, и у пациентов возникает страх, что, однажды начав принимать медикаменты, они уже не смогут без них обходиться. Общеизвестные седативные побочные эффекты психотропных препаратов приводят к развитию у пациентов страха эффекта «зомбирования», утраты индивидуальных личностных особенностей при их приеме. Другие опасения связаны со стигматизацией в роли психически больного. В данном случае достаточно эффективной может быть разъяснительная беседа с сообщением пациенту сведений о распространенности тревожно-депрессивных расстройств в общей популяции. Другой серьезной проблемой являются реакции на фармакотерапию, связанные с личностными особенностями и интрапсихическими конфликтами. Даже если врач, прописывающий лекарства, не имеет психоаналитических знаний и занимает абсолютно нейтральную позицию в отношении пациента, он все равно автоматически становится для него мощной фигурой переноса, оживляя и приводя в действие паттерн отношений с родительскими фигурами. Таким образом, все аспекты отношений с авторитетными лицами из прошлого выходят на авансцену. Чем больше психотерапевт игнорирует и отрицает их присутствие, тем больше их влияние на процесс лечения. Абстинентная позиция терапевта интерпретируется как невнимательная, игнорирующая, как подтверждение его «страха перед эмоциями» или их интенсивностью, что приводит к повторному переживанию ситуаций ранней эмоциональной покинутости. Часто это связано с воспитанием в семьях, где родители стремились быстро решить проблемы при одновременном игнорировании эмоциональных потребностей ребенка. Другой проблемой являются антиавторитарные реакции пациентов,

когда согласие следовать врачебным рекомендациям воспринимается как унижение и тотальное подчинение авторитетной всемогущественной родительской фигуре. Таким образом, неудачи психофармакотерапии переживаются как бессознательный триумф и месть по отношению к родителям со стороны пациента, поэтому полная автономия должна быть сохранена любой ценой.

Психодинамическая составляющая фармакотерапии уникальна в каждом случае, и залогом успешного лечения является способность гибкого переключения от сбора фактов и конкретных советов по лечению к психодинамическому исследованию чувств, фантазий и поведения пациента и терапевта.

Сложности одновременного использования психотерапии и психофармакотерапии. Как в случае интегрированной терапии, когда психотерапевт сам назначает медикаменты, так и при комбинированной терапии, когда фармакотерапию и психотерапию проводят разные специалисты, помимо уже описанных, наблюдаются идентичные тенденции. Улучшение своего состояния пациенты могут начать «приписывать» медикаментам и обесценивать роль психотерапии, используя лекарственную терапию как защиту от неприятных чувств. В случае раздельного лечения (психотерапевт и врач) пациент разделяет (отыгрывает) свои аффекты и амбивалентность: один специалист «плохой», второй — «хороший», но роли могут и поменяться. Это может стать обременительным для лечебного процесса и привести к прерыванию терапии.

Для того чтобы это предотвратить, необходимы командные отношения между специалистами. Еще одна причина прерывания психотерапии — во время терапии пациент не получает от психотерапевта советов, как разрешить жизненную ситуацию. В этом случае срабатывает конфликт мотиваций психотерапевта и клиента: между желанием человека получить инструкцию и не брать на себя ответственность за принятие самостоятельного решения и целью психотерапевтического процесса — позволить самому человеку найти свой путь. Пациенты также уходят из психотерапии, если происходит развитие негативного переноса. Это связано именно с теми внутриспсихическими механизмами, которые человек использует при контактах с другими людьми и миром, и это является свидетельством особенностей его структуры личности. Есть определенная часть пациентов, у которых метаморфозы отношения такого рода от идеализации до крайней девальвации неизбежны. Негативные чувства к терапевту и терапии могут возникнуть в случаях, если человек осознал, по его мнению, какие-то опасные или позорящие его желания и говорил о них с терапевтом или не осмелился о них сказать, но считает, что терапевт понял все «компромитурующее», например:

- страх быть зависимым от психотерапевта или влюбиться в психотерапевта;
- страх быть «забракованным» или отвергнутым.

Терапия эффективна тогда, когда отношения «терапевт–пациент» доверительны. Нет такой темы, которую было бы нельзя обсуждать в ходе психотерапии. Существенная часть пациентов обращается за помощью, когда у них уже есть значительные, мешающие адаптации и выполнению ежедневных задач симптомы. В таких случаях, чтобы быстрее и эффективнее помочь человеку, нужно рассмотреть вопрос об одновременном использовании медикаментов и психотерапии.

Список литературы

1. Аведисова А.С. Особенности психофармакотерапии больных с пограничными психическими расстройствами // Психиатрия и психофармакотерапия. 2003. Т. 5, № 3. С. 92–93.
2. Александровский Ю.А. Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике [Электронный ресурс]: Руководство для практикующих врачей / Под общ. ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. М.: Литтерра, 2014. 1080 с. (Серия: Рациональная фармакотерапия). URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>.
3. Бабин С.М. Психотерапия и биологические методы лечения в клинической практике (взаимодействие психотерапии и психофармакотерапии) // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2004, № 2. С. 17–18.
4. Караваева Т.А. Коцюбинский А.П. Холистическая диагностика пограничных психических расстройств. СПб.: Спецлит, 2017. 286 с.
5. Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторак С.В. Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2016, № 4. С. 42–51.
6. Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторак С.В. и др. Принципы и алгоритмы психофармакологического лечения тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2016, № 1. С. 3–9.

7. Караваева Т.А., Михайлов В.А., Васильева А.В. и др. Сравнительное исследование эффективности личностно-ориентированной (реконструктивной) и когнитивно-поведенческой психотерапии при тревожных расстройствах невротического уровня с инсомнией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. Т. 118, № 4–2. С. 60–66.
8. Карвасарский Б.Д. Невротические и невротоподобные расстройства: опыт мультидисциплинарного исследования в клинических и терапевтических целях // Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии: Сборник тезисов научно-практической конференции. СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011. С. 6–9.
9. Полторак С.В., Караваева Т.А., Васильева А.В. Изменение соотношения психотерапии и фармакотерапии при невротических расстройствах во второй половине XX и начале XXI веков // Вестник психотерапии. 2013, № 47 (52). С. 29–37.
10. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Panic Disorder. 2nd ed. / Ed. L.J. Fochtmann. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2009. 90 p.
11. Arean P.A., Cook B.L. Psychotherapy and combined psychotherapy/pharmacotherapy for late life depression // Biol. Psychiatry. 2002. Vol. 52. P. 293–303.
12. Bandelow B., Zohar J., Hollander E. Рекомендации всемирной федерации сообществ биологической психиатрии (WFSBP) по фармакотерапии тревоги, обсессивно-компульсивного и посттравматического расстройств // Современная терапия психических расстройств. 2011, № 3. С. 33–40.
13. Cuijpers P., Sijbrandij M., Koole S.L. et al. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: A meta-analysis // World Psychiatry. 2014. Vol. 13, N. 1. P. 56–67. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20089>.
14. Cuijpers P., Gentili C., Banos R.M. et al. Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis // J. Anxiety Disord. 2016. Vol. 43. P. 79–89. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.003>.
15. Cuijpers P., Sijbrandij M., Koole S.L. et al. Эффективность психотерапии и фармакотерапии в лечении депрессивных и тревожных расстройств: метаанализ прямых сравнительных исследований // Всемирная психиатрия (на русском языке). 2013, № 2. С. 130–141. (World Psychiatry. 2013. Vol. 12. P. 137–148).
16. Furukawa T.A., Watanabe N., Churchill R. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia // Cochrane Database Syst. Rev. 2007. Vol. 1. CD004364. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004364.pub2>.
17. Keefe J.R., Chambless D.L., Barber J.P., Milrod B.L. Treatment of anxiety and mood comorbidities in cognitive-behavioral and psychodynamic therapies for panic disorder // J. Psychiatr. Res. 2019. Vol. 114. P. 34–40. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.04.009>.
18. Montero-Marín J., García-Campayo J., López-Montoyo A. et al. Is cognitive-behavioural therapy more effective than relaxation therapy in the treatment of anxiety disorders? A meta-analysis // Psychol. Med. 2018. Vol. 48, N. 9. P. 1427–1436. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291717003099>.
19. Pompoli A., Furukawa T.A., Imai H. et al. Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: A network meta-analysis // Cochrane Database Syst. Rev. 2016. Vol. 4. CD011004. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011004>.
20. Swift J.K., Greenberg R.P., Tompkins K.A., Parkin S.R. Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: A meta-analysis of head-to-head comparisons // Psychother. Theory Res. Pract. 2017. Vol. 54, N. 1). P. 47–57. DOI: <https://doi.org/10.1037/pst0000104>.

Часть II. Основы психотерапии

Глава 14. Использование новых технологий в психотерапии

Новые технологии обещают внести существенный вклад в реформу здравоохранения, уже накоплена убедительная база результатов РКИ об эффективном применении основанных на веб-технологиях психосоциальных интервенций для редукции тревожно-депрессивной симптоматики, модификации поведения при расстройствах пищевого поведения, улучшения сна, психообразования [6, 16].

В практическом поле многие зарубежные специалисты акцентируют внимание на том, что применяемые модели оказания помощи психически больным, разработанные в основной своей массе от 50 до 75 лет назад, не соответствуют современным требованиям доступности и эффективности.

Проблемой в продвижении новых технологий в практическом здравоохранении является определенная ригидная позиция со стороны специалистов. К примеру, хорошо известные дигитальные программы превенции суицидов на практике пока используются недостаточно.

Проведенные исследования показали интересные неожиданные результаты, что участники оказались более откровенными относительно своих суицидных мыслей и намерений в контакте с машиной, чем в личной беседе со специалистом. Необходимо проводить дополнительные исследования по оценке эффективности и специфических механизмов воздействия подобных цифровых подходов [27].

Дэвид Мор с коллегами убедительно продемонстрировал, что, несмотря на приложенные усилия для создания эффективных и осуществимых новых цифровых интервенций в области психического здоровья, до сих пор не произошла трансляция этих разработок в практическое здравоохранение. На этом пути важной задачей является изменение профессионального мировоззрения практических специалистов относительно возможностей и полезности применения цифровых помощников на ранних этапах диагностики и лечения психических заболеваний. Планируя лечение молодых пациентов, а большинство психических расстройств манифестируют в активном молодом возрасте, важно помнить о том, что мы имеем дело с поколением цифровых аборигенов, которые родились и социализировались в эпоху современных технологий, поэтому, если мы хотим построить прочный терапевтический альянс и добиться приверженности, они должны стать неотъемлемой составляющей лечебного процесса [20].

Важным преимуществом современных компьютеризированных программ оказалась возможность оценивать различные аспекты психического состояния в реальном времени в непосредственной связи с проводимой интервенцией, что позволяет более точно выявлять параметры психического состояния пациента по сравнению с большинством психометрических методик, которые обычно оценивают состояние пациента ретроспективно за последнюю неделю.

Положительная динамика в психотерапии, ее стремительная цифровизация и активное внедрение новых технологий и телеконсультаций в повседневную психотерапевтическую практику наблюдается в течение последних лет. Были разработаны компьютеризированные программы психотерапии для лечения тревожных расстройств, содержащие как основные терапевтические модули, так и дополнительные, которые можно использовать с учетом особенностей индивидуального клинического случая. Длительность психотерапевтической сессии не отличается от стандартного очного варианта. Дополнительно имеются модули для выполнения домашнего задания, проведения техники экспозиции с целью предотвращения болезненного ответа [9].

Пандемия COVID-19, разразившаяся в 2020 г., была названа «черным лебедем» электронного здравоохранения, включая психотерапию, то есть ситуацией, неожиданно открывающей новые возможности для развития. Государственные меры по ограничению распространения новой коронавирусной инфекции привели к стремительному росту числа онлайн-психотерапевтических консультаций [7, 26].

Обобщенные в систематическом обзоре данные 65 исследований показали, что для многих психических расстройств онлайн-психотерапия, проводимая специалистом, была такой же эффективной, как и лечение, проводимое в традиционном очном формате. Имеются данные об успешном применении телеконсультаций в психотерапии тревожных расстройств [10]. Осуществление телемедицинской помощи в области психического здоровья сильно варьирует в зависимости от конкретной используемой технологии, типа вмешательства, степени вовлеченности провайдера, целевой аудитории и диагноза. Во время пандемии количество психотерапевтических консультаций увеличилось в геометрической прогрессии, однако технология их проведения еще далека от совершенства. До 2020 г. наиболее разработанной и исследованной телемедицинской интервенцией была цифровая самопомощь, обычно основанная на когнитивно-поведенческой терапии и включающая минимальное или полное отсутствие участия терапевта. При этом следует отметить, что очень маленький процент пользователей заканчивал курс психотерапии до конца, такая же тенденция в период пандемии была отмечена при исследовании онлайн-обучения. Низкая приверженность онлайн-процессу указывает на необходимость разработки гибридных форм цифровой помощи с непосредственным участием психотерапевта.

Мобильное здравоохранение (от англ. mobile health, mHealth) уже стало неотъемлемой частью современной медицины, разработанные устройства для ношения (браслеты, умные очки и другие), мобильные приложения для смартфонов, используются как для диагностики, так и для улучшения приверженности терапии, модификации образа жизни пациента, мониторинга состояния, а также как средство самопомощи. Использование смартфона в качестве терминала позволяет осуществлять телемониторинг параметров сердечно-сосудистой деятельности, а также признаков психомоторного возбуждения.

Для поддержания модификации поведения и формирования здорового образа жизни используются системы с алгоритмами автоматического ответа, отправляющие пациентам своевременные сообщения с медицинскими советами.

Часть II. Основы психотерапии

СМС-напоминания активно используются и продемонстрировали свою эффективность как в формировании привычек здорового образа жизни, так и для повышения приверженности назначенному лечению. Вариантов таких программ может быть множество. Телемедицина и электронное здравоохранение (от англ. electronic health, eHealth) заняли свое место и среди профессионалов в области психического здоровья, пандемия COVID-19 дала новый толчок к их развитию и внедрению в практическое здравоохранение. Смартфон уже стал важным повседневным спутником современного человека, но мобильным приложениям в психиатрии и психотерапии еще предстоит занять свою нишу в повседневной практике. Мобильные приложения в сфере здравоохранения (mHealth-приложения) могут расширить доступ к информации и помощи, особенно для людей, которые не могут получить помощь очно. По последним оценкам существует более 325 тыс. приложений mHealth, из которых 78 тыс. были добавлены только в 2017 г. Сегодня основной проблемой стало как выбрать наиболее подходящий вариант. Исследователи продолжают разрабатывать критерии определения наиболее эффективных продуктов, уже имеется более 45 систем оценки приложений, пока надежность и валидность таких инструментов далека от совершенства, и данные, получаемые при помощи разных инструментов, показывают противоречивые результаты. Необходима разработка комбинированных протоколов исследования, которые бы изучали цифровое поведение пользователей совместно с показателями эффективности приложений и факторами негативного воздействия, что поможет подготовить рекомендации по использованию медицинских цифровых изделий в здравоохранении [24].

Среди отечественных продуктов следует отметить разработанные Союзом охраны психического здоровья удобные в использовании мобильные приложения Анти-паника и Анти-тревога, направленные на улучшение навыков саморегуляции у лиц с аффективными расстройствами. Их цель помочь пациентам самостоятельно справляться с приступами тревоги, для которого были отобраны приемы, продемонстрировавшие свою эффективность в исследованиях. Приложения в качестве одной из основных мишеней направлено на иррациональное убеждение пациентов, «если мне станет плохо, я окажусь без помощи» [25]. Интересным продуктом является приложение Sober One, созданное для помощи в лечении аддиктивных расстройств. Его создатели делают акцент на том, что в основу их разработки положены результаты доказательных исследований. Продукт предлагает пошаговый план прекращения употребления алкоголя и поддержания трезвости, модуль психообразования и набор навыков для предотвращения срыва. Дополнительно имеется модуль эмоциональной регуляции, а также укрепления здоровья и улучшения социального функционирования. Имеется также возможность получить поддержку других людей, которые справились с аддикцией, и помощь специалистов. В приложении имеются статьи, упражнения, видео, задания для самоанализа.

Новая российская разработка — мобильное приложение «Невросканнер» содержит методики для определения выраженности тревожно-депрессивных и вегетативных нарушений, должно помочь врачам оперативно выявить тревожно-депрессивные состояния у пациентов, чтобы решить вопрос о следующих шагах, в том числе и направлении на психотерапию. «Невросканнер» может помочь улучшить взаимодействие между врачами соматического профиля и специалистами в области психического здоровья, наладить оперативный обмен информацией о состоянии пациента. Данные, полученные при помощи «Невросканнера», также могут использоваться в телемедицинских консультациях как для диагностики, так и для оценки динамики состояния пациента, ответа на назначенную терапию. Его использование может позволить специалистам сократить время проведения рутинных тестов, предложить возможную терапевтическую тактику, сопроводив ее грамотным обоснованием. Результаты тестирования, полученные в приложении, могут использоваться для диагностики и контроля динамики состояния на фоне терапии или после ее отмены, а также для коррекции соматоцентрической внутренней картины пациента и укрепления мотивации на психотерапию. Дополнительные возможности это мобильное приложение дает для дистанционного обучения в тренинге практических навыков у специалистов и контроле полученных знаний при оценке демонстрационного случая [1, 3]. В мире КПТ, как наиболее молодое направление психотерапии, идет в ногу со временем и создает специфические, основанные на принципах КПТ мобильные приложения, к примеру — КПТ-мобильный коуч для нормализации сна, включающий трекер, дневник сна, напоминания и обучающий контент. Одним из наиболее популярных является Meditopia, приложение, направленное на достижение личностных изменений, как когнитивных, так и поведенческих, трансформацию негативного стиля мышления и деструктивных поведенческих паттернов. Оно содержит набор медитаций для исследования взаимосвязи телесных ощущений и эмоциональных переживаний, а также для улучшения самопонимания,

безусловного принятия себя со всеми чувствами, мыслями и фантазиями. Дополнительной опцией в приложение входит тренинг, так называемый «сострадательный разум». Современные цифровые технологии, используя специальные программы визуализации трехмерных объектов за счет возможностей компьютерной графики, позволяют моделировать виртуальную реальность, что может быть использовано для решения различных научных и практических задач, в том числе и для проведения психотерапии. Это открывает новые возможности для исследования процессов переработки информации, принятия решений, а также для программ, направленных на обучение и модификацию поведения. Несомненным достоинством является экологическая валидность виртуальной среды, где помимо воспроизведения реальных жизненных условий существует возможность контроля и настройки параметров психотерапевтической ситуации, при этом в процессе лечения условия среды могут меняться в зависимости от стадий психотерапии. Современные системы виртуальной реальности позволяют осуществлять полимодальную стимуляцию с одновременной имитацией зрительных, тактильных, слуховых образов, при этом есть возможность регистрации и модификации широкого спектра реакций пациента. В ряде случаев терапия виртуальной реальностью дополняется использованием биологической обратной связи (БОС). Эффективность психотерапевтических воздействий обеспечивается высокой вовлеченностью пользователей в интерактивную цифровую среду, которая воспринимается как реальный мир. Основными мишенями для интервенций становятся нарушенные отношения с теми или иными составляющими реальной среды (фобические стимулы, ассоциативные триггеры, условно-рефлекторные реакции, дефицит поведенческих навыков).

Часть II. Основы психотерапии

AVATAR-терапия базируется на теории отношений. Возможности компьютерных технологий и виртуальной реальности открыли новые ресурсы для преодоления существовавших ранее ограничений, модифицировали сам процесс психотерапии, создав возможность экспериментальной оценки эффективности. Она была предложена британскими учеными, которые принципиально иначе подошли к галлюцинаторным переживаниям пациента, страдающего шизофренией, высказав предположение о вкладе психосоциальных факторов в развитие и поддержание «голосов». Сохранение слуховых галлюцинаций часто препятствует достижению полной ремиссии и до сих пор является труднокурабельной проблемой. Было предложено перенести галлюцинаторные переживания с помощью цифровых технологий в поле интерперсонального взаимодействия, где галлюцинаторные симптомы могут быть включены в личный коммуникативный опыт с конгруэнтными эмоциональными переживаниями. Основной задачей психотерапии является достижение адаптивного отношения пациента к галлюцинаторным переживаниям и формирование согласованной позитивной самооценки, что способствует совладанию с болезнью и снижению дистресса. В центре методики находится создание «аватара» (воплощения, образа, симуляции), который визуализирует галлюцинаторные переживания в образ партнера по коммуникации. Для его визуальной модели может быть выбран портрет, персонаж, рисунок преследователя из галлюцинаторных переживаний или «голоса» — по предпочтению пациента — как партнера для коммуникации. Психотерапевт проводит интервенции посредством озвучивания этого «аватара». Для этих целей современные технологии модифицируют его голос, также он лично проводит психотерапию. В коммуникации используется вербатим «голоса», который психотерапевт постепенно модифицирует в соответствии с задачами психотерапии. На сессии при ухудшении состояния в диалоге с «аватаром» у пациента есть возможность использовать стоп-сигнал, после чего аватар на экране сменяется спокойной картиной, сопровождающейся релаксационной музыкой. Целью является обучение пациента ассертивному поведению, достижение сотрудничества с «голосом» и изменение отношения к нему, коррекция самооценки пациента, преодоление чувства беспомощности. Постепенно можно сформировать критическое отношение к симптомам и достичь уменьшения выраженности психотических нарушений. Такое интерперсональное экстернализированное взаимодействие с симптомом улучшает навыки саморегуляции пациента. Длительность психотерапии составляет 6–8 встреч, с частотой одна встреча в неделю, сам диалог с аватаром продолжается около 15 мин, затем определяется повестка сессии и анализируется диалог примерно в течение получаса, дополнительно обсуждаются важные события недели. После сессии пациент получает запись диалога с аватаром, которой он может пользоваться как «домашним терапевтом» для самостоятельной работы, к примеру, при актуализации слуховых галлюцинаций. Этот вид психотерапии показал эффективность в лечении шизофрении согласно первым исследованиям с небольшими выборками, в дальнейших обзорах метод был оценен критично, что требует проведения дополнительных исследований.

В настоящее время AVATAR-терапия используется в психотерапии расстройств аутистического спектра, синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), ПТСР, социофобии. Мишени взаимодействия с аватаром могут модифицироваться в зависимости от имеющихся нарушений. В качестве задач может выбираться освоение навыков асертивного поведения, коррекция представлений о собственной интерперсональной эффективности, трансформация метакогнитивных конструкций, поддерживающих избегающее поведение, тренировка коммуникативных навыков, рескриптинг травматических событий прошлого [5, 8, 14]. Одним из наиболее популярных методов, который активно используется в современных моделях КПТ, является VRET (от англ. virtual reality exposure therapy — терапевтическая экспозиция виртуальной реальностью). Компьютерная графика максимально имитирует условия реальной среды и создает условия для выставления пугающего объекта или ситуации, при этом пациент обучается совладать с внутренним напряжением, используя ранее освоенные приемы релаксации или когнитивного реструктурирования. Дозированное использование авersive стимулов обеспечивает десенсибилизацию и изменение отношения к ситуации, пациенты перестают ее воспринимать как угрожающую, а себя как беспомощных. Подобные психотерапевтические программы успешно применяют для лечения тревожных, фобических расстройств, депрессии и инсомнии. Хорошие результаты, полученные при лечении ПТСР, вдохновили специалистов для разработки профилактических программ, которые используют в комплексной подготовке военнослужащих перед отправкой в горячие точки [2, 15].

В психотерапии расстройств пищевого поведения виртуальная реальность моделирует социальные ситуации и контекст взаимодействия, которые приводят к негативным эмоциональным состояниям и последующему перееданию, под руководством психотерапевта пациент осваивает навыки совладания со стрессом и новые модели реагирования, учится лучше понимать себя в защищенной терапевтической ситуации [12]. Весьма перспективно использование виртуальной реальности в психотерапии расстройств аутистического спектра и шизофрении для тренинга социальных когниций с целью улучшения социальных навыков, социального познания и социального функционирования. Смоделированные в виртуальной реальности сценарии социального взаимодействия с возможным использованием аватаров пациентов и их знакомых дают возможность приобрести и отработать навыки взаимодействия с людьми в различных ситуациях, связанных со знакомством, трудоустройством и конфликтами [4, 18].

Интересным вариантом стало использование виртуальной реальности в суггестивной психотерапии, так называемый VRH (от англ. virtual reality hypnosis — гипноз виртуальной реальностью), который активно используется в терапии боли. Гипнотическое внушение сочетается с погружением пациента в виртуальный мир, к примеру, пациентов с сильными ожогами погружали в виртуальную реальность арктического климата, что уменьшало интенсивность болевых ощущений и снижало уровень внутреннего напряжения. Получены хорошие результаты в использовании подобных программ для лечения хронического болевого синдрома.

Современные компьютеризированные программы КПТ — ССБТ (от англ. Computerised cognitive behavioural therapy — Компьютеризированная когнитивно-поведенческая терапия) также активно используют виртуальную реальность.

В частности, разработаны программы для лечения аддикций, которые помимо психообразования включают тренировку отказа от употребления психоактивных веществ (ПАВ), навыки проблемно-решающего поведения, методы совладания с тягой и желанием употребить ПАВ, идентификация мыслей и фантазий, связанных с употреблением ПАВ. Компьютеризированные программы дают возможность пациентам повторно в произвольном порядке пройти любой модуль по своему усмотрению, включая домашние задания, что делает процесс психотерапии более персонализированным [11].

Часть II. Основы психотерапии

По инициативе Европейской комиссии при ЕС, была создана компьютеризированная программа Help4mood для людей, страдающих депрессией.

В будущем искусственный интеллект будет активно использоваться в психиатрии и психотерапии, обученные нейросети демонстрируют хорошие результаты в диагностике психических расстройств. Они также могут обрабатывать данные со смартфонов, оценивая поведение индивида, что может объективизировать клиническую картину психических нарушений, в отличие от опросников для самозаполнения. Нейросети смогут прогнозировать траекторию развития заболевания, что должно помочь ранней диагностике расстройств, снижению скорости их прогрессирования. Представляется перспективным использование искусственного интеллекта для обнаружения признаков депрессии, тревоги, суицидальных

намерений и самоповреждающего поведения на основе алгоритма анализа высказываний индивида с последующим направлением к специалисту.

Довольно популярной стала программа Deprexis, которая использует возможности искусственного интеллекта для проведения КПТ депрессивных нарушений, с возможностью индивидуальной подстройки под личностные особенности пациентов. Она включает 10 модулей (введение, поведенческая активация, когнитивная модификация, изменение жизненного стиля, принятие и майднфуллнесс, решение проблем, детский опыт, межличностные навыки, позитивная психология, сны/мечты и сфокусированные на эмоциях интервенции), на выполнение каждого модуля требуется 10–60 мин, их последовательность пользователь может выбирать по своему усмотрению. Симуляционные диалоги строятся по принципу направляющего открытия, который традиционно используется в классической КПТ технике сократовского диалога [23].

Важными достоинствами компьютеризированных форм психотерапии являются их экономичность, большая доступность. Развитие новых технологий поможет получить качественную психотерапевтическую помощь жителям удаленных территорий и сельской местности. В оценке компьютеризированного варианта КПТ было отмечено, что онлайн формат может снизить стигматизацию, связанную с психиатрическими учреждениями и повысить обращаемость [22].

В настоящее время активно разрабатываются трансдиагностические онлайн-протоколы, которые в качестве психотерапевтических мишеней выделяют основные симптомы, личностные особенности, характеристики темперамента, свойственные ряду психических расстройств. При этом подчеркивается необходимость личностно-ориентированного подхода, позволяющего несколько модифицировать протокол в соответствии с потребностями конкретного пациента [13, 21].

Активно развивается использование чат-ботов в психотерапии аффективных расстройств. Виртуальные роботы-собеседники помогают пользователям анализировать свои чувства и эмоции, отрабатывать навыки преодоления тревоги и проблемно-решающее поведение. Уже были опубликованы первые результаты исследований и обратная связь от пользователей, которые, к примеру, отметили эмпатичность робота. Пользователи также оценили возможность обращаться за помощью в любой момент, когда необходимо, ценным было то, что робот не уставал подбадривать пациента на пути к изменениям. В будущем планируется широкое использование реабилитационных роботов для оказания помощи в восстановлении людей с повреждениями головного мозга, для участия в преодолении одиночества в программах оздоровительных тренировок или в решении других проблем с психическим здоровьем. В пандемию COVID-19 чат-боты были активно внедрены во многих странах для совладания со стрессом и тревогой, вызванных этой чрезвычайной ситуацией [17].

Перспективным направлением дальнейшего использования современных технологий является геймификация. Это понятие было введено разработчиками компьютерных онлайн-игр в рамках стратегий вовлечения пользователей в игровой процесс, используя сценарные элементы. В настоящее время геймификация уже широко применяется в обучении, маркетинге, работе с персоналом, в тех сферах, где важно установить контакт с человеком и повысить его мотивацию к выполнению рутинных действий, которые не приносят немедленного удовлетворения. В развитии этого направления с самого начала использовались принципы бихевиоризма и достижения когнитивной психологии, в частности информация о том, каким образом индивид принимает решение. Игры, направленные на формирование у пользователей здорового образа жизни, уже заняли свое место в -мобильном здравоохранении. В последние годы были предложены в тестовом режиме игры для пациентов, страдающих депрессией, направленные на обучение навыкам управления своим эмоциональным состоянием, улучшение концентрации внимания и когнитивного функционирования, повышение самооценки за счет прозрачного результата активности. Удачные игровые стратегии могут помочь игрокам улучшить социальное функционирование за счет их использования в реальной жизни. Уже проходят тестирование видеоигры, разработанные для улучшения социальных навыков у пациентов с шизофренией [19]. Безусловно, современные технологии не смогут полностью заменить профессиональную психотерапевтическую помощь, которую оказывает специалист, но они смогут стать со временем нашими хорошими помощниками. Важно использовать в работе оптимальное сочетание живого общения и новых технологий.

Список литературы

1. Васильева А.В. Пандемия и адаптационные тревожные расстройства: возможности терапии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020. Т. 120, № 5. С. 146–152. DOI: <https://doi.org/10.17116/jnevro2020120051146>.
2. Васильева А.В., Караваева Т.А. Посттравматическое стрессовое расстройство // Психотерапия: учебник / под ред. А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой, Н.Г. Незнанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. С. 496–505.

3. Костюк Г.П. Масыкин А.В., Старинская М.А. О перспективах диагностики и лечения депрессивных и тревожных расстройств в общемедицинской сети // Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2017. Т. 4, № 29. С. 70–75.
4. Лутова Н.Б., Вид В.Д. Современная дилемма терапии шизофрении: нейрокогнитии и социальные когнитии // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2019, № 3. С. 3–9. DOI: <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2019-3-3-9>.
5. Сагалакова О.А., Жирнова О.В., Труевцев Д.В. AVATAR-терапия: патопсихология трансформации отношений с «голосом» при слуховых галлюцинациях // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29, № 2. С. 62–99. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290204>.
6. Салагай О.О., Незнанов Н.Г., Васильева А.В. Роль психотерапии, как медицинской специальности, в общественном здравоохранении // Общественное здоровье. 2022. Т. 2, № 2. С. 40–57. DOI: <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2021-2-2-40-57>.
7. Салагай О.О., Сошкина К.В., Летникова Л.И. и др. Общественное здоровье в «год коронавируса» // Общественное здоровье. 2021. Т. 1, № 1. С. 7–18. DOI: <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2021-1-1-7-18>.
8. Aali G., Kariotis T., Shokraneh F. Avatar Therapy for people with schizophrenia or related disorders // Cochrane Database Syst. Rev. 2020. Vol. 5, N. 5. CD011898. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011898>.
9. Aboujaoude E., Gega L., Saltarelli A. The retention challenge in remote therapy and learning seen through the lens of the COVID-19 pandemic // World Psychiatry. 2021. Vol. 20, N. 1. P. 138–139. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20828>.
10. Backhaus A., Agha Z., Maglione M. et al. Videoconferencing psychotherapy: A systematic review // Psychol. Serv. 2012. Vol. 9, N. 2. P. 111–131. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0027924>.
11. Brian K., Charla N., Theresa B., Kathleen C. Quality vs quantity: Acquisition of coping skills following computerized cognitive behavioral therapy for substance use disorders // Addiction. 2010. Vol. 105, N. 12. P. 2120–2127.
12. Carl E., Stein A.T., Levihn-Coon A. et al. Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials // J. Anxiety Disord. 2019. Vol. 61. P. 27–36. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.08.003>.
13. Carlbring P., Maurin L., Törngren C. et al. Individually-tailored, Internet-based treatment for anxiety disorders: A randomized controlled trial // Behav. Res. Ther. 2011. Vol. 49, N. 1. P. 18–24. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.10.002>.
14. Craig T.K., Rus-Calafell M., Ward T. et al. AVATAR therapy for auditory verbal hallucinations in people with psychosis: A single-blind, randomised controlled trial // Lancet Psychiatry. 2018. Vol. 5, N. 1. P. 31–40. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30427-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30427-3).
15. Gerardi M., Rothbaum B., Ressler K., Heekin M. Virtual Reality Exposure Therapy Using a Virtual Iraq: Case Report // J. Trauma. Stress. 2008. Vol. 21, N. 2. P. 209–213.
16. Griffiths K.M., Christensen H. Review of randomised controlled trials of internet interventions for mental disorders and related conditions // Clin. Psychol. 2006. Vol. 10, N. 1. P. 16–29.
17. Ho A., Hancock J., Miner A.S. Psychological, relational, and emotional effects of self-disclosure after conversations with a chatbot // J. Commun. 2018. Vol. 68. P. 712–733.
18. Kandalaft M., Didehbani N., Krawczyk D. et al. Virtual reality social cognition training for young adults with high-functioning autism // J. Autism Dev. Disord. 2013. Vol. 43, N. 1. P. 34–44.
19. Lau H.M., Smit J.H., Fleming T.M., Riper H. Serious games for mental health: Are they accessible, feasible, and effective? A systematic review and meta-analysis // Front. Psychiatry. 2017. Vol. 7. P. 209. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00209>.
20. Mohr D.C., Weingardt K.R., Reddy M., Schueller S.M. Three problems with current digital mental health research, and three things we can do about them // Psychiatr. Serv. 2017. Vol. 68. P. 427–429. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20160.0541>.
21. Titov N., Dear B.F., Johnston L. et al. Transdiagnostic Internet treatment for anxiety and depression // Rev. Psicopatol. Psicol. Clín. 2012. Vol. 17, N. 3. P. 237–260. DOI: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11842>.
22. Treanor C.J., Kouvonen A., Lallukka T., Donnelly M. Acceptability of computerized cognitive behavioral therapy for adults: Umbrella review // JMIR Ment. Health. 2021. Vol. 8, N. 7. Article ID e23091. DOI: <https://doi.org/10.2196/23091>. PMID: 34255714; PMCID: PMC8292944.
23. Twomey C., O'Reilly G., Meyer B. Effectiveness of an individually-tailored computerised CBT programme (Deprex) for depression: A meta-analysis // Psychiatry Res. 2017. Vol. 256. P. 371–377. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.081>. Epub 2017 Jun 27.
24. Wasil A., Gillespie S., Schell T. et al. Estimating the real-world usage of mobile apps for mental health: development and application of two novel metrics // World Psychiatry. 2021. Vol. 20, N. 1. P. 137–138. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20827>.
25. WASP Newsletter February. 2022. URL: <https://mental-health-russia.ru/wp-content/uploads/2022/02/WASP-Newsletter-Feb-2022-2.pdf>.

26. Wind T.R., Rijkeboer M., Andersson G., Riper H. The COVID-19 pandemic: The «black swan» for mental health care and a turning point for e-health // Internet Interv. 2020. Vol. 20. Article ID 100317. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100317>. Epub 2020 Mar 19.
27. Witt K., Spittal M.J., Carter G. et al. Effectiveness of online and mobile telephone applications («apps») for the self-management of suicidal ideation and self-harm: A systematic review and meta-analysis // BMC Psychiatry. 2017. Vol. 17. P. 297.

Часть II. Основы психотерапии

Глава 15. Балинтовские группы

Во многих странах, где достаточно широко распространена технология аналитической супервизии психотерапевтов, предложенная в начале пятидесятих годов прошлого столетия британским (исходно — венгерским) врачом и психоаналитиком Майклом Балинтом в виде **«балинтовских групп»**, слово «*балинт*» уже многие десятилетия употребляется как имя нарицательное. И хотя в англоязычной литературе слово «*balint*» является по смыслу именно таковым, тем не менее оно всегда пишется с заглавной буквы, например, Balintgroupwork. Когда имя человека как бы отделяется от него самого и начинает определять собою целое общественное явление, это говорит о многом и это можно считать одной из форм признания заслуг человека, которому принадлежит это имя. Например, так, как это случилось со словом «рентген», обозначающим широко распространенный в настоящее время метод исследования в медицине и технике, предложенный в конце XIX в. немецким физиком Вильгельмом Рентгеном.

Одной из предпосылок создания балинтовских групп врачей-психотерапевтов служит анализ их профессионального «самочувствия», который показывает, что даже при их большом опыте и стаже работы необходимость в получении новой информации квалифицированной обратной связи от коллег в различных неясных и трудных случаях терапевтической практики достаточно велика. Выраженность этой потребности часто парадоксально зависит от величины профессионального стажа — более опытные врачи проявляют не только не меньшую, но даже большую заинтересованность в обмене опытом, в конструктивном обсуждении, и тем самым во внимании и поддержке коллег, чем врачи молодые. При этом в балинтовской группе постоянно происходит важный параллельный процесс — если какая-то из супервизионных идей «нежизнеспособна», она не приживется и в терапии. Однако то, что ощущается как «живое» в балинтовской супервизии, обычно находит свое успешное воплощение и в продолжающейся терапии представленного на супервизию случая. Важно отметить обстоятельство, которое сыграло свою значительную роль в создании такой новой технологии супервизии врачей-психотерапевтов, как балинтовские группы, целесообразность, необходимость и даже «обязательность» которой сейчас активно обсуждается во всем мире. Идея их возникновения принадлежала известному в мировой практике психотерапии венгерскому психоаналитику Шандору Ференци. Еще в начале прошлого века он отметил, что индивидуальный фактор в психотерапии, под которым он подразумевал прежде всего личность самого врача, характер реакций и переживаний и то, как он их выражает в процессе взаимодействия с пациентом («его субъективность»). Зачастую это влияет на пациента значительно сильнее, чем назначенное ему «лекарство», например в виде психотерапевтической техники. В последующие годы эта идея была сформулирована в следующем положении: психотерапия — это не то, что врач делает с пациентом, а то, что происходит между ними, когда создается особая терапевтическая «атмосфера» их коммуникации и взаимодействия. Именно поэтому и одновременно с этим Ш. Ференци активно отстаивал идею о необходимости супервизии психотерапевтов, часто подверженных «компульсивному самоанализу» и отыгрывающих свои проблемы и собственные невротические комплексы в коммуникации с пациентами. Однако это предполагало также и необходимость создания определенных условий получения психотерапевтами супервизии и поддержки в кругу коллег. Ш. Ференци называл это «профессиональной психогигиеной». Ему также принадлежала идея реализовать на практике представление о необходимости расширения в процессе супервизии границ самораскрытия («прозрачности») психотерапевта в процессе его работы с пациентом, что часто помогало врачу достигать более глубокой степени аутентичности в его работе [5].

Развивая эти идеи, М. Балинт (1957) отметил, что «...наиболее часто применяемое в медицинской практике лекарство — сам врач. В лечении пациента важны не столько собственно микстуры или пилюли, назначенные ему при этом заболевании, сколько атмосфера, в которой «лекарство» назначается врачом и в которой оно принимается пациентом... Это предполагает, что, как и в случае применения любого другого лекарства, необходимо тщательно взвесить показания к назначению такого лечебного «средства», как врач, его дозы, ограничения в применении, наиболее удобные способы приема и даже возможные побочные эффекты» [4].

По мнению З. Фрейда (1910), ни один психотерапевт не продвигается в своей работе дальше, чем ему позволяют его собственные комплексы и внутренние сопротивления, поэтому границы эффективности психотерапии во многих случаях определяются не столько особенностями клинического случая или особенностями самого пациента, сколько «границами и особенностями» самого психотерапевта. Существуют высокие требования к супервизии психотерапевтов как процессу необходимому, неизбежному, постоянному и бесконечному. Это вполне согласуется с представлением о том, что в любой изолированной системе энтропия неизбежно возрастает или, иначе говоря, терапевтическая практика, лишенная супервизии, обязательно деградирует как любая закрытая система, лишенная внешнего воздействия. Неадекватность или недостаточность, а нередко и отсутствие супервизии психотерапевтов рассматривается в настоящее время не только как серьезная причина снижения качества оказываемой ими помощи, но и как нарушение профессиональной этики в работе психотерапевтов и, в итоге, как возможная угроза нарушения прав пациента.

В мировом опыте формирования системы подготовки психотерапевтов много лет акцент делается на актуальности изучения и, соответственно, супервизии различных аспектов практической коммуникации в работе с пациентами, компетентность в которой рассматривается как один из важнейших показателей профессионализма врачей. Коммуникативная компетентность психотерапевтов, по мнению и самих специалистов, и опрошенных параллельно с этим их клиентов, входит в круг профессиональных качеств, наиболее значимых для эффективного осуществления психотерапии. Так, например, опрос 1593 британских психотерапевтов показал, что самым важным в процессе супервизии они признают освоение навыков конструктивного взаимодействия с пациентами (Shoenberg P., 2015) [8]. Многие российские исследователи в своих работах на эту тему приводят по существу аналогичные выводы. Они отмечают, что навыки эффективной коммуникации в психотерапии не улучшаются просто с возрастанием продолжительности работы или профессионального опыта, а нуждаются в постоянном развитии и совершенствовании в процессе супервизии.

Часть II. Основы психотерапии

S. Foulks, британский психоаналитик, автор идеи группанализа, предложил использовать для понимания сути балинтовской супервизии такую аналогию, как нейрофизиологическое описание групп нейронов, в которой функцию («поведение») отдельно взятого нейрона невозможно понять, изучая ее изолированно, без анализа и описания того, как функционирует целая группа других активных клеток, в которую он неразрывно включен, без понимания его сложных и многообразных связей с другими нейронами. Среди этих реакций есть и «зеркальные», когда один нейрон отражает реакцию другого, тем самым делая ее более понятной и доступной описанию [7]. Это прямая аналогия с балинтовскими группами, в которых «поведение» психотерапевта, его реакции, переживания и коммуникативные стили понимаются по реакциям других людей, с которыми он взаимодействует в процессе терапии. Балинтовская супервизия работы психологов успешно реализует достаточно хорошо известную философскую идею: чтобы дать как можно более четкое определение некоему предмету или явлению, описать его сущность и тем самым понять его, нужно как можно корректнее описать пространство вокруг него, поэтому и начинать понимание явления нужно с описания этого пространства. И основной сущностью этого пространства «человек–среда» является его целостность. Каждое психическое состояние человека, чувствующего себя субъектом отношений, стремится найти определенное отражение в объекте этих отношений. «Встреча двух личностей подобна контакту двух химических веществ: если есть хоть малейшая реакция, изменяются оба элемента» (К.Г. Юнг), поэтому в профессиональном действии психотерапевт в своих реакциях не «существует» отдельно от пациента, они вдвоем образуют новую среду и новую коммуникативную целостность, нередко достаточно сложную для них обоих.

Эмпатия, выражаемая участниками балинтовской группы в процессе анализа коммуникации в обсуждаемой истории, позволяет врачу, представляющему свой случай, лучше понять все разнообразие своих чувств и отношений к пациенту, что будет тем самым способствовать более глубокому пониманию чувств пациента и его отношения к врачу. Это процесс очень точно сформулировал К. Витакер (1998): «Благодаря опыту психотерапии и ее анализу у меня появилась способность превращаться в пациента. Это двустороннее измененное состояние сознания — свобода становиться в большей мере самим собой с помощью другого». Эта идея хорошо отражает представление о том, что врач и пациент — это понятия, включающие роли и многообразие реакций каждого из участников коммуникации во врачебном кабинете. Эти роли являются намного менее «монолитными» и более «пористыми», чем может показаться вначале, поэтому они допускают и даже означают активное взаимное влияние друг на друга.

К важнейшим навыкам, которыми должен обладать специалист, работающий в такой «помогающей» профессии, как психотерапия, относят не только hard-skills (тяжелые навыки) — это собственно профессиональные знания и навыки, относящиеся к данной специальности, но и soft-skills (мягкие навыки) — навыки, необходимые всем специалистам коммуникативных профессий: креативность, умение развивать и поддерживать конструктивное взаимодействие и сотрудничество в команде других профессионалов, коммуникативная компетентность, когнитивная гибкость, умение справляться с эмоциональным напряжением в процессе работы, умение учиться у своих коллег и т.д. Среди различных критериев успешности работы психотерапевтов в качестве важнейшего отмечают эффективное владение навыками профессиональной коммуникации. К этим навыкам относят умение критически оценивать качество терапевтического альянса и взаимодействия с пациентами, умение конструктивно справляться с эмоциональным напряжением в процессе работы с теми из них, кто воспринимаются как «трудные», умение и способность демонстрировать техники эффективной коммуникации, а также навыки достаточно высокого уровня понимания и анализа этичности терапевтического/консультативного процесса. На это обращается внимание и в рекомендациях по подготовке психотерапевтов в странах Европейского Союза ESCO.V.1.02 (от англ. Education, Skills, Competences — Образование, Навыки, Компетенции) от 04.10.2017, в которых приводятся такие навыки и умения, как способность принимать на себя ответственность за течение терапевтического процесса, продуктивно создавать и развивать атмосферу терапевтического сотрудничества с пациентом, преодолевать психологическое напряжение, конструктивно выражать себя и слушать пациента. Это относят к существенным и необходимым компетенциям и умениям психотерапевта. Представляется важным и то, что среди навыков профессиональной компетентности этих специалистов отмечена способность критически анализировать супервизионную помощь и использовать ее потенциал для собственного развития в работе, потому что неспособность принять помощь коллег приводит в итоге к неспособности ее оказывать.

Анализ многолетней работы балинтовских групп показывает, что М. Балинт предложил в этой технологии очень эффективный метод, помогающий врачу снизить свою эмоциональную напряженность в работе с «трудными» для него пациентами (по выражению М. Балинта, нередко встречаются «upsettingpatients» — «обрушивающие» или даже «опрокидывающие» психотерапевта) [4]. Понимание и успешное применение в работе такого подхода в работе балинтовских групп способствовало тому, что врачам удавалось перейти к «межличностной психологии», исследуя в каждом случае супервизии в группе характер своих взаимоотношений с больными и факторы, осложняющие эти отношения, а также связанное с этим снижение эффективности самой врачебной работы. Со временем такая технология балинтовских групп помогала врачам постепенно сменить акцент с *болезнь–центрированного* подхода в своей работе на *пациент–центрированный* и на внимание к межличностному взаимодействию в процессе терапии.

Опыт работы балинтовских групп хорошо отражает справедливость представления М. Балинта о том, что «...в центре медицины всегда лежит человеческое взаимодействие между врачом и пациентом» (1957) [4]. Впоследствии эта идея была еще точнее выражена Liz Nickols: «...В отношениях между людьми очень важно понять того, кто вступает в эти отношения. Я говорю не только о вашем пациенте. Первым делом вам нужно понять себя» [1]. «Врач должен открыть в самом себе способность выслушивать у своих больных то, что вряд ли им всегда удастся выразить словами, и поэтому он должен начинать с того, чтобы послушать такую речь в самом себе» (Балинт М., 1957). Это, по его убеждению, благоприятно влияет на формирование взаимопонимания и эффективного терапевтического сотрудничества между врачом и пациентом.

Часть II. Основы психотерапии

Аргументом в пользу такого метода групповой супервизии в профессиональном развитии психотерапевтов, как балинтовские группы, служит то, что врачебная и консультативная деятельность имеют ряд специфических особенностей, в частности таких, как влияние и взаимодействие многочисленных постоянно меняющихся факторов, которые нередко невозможно достаточно полно формализовать, алгоритмизировать для анализа, внести в жестко структурированные схемы. Можно отметить и другие важные характеристики психотерапии, определяющие необходимость супервизии во врачебной и консультативной деятельности.

1. Специфика работы психотерапевта нередко определяется в большей степени личностными особенностями самого профессионала, чем особенностями пациента или клинического случая.

2. Высокая эмоциональная насыщенность межличностного взаимодействия с пациентами в процессе работы.

3. Необходимость постоянного креативного саморазвития вследствие отсутствия готовых программ и алгоритмов работы.

В мировом опыте формирования системы подготовки врачей-психотерапевтов уже много лет акцент делается на актуальности изучения и, соответственно, супервизии различных аспектов практической коммуникации с пациентами, компетентность в которой рассматривается как один из важнейших показателей профессионализма врачей. Коммуникативная компетентность врачей, по мнению и самих специалистов, и опрошенных параллельно с этим их пациентов, входит в круг профессиональных качеств, наиболее значимых для эффективного осуществления психотерапии. Все это представляет собой серьезное предостережение от недооценки роли психологических факторов во взаимоотношениях врача и больного, которая, к сожалению, очень распространена в медицинской практике. За последние десятилетия представления М. Балинта, структурирующие работу группы, получили существенное развитие, но некоторые принципиальные положения, связанные с технологией проведения балинтовских групп, остаются практически неизменными. Например, это относится к тому, что в обсуждении представляемых в группе случаев из врачебной практики акцент делается не на клиническом анализе, поскольку, по определению, *«балинтовская группа не для решений»*, а на различных особенностях и аспектах взаимоотношений врача с пациентом в рамках обсуждаемого случая, его собственных реакциях на различные особенности этой коммуникации. Основной фокус внимания группы — анализ коммуникации врач–пациент, в частности, анализ нарратива пациента и особенностей его выражения невербальными средствами, как происходит «столкновение дискурсов» врача и пациента как неизбежной основы значимой для них обеих коммуникации, описание и анализ контр-переноса врача как комплекса его разнообразных, часто неосознаваемых им реакций на пациента. Правило *«Балинтовская группа — не для решений»* предполагает не просто ограничение, а исключение в ее работе советов, рекомендаций, оценок, критики, ссылок на собственный опыт, кажущийся «аналогичным» (?), какими бы мотивами они не объяснялись.

Не занимаясь поисками истины в обсуждаемой проблеме сложной коммуникации с пациентом и ее «единственно верного решения», в возможности существования которого наивно уверены многие психотерапевты, балинтовская группа тем самым позволяет избегать в процессе обсуждения случая, представленного на супервизию коммуникации врач–пациент, споров, борьбы, давления, критики и связанного со всем этим непродуктивного эмоционального напряжения в группе. Для понимания таких ситуаций хорошо подходит замечание К.Г. Юнга: «Совет — это сомнительное лекарство, но, к счастью, не особенно опасное из-за его крайне малой эффективности».

Представления о современных технологиях балинтовской группы предполагают, что она удерживается от смещения в область личностно-ориентированной или любой иной индивидуальной психотерапии ее участников. Анализ методических руководств по ведению балинтовских групп во многих странах, а также наш более чем 25-летний опыт их проведения позволяют утверждать, что в балинтовской группе в целом не только не приветствуется, а во многих случаях и не допускается применение явных психотерапевтических методик, например психодрамы, релаксационных техник, работы с образами (например, символдрамы), моделирования скульптуры, арт-терапии, проигрывания ролей, в частности, за отсутствующего *«здесь и сейчас»* пациента, методов когнитивной психологии, ориентированной на коррекцию иррациональных установок и достижение инсайта и т.д. Подробно технология работы балинтовских групп, их структура, ресурсы и ограничения, а также подходы к оценке эффективности описаны нами ранее [1].

В литературе по балинтовской супервизии можно встретить различные варианты достаточно необычных, иногда даже экзотических дополнений к традиционной («классической») общепринятой в мире технологии ведения балинтовской группы (например, балинтовской интервизии или арт-терапевтической балинтовской группы), применение которых не может не вызывать оживленных дискуссий и закономерных вопросов у разных специалистов по методологии ведения балинтовской супервизии, справедливо считающих, что внося дополнения в технологию ее проведения, следует все же сохранять «границы» балинтовской группы, дальше которых она перестает быть таковой.

В международном балинтовском сообществе активно и достаточно критично обсуждаются различные вопросы, в частности: такие технические приемы все еще в границах балинтовской технологии? Можно ли это все еще называть балинтовской группой? Насколько в действительности это полезно для работы группы и отдельных ее участников или все же это деструктивно и пагубно вследствие размывания ее границ? Насколько и чем обоснована эффективность таких методов? Насколько и в чем она выше, чем эффективность традиционной (классической) балинтовской группы? Следует отметить, что за последние годы полученных в методически корректно проведенных исследованиях сколь-нибудь

объективных и поэтому убедительных подтверждений этого эффекта не найдено и в практическом опыте многих ведущих балинтовских групп из разных стран мира также не отмечено (даже в Германии, где, например, метод скульптуры в балинтовских группах получил определенное распространение). Это означает, что представление об эффективности таких методов проведения балинтовских групп является всего лишь субъективной точкой зрения их немногочисленных приверженцев, закономерно вызывающей к себе иронично-скептическое отношение. Во многих странах в практике балинтовских групп эффективность такой супервизии подвергается серьезному анализу с использованием достаточно объективных методов исследования в медицине и психологии.

Часть II. Основы психотерапии

Балинтовские группы при их корректном проведении обеспечивают ее участникам возможность (*среду, пространство*) для более глубокого и осознанного анализа врачами своей работы и ее коммуникативных аспектов, развития саморефлексии, лучшего понимания своих пациентов и самих себя в процессе сложного взаимодействия с ними. Они открывают в мышлении врача новые аспекты и подходы, стимулирующие новое понимание пациента и более успешный терапевтический процесс. Группа обеспечивает врачу эмоциональную поддержку в кругу коллег и связанное с этим улучшение коммуникации с пациентами и другими профессионалами. Это достигается активным развитием эмпатии в процессе супервизии. Помощь в балинтовской группе происходит не только (или не столько) от того, что ее участники получают какое-то новое для себя знание, сколько от того, что балинтовская супервизия дает им опыт нового и более конструктивного переживания той неизвестности или неопределенности, которая существует в работе каждого из врачей и в каждом случае его взаимодействия с пациентами. Группа положительно влияет на то, как сами пациенты воспринимают проводимую терапию, что, соответственно, улучшает их взаимодействие с врачами в этом процессе. Группа повышает профессиональную самооценку и степень удовлетворенности своей работой у врача, тем самым способствуя предупреждению профессионального выгорания. Этому способствует также и то, что балинтовские группы являются хорошим средством устранения у них чувства профессионального «одиночества» и успешной формой развития социальной поддержки для врачей. Одновременно с этим происходит и параллельный процесс формирования у них внутреннего локуса субъективного контроля, оптимизма, формирования нового для них позитивного мышления и нового уровня самоэффективности как чувства собственной компетентности, что также позволяет этим профессионалам выйти на более высокий уровень устойчивости к различным фрустрирующим аспектам своей профессиональной деятельности.

Важно также отметить качество, свойственное балинтовским группам и описанное во многих руководствах по социальной психологии, — если рядом, в одном круге сидят и работают люди, испытывающие взаимный интерес и дружелюбно настроенные друг к другу, то они при этом начинают испытывать еще большую взаимную симпатию и оказывать друг другу еще большую поддержку, снижать выраженность тревоги, смущения и страха, осуждения и критики, проявлять больше открытости и спонтанности. Это эффект социальной фасилитации доминирующей в группе реакции, в данном случае — доброжелательного внимания друг к другу, проявляемого человеком в присутствии других людей.

Таким образом, пространство и глубина супервизии в балинтовской группе гораздо больше приближены к реальной жизни, чем ситуация в индивидуальной супервизии, так как в групповой ситуации у этого участника сливаются в единую ткань его внутренняя и внешняя реальности, выражающиеся в виде множественных и очень разнообразных межличностных отношений, формирующихся в реальности группового взаимодействия.

В анализе позитивного влияния балинтовской супервизии на профессиональный и личностный рост участников балинтовских групп представляют интерес и результаты исследования, проведенного T. Stockman (2015) [9]. В этой работе изучались реакции большой группы молодых врачей — психиатров и психотерапевтов в Великобритании после установленного необходимого («обязательного») периода их активного участия в балинтовской группе в рамках последипломного повышения квалификации. Этот период в их профессиональном становлении был направлен на развитие самоосознания и саморефлексии, тем самым — на улучшение их коммуникативных навыков во взаимодействии с пациентами, осознание характера своих эмоциональных реакций на них, снижение уровня «профессиональной алекситимии». Участникам этого исследования был предложен опросник, в котором необходимо было выразить степень своего согласия с различными утверждениями по аналоговой шкале оценок. В результате наиболее значимыми для них оказались следующие утверждения:

- 1) «группа помогла мне почувствовать себя более уверенным в своей работе»;
- 2) «работа в группе улучшила мои коммуникативные навыки в общении с пациентами»;

3) «группа помогла развить в себе целостное понимание пациента и его реакций в процессе взаимодействия с ним»;

4) «группа помогла мне в развитии самопонимания и саморефлексии»;

5) «группа позволила мне получить поддержку коллег»;

6) «группа помогла мне почувствовать больше удовлетворения от своей работы».

Результаты исследования показали, что работа в балинтовской группе, по мнению ее участников, привела к заметным для них позитивным изменениям. Наиболее высокие показатели отмечены в согласии врачей — участников этих групп с утверждениями: *«Группа помогла мне в развитии самопонимания себя в работе и саморефлексии»* и *«Группа помогла мне развить в себе целостное понимание пациента»*. Можно отметить, что эти данные тесно связаны с показателями согласия с другими утверждениями опросника Т. Stockman: *«Группа помогла мне почувствовать больше удовлетворения от своей работы»* и *«Группа помогла мне улучшить мои коммуникативные навыки в общении с пациентами»*.

Одно из важнейших достоинств балинтовских групп заключается в возможности развития процесса саморефлексии в отношении самого процесса терапевтической практики, но также, безусловно, и в отношении самого человека, осуществляющего эту практику и находящегося в сложных отношениях с другими людьми, собственных переживаний, связанных с ними: «Мы не можем надеяться, что пациент сам сумеет прийти туда, где еще не побывали мы сами» (Плок С., 2013) [3]. При серьезном и вдумчивом отношении рефлексия становится не просто (или не только) инструментом, помогающим воспринимать пациента в контексте взаимодействия с ним. Рефлексивность, по мнению L. Finlay и соавт. (2003), предполагает непосредственное динамичное и продолжающееся самоосознание профессионалов, оказывающих терапевтическую помощь другим людям [6]. В этой модели есть несколько положений, которые могут представлять для нас большой интерес в контексте формирования нового, более высокого уровня профессиональной компетентности в процессе балинтовской супервизии. Природа нашей профессиональной деятельности такова, что возникающие в ней ситуации межличностного взаимодействия уникальны, полны внутренних противоречий и напряжения, они всегда сопряжены с различными контекстами и существуют в процессе своего развития и постоянных изменений, поэтому их понимание никогда не является априорно готовым, завершенным и исчерпывающим. В психотерапии каждый рассказ пациента представляет собой уникальное сочетание событий и связанных с ними переживаний. Их переосмысление и будет одной из основных задач в психотерапии, соответственно, и в супервизии. Врачи в процессе анализа своей работы начинают все лучше осознавать, что понимание ими своих пациентов, от которого в самой высокой степени зависит эффективность взаимодействия в терапевтическом процессе и, соответственно, успешность самой терапии, не может быть отделено от самопознания и саморефлексии, предполагающих критическое исследование процесса своей практики, требующего поэтому постоянного внимания к себе. Рефлексия помогает психотерапевтам изменить свои представления об объективности и нейтральности в терапевтических отношениях. Даже тогда, когда специалист считает себя полностью беспристрастным, его представления о пациенте и эмоциональные реакции на происходящее в терапии всегда субъективны, потому что они отражают личные установки и взгляды, а «взгляда ниоткуда быть не может» (Плок С., 2013). Рефлексия в этих случаях помогает понять, как собственные установки реально (или потенциально) влияют на пациентов, какие при этом возникают проблемы во взаимодействии с ними.

Часть II. Основы психотерапии

В дискуссиях последних десятилетий, посвященных анализу работы балинтовских групп врачей-психотерапевтов и оценке эффективности балинтовской супервизии в ряде зарубежных стран, в которых уже накоплен достаточно большой многолетний опыт этой работы и в которых изучаются возможности и целесообразность законодательного регулирования участия специалистов «помогающих» профессий в балинтовских группах, активно обсуждается вопрос о том, является ли целесообразным такое обязательное участие в них и насколько оно может быть полезным, а, может быть, в определенных отношениях даже и пагубным. Стоит вспомнить, что сам М. Балинт, будучи уверенным в пользе этих групп для профессионального развития врачей и в целесообразности их использования у этих специалистов, рекомендовал поэтому ограничиваться *приглашением* их к участию в этой супервизионной работе одновременно с активным и аргументированным разъяснением ее целесообразности и пользы. М. Балинт отмечал, что недирективность, открытость, доверие и эмпатия, возможность свободно обмениваться мыслями и чувствами и свободно обсуждать сложные аспекты во взаимодействии врачей со своими пациентами, служащие основой работы балинтовских групп, не могут быть продекларированы как обязательный элемент

развития в профессии врачей или как формально обязательный этап их лицензирования и допуска к медицинской практике.

В последние годы по инициативе Международной Балинтовской Федерации в ряде европейских стран проводится активное обсуждение целесообразности и возможности правового регулирования работы балинтовских групп, в частности, «обязательного» периода участия в них специалистов помогающих профессий, работающих в сферах медицинской помощи и образования. Были опрошены руководители 14 балинтовских обществ и ассоциаций, входящих в МБФ, редакторы международных балинтовских журналов (4 человека), ключевые эксперты по организации и оценке работы балинтовских групп из ведущих европейских стран (9 человек) и проведен анализ законодательных актов в различных странах с целью исследования того, какое правовое регулирование работы балинтовских групп существует с активной и успешной соответствующей практикой в системе национального здравоохранения и социальной помощи, и богатой историей балинтовской супервизии (Винокур В.А., 2019) [2]. В результате была собрана следующая информация. В Германии с 1987 г. в подготовке врачей-психотерапевтов и специалистов по психосоматической медицине осуществляется государственная программа, которая включает обязательное участие в не менее, чем 15 сессиях балинтовских групп, что является необходимым для дальнейшего получения лицензии на терапевтическую практику.

В Великобритании общепринятого правового регулирования работы балинтовских групп нет, и они в систему последипломной подготовки и усовершенствования медицинских работников не включены. Участие в балинтовских группах здесь всегда считалось добровольным, но при этом на протяжении многих лет балинтовская супервизия входит как в учебные программы медицинских факультетов университетов для студентов, так и в программы курсов последипломной подготовки врачей-специалистов. Это относится к праву университетов самим определять содержание и структуру своих учебных программ. Участие в работе балинтовских групп в Великобритании не влияет на получение врачебной лицензии или на результаты квалификационных экзаменов. Исключением из этой практики является положение, установленное Королевским колледжем психиатров: для этих врачей участие в работе балинтовских групп является обязательным в пределах программы их последипломной специализации, и поэтому в Великобритании невозможно получить лицензию на право работы психиатром, не проходя балинтовскую супервизию в течение установленного времени (полтора года).

В Польше в настоящее время балинтовская супервизия введена в систему последипломного усовершенствования врачей-психотерапевтов как ее обязательный (по их собственной терминологии — «*принудительный*») элемент и рассматривается как рекомендуемая, допустимая, приемлемая и даже приоритетная альтернатива другим формам обучения с целью развития у врачей коммуникативных навыков и профессиональной компетентности. В настоящее время в Швеции активно обсуждается предложение ввести в программы последипломного образования психотерапевтов занятия в формате балинтовских групп, на которых их участники будут изучать различные аспекты коммуникации врач-пациент, а занятия в течение первого года будут проходить в обязательном порядке и в меру интенсивно. После этого периода участие в таких группах останется добровольным. Опыт показывает, что таких врачей, заинтересованных в развитии своей коммуникативной компетентности и, соответственно, профессиональном росте, достаточно много. Поле получения врачебной лицензии и начала практики врачи-специалисты, участвующие в балинтовских группах, получают определенное количество баллов за такую работу, что учитывается в процессе их обязательного (и неизбежного) непрерывного профессионального образования.

В ряде европейских стран в последние годы сложилась интересная в этом отношении традиция — регулярная презентация балинтовских групп на собраниях национальных психотерапевтических обществ и проведение балинтовских конференций и семинаров (уик-энд) для врачей различных специальностей, прежде всего психотерапевтов. Это настолько способствует популяризации балинтовских групп, что, по оценкам балинтовских обществ этих стран, до 80% врачей на собственном опыте участия в этих группах хорошо знакомы с такой формой супервизии и мотивированы на работу в ней иногда на протяжении многих лет. Участие психотерапевтов в этих группах приветствуется и настолько активно поддерживается местными органами здравоохранения или администрацией медицинских учреждений, как государственных, так и частных, что они оплачивают врачам такую форму супервизии и тесно связанного с ней профессионального развития, отмечая, как позитивно влияют балинтовские группы на эффективность работы с «трудными» пациентами. Эта эффективность возрастает вследствие улучшения коммуникации врачей с ними и благоприятного влияния балинтовских групп на профессиональное «самочувствие» самих врачей и позитивную саморефлексию себя в коммуникации с пациентами.

Описывая достоинства балинтовской супервизии в терапевтической практике, целесообразно воспользоваться с небольшим перефразированием замечанием Д. Бьюдженталя, которое

относится к психотерапии: «Балинтовская группа занимается тем, как вы живете со своими чувствами, вашим подходом к взаимоотношениям с людьми, имеющими для вас значение. Это то, как вы живете сами с собой в данный момент и в своей профессии». В этой модели супервизии очень успешно осуществляется идея Ч. Уорнера о том, что «...одно из прекраснейших свойств нашей профессии заключается в том, что невозможно искренне помогать другому, не помогая при этом самому себе». И, конечно, стоит периодически напоминать себе, что если вы считаете, что собственное развитие в профессии путем регулярной супервизии обходится вам слишком дорого, попробуйте подсчитать, во что обходится вам незнание или некомпетентность.

Часть II. Основы психотерапии

Список литературы

1. Винокур В.А. Балинтовские группы: история, технология, структура, границы и ресурсы. СПб.: СпецЛит, 2019. 263 с.
2. Винокур В.А. «Обязательные» балинтовские группы специалистов «помогающих» профессий — международный опыт, целесообразность и анализ эффективности // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. 2020. Т. 12, № 2 (61). URL: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2020_2_61/nomer08.php.
3. ДюПлок С. На пути становления рефлексивного экзистенциального психотерапевта // Existential. 2013, № 6. С. 146–166.
4. Balint M. The Doctor, his Patient and the Illness. London, 1957.
5. Ferenczi S. The Clinical Diary of Sandor Ferenczi. Harvard Press, 1985.
6. Finlay L., Gough B. Reflexivity. A Practical Guide for Researchers in Health and Social Sciences. Oxford, 2003.
7. Foulkes S.H. Introduction to Group-Analytic Psychotherapy: Studies in the Social Integration of Individuals and Groups. Maresfield Reprints, 1983.
8. Shoenberg P. Psychosomatics: The Uses of Psychotherapy. New York, 2007.
9. Stockman T. Qualitative Analysis of Medical Student Balint Groups during a psychiatry placement // J. Balint Soc. 2015. Vol. 43. P. 39–44.

Часть II. Основы психотерапии

Глава 16. Супервизия в психотерапии

В Санкт-Петербургской (Ленинградской) школе психотерапии супервизия (хотя специально такой термин не употреблялся) проводилась в рамках клинико-психотерапевтических разборов под руководством Б.Д. Карвасарского в отделении неврозов и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева и, таким образом, изначально акцент был на клиническую супервизию. После создания в 1982 г. кафедры психотерапии в Государственном институте для усовершенствования врачей (ГИДУВ) (ныне ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России) эти разборы стали систематическими, на них присутствовали не только сотрудники отделения, но и курсанты и аспиранты кафедры. Такой очный вариант супервизии позволял коллегам, представившим свой случай, лучше понять психогенез расстройства и внедрить рекомендации расширенного супервизорского консилиума в дальнейшую индивидуальную и групповую психотерапию с данным пациентом. До конца своих дней Б.Д. Карвасарский рецензировал все научные и практические работы по психотерапии, в том числе давал «обратную связь» как по клиническим случаям, публиковавшимся в «Учебнике по психотерапии», так и по всем направлениям и техникам психотерапии, описанным в «Психотерапевтической энциклопедии».

После создания РПА в 1994–1995 гг. интерес к супервизии как «особого вмешательства» усилился. В 1997–1998 гг. на кафедре психотерапии был проведен первый цикл консилиумов, который назывался «Балинтовская группа и супервизия», получивший положительную оценку слушателей. По инициативе члена РПА О.В. Кремлевой в 1998 г. было опубликовано первое методическое пособие на русском языке по супервизии «Балинтовские группы и супервизия в подготовке специалистов, работающих с людьми» (авторский коллектив В.А. Винокур, О.В. Кремлева, С.А. Кулаков, Э.Г. Эйдемиллер и др.).

В 2000 г. был создан Супервизорский Совет в рамках РПА, и супервизии в обязательном порядке были представлены на апрельских семинарах, организуемых Р.К. Назыровым. В 2002 г. С.А. Кулаковым в издательстве «Речь» была опубликована книга «Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии». Д.А. Федоряка в 2017 г. выпустил книгу «Супервизия в психотерапевтической практике», где изложены принципы супервизии с позиций ЛОРП.

В 2018 г. вышел учебник С.А. Кулакова «Супервизия в психотерапии», третье издание, дополненное, датировано 2021 г.

Начиная с декабря 2014 г. работает Совместный проект Гильдии психотерапии и тренинга, Альянса помогающих практик «ПроБоно» и РПА, ориентированный на психологов и психотерапевтов, ведущих клиентскую практику, начинающих специалистов, а также практикующих супервизоров. Лучшие супервизоры из разных подходов проводят открытые встречи, имеют возможность, сохраняя принадлежность к своей школе, обогащаться другими направлениями психотерапии и психологического консультирования.

Полезным инструментом в супервизорской практике при работе с пациентами различных уровней организации личности служит концепция «мишень психотерапии», предложенная С.В. Ляшковой с коллегами в 2014 г.

В 2019 г. членами Супервизорского Совета РПА был проведен первый офлайн-цикл по супервизии, а в 2020 г. в связи с пандемией были организованы два онлайн супервизорских цикла, позволив слушателям со всех уголков страны и из ближнего и дальнего зарубежья принять в нем участие. Решением координационного совета РПА от 28 января 2020 г. утверждено положение о супервизоре в этой ассоциации. Настоящим положением вводятся статусы супервизоров: супервизор метода, аккредитованный РПА, супервизор внеметодической супервизии аккредитованный РПА, супервизор супервизорского совета. Супервизия с самого начала внедрялась в виде части системы помогающих профессий, но только в последние годы ее стали рассматривать как отдельную область со своим собственным набором навыков и инструментов. Супервизия используется практически во всех направлениях психологии, чтобы помочь практикам-консультантам в процессе обучения развивать клинические и профессиональные навыки.

Расширение сфер супервизии:

- разбор случаев,
- этические проблемы (включая границы),
- юридические проблемы (включая такие моменты, как раскрытие данных представителям правопорядка),
- контрперенос,
- вовлечение личности в клиническую работу,
- диагностические навыки,
- планирование лечения,
- методы воздействия,
- эффективная запись клинического случая,
- культурная компетенция,
- новости и современная политика психосоциальной помощи,
- взаимоотношения с коллегами и менеджмент,
- связанные с работой стрессоры,
- карьерные цели,
- уверенность в своем развитии,
- забота о себе.

Определение и функции супервизии

Супервизия (от англ. *supervidere* — обозреть сверху) — это один из методов теоретического и практического повышения квалификации специалистов в области психотерапии, клинической психологии в форме их профессионального консультирования и анализа качества используемых практических подходов и методов психотерапии. Теории рассматривают на лекциях, описывают в учебнике, приемы демонстрируют на практических занятиях, но психотерапия, в процесс которой вовлечены два или несколько человек, их отношения, переносы, не может быть изучена посредством традиционного способа преподавания. Супервизия отражает «ремесленный аспект» психотерапии. Психотерапия дает возможность пациенту высказать свои переживания на приеме у специалиста, супервизия позволяет психотерапевту (супервизируемому) предоставить на супервизию выборочный материал психотерапии. Супервизия — самый важный механизм развития компетенций у терапевтов в процессе обучения. По итогам данного профессионального консультирования психотерапевт достигает улучшения контакта с пациентом, у которого уменьшаются ригидные установки по отношению к терапии, происходит развитие и становление идентичности психотерапевта.

Часть II. Основы психотерапии

Супервизия — особый метод педагогического вмешательства, проводимый более старшим членом профессионального сообщества более младшему коллеге или коллегам, которых

объединяет служение одному делу, одной профессии (но не всегда). Данный метод, иерархический по сути, простирается во времени и имеет одновременные цели повышения профессионального функционирования более младшего коллеги, экспертизы качества профессиональных услуг, предлагаемых клиентам, выступает в роли сторожа для конкретной профессии, в ворота которой супервизируемый хочет войти [17, 45].

Другое определение дает П. Ховкинс: «Супервизия — это совместное усилие, в рамках которого практикующий специалист с помощью супервизора заботится о своих пациентах, которые сами являются частью отношений со специалистом и более широким системным контекстом [51]. Супервизия улучшает качество работы, трансформирует отношения пациент–супервизант. Непрерывно идет развитие личностных и профессиональных навыков специалиста, расширение его профессиональной компетенции. Эта деятельность продолжается на протяжении всей медицинской карьеры».

В супервизии опытный «эксперт по межличностным отношениям» помогает начинающему психотерапевту систематически видеть, осознавать, понимать и анализировать свои профессиональные действия и свое профессиональное поведение. Сложности, возникающие в процессе профессиональной деятельности (актуальный конфликт), стимулируют внутренний конфликт психотерапевта и механизмы его психологической защиты и совладания. Исходя из этого, супервизия наряду с обучением (в смысле передачи новых знаний и навыков) включает элемент психологического развития специалистов.

Супервизор в силу своего клинического и педагогического опыта знаком со многими психотерапевтическими направлениями, представлениями о типах характеров, формах защиты, с моделями внутриспсихического и межличностного функционирования, и ему проще систематизировать поток поступающей информации.

Однако существуют и другие цели супервизии. Альтернативная точка зрения рассматривает супервизию как искусство «взгляда с другой стороны» (английская игра слов «over-seeng» — надзор, «seeng-over» — «подробный осмотр, взгляд с другой стороны»). С этой позиции супервизия дает возможность супервизируемому пересмотреть и переосмыслить произошедшее при встрече с клиентом/пациентом, а также понять, что было упущено или неверно истолковано. Происходит *пересмотр встречи супервизируемым*, и в ходе откровенного диалога супервизор помогает прояснить новую информацию. Это побуждает супервизируемого понять и объяснить, что возникло в ходе встречи с клиентом/пациентом. Этот подход «взгляда с другой стороны» сосредотачивает супервизию на текущих переживаниях супервизируемого (по поводу того, каково быть терапевтом, лечить) в отношении конкретного клиента/пациента или клиентов вообще. *Супервизия и психотерапия представляют параллельные категории, они связаны между собой в единую систему.* Эта связь обеспечивается благодаря формированию в супервизии и психотерапии положительного переноса, частью которого является бессознательная идентификация и подражание. Вне зависимости от теоретической модели супервизия выполняет следующие функции (Модель Проктора, принятая во многих современных направлениях супервизии). *Обучающая, дидактическая функции супервизии.* Становление психотерапевта — это длительный процесс индивидуального и профессионального развития. Такая работа проводится в течение всей жизни, способствуя обогащению профессиональных навыков и знаний супервизируемого. Многие авторы считают эту функцию самой важной в работе супервизора. Супервизия в психотерапии предполагает множественные уровни ответственности, так как супервизор выступает в роли учителя и оценщика, причем эти роли присутствуют при супервизии любого направления психотерапии. Передача супервизорских гипотез, инсайтов и стимуляция собственного мышления супервизируемого, особенно в случаях сопротивления, — важная педагогическая задача. На первом уровне супервизии идет обучение сбору базисной психопатологической информации, постановки диагноза и формулированию рекомендаций по лечению. Более сложными для анализа могут быть такие явления, как психотерапевтический процесс, психодинамические параметры (включая перенос, контрперенос, сопротивление) и продвинутые методы лечения. Некоторые психотерапевты не в состоянии понять значимость психодинамических концепций, которые не соотносятся с эпизодами их собственной жизни. Супервизор делится своим опытом, делает ссылки на ту литературу, которую следует почитать по конкретной проблеме клиента/пациента.

Поддерживающая или реставрационная функция (обновляющая). Она направлена на эмоциональные аспекты работы с пациентами и позволяет оценить эмоциональный и когнитивный ответ на профессиональные моменты. Нередко тревожность начинающих психотерапевтов зависит от дефицита профессиональных навыков. В этом случае следует устанавливать профессиональную дистанцию, анализировать систему отношений, проводить аналитическую оценку отношений с пациентом. В итоге должно наступить улучшение контакта с пациентом в рамках предпочитаемой модели супервизируемого. Супервизор выступает в роли «Феи Сирени» («Сказка о Спящей Красавице»), уменьшая ригидные и идеалистические представления супервизируемых о проблемах и отношениях с пациентами.

Менеджерская или нормализующая функция позволяет контролировать качество работы, устранять «слепые пятна» и контрперенос, защищать пациента через гармонизацию профессионального поведения супервизируемого. Во многом это происходит не из-за недостатка опыта и знаний, а из-за человеческих слабостей, уязвимых областей личности, индивидуальных предубеждений и т.д. В супервизии изучают направление работы, осуществляют оценку профессиональной деятельности, ролевого репертуара и распределения ответственности. Проводят также анализ эффективности работы для уменьшения стрессовых факторов на работе.

Эту функцию супервизии называют еще «стражей» (от англ. gate-keeper). Однако в групповой супервизии, при однократных супервизиях ее на самом деле осуществить достаточно сложно, так как супервизируемый после доклада своего случая, уезжает в свой регион, и «обратной связи» по динамике состояния пациента обычно от него не получаем. Все три функции (обучающая, поддерживающая, менеджерская) не всегда удобно расположены вместе, и многие супервизоры могут отказаться от одной из ролей.

Часть II. Основы психотерапии

Супервизор смотрит глазами клиента/пациента!

Супервизия — это «особое вмешательство».

Цель супервизии — превратить молодого специалиста в опытного психотерапевта, а не в опытного пациента. Однако если супервизор обнаруживает личностную проблему, мешающую клинической работе, он должен помочь психотерапевту найти выход из тупика и/или порекомендовать прохождение личной терапии, причем ее следует проводить другому профессионалу, а не супервизору. Такому правилу необходимо придерживаться во избежание двойственности (интерролевого конфликта), компрометирующей супервизорские отношения. Терапевтические отношения, участие в которых имеет некоторую долю зависимости, в особенности должна проходить вне супервизии. Конечно, различия очень тонкие, но они есть. Ниже перечислены возможности супервизора во внеметодической (интегративной) модели супервизии.

- Имеет широкое представление о методах диагностики и лечения. Супервизор **должен диагностировать и давать «обратную связь» по любому пациенту.**
- Делает акцент на отношениях между пациентом и психотерапевтом.
- Следует принципу «пациент — лучший супервизор».
- Слушает, как пациент воспринимает то, что говорит ему психотерапевт.
- Вникает в нюансы ответов пациента.
- Мысленно выдвигает гипотезы, почему у пациента возник такой отклик на вмешательство психотерапевта.
- Наблюдает субъективные реакции, настроение, фантазии, ассоциации, невербальное поведение, интуитивные представления.
- Принимает во внимание «параллельный процесс».
- Выдвигает гипотезы о том, что произошло с пациентом.
- Рассказывает о собственном опыте контакта с подобными пациентами.
- Учитывает нарциссическую ранимость ученика и создает безопасный сеттинг в супервизии.
- Подтверждает или отвергает гипотезы психотерапевта.
- Проигрывает роль психотерапевта и супервизирует пациента.
- Облегчает самопознание супервизируемого и помогает ему выявить личностные проблемы и зоны развития.
- Адресует к литературным источникам, где описано, как поступать в подобном случае.
- Исследует реалии контрпереноса.

Необходимым условием адекватной супервизии является знание супервизионного кодекса (устава, инструкций и другой документации). После супервизии специалист должен составить отчет.

Процесс супервизии. Супервизор осуществляет поддерживающие, нормализующие и сдерживающие вмешательства с целью создания в процессе обучения атмосферы доверия. Наряду с этим супервизор помогает коллеге справиться с нападками на его чувство собственного достоинства с помощью дистанцирования (от симптоматики, пациента), побуждая взглянуть на свой опыт другими глазами, так как основная задача супервизии состоит в обучении практиканта смотреть на проблему по-новому. Проблемы пациента, возможности психотерапевта, требования к психотерапии и другие факторы нуждаются в переоценке. Представления психотерапевта о пациенте, о себе и психотерапевтическом процессе зависят от его желаний, страхов, фантазий и бессознательных конфликтов.

Супервизию можно рассматривать как пространство, в котором супервизируемый и супервизор совместными усилиями осуществляют построение новых способов упорядочения впечатлений от психотерапии. Если супервизор объяснит начинающему специалисту цель и задачи супервизии, которая служит во благо развития специалиста, последний будет воспринимать это «особое вмешательство» с меньшей тревогой.

Быть на супервизии — почти то же самое, что быть в терапии: супервизия предполагает исследование собственных страхов и потребностей стажера. Эти страхи и потребности далее связывают с тем, как они способствуют или препятствуют работе с пациентом — главным образом через понимание того, как перенос и контрперенос влияют на взаимодействие терапевта с клиентами.

Супервизия — это гавань или убежище, где супервизируемый может временно выйти из «боевых действий» и начать размышлять и рефлексировать, служит профилактической мерой профессионального выгорания.

От супервизируемого требуется:

- кратко озвучить общие цели клиента;
- кратко озвучить цели рассматриваемой сессии;
- назвать причину выбора сессии для обсуждения;
- кратко резюмировать события до данной сессии (ввести в курс дела);
- объяснить, чего он(-а) хотел(-а) достичь на данном этапе сессии;
- четко озвучить, какую конкретно помощь ожидает от супервизора;
- подготовить к сеансу презентацию случаев и принести клинический материал (заметки, аудио/видеозаписи).

От супервизора требуется:

- создать профессиональные отношения, от которых будет зависеть успех или провал супервизии;
- раскрыть потенциал супервизируемого;
- быть гибким в роли учителя, терапевта, проводника;
- исследовать материалы, подготовленные к сеансу.

Супервизор может приступить к проведению консультации, задав вопрос супервизируемому: «Как бы Вы хотели использовать время супервизии?» На этот вопрос супервизор нередко получает следующий ответ: «Я хотел бы поговорить о пациенте. В какой форме мне о нем рассказать?»

В том случае, когда учащийся не в состоянии четко изложить материал, супервизор не должен позволять ему слишком долго путаться в своих объяснениях, а предложить перенести занятие. Значительную часть супервизии занимает помощь супервизируемому лучше понимать пациентов и использовать это знание в своей работе. Нужно помнить и об ответственности перед пациентом. Один из способов контроля лечения — обсудить с супервизируемым психотерапевтический диагноз пациента (например, структурный диагноз по О. Кернбергу). В идеальном случае гипотезы строят и обобщают не только по поводу пациента, но и вместе с пациентом.

Часть II. Основы психотерапии

Супервизор стремится начать супервизию таким образом, чтобы не возникало недоразумений и трудностей на пути к открытому обучению. Например, он может задать ряд благожелательных вопросов психотерапевту по поводу его образования, поинтересоваться слабыми и сильными сторонами его обучения. Сколько у него уже было супервизорских консультаций, и оправдали ли они его надежды? Как он сам оценивает свои профессиональные качества как психотерапевта? С какой областью связывает свою профессиональную деятельность — психотерапевтической, исследовательской или административной? Проходил ли сам курс индивидуальной или групповой психотерапии? Информация о супервизируемом на начальном этапе супервизорства помогает сориентироваться и выбрать метод проведения консультаций. Супервизор может предложить супервизируемому задать вопросы относительно своего образования, своих теоретических воззрений и сферы научно-практических интересов.

Супервизия, при которой обучаемый воспринимает критику как негативную обратную связь, может стать травмирующей в эмоциональном плане для этого человека, особенно если стажер имеет опыт плохого обращения с ним. Именно поэтому критику всегда следует излагать в «конструктивной» манере.

Широкое распространение получила в настоящее время онлайн или дистантная супервизия. Она имеет как преимущества, так и недостатки.

Преимущества

- Больше количество инсайтов.
- «Я не одинок»; «У других тоже есть ошибки».
- Обучение на чужих кейсах.
- Энергия и поддержка от группы.
- Экономия денег.
- Выявление «слепых пятен».

Недостатки

- Больше путаницы, «бомбардировка» супервизируемого.
- Соревновательный эффект.
- Недостаточное внимание к конкретному случаю.
- Больше времени уделяется другим участникам.
- Групповая динамика становится доминирующей.
- Члены группы могут знать клиента или контекст его обращения.
- Супервизор не успевает сделать качественное заключение.

Нередко оказывается упущенной одна из задач супервизора — научить практикующего специалиста слушать пациента. Какую она принесет пользу и как она может препятствовать наблюдениям? Одни психотерапевты обращают внимание на речь пациента, другие — на его одежду, движения и выражение глаз, некоторые — на события, о которых сообщает пациент, не обращая внимания на сопутствующие рассказу эмоции. Есть такие психотерапевты, которые внимательно относятся к телесным проявлениям и чувствам пациента, забывая при этом о клинической, психопатологической диагностике, «структурном диагнозе». Супервизор в конце сессии обязан устно или письменно сделать супервизорское заключение.

Модели супервизии. В настоящее время в каждом направлении психотерапии используют свои принципы и модели супервизии. Целесообразно рассмотреть те модели, которые популярны в большинстве стран. Это семимерная модель (П. Ховкинс, Р. Шохет) и шестифокусная модель супервизии (Э. Уильямс). Первая из них более обширная и затрагивает профессиональный кодекс и этику, организационные аспекты и т.д. При использовании любой из этих моделей супервизор может проявить свой исследовательский талант в любом звене или фокусе этих систем (конечно, в первую очередь, надо ориентироваться на запрос супервизируемого).

Используя шестифокусную модель в качестве алгоритма супервизии, можно продемонстрировать, в чем могут состоять трудности и ошибки в каждом фокусе. Распределение фокусов условно, так как конкретный пациент может вызывать трудности сразу в нескольких фокусах (принцип взаимосвязанности и взаимозависимости). Шестифокусная модель:

- терапевтическая система:
 - фокус на пациенте;
 - психотерапевтические мишени нозологической специфичности;
 - фокус на клинической ситуации;
 - фокус на психотерапевтическом процессе и методе;
- супервизорская система:
 - исследование отношений между супервизором и обучаемым, а также вероятности «клонирования» системы (параллельного процесса);
 - контрперенос;
 - впечатления и рекомендации супервизора.

Терапевтическая система: фокус на пациенте. Психотерапевтические мишени нозологической специфичности. Рассказ терапевта о пациенте и история самого пациента. Общие сведения о пациенте: возраст, профессия, семейное положение, религия, характеристика микросоциального окружения. Симптомы, их значение, содержание, история, метафоры. Структура (психодинамический диагноз). Объектные отношения. Фиксация на ранних стадиях развития. Психо-инфодинамика. Коммуникация. Внутри- и межличностные конфликты. Конфликтные внешние жизненные обстоятельства. Конфликт между морально-нравственными установками и влечениями. Конфликты, сохраняемые в течение длительного времени, например, зависимости либо автономии; конфликты, связанные с самооценкой. Управление жизнью. Управление эмоциями. Отсутствие осознания конфликта и чувств. Способ переработки конфликтов. Восприятие самого себя. Симптоматические проявления и

желание редукации симптома. Прошлые, настоящие или предстоящие утраты. Дефекты характера (перфекционизм, своеволие). Ненависть к объекту. Страх потери объекта. Вина перед значимым объектом. Ценностно-смысловой конфликт.

Ожидания пациента. Что надеется получить от психотерапии пациент? Как он выразил свои пожелания по психотерапии? Что указывает на его скрытые желания в этом отношении? Реальны ли желания пациента? Почему пациент пришел именно к супервизируемому? Почему пациент именно сейчас хочет воспользоваться психотерапией?

Гипотеза появления проблемы, предложенная пациентом или членами его семьи, раскрывает внутрисемейные убеждения, относимые к этой проблеме, их влияние на переживания и на методы решения проблемы. (Например, усиление симптоматики у О. чаще всего возникает, когда ее муж приходит домой пьяным.)

Эти данные имеют большое значение для прогноза терапии, определения стратегии терапевтических отношений, выбора психотерапевтических техник, соотнесения психотерапевтического диагноза и традиционного клинического диагноза.

Психологу и психотерапевту важно уметь собрать анамнез независимо от того, в какой парадигме он работает. Самые важные темы диагностического интервью изложены ниже.

Часть II. Основы психотерапии

Симптомы, патологические черты характера, психиатрическая история

- Симптомы и патологические черты характера, которые привели пациента на лечение.
- Тщательная и систематическая оценка всех симптомов и трудностей, начиная с настоящей картины проблем, а также обзор трудностей и симптомов в истории прошлой жизни.
- История предыдущего психиатрического лечения, медикаментозной терапии и госпитализации.
- Медицинская история и история злоупотребления ПАВ, семейная история психических расстройств, история травматических событий, физического и сексуального злоупотребления или отвержения.
- Комплексная психиатрическая оценка симптомов, включая симптомы аффективных, тревожных, психотических, пищевых расстройств, проблем в обучении, злоупотребление ПАВ, аутодеструктивное поведение, история жестокости или криминала.
- Обзор предыдущего лечения, включая трудности, возникшие в процессе его прохождения. Как закончилось лечение — мнение пациента о каждом эпизоде предыдущего лечения.

Личностное функционирование в отношениях, работе и отдыхе

- Степень, до которой симптомы и патологические черты характера препятствуют личностному функционированию.
- Межличностное общение, включая интимные отношения и секс.
- Вовлеченность в работу, учебу сейчас и в прошлом.
- Индивидуальные интересы, хобби и проведение свободного времени.

Структурные характеристики личности. Дименсиональная оценка организации личности (невротическая, пограничная, психотическая структура) и структурный диагноз

- Формирование идентичности, чувство Self и Других. Способность инвестировать в отношения и осуществлять долгосрочные цели.
- Качество объектных отношений. Межличностное функционирование. Понимание отношений в терминах взаимности или удовлетворения собственных потребностей.
- Защитные стили. Адаптивные психологические защиты, основанные на подавлении, или незрелые, основанные на расщеплении и отрицании.
- Управление агрессией. Сбалансированное, своевременное выражение агрессии или блокировка агрессии, или неадекватное ее выражение по отношению к себе и окружающим.
- Моральный компас. Интернализированные ценности и идеалы, определяющие поведение или неэтичное и антисоциальное поведение.
- Комплексная дименсиональная оценка здоровья, включая тяжесть патологии, покрывающая каждый из пяти доменов (идентичность, объектные отношения, защиты, агрессия, моральные ценности).

Использование экспрессивных техник является мощным катализатором изменений у пациента с невротическим уровнем организации личности и способно нарушить имеющуюся систему защит пограничного и психотического пациента (после достигнутого подобным образом интенсивного осознания у него может следовать мощный регресс и обострение симптоматики). Остановимся на частых затруднениях в «фокусе на симптоме» у психотерапевтов.

Пограничное расстройство личности. Пограничное расстройство личности проявляется всепроникающей картиной нестабильности межличностных отношений, образа себя и аффектов, а также выраженной импульсивностью, начинающейся с раннего взрослого возраста и присутствующей в различных контекстах, о чем свидетельствуют следующие признаки.

- Отчаянные усилия избежать реальное или воображаемое одиночество.
- Картина неустойчивых, чрезвычайно сложных межличностных отношений, которые могут характеризоваться колебаниями между идеализацией и обесцениванием, обычно в сочетании с сильным желанием и страхом близости.
- Нарушение идентичности, проявляемое в выраженном и постоянно неустойчивом образе себя или самоощущении.
- Склонность действовать опрометчиво в состоянии сильного негативного аффекта, что приводит к потенциально саморазрушительному поведению (например, рискованное сексуальное поведение, опасное вождение, чрезмерное употребление алкоголя, употребление ПАВ, переедание).
- Повторяемые эпизоды самоповреждения (включая попытки самоубийства).
- Эмоциональная нестабильность из-за выраженной реактивности настроения. Колебания настроения могут быть вызваны как внутренними (например, собственными мыслями), так и внешними событиями. Как следствие, индивид испытывает сильные гневливые состояния, которые обычно длятся несколько часов, но могут достигать до нескольких дней.
- Хроническое чувство пустоты.
- Неуместный интенсивный гнев или трудности с контролем гнева в частых их проявлениях (например, крики или вопли, бросание или разбивание вещей, драки).
- Преходящие психотические симптомы (например, кратковременные галлюцинации, паранойя) в состоянии аффекта.
- Представление о себе как о несоответствующем, плохом, виновном, отвратительном и достойном презрения.

Дифференциальный диагноз между пограничным расстройством личности (ПРЛ) и расстройством настроения может быть проблематичным, особенно в случае БАР II типа. Однако следует отметить, что аффективные сдвиги при ПРЛ регистрируют чаще между гневом и дисфорией и реже между подъемами и спадами настроения (как при БАР), больше зависят от контекста отношений, чем от эндогенных колебаний. Следует также подчеркнуть, что такой феномен, как «гиперментализация» (гиперрефлексия) — нередкий симптом у таких пациентов.

Часть II. Основы психотерапии

Нарциссическое расстройство личности. Другим, сложным в верификации диагнозом служит нарциссическое расстройство личности. Это расстройство не вошло, к сожалению, в новую классификацию МКБ-11 (Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 11-го пересмотра), хотя для психолога и психотерапевта важно знать его особенности, ибо эти пациенты часто внезапно обрывают и обесценивают терапию. В английском Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го издания (DSM-V) (от англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) наоборот, обозначены даже дополнительные критерии для этого расстройства. Пациенты с нарциссическим личностным расстройством могут быть профессионально успешны, устойчиво работоспособны и социально коммуникабельны, но у них также можно наблюдать функциональную неполноценность, либо с дезадаптивными нарциссическими чертами и влиянием сопутствующих психических расстройств, либо со злокачественными, антисоциальными или психопатическими чертами.

Самостоятельно на психотерапию они чаще всего записываются в связи с возникшим соматическим или психосоматическим заболеванием и составляют когорту клиентов, быстро ее прерывающих. Существенными характеристиками личностного расстройства являются нарушения функционирования личности (в сфере Self и в сфере межличностных отношений),

а также наличие патологических личностных черт). Перечислим наиболее частые причины обращения.

- **Ультимативные требования семьи, учителей, судебных органов.** Отрицание или отсутствие осознания своих проблем или страданий, обвинения в проблемах других.
- **Разочарования в жизни, неспособность достичь поставленных целей.** Отсутствие сложных внешних проблем, внутренняя пустота, бессмысленность, дисфория, неспособность устанавливать дружеские отношения, социальная изоляция, провал достижения личных целей.
- **Острый кризис (личная потеря).** Вспышки гнева, сексуальная дисфункция, ситуационная тревога, униженность, стыд, страх.
- **Психическое расстройство.** Биполярное расстройство, зависимости от ПАВ, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) или депрессивный эпизод.
- **Суицидальность.** Отчаяние, страх, унижение, беспомощность, ярость, ненависть к себе.

На отрицательную и положительную динамику нарциссизма часто оказывает влияние текущая жизненная ситуация, которая может быть угрожающей, токсичной или, наоборот, воодушевляющей и целебной. Кроме того, пациенты могут по-разному чувствовать и вести себя в различных социальных и межличностных контекстах. Например, один и тот же человек может быть доминантным и уверенным в себе в одних условиях, а в другой ситуации сделаться ранимым эскапистом, мучимым завистью и обидой. Нарциссические черты также могут усиливаться в ответ на угрожающие или травмирующие обстоятельства. Особые ситуации, не будучи травматичными по своей сути, могут казаться таковыми в сознании хрупкой нарциссической личности. Такая нарциссическая травма угрожает личному чувству адекватности, стабильности и благополучия. У пациентов с нарциссическим расстройством личности выявлена повышенная частота ПТСР, в связи с чем это заболевание считается предрасполагающим фактором. Сходные данные получены в отношении травм и страхов у пациентов с нарциссическим расстройством личности.

При проведении дифференциальной диагностики с нарциссическим расстройством личности оценивают «моральный компас» (нечестность, эксплуатация и т.п.), а также выраженные антисоциальные черты. Важным для дифференциальной диагностики пограничного и нарциссического расстройств личности на пограничном уровне служит наличие или отсутствие интегрированной идентичности. У пациентов с ПРЛ в разные моменты времени проявляются разные аспекты их внутреннего мира. *А у пациентов с нарциссическим расстройством личности пограничного уровня фрагментация и слабость идентичности скрыта за нестабильной и хрупкой Я-грандиозностью, которую они демонстрируют миру и себе.* При тяжелом нарциссическом расстройстве, как и при ПРЛ симптомы могут проявляться остро: импульсивность, хаос в отношениях со значимыми людьми, значительное падение работоспособности, невозможность эмоциональной близости, парасуицидальное поведение и нанесение себе вреда. Кроме того, такие пациенты склонны к антисоциальному поведению, что требует дифференциальной диагностики различных типов нарциссической патологии и антисоциальных синдромов разной степени выраженности.

Самыми важными дифференциально-диагностическими признаками являются, во-первых, сложность принятия пациентами с нарциссическим расстройством личности любых зависимых отношений, чрезвычайно малый вклад в развитие отношений (за исключением случаев эксплуатации или паразитизма), отчужденность. Это резко отличается от выраженной амбивалентности, верности и зависимости, характерной для отношений у пациентов с ПРЛ. Во-вторых, у лиц с нарциссическим расстройством личности чаще отмечают выраженные флуктуации чувства неполноценности и неудачливости (с сопутствующими депрессивными реакциями) с одной стороны, превосходства и грандиозности — с другой. Последнее проявляется в презрительном и пренебрежительном отношении к другим, включая лечащего врача. У пограничных пациентов отношения изменяются от острой зависимости и идеализации до гневного отвержения, но у них никогда не бывает хронического презрения, свойственного «нарциссам». В-третьих, вследствие вышеуказанных особенностей, пациенты с тяжелым нарциссическим расстройством личности (на пограничном уровне) обычно социально изолированы, даже если работают с людьми. Они теряют друзей и не поддерживают длительные отношения; их объективное одиночество контрастирует со сложными, противоречивыми, но сцепленными связями пограничных пациентов. Структурный диагноз помогает более четко определить уровень организации личности. Преждевременное прекращение лечения или внезапный обрыв лечения у таких пациентов обусловлен следующими причинами:

- чувствительность к изменениям в жизни (например, брак, роды, старение) и внезапным жизненным событиям, которые могут нарушить терапевтический альянс;

- неприятие диагноза, ощущение собственной грандиозности, исключительности и отсутствие эмпатии;
- чувствительность к чувству вины, критике и несправедливому обращению, в том числе со стороны терапевта;
- слабая толерантность к аффектам, особенно чувству стыда, унижения и уязвимости;
- желание понравиться/произвести впечатление на терапевта или неготовность к терапевтическим изменениям;
- поиск помощи после нескольких неудачных предыдущих попыток терапии;
- суицидальные мысли и поведение;
- вторичная выгода симптомов;
- агрессивные, антисоциальные и психопатические особенности, которые связаны с плохим прогнозом;
- негативные контрпереносные чувства у психотерапевта, которые могут привести к бесполезным реакциям или санкциям, таким как исключение у пациента излечения.

Часть II. Основы психотерапии

Пациент может воспринимать любое вмешательство в качестве критики или нападения. Соппротивление подвергает испытанию собственную уверенность терапевта. В этом случае вызовом для терапевта становятся собственные чувства, вызванные контрпереносом: переживание безнадежности и снижение интереса к пациенту, усталость, сонливость, скука, а иногда гнев и даже бессильная ярость от безуспешных стараний помочь (особенно в случае суицидальных попыток и неожиданных высказываний со стороны пациента). Пациент может, возвеличивая, идеализируя терапевта, понижать свой статус и самоуважение, а терапевты довольно часто пользуются подобными особенностями пограничных пациентов для компенсации собственных нарциссических дефектов, повышая самооценку за счет поощрения зависимости.

Опыт общения пациента с лицами помогающих профессий (помощниками) — один из самых тонких разделов для психологов. Он посвящен поискам описания его текущих взаимоотношений с помощниками и предыдущего позитивного и негативного опыта общения с психологами, врачами, психотерапевтами. Важно проанализировать воздействие этого прошлого опыта на текущее отношение клиента и семьи к лицам помогающих профессий. Например, мы можем узнать о предшествовавшем опыте общения семьи пациенты с психологами потому, как родители о них рассказывают, об испытанном чувстве вины или стыда, сформировавшем установку, что психологам нельзя доверять. Мы можем выявить и нейтральный опыт: «предыдущий психотерапевт был внимательным, но не предложил никаких вариантов лечения, передал всю ответственность за принятие решения пациенту, добавив при этом, что лечение может помочь, но в большей мере это — пустая трата времени, или предложил только лечение антидепрессантами».

Этот раздел важен, так как показывает психологам проблемы, которые могут возникнуть у нас с пациентом и его семьей. Кроме того, специалист обобщает опыт предыдущих усилий помощников и других отношений с клиентом. Необходимо также провести границу между реальными «фактами» и переживаниями семьи по этому поводу. Осознать негативный опыт в некоторой конкретной ситуации не означает согласиться с утверждением, что предыдущий специалист — «плохой». Для семей, имевших многократный негативный опыт с помощниками, процесс опроса об их предыдущих обращениях может помочь определить, что данное обращение — другое, отличается от предыдущего. Сам факт обсуждения открывает возможность развития иных взаимоотношений. Вот несколько направлений анализа: общение семьи/клиента со специалистами в настоящее время; прошлый опыт обращения за психологической помощью; влияние прошлого опыта на точку зрения профессионалов.

Психотерапевтическая рамка и контракт на лечение

Обзор плана лечения и контракта. План лечения определяет и организует процесс лечения и взаимоотношения пациента и врача. Без плана нет лечения, а когда план не соблюдается, лечение обречено на неудачу. План лечения задает рамки, в пределах которых могут быть открыты и исследованы конфликтные объектные отношения пациента. Согласно плану лечения устанавливают *необходимые условия для исследования*, в том числе защищается нейтральность лечащего врача. Тщательное обсуждение терапевтического контракта гарантирует, что пациент понимает сроки начала лечения и его продолжительность.

Функции плана лечения и контракта

1. Установить взаимопонимание в отношении проблем, подлежащих лечению.
2. Очертить область терапевтического взаимодействия, организованную в соответствии с целями лечения, ответственностью пациента и психотерапевта.

3. Предоставить понятную и предсказуемую зону «безопасности» для раскрытия динамики пациента.
4. Создать условия, при которых поведение пациента по отношению к терапии может быть изучено в рамках законов конфликтных объектных отношений.
5. Помочь пациенту сдерживать деструктивное поведение.
6. Минимизировать вторичную выгоду болезни.
7. Задать точку отсчета для оценки степени отклонения от плана лечения и контракта.
8. Создать основу для изучения мотивации и значения деструктивного поведения.
9. Помочь терапевту противостоять и сдерживать деструктивное поведение, в то же время минимизируя отрицание со стороны пациента и экстернализацию конфликта.
10. Помочь психотерапевту контролировать контрперенос.

План лечения конкретизирует основные параметры лечения: частоту и продолжительность сессий, продолжительность лечения, порядок и величину оплаты, вопросы конфиденциальности, контакт пациента и врача между сессиями, контакты с третьей стороной, роли и ответственность пациента и врача в ходе терапии, включая действия в неотложных ситуациях и прием медикаментов. Наиболее важные универсальные элементы плана лечения и контракта следующие:

- частота и продолжительность сессий;
- соглашения по графику и оплате;
- вопросы конфиденциальности и контактов с третьими лицами;
- контакт между сессиями;
- соглашения на случай возникновения неотложных ситуаций;
- соглашения на медикаментозную терапию;
- внимание к целям лечения;
- вовлеченность пациента в структурированную жизнь (например, работа, школа, дневной стационар, уход за ребенком);
- роли врача и пациента в терапии.

Кроме того, план лечения должен учитывать индивидуальные особенности поведения, способного помешать психотерапевту или пациенту в эффективном обследовании и лечении. На этапе заключения контракта терапевт формулирует конкретные договоренности, основываясь на понимании психопатологии пациента, анамнеза жизни, жизненных обстоятельств и опыта предыдущих обращений за помощью. К таким особенностям могут относиться, например, проблемы, связанные со злоупотреблением ПАВ, расстройствами питания или саморазрушающим поведением — нанесению себе порезов, рискованному вождению, незащищенному сексу и т.д. Необходимость поведенческого контроля вводится в ключевые создания и поддержания необходимых условий для обследования и лечения. *Основные индивидуальные элементы, которые могут быть включены в терапевтический контракт:*

- саморазрушающее поведение, включая легкие формы самоповреждения;
- поведение, деструктивное по отношению к окружающим;
- злоупотребление ПАВ;
- симптомы расстройств питания;
- ложь;
- неспособность следовать медикаментозному лечению соматических или психиатрических проблем;
- безрассудное поведение (например, рискованная сексуальная активность, вождение в нетрезвом виде);
- чрезмерно частые звонки по телефону, электронные коммуникации или другие вторжения в жизнь специалиста;
- деструктивное поведение в отношении работы психотерапевта (шумное поведение, порча мебели, отказ покидать кабинет по окончании сессии, разбрасывание мусора или кража журналов из зоны ожидания);
- нарушение границ во взаимоотношениях психотерапевт–пациент (преследование психотерапевта или членов его семьи в социальных сетях, попытки наладить социальные связи с социальным или личным окружением специалиста);
- обстоятельства, мешающие пациенту продолжать терапию, включая неплатежеспособность;
- чрезмерная вторичная выгода от заболевания (для терапевта), которая может мешать мотивации пациента к выздоровлению (например, финансирование со стороны членов семьи или социальных служб).

Часть II. Основы психотерапии

План лечения должен быть сформулирован и взаимно одобрен пациентом и психотерапевтом в форме терапевтического контракта. Это не письменный контракт, а четкая и конкретная договоренность между пациентом и врачом, обрисовывающая необходимые для терапии условия. На этапе заключения контракта перед пациентом и врачом стоит цель договориться в *наименее ограничивающих* психотерапию рамках.

В любом направлении психотерапии план лечения и контракт выполняют множество функций в ходе терапии. В фазе формулировки контракта цели лечения, план лечения и сам контракт служат для «создания реальности» терапевтических взаимоотношений, в которой пациент и врач работают вместе четко сложившимся образом с целью помочь пациенту достигнуть определенных результатов. Такие реалистичные отношения — основа для развития терапевтического альянса. В то же время этот союз неизбежно пострадает (в большей или меньшей степени) при развитии конфликтных объектных отношений в лечении, поэтому заключение одобренного с обеих сторон договора в форме терапевтического контракта (фундамента для последующего лечения) — важная общая цель для врача и пациента. Эффективная договоренность предвещает позитивный терапевтический альянс, снижает частоту окончательного прерывания лечения и приводит к благоприятному исходу. Хотя при необходимости контракт может быть изменен в любой момент терапии. Формально лечение не начинается до установки плана лечения и одобрения терапевтического контракта психотерапевтом и пациентом.

Клинический пример

Пациент — мужчина 28 лет — обратился с запросом на онлайн-психотерапию.

Жалобы при обращении.

1. Навязчивые сомнения в том, что правильно понимает смысл некоторых слов, навязчивое желание перепроверять и сохранять важную информацию. Так, не может закрыть открытые на компьютере вкладки, пока не убедится, что точно понимает значение слов и фраз в них; не выбрасывает упаковки от продуктов, если на упаковке натывается на слово, в смысле которого сомневается, не переписав это слово; сохраняет билеты от общественного транспорта, чтобы не забыть куда ездил. Из других навязчивостей — не выбрасывает полиэтиленовые пакеты, так как знает, что их не утилизируют на свалках, не слушает музыку, кроме как в плеере, из опасения не уловить тональность из-за несовершенных настроек.
2. Чувство внутренней пустоты, связанное с социальной изоляцией, заявка в начале терапии «мне нужно вернуться в социум».
3. Суицидальные мысли и самоповреждения в виде порезов, которые наносит на плечах.
4. Частые аффекты, которые характеризует как гнев или ярость. Для того чтобы справиться с аффектом, наносит удары руками или головой в стены, бросает предметы или практикует самоповреждения.

Анамнез жизни. Родился первым ребенком в семье. Наследственность отягощена алкоголизмом по линии отца. Отца характеризует как деспотичного, непредсказуемого в состоянии опьянения. «В первом классе воспитывал меня ударами головой об стол». Сестра младше на 6 лет. В дошкольном возрасте — закрытая черепно-мозговая травма с потерей сознания, лечился амбулаторно.

Мать работала на нескольких работах, помнит ее как отстраненную, не интересующуюся им. Много времени проводил с дедом и бабушкой. Семья испытывала материальные трудности — получали гуманитарную помощь, в школу ходил в сапогах деда, в старых вещах.

В школе учился хорошо, успешно сдал ЕГЭ. Поступил в университет, но «возненавидел это место еще с самого первого посещения, с подачи документов», проучившись год, забрал документы с намерением пересдать ЕГЭ и поступить в другой вуз. Когда не удалось поступить на желаемую специальность, потерял интерес к учебе и через семестр был отчислен из-за прогулов.

В армии не служил — судился с военкоматом, «нашел лазейку, будучи годным», подробности выяснить не удалось.

Официально не трудоустроен, несколько лет играл в покер в онлайн-казино, торговал на валютных аукционах, что позволило сделать финансовые накопления. В настоящее время имеет доход, связанный с деятельностью в сетевых онлайн-играх, подробности неизвестны. В возрасте 24 лет во время конфликта с отцом избил отца, после чего переехал от родителей в пустующую квартиру, доставшуюся от деда, где проживает в настоящее время.

Сексуального опыта не имеет.

Анамнез заболевания. Повышенную эмоциональную лабильность отмечает с раннего возраста. В детском саду мог крайне легко заплакать, из-за чего подвергался насмешкам. На насмешки реагировал агрессивно, дрался. В группе детского сада чувствовал себя изгоем, мало с кем общался. Помнит одного друга из того периода.

В школе так же часто становился объектом насмешек из-за плаксивости, эмоциональной лабильности и материальных трудностей, которые испытывала его семья. Отношение одноклассников к себе характеризует как травлю. В школе было три друга, с одним общался со 2-го класса, со вторым с 6–7-го и с третьим с 9-го. Продолжал драться в ответ на попытки себя задеть, но это, по словам пациента, принесло ему «репутацию психа», в 7-м классе драться прекратил. Для того чтобы справляться с эмоциями, начал бить стены и ломать предметы.

В школьном возрасте (когда точно — не помнит), стал задумываться о том, что если бы он был девочкой, его эмоциональность не вызывала бы неприятия окружающих, и он мог бы быть принятым в классе. Начал испытывать зависть к девочкам: «Им незаслуженно позволено то, что не позволено мужчинам». В старших классах принял решение, что «должен всего добиться сам», без помощи социума и его институтов — официального трудоустройства, образования и т.д. В это же время появились фантазии о самоубийстве — считал жизнь лишенной для себя смысла, в фантазиях совершал самоубийство в возрасте 21 года. Школьные годы ассоциирует с чувством стыда за то, что он такой, какой он есть: «стыдно быть мной». После отчисления из университета (как раз в 21 год) готовил петлю для самоубийства, но не решился. Через угрозы суицида уклонялся от службы в армии — «решил пободаться с системой». Со всеми друзьями общение по разным причинам прекратилось после того, как был отчислен из вуза.

Часть II. Основы психотерапии

Наносить себе порезы начал с 24 лет, выбор места (плечи) объясняет тем, что не хочет, чтобы его шрамы были заметны. Появление навязчивостей — также в 24 года. Во время просмотра иностранного фильма с переводом сравнил его с оригинальной версией и обнаружил, что смысл многих фраз искажен переводом. Это вызвало опасения, что он мог пропустить «важную информацию», ориентируясь на перевод. В дальнейшем появились сомнения, что он точно понимает смысл слов, заимствованных из иностранных языков, — возникла потребность перепроверять их значение, используя словари. Стал сохранять открытые на компьютере вкладки, если в них присутствуют слова, в значении которых сомневается. После отчисления из университета практически сошли на нет социальные контакты: с друзьями, оставшимися со школы, общался все меньше, все меньше выходил из дома — «не видел для себя в том смысла». В возрасте 27 лет написал понравившейся девушке, которая на тот момент заканчивала 11-й класс, в социальных сетях. Завязались отношения, которые он воспринимал как дружеские, вместе гуляли, ходили в кино. Попыток перевести отношения в формат близких не предпринимал. Испытывал сильную ревность, когда девушка проводила время с подругами. Через несколько месяцев стал чувствовать, что она от него «отдаляется», настаивал на встречах, от которых она часто отказывалась. На фоне этого стал размышлять о том, что она его использует в своих интересах, встречается, когда ей удобно, пользуется его вниманием в качестве эмоциональной поддержки. Участились и стали иметь большое эмоциональное значение мысли о том, что женщины используют мужчин и получают внимание и любовь незаслуженно. Отношения полностью сошли на нет через некоторое время.

До обращения пациент имел опыт работы с психотерапевтом в течение полугода, терапию прекратил, посчитав малоэффективной. Помимо психотерапевтического лечения назначалась фармакотерапия — флуоксетин и тиоридазин. От приема препаратов пациент отказался через несколько недель из-за сильных побочных эффектов.

Психический статус. Пациент верно ориентирован во времени, пространстве и собственной личности. Мышление ригидное, склонен к детализации, в описании переживаний придает большое значение мелким подробностям ситуации.

Говорит о своей неспособности различать эмоции, хорошо выделяет и поведенчески демонстрирует широкий спектр эмоции гнева.

Часто проявляет гнев в адрес терапевта (гнев выражается в претензиях и упреках), при разговоре о значимых людях (мать, отец, сестра, девушка, с которой общался). С гневом говорит о несправедливости мироустройства: «Почему этот ваш пирский гнойный мир устроен так, что одни получают все, а другие — ничего?»

Часто возвращается к идее о том, что женщины незаслуженно получают от жизни больше, чем мужчины, «пользуются привилегиями, связанными с полом». Еще одна часто повторяющаяся идея — безвозвратно потерянная молодость пациента, он ощущает себя лишенным тех радостей, которые «незаслуженно» имели другие люди. Сообщает о сильном гнев, который он испытывает, когда видит компании молодых людей или обнимающиеся парочки, говорит о фантазиях об их избииении или убийстве. Говорит о том, что он не может вернуть ушедшую молодость, «это несправедливо, что у них есть то, чего никогда не будет у меня».

С недоверием воспринимает интерпретации терапевта, домашние задания либо отказывается выполнять, либо выполняет, внося свои коррективы. Одновременно с этим говорит о том, что терапия для него необходима и о своей готовности ее продолжать, поскольку у него «нет другого выхода». Часто требует доказать или обосновать то, о чем говорит терапевт. Высказывает суицидальные мысли: «если ничего не изменится, я выпилюсь».

На основании данных анамнеза, жалоб и объективного статуса был поставлен диагноз: «Шизотипическое расстройство», назначено лечение: эсциталопрам в начальной дозировке 10 мг в сутки. В дальнейшем дозировка была увеличена до 20 мг, но из-за появления побочных сератонинэргических эффектов (боли в животе, понос), уменьшена до 15 мг.

Курс психотерапии. Использовались преимущественно техники когнитивно-поведенческой и схема-терапии.

Прием эсциталопрама пациент продолжал 6 мес (выписывал врач из города, где проживал пациент). На фоне медикаментозного лечения субъективно улучшений не отмечал, по оценке терапевта, стал эмоционально более упорядочен и менее склонен к аффектам.

Запрос на супервизию. Пациент вызвал сильное эмоциональное напряжение у супервизируемого, сомнения в правильном выборе терапии. Встал вопрос, как вести его дальше.

Супервизорский разбор. Супервизируемый скрупулезно описал клиническую картину пациента. Изначально с пациентом не был обсужден его диагноз. Скорее всего пациент имеет смешанное расстройство личности (пограничное и нарциссическое) с сочетанием шизотипических и параноидных черт. Прежде чем начинать обсуждать психотерапевтический диагноз и проводить терапию с таким пациентом, супервизируемому следовало обратить внимание на диффузную идентичность и ригидность пациента — две наиболее значимые мишени функционирования Self и со значимыми другими, а также на длительный период существования и нарастания проблем. Этот подход помог бы психотерапевту добиться нескольких целей: обеспечить пациента опытом обсуждения его проблем; начать процесс обучения пациента рефлексии его личностных трудностей и расстройств и подвести к планированию терапии. Изначальный контракт с пациентом (работа по скайпу 1 раз в неделю, выписывание рецептов на антидепрессанты врачом по месту жительства) не учитывал, что пациент имеет тяжелое расстройство личности, требующее длительного психотерапевтического сопровождения.

Обсуждению контракта необходимо было уделить больше времени. Следовало сразу предупредить пациента, что в случае затруднений работы с ним, будет предложена госпитализация в психотерапевтический стационар или клинику неврозов в другом городе. (При дистантной терапии рекомендуется чередовать одну очную встречу с двумя по скайпу.) Хотя данный случай изначально был не для амбулаторной терапии, тем более по скайпу.)

Отсутствие концептуальной базы относительно данного пациента привело к неуспешному использованию техник когнитивно-поведенческой и схема-терапии. Можно было использовать дополнительно клинические ролевые игры в сочетании со схема-терапией, но технически это мало осуществимо в условиях дистантной терапии. В этом случае наилучшим выбором была бы психодинамическая терапия. В силу примитивных защит (отрицание, проекция, проективная идентификация) пациент с тяжелым расстройством личности вызвал мощную контрпереносную реакцию у супервизируемого. Этими чувствами можно было поделиться с пациентом и предупредить, что его случай будет представлен на супервизию с целью корректировки его терапии, чего сделано не было. Супервизируемому рекомендована литература по ведению пациентов с тяжелыми расстройствами личности.

Часть II. Основы психотерапии

Мотивация пациентов на психотерапию является важным условием заключения психотерапевтического контракта. Она строится на следующих выводах—основаниях:

- насколько нарушено восприятие себя после возникновения симптома (болезни);
- вторичная выгода от болезни, которая практически всегда имеет место;
- адекватность субъективной оценки своего симптома — насколько субъективное видение своего симптома соответствует действительности;
- вера в выбранную форму лечения (у пациентов с алкоголизмом особенно отличается, в силу структурных дефектов, наличием веры в чудо) — так называемое *магическое мышление*: волшебная таблетка, кодирование и т.д.;
- мотивация на психотерапию — как правило, заключается в формуле «что бы сделать, лишь бы ничего не делать».

Ресурсы:

- психосоциальная интеграция — насколько человек организован, ведь приходится перестраивать свой привычный образ жизни, уделяя больше времени лечению;
- личностные ресурсы — насколько личность стенична, насколько человек мотивирован на избавление от симптома;
- социальные ресурсы (помощь семьи, значимых других) — очень важная составляющая, ведь многие приходят на терапию инкогнито, а иной раз, при явном сопротивлении близких.

Фокус на психотерапевтическом процессе и методе (психотерапевте)

В этом фокусе внимание супервизора может быть сосредоточено на следующих моментах:

- личный опыт и индивидуальная история психотерапевта;
- мотивы выбора профессии психотерапевта;
- выбор метода психотерапии;
- опыт профессионального обучения;
- опыт работы психотерапевта;
- профессиональная позиция (взгляды, убеждения, ценности);
- опыт личной терапии;
- личность психотерапевта; сознательные и бессознательные аспекты вовлеченности и контакт с клиентом (пациентом);
- профессиональные действия: концептуализация своей работы, собственно поведение в процессе психотерапии;
- условия оказания помощи: амбулаторное или стационарное лечение (например, при угрозе суицида, психической неустойчивости, неэффективности амбулаторной терапии);
- консультации по телефону, выезд на дом;
- консультации вне официального времени, ночью, в выходные, прерывание отпуска;
- экстренные случаи; индивидуальная, супружеская, семейная или групповая психотерапия;
- интеграция моделей, один или несколько психотерапевтов.

Исследование взаимодействия или динамики на сессии. Супервизор занимается осознанным и неосознанным аспектами терапевтического процесса. Он, например, изучает начало и конец сессии, образы сессии, оставшиеся у терапевта, динамику взаимодействия между терапевтом и пациентом или семьей, то есть в центре внимания находится система, которую составляют эти две стороны. Объект исследования включает терапевта, как часть трансперсонального феномена, содержащая проблему. Терапевт приглашается «встать вне» процесса, в который он был вовлечен, и проанализировать этот процесс — превратиться в «муху на стене» во время сессии.

Действия терапевта: исследование того, что терапевт делал с пациентом, гипотезы, методы и техники, интервенции. Супервизор и обучаемый рассматривают процесс терапии до настоящего времени. Они дают оценку осуществленных интервенций, а также мотивов терапевта в их применении. Кроме того, они вместе разрабатывают альтернативные стратегии и вмешательства.

Супервизору следует обращать внимание и на теневые стороны работы психотерапевта: зависимость от признания и бегство от обвинений; беспомощность и всемогущество; попадание в «треугольник Карпмана»; уязвимость терапевта и ее природу.

Трудности при выборе метода и техник вмешательства. Работая в этом фокусе, супервизор должен твердо верить, что существует более чем один путь совладания с проблемой. Он уделяет пристальное внимание не только тому, как пациент учится новому, каковы его ограничения в этом процессе, но и тому, как учится новому терапевт и каковы его пределы. При этом, нередко, нужна прямая инструкция супервизора супервизируемому о том, что делать дальше, поскольку у начинающего терапевта еще нет достаточно накопленного багажа техник. Супервизор демонстрирует или даже моделирует техники интервенций, объясняет основания определенных стратегий, интерпретирует значимые события сессии. С «продвинутым» супервизируемым супервизор выступает преимущественно в роли консультанта.

В каждой психотерапевтической школе существует свое представление о наборе феноменов, связанных с патологией. Как правило, часть из них — проявляемые или обозначаемые, часть — гипотетические, ставшие частью теоретических представлений, концептами.

Полезным инструментом при работе с пациентами различных уровней организации личности служит концепция «мишеней психотерапии», один из вариантов которой предложен С.В. Ляшковой с коллегами [24]. Согласно ей под понятием «психотерапевтическая мишень» предлагается рассматривать проявляемый в процессе психотерапии пациентом или предполагаемый психотерапевтом клинико-психотерапевтический феномен, изменение которого является целью психотерапевтического воздействия на конкретном этапе.

Предлагаемая классификация исходит из предположения о том, что любая из возможных мишеней психотерапии будет относиться к одной из следующих пяти групп, отражающих «источники» определения психотерапевтических мишеней: клинические проявления невротического расстройства; личностные и психологические особенности пациентов, существенным образом влияющие на возникновение и динамику расстройства; особенности психотерапевтического взаимодействия; условия жизни и микросоциальное функционирование пациента, в том числе оказывающие психогенное и патопластическое влияние на расстройство; гипотетические конструкты психотерапевтического метода. Разработанная на этой основе классификация включает пять основных групп психотерапевтических мишеней:

Часть II. Основы психотерапии

1-я — мишени, специфичные для нозологии (клинической группы);
2-я — мишени, специфичные для индивидуально-психологических и личностных особенностей пациента (специфичные для личности);
3-я — мишени, специфичные для психотерапевтического процесса (для отношений между терапевтом и пациентом);
4-я — мишени, специфичные для клинической ситуации;
5-я — мишени, специфичные для психотерапевтического метода.
Выделение этих мишеней позволяет оценивать адекватность метода особенностям психотерапевтического заказа, клинического состояния, специфике личности пациента и клинической ситуации заявленным целям.

Клинический пример

Представлена индивидуация реабилитационной программы на примере пациента Марата, 28 лет, страдающего игровой зависимостью, в которой перечислены клинические мишени с учетом последовательности их анализа в реабилитации.

Марат, врач, 10 лет страдает игровой зависимостью, периодически алкоголизируется. Не любит свою специальность. Обнаруживает «отчуждение аддиктивной болезни».

Клинические (нозологические) «мишени». В данном случае имеется сочетание игровой и алкогольной зависимостей.

«Мишени», специфичные клинической ситуации (мотивы обращения за помощью, инициатор обращения, характер установки на лечение). Специфика клинической ситуации Марата состоит в игнорировании им необходимости участия в семейной терапии. При этом у пациента доминантный отец, от которого он зависит, родственники, которые настаивают на его лечении (без их участия). Данная ситуация повышает риск рецидива при возвращении пациента в прежнюю, дисфункциональную семейную систему.

«Мишени», затрагивающие индивидуальные психологические особенности пациента.

Ось 1. Восприятие заболевания. Степень повреждения. Вторичная выгода. Мотивация к лечению. Вторичная выгода, согласно психодинамической теории, — выгода, состоящая в том, что симптомы дают человеку чувствовать доброе отношение со стороны других или избежать неприятной ситуации или решения. Аддикция помогает Марату сохранять свое самоуважение и не брать ответственность за свою жизнь и выборы.

Ось 2. Отношения. Конфликтные, дисфункциональные. Длительный конфликт с отцом. Развод с женой из-за зависимости Марата.

Ось 3. Конфликт идентичности и образа Я. У пациента обнаруживался конфликт самооценности против ценности объекта (стыд, гнев, идеализация и обесценивание).

Ось 4. Структура. Пациент имеет средний структурный уровень и низкий реабилитационный потенциал. Клинико-биографический метод, включенное наблюдение в психотерапевтических группах, на обсуждении домашних заданий, индивидуальной работе с пациентом выявляет сопутствующее расстройство личности. О расстройствах личности можно говорить в тех случаях, когда индивид постоянно использует определенные, одни и те же механизмы реагирования на ситуации повседневной жизни совершенно неадекватным, плохо адаптированным, стереотипным способом. У Марата признаки нарциссического расстройства.

Поскольку критерии описания последнего расстройства в МКБ-10 не приводятся, применялись характеристики DSM-5. Согласно DSM-5, для диагностики НЛР необходимо наличие следующих критериев.

1. Значительные нарушения функционирования личности, проявляемые в нарушении функционирования Я (а или б):

а) идентичность: выраженная тенденция к сравнению с другими для самоопределения и регуляции самооценки; самооценка может быть неадекватно завышенной, заниженной или колебаться от полюса к полюсу; эмоциональная регуляция отражает колебания самооценки;

б) направленность Я: постановка целей основана на получении одобрения других; личные стандарты неоправданно высоки, что дает возможность воспринимать себя как исключительного.

2. Нарушения в межличностном функционировании (а или б):

а) эмпатия: нарушенная способность распознавать и сопереживать чувствам и потребностям других; чрезмерная ориентация на реакции других, но только если они воспринимаются как относящиеся к себе; пере- или недооценка собственного влияния на других;

б) интимность: отношения преимущественно неглубокие и используются для регуляции самооценки; взаимность ограничена слабым интересом к переживаниям других и приоритетом личной выгоды.

3. Патологические личностные черты в следующих сферах:

а) антагонизм: стремление к соперничеству, конкуренции, противостоянию;

б) грандиозность: потребность в признании, открытая или скрытая; центрированность на себе, основанная на убеждении, что кто-то лучше, чем другие; снисходительное отношение к другим;

в) поиск внимания: настойчивые попытки быть в центре внимания других; поиск своего пути выздоровления.

«Мишени», направленные на индивидуально значимые, психотравмирующие

переживания в условиях актуальной жизни, предполагают влияние на психотерапевтический процесс разных жизненных обстоятельств (потеря работы, развод, рождение ребенка и т.д.), которые накладывают отпечаток на течение психотерапии. Способ реагирования на эти ситуации тоже может быть осознаваемой целью воздействия специалиста в процессе психотерапии. Марат тяжело переносит, что жена подала на развод. Не полностью осознает свою ответственность за данную кризисную ситуацию. Проблема самооценки (крайне неустойчивая и поляризованная самооценка) для пациента с сопутствующим расстройством личности служит предметом обсуждения на индивидуальных сессиях. Нарушения самооценки обуславливают эмоциональную неустойчивость, недостаточность волевых качеств, незрелость ценностей как проявление общей незрелости личности, а также «искаженную» систему представлений о себе (например, фрагментарность и неустойчивость внутренней картины собственной личности). Низкая способность к рефлексии (самопознанию) есть следствие личностной незрелости и эмоционально-волевой недостаточности. Это может сочетаться со слабо корригируемыми установками и долженствованиями о собственной роли, особенностях отношений и т.д. Все это создает ощущение отсутствия базового чувства благополучия, внутренней гармонии и самодостаточности, которое и становится причиной поиска источника, способного, хоть и временно, заменить это болезненное переживание.

Часть II. Основы психотерапии

«Мишени», характерные для психотерапевтического процесса. У Марата низкая мотивация к лечению, она обусловлена анозогнозией, интернальным локусом контроля и низким уровнем рефлексии. В начале лечения он сравнивал свою зависимость с другими пациентами, как более легкую, несмотря на «обратную связь» от других пациентов, что у него больше проблем в семье и с законом, чем у них.

Отношения между психотерапевтом и пациентом были неустойчивые, либо формировались как «созависимые» отношения, либо легко рушились (происходило прерывание контакта). Работа с Маратом характеризовалась сопротивлением лечению, игнорированием правил отделения, отсрочкой выполнения домашних заданий. Сопротивление — общепризнанный клинический феномен, сопутствующий в той или иной степени проведению любого вида психотерапии. У пациента плохая переносимость фрустрации в психотерапевтическом контексте была обусловлена общей неспособностью совладания с эмоционально напряженными ситуациями.

Мишени, характерные для психотерапевтического метода. Психологический анализ иррациональных убеждений показывал, что у Марата преобладают иррациональные установки: «Катастрофизация» и «Долженствование в отношении себя».

Марат выписан из стационара с рекомендацией в своем городе посещать психотерапевта и группу анонимных игроков. Рекомендации были проигнорированы. Отец устроил его опять на престижную работу, с которой Марат был уволен через 3 мес за нарушение дисциплины. Наступил рецидив заболевания. Жена, поверившая вначале в его уверение покончить со своей одержимостью, развелась с ним.

Супервизорская система: исследование отношений между супервизором и обучаемым, а также вероятности «клонирования» системы (параллельного процесса). Фокус супервизии на состоянии супервизируемого в супервизорском процессе. Внимание эксперта уже принадлежит «второй стороне» супервизорского процесса, то есть концентрируется не

на пациенте, а на состоянии терапевта во время сессии, в том числе на переживаемых им «блоках» и дистрессе. «Переименование» терапевта в супервизируемого имеет целью подчеркнуть переход от первой группы фокусов, связанных с пациентом, ко второй, где главные отношения — это отношения с супервизором. Супервизируемый как бы «несет в себе» пациента, и его состояние говорит о том, что происходит в терапии. Второе преимущество этой фокусировки связано с процессом развития самого терапевта — с его постепенным прогрессом в понимании связей своих личностных проблем с проблемами пациентов. С целью исследования терапевтических отношений могут быть заданы следующие вопросы.

- Какие чувства вызывает у супервизируемого пациент (заинтересованность, скуку, сосредоточенность, рассеянность и т.д.), и какие возникают телесные ощущения (расслабление, напряжение, головная боль и т.д.)?
- Как ведет себя пациент (язык тела, мимика, жесты, голос и т.д.)?
- Насколько осознаны у пациента и у психотерапевта эти реакции (возможность назвать чувства, наличие воспоминаний или ассоциаций по поводу переживаний, желательно уточнить, каких именно)? Какую роль они играют в психотерапии?
- Почему он представляет именно этого пациента?
- В чем он наталкивается на трудности?
- Какие терапевтические ситуации особенно тяготят его?

Важность неосознаваемого процесса у супервизируемого и супервизора была описана 50 лет назад в литературе по социальной работе. В 1955 г. S. Searls внедрил концепцию «отражающего процесса», который вскоре стал известен как «параллельный процесс». Под ним подразумевались отношения в супервизии, которые повторяли поведение или интеракцию в терапии, подчеркивая взаимосвязь терапевтической и супервизорской ситуации. Параллельный процесс может начаться с конфликта в любой из трех частей: супервизор, терапевт или пациент — соответственно возникает и в терапии, и в супервизии. Отслеживание параллелинга в процессе супервизии способствует развитию динамики отношений между супервизором и супервизируемым терапевтом и значительно продвигает последнего в понимании того, что происходит между ним и его клиентом, что в свою очередь способствует повышению качества психотерапевтической помощи. В настоящее время большинство авторов согласно с тем, что в параллельный процесс вносит свой вклад каждый из участников — и клиент, и супервизируемый терапевт, и супервизор. В искаженные паттерны коммуникации оказываются втянутыми все трое, причем общая картина параллельного процесса складывается из сложного переплетения тенденций, характерных для внутриличностной динамики каждого из участников триады. Опыт клиента попадает в уязвимые области внутреннего мира терапевта, контрперенос развивается именно потому, что что-то в опыте терапевта начинает резонировать с опытом клиента, порождая множимые повторения отношений в рамках других сеттингов. Например, терапевт скрывает свою авторитарность и патернализм как ответ на излишнюю почтительность пациента и сам начинает вести себя чересчур почтительно по отношению к супервизору. Патерналистский ответ супервизора в этом случае — это и результат коммуникативной провокации, и в то же время он возможен именно потому, что в этой ситуации происходит актуализация защитных паттернов, свойственных самому супервизору. Параллельный процесс, таким образом, вызван сцепленными друг с другом защитными действиями индивидов, демонстрирующих сходную невротическую динамику.

Контрперенос. Наибольшую трудность как для терапевта, проходящего супервизию, так и для супервизора представляет обнаружение контрпереноса. Анализ реакций контрпереноса позволяет лучше понять природу сложностей клиента, а в случае интенсивности и повторяемости определенной роли (например, привычно «схватываемая» терапевтом роль «всемогущего спасателя») может быть предметом ситуационной личной терапии специалиста, также как и специфические «дыры» в осознании, связанные с переносом (проекцией) самого терапевта (зоны «слепоты», «глухоты», «немоты» в терминологии П. Ховкинса и Р. Шовхета) [40].

Часть II. Основы психотерапии

Контрперенос включает все (неосознаваемые) чувства и отношения к пациенту, испытываемые терапевтом. Пациент способен сделать терапевта «нечувствительным» к важной области исследования. Или, наоборот, он может заставить сосредоточиться на том, что является скорее проблемой специалиста, нежели проблемой пациента.

Чаще всего беспокойство психотерапевта вызывает «препятствующий» контрперенос, возникающий в определенных обстоятельствах. Пример: практикующий психотерапевт,

женщина, которая также преподает в вузе, вынесла на супервизию случай своей студентки нетрадиционной сексуальной ориентации с пограничной личностной организацией. В ходе супервизии выяснилось, что наибольшей трудностью для психотерапевта было понять, как можно быть нежной по отношению к другой женщине. В родительской семье психотерапевта мать, руководствуясь лозунгом «никаких телячьих нежностей», никогда не проявляла ласки по отношению к дочери.

Некоторые контрпереносные чувства возникают, когда пациент затрагивает область, особенно тревожащую терапевта. Например, психотерапевт собирается разводиться. При рассказе пациента о его счастливом браке терапевтом овладевает зависть.

Контрперенос может побуждать использовать пациентов для косвенного самоудовлетворения. Например, психотерапевт с конфликтами, вызванными своим чувством зависимости, представляет в некотором роде опасность, поскольку может незаметно подстрекать пациента к преодолению зависимости, темп терапии будет в этом случае не соответствовать темпу терапии пациента.

Контрперенос может привести терапевта к выражению тонких намеков, способных во многом влиять на пациента. Если психотерапевт бессознательно нуждается в восхищении, то пациент будет избегать проявления недружелюбных чувств, чтобы не потерять расположение психотерапевта.

Контрперенос может привести к вмешательству, противоречащему интересам пациента. Если психотерапевт раздосадован поведением пациента, то может найти способ обидеть его, искренне считая, что совершает терапевтический прием — конфронтацию.

Другой пример. Если история отношений пациента со своим отцом вызывает в психотерапевте гнев личного характера, не нашедший до сих пор разрешения, то есть риск, что специалист выскажет критические и гневные мысли об отце пациента. Враждебная критика членов семьи пациента, пусть даже с чистейшими намерениями, вероятно, не лучший способ в терапии, так как вызвана контрпереносом и может оказаться деструктивной. Ниже представлены некоторые признаки контрпереноса (из разных источников литературы), их выявление — важная часть супервизорской сессии.

- Неспособность понять определенного рода материал, который касается личных проблем терапевта.
- Депрессивные и тяжелые чувства в ходе и после сеансов с определенным пациентом.
- Небрежность в отношении определенных соглашений с пациентом, опоздания, пропуски назначенных часов без особых причин и т.д.
- Постоянная сонливость терапевта во время сеансов или даже засыпание.
- Чрезмерное или недостаточное внимание к финансовым соглашениям с пациентом или тоже самое — в отношении времени и места встреч.
- Повторение невротических или беспричинных аффектов по отношению к пациенту.
- Попытки вызвать у коллег или пациентов впечатление важности данного пациента.
- Чрезмерное стремление опубликовать материал или прочитать лекцию о данном пациенте.
- Культивирование зависимости, привязанности пациента или восхваление его.
- Садистическое или без необходимости резкое отношение к пациенту, проявляемое терапевтом, или же обратное этому.
- Чувство, что пациент может сильно повлиять на репутацию или престиж терапевта, и страх все это потерять.
- Диспуты с пациентом или утрата контроля и негативные чувства, если пациент что-то доказывает или спорит.
- Обнаружение своей неспособности найти оптимальный уровень тревожности пациента для успешного ведения процесса терапии и метания между двумя крайностями: от чрезмерной тревоги пациента до потери им мотивации, утраты интереса, скуки.
- Попытки помочь пациенту в его проблемах вне рамок сессии.
- Вовлеченность в финансовые дела пациента, или соглашения с ним на личном или социальном уровне, или постоянное стремление снискать его расположение, всячески рационализируя свои усилия найти расположение именно у него.
- Неожиданные уменьшение или рост интереса к определенным клиническим случаям.
- Сны о данном пациенте.
- Слишком сильная озабоченность в свободное время пациентом и его проблемами.
- Компульсивная тенденция продолжить с пациентом работу над определенными проблемами.
- Игнорирование принципа нейтральности. Нейтральность означает сохранение позиции наблюдателя по отношению к пациенту и его трудностям.

Представляют опасность для прерывания терапии и попытки раздражением отреагировать на проявления нарциссического гнева пациента, связанного с предполагаемым недостатком

внимания и игнорированием со стороны терапевта, либо с несоответствием терапевта идеалу, выстроенному пациентом. В этой фазе терапии именно за счет выражения гнева вовне пациент усиливает силу своей личности, добивается целостности, предпринимает попытку установления реальных, а не фантазийных отношений с другим человеком. Специалисты реагируют на пациентов с нарциссическим и пограничным расстройствами личности остро и, как правило, негативно, поэтому полезно предвидеть, что придется контролировать и сдерживать свои эмоциональные реакции на пациента. «Подозрения», странные чувства или идеи супервизора, связанные с супервизируемым или пациентом, трансформируются в соображения на тему не нашедших выражения аспектов рассказа или состояния терапевта.

Часть II. Основы психотерапии

Различные механизмы психологических защит, используемых терапевтом в случаях, порождающих неосознанные сложные переживания во время процесса терапии, супервизор наблюдает достаточно часто. Наиболее заметные механизмы — проекция и ее варианты, но в практике встречаются и другие защитные механизмы (смещение, замещение, рационализация). Поскольку супервизия не ставит своей задачей лечение специалиста, то и реакция супервизора ограничивается мягким указанием на существующие проявления защит с возможной рекомендацией личной терапии, если они постоянны и мешают работе. К сожалению, достаточно распространенной сложностью психотерапевтов и консультантов продолжает оставаться банальное незнание специалистами основ психотерапии или их амбиции в отношении несуществующего умения. Как показывает опыт, попытки подражания маститым коллегам, собственная неуверенность даже при большом желании не дают устойчивого положительного результата. Супервизору необходимо научить коллегу понимать уровень собственных ограничений и в ряде случаев рекомендовать другого специалиста, потратив освободившееся время на обучение. Однако не менее важной задачей является донести до супервизируемого особенности индивидуального стиля, через которые проявляются скрытые ресурсы и способности, пока не используемые специалистом. По нашему убеждению, каждый психотерапевт обладает специфическим набором личностных особенностей, позволяющих ему успешно работать в том или ином направлении или методе психотерапии, или, по крайней мере, в любой другой области человеческой деятельности вообще.

Конфликты, возможные на супервизии

- Супервизор кажется неэмпатичным, безразличным, нечестным, недоступным, немотивированным.
- Супервизируемый кажется немотивированным.
- Конфликт ролей: друзья или начальник и подчиненный.
- Проблемы культурных различий, влияющих на отношения.
- Неадекватная раскрепощенность супервизируемого с клиентами или с супервизором.
- Неадекватная раскрепощенность супервизора.
- Чрезмерное соглашательство с супервизором и уступчивость.
- Чрезмерная тревога во время супервизии.
- Неискренность супервизируемого, сокрытие потенциально негативной информации.
- Неприятие обратной связи или защита от нее.
- Отсутствие согласия в стратегиях лечения.
- Информация, которую супервизируемые нередко не могут или не хотят открыть (например, сокрытие профессионального выгорания, особенно симптома «равнодушия к пациентам»).
- Негативные или слишком позитивные чувства по отношению к клиенту (страх, гнев, влечение).
- Негативные чувства к супервизору.
- Ошибки, допущенные в сессиях.
- Страх работы с клиентами.
- Страх супервизии/оценки.

Чувство собственного достоинства поддерживается результатами деятельности, талантом, равно как и рядом других условий. Для начинающего терапевта угрозу позитивной самооценке создают, в частности, отсутствие опыта, неосведомленность и некомпетентность в некоторых вопросах. Даже опытный терапевт не огражден от таких проблем, поскольку задачи психотерапии характерны своей неоднозначностью и неопределенностью, и достижение их зависит от личности пациента, его мотивации на работу, а не от тех целей, которые поставил перед собой психотерапевт. Чувство собственного достоинства

сохраняется в течение всей жизни благодаря положительной оценке, которую дают человеку небезразличные для него люди. Способность строить отношения с теми, кто поддерживает в нас ощущение благополучия, необходима для сохранения способности к самооценке. Зависимость от проявлений уважения другими людьми чревата ранимостью в случае негативного отношения, и беспокойством по поводу того, что сам терапевт становится объектом оценки и анализа окружающих. Регулярные встречи со специалистом, который разбирается в людях, создают не только благоприятную атмосферу для учебы, но и опасность проявить сокровенные мысли и чувства.

В других случаях педагогическая ориентация супервизорского процесса иногда помогает смягчить удары по самолюбию, которые приходится сносить психотерапевту, а также избавиться от негативных переживаний, возникающих в результате работы с пациентами. Начинающие психотерапевты нередко замечают, что их реакции на пациентов (гнев, отчаяние, страх, половое возбуждение, беспомощность, отвращение, любовь и т.д.) отражают их личностные черты, в этом случае выявляются также их влечения, ценности, противоречия, неврозы и негативные качества. Умение супервизора обсуждать такие реакции, вспоминать в связи с этим аналогичные реакции, имевшие место в собственной практике, компенсирует психический дискомфорт терапевта.

Супервизия считается педагогическим методом или вмешательством, оценочным и иерархическим по своей природе. Первичные цели супервизии:

- а) развитие и совершенствование терапевтических навыков;
- б) развитие и становление идентичности психотерапевта;
- в) осознание значимости психотерапии;
- г) адекватный мониторинг лечебных мероприятий и защита блага пациента.

Возможно, супервизия сама по себе — сильнейший вклад в тренинг эффективности, распространенный и действенный метод профессиональной терапевтической экспертизы. Соппротивление процессу супервизии у терапевта может быть связано с проекцией в адрес супервизора собственных авторитарно-критических частей личности, и характерно для средней фазы обучения специалиста. Данный аспект также важен для осознания супервизором своей роли и собственного вклада в отношения. Как правило, начинающий супервизор критичен, ригиден, механистичен, пытается следовать одному стилю и одной теории, копирует и жестко следует одной «излюбленной модели» и, тем самым, может останавливать развитие креативности обучающегося терапевта.

Супервизия также представляет метатерапию: терапию процесса психотерапии. Супервизия включает в себе скрытую терапевтическую функцию для супервизируемого, потому что проводит ее опытный терапевт. Как правило, центральной точкой супервизии должен быть клинический материал. Супервизируемый нередко приносит фрагмент занятия, зависящий от его «бессознательного». В ходе супервизии, получая поддержку и открывая альтернативы психотерапии, супервизируемый как бы получает «индულгенцию своих профессиональных огрехов».

И хотя супервизор не должен лечить супервизируемого, в супервизии могут решаться терапевтические проблемы. Атмосфера супервизии должна быть надежным убежищем для супервизируемого, где он мог бы исследовать личностные проблемы и проблемы профессионального роста. В такой среде поведение супервизора устойчиво соответствует модели, в какой следовало бы проводить терапевтический сеанс.

Самооценку психотерапевта можно поддержать путем проявления поощрения его стремления к профессиональному мастерству, особенно в моменты сомнений и разочарований. Контекст обучения способствует созданию познавательных и дидактических средств, обеспечивающих интеллектуальную защиту, которая помогает коллеге преодолеть аффективные реакции.

Часть II. Основы психотерапии

Терапевтические случаи, которые классифицировались как «ошибки», служат примером того, что отношения могут быть подвержены непониманию, конфликтам и невольно причиняемым страданиям. Ошибки иногда бывают фатальными, при этом и они являются возможностями для более глубокого взаимопонимания вовлеченных лиц и учат смирению.

В психотерапии как ни в одной другой области велика роль профессиональных сообществ. Обсуждение сложных случаев из практики на балинтовских группах, супервизия сеансов психотерапии, поддержка коллег позволяют психотерапевту сохранять здоровье и профессиональное долголетие. Проблемы супервизии широко представлены в тематической литературе [1–56].

Группа коллег при проведении групповой супервизии действует как поддерживающая система, объединяя профессионалов в своем городе, регионе, и служит инструментом профилактики профессиональной деформации психотерапевта.

Список литературы

1. Арндт П. Психосоматика и психотерапия: Справочник: пер. с нем. М.: МЕДПресс-информ, 2014.
2. Арнтц А., Якоб Г. Практическое руководство по схема-терапии. Методы работы с дисфункциональными режимами при личностных расстройствах М.: Научный мир, 2016.
3. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. СПб.: Питер, 2017.
4. Бусыгина Н.П., Силкин А.И. Параллельный процесс в супервизии: история понятия и объяснительные модели // Консультативная психология и психотерапия. 2015, № 5. С. 182–204.
5. Ван Дорцен Э. Психотерапия и поиски счастья: пер. с англ. М.: ИОИ, 2015.
6. Варга А. Введение в системную семейную психотерапию. М.: Когито-Центр, 2011.
7. Винер Дж., Майзен Р., Дахэм Дж. Супервизия супервизора: практика в поиске теории: пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2006.
8. Джейкоб Д., Дэвид П., Мейер Д.Дж. Супервизорство. Техника и методы корректирующих консультаций: Руководство для преподавателей психодинамической психотерапии и психоанализа: пер. с англ. Ю.М. Донца, В.В. Зеленского. СПб.: Б.С.К., 1997.
9. Джейкоб Г., Ван Гендерен Х., Сибauer Л. Разрушение паттернов негативного мышления. Самопомощь и поддержка в схема-терапии. М.: Научный мир, 2019.
10. Йоманс Ф., Кларкин Д., Кернберг О. Психотерапия. фокусированная на переносе при пограничном расстройстве личности: Клиническое руководство. М.: Издательский проект группы партнеров Psy Event, 2018.
11. Кейсмент П. Обучаясь у пациента: пер. с англ. Воронеж: Модэк, 1995.
12. Кейсмент П. Обучение у жизни. Становление психоаналитика: пер. с англ. М.: Когито-Центр; Алматы: Дарын, 2009.
13. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства. М.: Класс, 2014.
14. Ковпак Д.В. Уроки мудрости. Притчи, байки и истории от психотерапевта. СПб.: Питер, 2019.
15. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Личностные расстройства. СПб.: Питер, 2010.
16. Крюгер Р. Лечение психодрамой. Теория и практика. М.: Класс, 2017.
17. Кулаков С.А. Психотерапевтический диагноз в реабилитации пациентов, зависимых от ПАВ // Наркология. 2013, № 9. С. 85–90.
18. Кулаков С.А. Психосоматика. 4-е изд., доп. Ридеро, 2020.
19. Кулаков С.А. На приеме у психотерапевта-подросток. 2-е изд. Ридеро, 2019.
20. Лихи Р. Свобода от тревоги. Справься с тревогой, пока она не расправилась с тобой. СПб.: Питер, 2017.
21. Лукас Э. Учебник логотерапии. М.: Когито-Центр, 2020.
22. Лэнгле А., Уколова Е.М., Шумский В.Б. Современный экзистенциальный анализ: история, теория, практика, исследования. М.: Логос, 2014.
23. Люборски Л. Принципы психоаналитической психотерапии: Руководство по поддерживающему экспрессивному лечению: пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2003.
24. Ляшкова С.В., Ташлыков В.А., Семенова Н.В. Подходы к определению и типологии мишеней психотерапии в контексте задач совершенствования индивидуальных программ психотерапии // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2017, № 1. С. 89–98.
25. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе: пер. с англ. М.: Класс, 1998.
26. Мак-Вильямс Н. Формулирование психотерапевтического случая. М.: Класс, 2015.
27. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая психотерапия: Руководство практика: пер. с англ. Ижевск: ERGO, 2016.
28. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. СПб.: Адис, 1994.
29. Млодик И.Ю. Карточный дом. Психотерапевтическая помощь клиентам с пограничными расстройствами. М.: Генезис, 2016.
30. Мясищев В.Н. Психология отношений. М.: Воронеж, 1995.
31. Решетников М. Трудности и типичные ошибки начала терапии. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2009.
32. Симеоне-Дифранческо К. и др. Схема-терапия супружеских пар: Практическое руководство по исцелению отношений. М.: Научный мир, 2017.
33. Третьяк Л.Л. Практическая невротология. М.; СПб.: Центр гуманитарных инициатив; Добросвет, 2019.
34. Уильямс Э. Вы — супервизор: Шестифокусная модель, роли и техники в супервизии: пер. с англ. Т.С. Дробкиной. М.: Класс, 2001.
35. Уорден М. Семейная психотерапия. Диагностика, техники, секреты мастерства. СПб.: Прайм-Еврознак, 2007.

36. Федоров Я.О. На грани современного анализа. СПб.: КОСТА, 2020.
37. Федоров Я.О. Лекция и дискуссия «Неврозы и соматозы аналитика/психотерапевта». СПОЛ, You tube канал.
38. Федоряка Д. Супервизия в психотерапевтической практике. 2-е изд., доп. Ridero, 2017.
39. Фокс Д. Пограничное расстройство личности. Комплексная программа, позволяющая понять и контролировать свое ПРЛ. М.: Вильямс, 2020.
40. Ховкинс П., Шохет Р. Супервизия. Индивидуальный, групповой и организационный подходы. СПб.: Речь, 2002.
41. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. М.: Медпрактика, 2011.
42. Эйдемиллер Э. Г. и др. Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб.: Речь, 2007.
43. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. М., 1996.
44. Эротический и эротизированный перенос / под ред. М.В. Ромашкевича. М.: Оникс, 2015.
45. Bernard J.M., Goodyear R.K. Fundamentals of Clinical Supervision. 5th ed. Pearson Education Limited, 2014.
46. Caligor E., Levy K., Yeomans F. Narcissistic personality disorder: diagnostic and clinical challenges // Am. J. Psychiatry. 2015. Vol. 172, N. 5. P. 415–422.
47. Diamond D. et al. Transference focused psychotherapy for patients with comorbid narcissistic and borderline personality disorder // Psychoanal. Inq. 2013. Vol. 33. P. 527–551.
48. Caligor E., Kernberg O.F., Yeomans F. Psychodynamic Therapy for Personality Pathology: Treating Self and Interpersonal Functioning. Washington: American Psychiatric Association, 2018.
49. Diamond D., Hersh R.G. Transference-focused psychotherapy for narcissistic personality disorder: An object relations approach // J. Pers. Disord. 2020. Vol. 34. P. 159–176.
50. Falender C.A., Shafranske E.P. Supervision Essentials for the Practice of Competency-Based Supervision (Clinical Supervision Essentials). American Psychological Association, 2016.
51. Hawkins P., McMahon A. Supervision in the Helping Professions. 5th ed. London: Open University Press, 2020.
52. Kernberg O.F., Yeomans F.E. Borderline Personality disorder, depression, and narcissistic personality disorder: Practical differential diagnosis // Bull. Meninger Clin. 2013. Vol. 77, N. 1. P. 1–22.
53. Powell D.J. et al. Clinical supervision in Alcohol and Drug Abuse Counselling: Principles, Models, Methods. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1998.
54. Spinelli E. Practising Existential Therapy: The Relational World. London: Sage Publication, 2015.
55. Watkins C.E. Jr, Milne D.L. (Eds). The Wiley International Handbook of Clinical Supervision (Wiley Clinical Psychology Handbooks). 1st ed. John Wiley & Sons, 2014.
56. Watkins C.E. Jr., Budge S.L. Common and specific factors converging in psychotherapy supervision: A supervisory extrapolation of the Wampold/Budge psychotherapy relationship model // J. Psychother. Integ. 2015. Vol. 25, N. 3. P. 214–235.

Часть II. Основы психотерапии

Глава 17. Психотерапия и психокоррекция синдрома эмоционального выгорания
Синдром эмоционального (профессионального) выгорания широко распространен как у нас, так и за рубежом [11, 19, 22, 23, 32]. Он приводит к негативным психологическим, социальным, медицинским последствиям и часто проявляется у работников широкого круга специальностей. Давно существуют дискуссии о том включать ли в это понятие только те нарушения, которые развиваются непосредственно в связи с профессиональной деятельностью или это может быть больший спектр ситуаций, например, уход матери за тяжелобольным ребенком, ребенком-инвалидом; совместное проживание и уход за зависимым от алкоголя или наркотических препаратов; обслуживание хронически больного родственника и т.д. [4, 10, 28].

Феномен выгорания является предметом изучения зарубежных и отечественных специалистов в течение последних 50 лет, что подтверждает актуальность и важность данной проблемы.

Актуальность проблемы **синдрома эмоционального выгорания (СЭВ)** вышла на одно из первых мест по значимости в 2020 г. в связи с развитием пандемии атипичной пневмонии COVID-19, которая стала существенной угрозой для общественного здравоохранения во всем мире и оказала значительное влияние на психическое и физическое здоровье врачей. В условиях высокого уровня психологических нагрузок накопление негативных эмоций, страх быть инфицированным вирусной инфекцией, ощущение беспомощности оказывали на медицинский персонал всего мира значимое влияние, что в ряде случаев приводило к врачебным ошибкам и задержкам в принятии тактически важных решений. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), организаторы здравоохранения всех стран и сегодня

разрабатывают рекомендации по профилактике и коррекции СЭВ у врачей и медицинского персонала, оценивая решение этой проблемы как одно из приоритетных задач [8, 27, 29, 31]. Синдрому СЭВ посвящено большое количество зарубежных и отечественных исследований, которые проводились в нескольких направлениях: определение и верификация самого состояния выгорания; поиск и разработка методик для диагностики, оценки выраженности и различных составляющих СЭВ; выделение внешних и внутренних факторов, определяющих риск возникновения выгорания; изучение предикторов формирования СЭВ. Наименьшее количество исследований посвящено разработкам программ, препятствующих развитию выгорания или направленных на восстановление специалистов с уже сформировавшимся СЭВ [34].

Синдром эмоционального выгорания — многокомпонентное состояние, проявляющееся физическим и психическим истощением, деперсонализацией и редукцией профессиональных достижений, вызванное интенсивным межличностным взаимодействием при работе с людьми, которая сопровождается эмоциональной насыщенностью и когнитивной сложностью. СЭВ представляет собой процесс постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющийся в симптомах аффективного, умственного истощения, физического утомления, личностной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением работы.

История изучения СЭВ насчитывает более четырех десятилетий. Принято считать, что впервые принимаемый научным сообществом термин burnout (сгорание, выгорание) предложил Г. Фрейденберг (H.J. Freudenberger) в 1974 г., охарактеризовав данное расстройство в работе «Staffburn-out» («Выгорание персонала»). Он изучал явление, связанное с истощением энергии у профессионалов в сфере социальной помощи людям, а также описал «профессиональное выгорание» медицинских работников на основании нескольких лет наблюдений за персоналом одной из клиник, занимающейся лечением наркотической зависимости. Г. Фрейденберг исследовал поведенческие, мотивационные, физические и эмоциональные симптомы СЭВ. Предложенная терминология применялась «для характеристики психологического состояния здоровых людей, которые находятся в интенсивном общении с пациентами в эмоционально нагруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи» [7, 37].

СЭВ чаще формируется у лиц так называемых помогающих профессий, к которым, несомненно, относятся медики и психологи. Среди представителей врачебных специальностей наиболее уязвимы те, которые сталкиваются с тяжелыми, малоперспективными в лечении пациентами (онкологи, реаниматологи, геронтологи), а также с пациентами с той или иной патопсихологической симптоматикой (врачи-психиатры, врачи-наркологи, врачи-психотерапевты, медицинские психологи). Каждый из этих специалистов имеет в своей профессиональной деятельности различные компетенции, функциональные задачи, уровень риска и ответственности, проводит различные интервенции, взаимодействует с особым контингентом пациентов, формирует специфические взаимоотношения с ними [1, 18, 19, 33].

Со временем рассмотрение проблемы СЭВ приобрело междисциплинарный характер, и к ее изучению присоединились социологи, практикующие врачи, работники образования и даже юристы. Последовавшие публикации поначалу не носили строго научного характера. Каждый из исследователей вносил в понятие «burnout» свое субъективное понимание проблемы, что в итоге привело к отсутствию однозначного понимания феноменологии и сути СЭВ.

Имеющиеся противоречия и предпосылки определили необходимость разработки единой научной концепции, отражающей мультидисциплинарный подход к оценке и описанию этого состояния.

СЭВ в русскоязычной литературе имеет множество терминологических аналогов в связи с особенностями перевода, а также разнообразием мнений исследователей о семантике термина «burnout». Можно встретить такие вариации термина, как «синдром перегорания» (Вид В.Д., Лозинская Е.И., Макаров В.В.), «профессиональное выгорание» (Бойко В.В., Рогинская Т.И., Сидоров П.И.), «синдром психического выгорания» (Орел В.Е., Водопьянова Н.Е.), «синдром эмоционального выгорания» (Скугаревская М.М., Золотухина Л.В.), «синдром профессионального выгорания», «информационный невроз», «синдром менеджера» (Михалев С.В., Бабанов С.А.), «синдром выгорания» (Васильева Н.Г.) и т.д. На сегодняшний день, несмотря на семантические сложности, независимо от предложенной терминологии чаще используют вышеуказанное определение.

Часть II. Основы психотерапии

Термин «синдром эмоционального выгорания» является наиболее распространенным, и в МКБ-11 содержит следующее определение СЭВ: «Эмоциональное выгорание — это синдром,

признаваемый результатом хронического стресса на рабочем месте, который не был успешно преодолен» (код МКБ-11 — QD85). Он характеризуется тремя признаками:

- ощущением мотивационного или физического истощения;
- нарастающим психическим дистанцированием от профессиональных обязанностей или чувством негативизма или цинизма к профессиональным обязанностям;
- снижением работоспособности.

«Эмоциональное выгорание касается непосредственно профессионального контекста и не должно применяться к опыту из других сфер жизни» (МКБ-11).

В 1993 г. на конференции в Сан-Франциско консилиумом зарубежных специалистов в сфере психического здоровья впервые была сформулирована единая концепция СЭВ, несмотря на то, что мнения ученых однозначными не были.

Концепция включала несколько положений.

1. СЭВ имеет трехкомпонентную структуру — «эмоциональное истощение», «отгороженное (дистантное) отношение к пациентам» и «редукцию персональных достижений».

2. СЭВ носит относительно необратимый характер.

3. Выгорание главным образом возникает в среде специалистов, работающих с людьми.

По мнению ряда исследователей, имеется четвертый признак СЭВ — скука.

Базируясь на данных зарубежных коллег, изучением СЭВ у специалистов различных профессий среди отечественных исследователей занимались В.Д. Вид, В.В. Бойко, В.Е. Орел, Е.И. Лозинская, В.В. Лукьянов, С.А. Игумнов, Н.Е. Водопьянова, Н.Г. Васильева, В.В. Макаров, Т.А. Караваева, Ю.А. Кухтенко и др.

В литературе «синдром эмоционального выгорания» представляет собой закономерное сочетание симптомов нарушений в психической, соматической и социальной сферах жизни. На данный момент в мировом сообществе взгляды ученых на СЭВ разнятся и представлены разными концепциями. Наиболее целесообразно рассматривать СЭВ с позиции интеграции этих представлений.

Модели СЭВ. В литературе представлены несколько моделей СЭВ [2].

- Однофакторная модель эмоционального выгорания (Пайнс Э., Аронсон Е.). Согласно ей, выгорание — это состояние физического, эмоционального и когнитивного истощения, вызванного длительным пребыванием в эмоционально перегруженных ситуациях. Истощение является главной причиной (фактором), а остальные проявления дисгармонии переживаний и поведения считают следствием.
- Двухфакторная модель (Дирендонк Д., Шауфели В., Сиксма Х.). Синдром эмоционального выгорания сводится к двумерной конструкции, состоящей из эмоционального истощения и деперсонализации. Первый компонент, получивший название «аффективный», относится к сфере жалоб на свое здоровье, физическое самочувствие, нервное напряжение, эмоциональное истощение. Второй — деперсонализация — проявляется в изменении отношений либо к пациентам, либо к себе. Он получил название «установочного».
- Трехфакторная модель (К. Маслач и С. Джексон). Эта концепция отражает трехкомпонентную структуру синдрома, в которую вошли «эмоциональное истощение», «деперсонализация», «редукция персональных достижений» [35, 36]. Эмоциональное истощение рассматривается как основная составляющая эмоционального выгорания и проявляется в сниженном эмоциональном фоне, равнодушии или эмоциональном перенасыщении. Вторая составляющая — деперсонализация — сказывается в деформации отношений с другими людьми. В одних случаях это может быть повышение зависимости от окружающих. В других — усиление негативизма, циничность установок и чувств по отношению к реципиентам: пациентам, клиентам и т.п. Третья составляющая эмоционального выгорания — редукция личностных достижений — может проявляться либо в тенденции негативно оценивать себя, занижать свои профессиональные достижения и успехи, негативизме по отношению к служебным навыкам и возможностям либо в преуменьшении собственного достоинства, ограничении своих возможностей, обязанностей по отношению к другим.
- Четырехфакторная модель (Firth, Mims, Iwanicki, Schwab). В четырехфакторной модели выгорания один из элементов СЭВ — деперсонализация разделяется на два отдельных фактора. И модель выглядит так: эмоциональное истощение, редуцированные персональные достижения, деперсонализация, связанная с работой, и деперсонализация, связанная с реципиентами.
- Процессуальные модели эмоционального выгорания рассматривают выгорание как динамический процесс, развивающийся во времени и имеющий определенные фазы или стадии.

Примером такого взгляда на эмоциональное выгорание является теория В.В. Бойко, рассматривающего СЭВ как механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на определенные психотравмирующие воздействия. С точки зрения исследователя, СЭВ «является формой профессиональной деформации личности». Им была предложена концепция СЭВ в виде 12 симптомов, определяемых по методике «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (Бойко В.В., 1999) [2, 24].

1. Симптом «Переживания психотравмирующих обстоятельств».
2. Симптом «Неудовлетворенности собой».
3. Симптом «Загнанности в клетку».
4. Симптом «Тревоги и депрессии».
5. Симптом «Неадекватного избирательного эмоционального реагирования».
6. Симптом «Эмоционально-нравственной дезориентации».
7. Симптом «Расширения сферы экономии эмоций».
8. Симптом «Редукции профессиональных обязанностей».
9. Симптом «Эмоционального дефицита».

Часть II. Основы психотерапии

10. Симптом «Эмоциональной отстраненности».
11. Симптом «Личной отстраненности или деперсонализации».
12. Симптом «Психосоматических и психовегетативных нарушений».

Автор указывает на процессуальный характер эмоционального выгорания, выделяя в нем три последовательные фазы. Симптомы с 1-го по 4-й входят в фазу «Напряжение», с 5-го по 8-й — соответствуют фазе «Резистенция», а последние четыре симптома — фазе «Истощение» СЭВ. Начинается СЭВ с фазы эмоционального напряжения, характеризующейся яркими переживаниями психотравмирующих обстоятельств, разочарованием в своих возможностях и выбранной профессии, повышенной ответственностью, тревожностью, снижением функциональных резервов. Далее наступает фаза эмоциональной резистентности, в ходе которой происходит восстановление функциональных резервов через попытки оградиться от неприятных эмоциональных ощущений, экономичность в межличностных взаимодействиях и проявление эмоций ограниченного спектра и интенсивности. Исходом эмоционального выгорания является фаза эмоционального истощения — функциональные резервы вновь снижаются, человек испытывает недостаток положительных эмоций, черствость, цинизм, утрату интереса к объекту деятельности, сужение потребностей, изменение системы ценностей. На основании выдвинутой теории автор разработал опросник «Эмоциональное выгорание».

Одним из направлений развития исследований СЭВ в XXI в. стала разработка каузальной модели областей трудовой деятельности (от англ. Areas of Worklife Model — Сферы модели трудовой жизни, AWM), интегрирующей не только различные измерения, в которых возможен дисбаланс системы «требования–ресурсы», но и организационные и индивидуальные факторы риска. Согласно данной модели развитие эмоционального выгорания является следствием нарушения конгруэнтности личности и условий работы в одной из шести областей: трудовая нагрузка; контроль и автономность; вознаграждение, заработная плата; отношения в коллективе; ощущение справедливости; ценности организации и работника.

Причины формирования СЭВ. В литературе приводятся различные причины формирования СЭВ, которые в совокупности определяют риск и вероятность его развития для конкретного специалиста.

Изначально считалось, что причиной СЭВ являются стрессогенные условия «производственной среды» — специфические условия труда, организационные особенности профессиональной деятельности, характер отношений в коллективе, позиция руководства, система административных поощрений и наказаний, контингент клиентов, необходимость проявления эмпатии к ним вне зависимости от внутреннего восприятия и проч. Дальнейшие исследования показали значительную роль личности специалиста — ее индивидуально-психологических особенностей, ценностных ориентаций, мотивационных сценариев, фрустрационной толерантности, способности к рефлексии и эмпатии, нервно-психическую устойчивость [5, 14, 16, 30, 31].

В рекомендациях ВОЗ были выделены психосоциальные и организационные факторы-вредности на работе [2]:

- 1) плохая организация коммуникаций и социальной среды, не способствующая решению профессиональных задач на рабочих местах;
- 2) неучастие работников в принятии решений;
- 3) неопределенность карьеры, низкий статус (низкая зарплата, неопределенность перспектив работы и др.);

- 4) неопределенность должностных функций, ответственность за других;
- 5) неудовлетворительное содержание работы (неквалифицированная, физически ограниченная, а также ее однообразие, бесполезность);
- 6) большая нагрузка и темп работы;
- 7) неблагоприятный режим труда;
- 8) неблагоприятные отношения на работе (изоляция работников, отсутствие социальной поддержки, межличностные конфликты, плохое администрирование);
- 9) противоречия между работой и домашней жизнью.

Особое значение в исследовании влияния условий труда на состояние психического и физического здоровья имеет фактор «дисбаланс усилий и вознаграждения», а также дисбаланс в системе «требования со стороны работы–возможность контроля–поддержка». Модели «требования–контроль–поддержка» (от англ. demand-control-support, «D-C-S») и «дисбаланс усилий и вознаграждения» (от англ. «effort-reward-imbalance», ERI) наиболее часто используют за рубежом при изучении влияния на здоровье работающего населения психосоциальных факторов. Эти модели интенсивно используют в исследованиях рисков сердечно-сосудистых заболеваний и психических нарушений в рамках «профессионального выгорания».

В модели «D-C-S» фактор «требования работы» оценивается по уровню дефицита времени и психоэмоционального напряжения в работе и отражает степень субъективной сложности и усилий, необходимых на выполнение работы; фактор «контроль работы» отражает уровень полномочий в принятии решений, свободы в планировании организации работы и рабочего времени и варьировании содержания и процедур работы; фактор «поддержка» отражает возможность свободного общения с коллегами, обращения за помощью, позитивные взаимоотношения между сотрудниками. Неблагоприятным является сочетание высоких требований со стороны работы с низкой возможностью контроля процессов и низким уровнем поддержки. При таких условиях труда риск развития эмоционального выгорания, развития психосоматических и физических расстройств повышается в 3–10 раз.

Основная цель модели ERI — выявление связи здоровья работника с дисбалансом между его усилиями, затрачиваемыми на работе, и его вознаграждением (которым являются не только финансы, но и статус, почет и уважение, социальные гарантии). Масштабные исследования показали, что при выраженном дисбалансе между усилиями работника в трудовом процессе и его вознаграждением в 2–5 раз чаще наблюдается плохое состояние общего здоровья, низкий уровень физических функций, большая усталость, ограничения работоспособности из-за физических и психических расстройств [2].

Часть II. Основы психотерапии

Современный этап изучения СЭВ рассматривает интеграцию различных факторов в качестве причин его развития, роль и соотношение которых необходимо учитывать в каждом отдельном случае.

В научной литературе можно выделить четыре группы основных теоретических подходов к описанию психологических источников (предикторов или же факторов риска) СЭВ у специалистов — это индивидуальные, межличностные, организационные и социальные подходы. Индивидуальные подходы обращают особое внимание на роль и процессы внутри личности, в то время как межличностные фокусируются на взаимоотношениях с другими личностями в процессе работы. Организационные подходы акцентируют внимание на значимости исходных принципов организации лечебного процесса, тогда как социальные сосредотачиваются на более широких социальных и культурных факторах. Эти четыре направления в подходах к проблеме выгорания не являются взаимоисключающими [7].

На возникновение стрессовых расстройств влияет, с одной стороны, характер и интенсивность стрессового влияния, а с другой — способность человека адаптироваться к стрессу. Понятие стрессоустойчивости включает определение индивидуальных качеств личности, которые делают его более способным переносить действие стрессоров без вредных последствий, влияющих на его деятельность, на отношения с окружающими, а также на психическое и физическое здоровье. Изучению личностных факторов, влияющих на устойчивость к стрессу и травме, положили начало наблюдения за людьми, подвергшимися воздействию тяжелых событий. Часть из них адаптировались лучше, чем можно было ожидать и демонстрировали позитивную адаптацию, несмотря на перенесенный опыт. Множество исследований было посвящено поискам защитных сил и механизмов, которые отличают людей с успешной адаптацией от тех, кто адаптировался менее успешно в сходных жизненных обстоятельствах [2].

В научной литературе существуют значительные разногласия относительно понятий «стрессоустойчивость», «резистентность», «жизнестойкость», которые связаны с концептуализацией протективных в отношении стресса личностных диспозиций. Однако за

последние десятилетия исследователями предприняты многочисленные попытки связать те или иные внутриличностные факторы со способностью людей хорошо справляться со стрессом. Дефицит факторов стрессоустойчивости и жизнестойкости делает людей более уязвимыми к патогенному воздействию профессионального стресса.

Понятие жизнестойкости стало популярной моделью описания структуры личностных черт, ответственных за успешное преодоление человеком жизненных трудностей. Исследование С. Мадди и С. Кобейса продемонстрировало структуру установок и умений, способствующих превращению ситуации стресса в ситуацию проявления своих возможностей, а также определило, что жизнестойкость — личностная характеристика, которая является общей мерой психического здоровья человека и отражает три жизненные установки: вовлеченность, уверенность в возможности контроля над событиями, а также готовность к риску.

Вовлеченность (от англ. commitment) определяется как «убежденность в том, что вовлеченность в происходящее дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности». Человек с развитым компонентом вовлеченности получает удовольствие от собственной деятельности, в процессе которой он чувствует свою значимость, ценность.

Противоположная тенденция выглядит как дистанцирование и отстраненность от событий, избегающий паттерн поведения в ситуациях, вызывающих эмоциональное напряжение.

Контроль (от англ. control) представляет собой убежденность в том, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего, пусть даже это влияние не абсолютно и успех не гарантирован. Противоположность этому — ощущение собственной беспомощности.

Человек с сильно развитым компонентом контроля ощущает, что сам выбирает собственную деятельность, свой путь. Компонент контроля сходен также с категорией локуса контроля, который представляет собой склонность человека приписывать ответственность за происходящие в жизни события и результаты своей деятельности внешним силам (экстернальный, внешний локус контроля) либо собственным способностям и усилиям (интернальный, внутренний локус контроля).

Принятие риска (от англ. challenge) — убежденность человека в том, что все то, что с ним случается, способствует его развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта, — неважно, позитивного или негативного. Человек, рассматривающий жизнь как способ приобретения опыта, готов действовать в отсутствие надежных гарантий успеха, на свой страх и риск. Этот компонент позволяет личности оставаться открытой окружающему миру и принимать происходящие события как вызов и испытание.

Исследователи выделяют несколько основных факторов, способствующих развитию и поддержанию жизнестойкости:

- 1) способность строить реалистичные планы и совершать целенаправленные действия для их воплощения в жизнь;
- 2) положительная самооценка и вера в собственные силы и способности;
- 3) коммуникативные навыки и навыки решения проблем;
- 4) способность управлять сильными побуждениями и собственными чувствами [2].

Многие специалисты, изначально обладающие всеми необходимыми личностными, профессиональными качествами и навыками, в условиях «рутинного напряжения», высокой ответственности, недостаточной психологической, экономической и организационной мотивации начинают испытывать усталость от деятельности, снижение интереса к ней, раздражительность, колебания настроения, снижение работоспособности. В дальнейшем это может приводить к росту нервно-психического напряжения, истощению ресурсных механизмов, развитию СЭВ, формированию клинически очерченных ППР. Имеются доказательные исследования, которые подтверждают роль СЭВ в нарушении социального и семейного функционирования, снижении качества жизни; развитии расстройств адаптации, тревожных, депрессивных состояний; злоупотреблении алкоголем, ПАВ и проч. [3, 22].

Часть II. Основы психотерапии

По данным ВОЗ, «неинфекционные заболевания, связанные с работой, а также сердечно-сосудистые болезни и депрессия, обусловленные профессиональным стрессом, ведут к росту показателей продолжительной нетрудоспособности и отсутствия на рабочем месте специалистов» (ВОЗ, 2014).

Значительную роль в возникновении СЭВ играет исходная нервно-психическая устойчивость специалиста, показатель уровня которой отражает риск дезадаптации личности в условиях стресса. Тогда система эмоционального отражения функционирует в критических условиях, вызываемых внешними и внутренними факторами, что отмечается в трудах многих исследователей.

Обобщая данные проведенных ранее исследований, можно выделить главные факторы, лежащие в основе возникновения и формирования СЭВ у лиц, работающих в системе

«человек–человек», в частности, у врачей как специалистов, наиболее подверженных риску возникновения данного синдрома.

1. Неблагоприятное воздействие на психику из-за длительного пребывания в контакте с трудным клиентом.

2. Недостаточный профессионализм.

3. Личностные особенности в виде тревожности, низкой толерантности к стрессам, эмоциональной (аффективной) неустойчивости, перфекционизма, высокой истощаемости.

4. Низкий уровень нервно-психической неустойчивости в формировании реакций на стресс — предрасположенность индивида к срывам деятельности при психотравмирующих ситуациях, приводящим к нарушению афферентного синтеза, рассогласованию функции определения результатов действий и, как следствие, к искажению оценки ситуации и неадекватному профессиональному и социальному поведению.

5. Трудности адаптации к профессиональной деятельности, появляющиеся еще на стадии освоения специальности и впоследствии при длительном исполнении своих рабочих обязанностей без профессионального и личностного роста, что приводит к выгоранию специалиста, в свою очередь, к потере «жизненного смысла» и препятствует самореализации личности.

6. Сочетание низкого престижа профессии, негативные оценки окружающих и высокие эмоциональные или физические нагрузки, недостаточная оплата труда.

7. Отсутствие ощущения успешности, эффективности от своей деятельности (например, лечение безнадежных больных).

Одной из причин развития СЭВ среди психиатров, психотерапевтов, наркологов и медицинских психологов — неудовлетворенность специалиста эффективностью и результативностью своей профессиональной деятельности, которая напрямую связана с выздоровлением пациента, стабилизацией его состояния, длительностью ремиссии. Эти условия часто невыполнимы в практической работе врача-психиатра и врача-нарколога, поскольку большая часть заболеваний пациентов относятся к нозологическим категориям, которые характеризуют хроническое прогрессирующее течение, приводящее к дефицитарным состояниям, интеллектуальному, социальному и личностному снижению. Профессиональные риски врачей-психотерапевтов и медицинских психологов в большей степени связаны с необходимостью создания и поддержания качественного контакта, эмоционального погружения в жизнь и внутренний мир пациента, требуют напряжения в связи с эмпатическим участием, конгруэнтной поддержкой пациентов, которые имеют личностные, эмоциональные и поведенческие нарушения [1, 12, 14, 17, 18].

СЭВ опосредован в первую очередь развитием психологических реакций в результате перенапряжения, возникающего при межличностном взаимодействии в профессиональной деятельности. Наибольшее значение имеет феномен «эмоционального резонанса» — переживания эмоций сострадания, сочувствия, сопереживания, проявление эмпатии, аутентичности, конгруэнтности. Данный феномен является неотъемлемым и обязательным элементом в терапевтических отношениях между врачом и пациентом [5, 17].

Представления о важной роли в лечебном процессе взаимоотношений между врачом и пациентом развивалось в рамках реабилитационного направления в психиатрии, традиционно разрабатываемого Санкт-Петербургской (Ленинградской) школой психиатрии и психотерапии (В.А. Ташлыков, Г.Л. Исурина, А.А. Александров, Ю.В. Попов, В.Д. Вид, М.М. Кабанов, Л.И. Вассерман, Н.Г. Незнанов, Э.Г. Эйдемиллер, Н.Б. Лутова, Т.А. Караваева, Н.Г. Васильева). Эффективность терапевтического воздействия во многом определяется взаимоотношением врача и пациента, которое зависит от множества факторов. Личностные особенности, уровень эмпатии, фрустрационная толерантность специалиста, стратегия профессионального взаимодействия, способность совладать с негативными проявлениями со стороны пациента, устойчивость к стрессорным нагрузкам являются характерными и неотъемлемыми составляющими, обеспечивающими необходимые условия для качественного контакта, глубокого понимания пациента, проведения интраперсональных интервенций.

Предрасполагающим фактором развития СЭВ являются особенности специфического асимметричного взаимодействия между специалистом помогающих профессий и пациентом, в котором первый вне зависимости от своих внутренних переживаний, установок, личных обстоятельств по определению должен оказывать помощь, поддержку, заботу, проявлять внимание, отзывчивость, быть постоянно включенным в эмоциональный мир и проблемы пациента, принимающего эту помощь. Учитывая большую эмоциональную и профессиональную нагрузку, а также пролонгированные высокие требования и напряжение, специалист нередко оказывается в ситуации, где его чувств и физических ресурсов оказывается недостаточно. Результатом этого является формирование СЭВ, который не только приводит к неэффективной профессиональной деятельности, возможности нанесения вреда пациентам, но и к нарушению психического и физиологического функционирования самого специалиста [12, 17].

Еще одним значимым фактором риска СЭВ является так называемый ролевой конфликт. В профессиональной деятельности врача ролевые конфликты занимают большое место. Возникая на фоне несовместимых ожиданий относительно одной роли (ожиданий самого врача от своей профессии, ожиданий начальства и пациентов от роли врача и т.д.), ролевые конфликты ведут не только к более низкой степени удовлетворенности работников своей работой, но и к снижению производительности, и к повышению текучести кадров.

Часть II. Основы психотерапии

В целом все ролевые проблемы, включая ролевую перегрузку и ролевой конфликт, в профессиональной деятельности врача могут привести к возникновению нервно-психического напряжения и явиться источником профессионального стресса [2]. Способность к эмпатии выделяется в отдельный фактор, отсутствие которого содействует возникновению СЭВ. По мнению К. Роджерса, эмпатия является необходимым качеством или возможностью для установления доверительных терапевтических отношений врачей с пациентом. Отмечено, что эмпатия считается одним из наиболее профессионально важных качеств медицинских работников: способность к сопереживанию и к произвольной эмоциональной отзывчивости, умение поставить себя на место другого. Это создает основу для формирования сбалансированных межличностных отношений. Развитая эмпатия в общении врача с пациентом представляет собой общую установку на понимание не столько формальной стороны сказанного, сколько вчувствование во внутренний смысл состояния пациента. Вместе с тем, по мнению А.Б. Холмогоровой, «дефицит способности к эмпатии» является одной из негативных тенденций на современном этапе развития общества. «Эмпатия как высшая психическая функция предполагает сохранную способность понимать психические состояния других людей и при этом проявлять по отношению к ним сочувствие и заботу» [30].

Важность эмпатии подчеркивает и В.В. Макаров, он определяет это качество специалиста помогающей профессии как процесс тонкого вчувствования в психологический мир пациента, по его мнению, отсутствие эмпатии делает помощь специалиста непродуктивной [21].

М.Ю. Городнова определяет эмпатию как «совокупность эмпатических способностей, являющуюся динамической взаимосвязанной структурой, представленной врожденными (интуиция и вчувствование), рано приобретенными (спонтанный интерес к "Другому" и идентификация) и формирующимися в течение жизни (эмпатические установки и способность создавать атмосферу доверия) способностями». Возможность проявлять эмпатию является одним из основных профессиональных качеств специалистов, занимающихся профессиональной деятельностью с пациентами психиатрического и наркологического профиля, а проблема ее развития ставится приоритетной в контексте организации обучения и супервизии профессионалов-практиков.

Важность эффективной саморегуляции эмоций и поведения для поддержания хорошего функционального состояния подчеркивается в исследованиях профессиональной успешности и эффективности. Способность человека к саморегуляции рассматривается не просто как желательный навык, а даже как профессиональная компетенция, востребованная во многих современных профессиях, особенно в случаях стремительного нарастания степени объективной сложности и субъективной напряженности рабочей ситуации, что для врачей и других медицинских работников более чем актуально [11, 16].

Это означает, что способность и готовность профессионала отслеживать изменения в своем функциональном состоянии и применять приемы осознанной саморегуляции для предотвращения развития опасных форм деструктивных функциональных состояний способствует росту профессиональных достижений при сохранении здоровья и ощущения психологического благополучия.

Для осуществления саморегуляции человек должен владеть навыками распознавания собственных эмоциональных реакций и состояний (то есть обладать хорошей рефлексией эмоциональной сферы), а также владеть репертуаром способов эффективного и конструктивного влияния на свое состояние и поведение.

Связь саморегуляции и социальной компетентности исследуется в популярной с середины 1990-х годов концепции «эмоционального интеллекта», которая представляет из себя сумму навыков и способностей человека распознавать эмоции (свои и других людей), понимать намерения, мотивацию и желания других людей и свои собственные, а также способность управлять своими эмоциями и эмоциями других людей в целях решения практических задач коммуникации.

Профилактике развития синдрома эмоционального выгорания (впрочем, как и других, связанных со стрессом расстройств) могут способствовать развитие человеком хорошей рефлексии своих эмоциональных состояний и других компонентов эмоционального

интеллекта, навыков эффективной саморегуляции чувств и поведения; развитие эмоционально-позитивного самоотношения и адекватной устойчивой самооценки, способности заботиться о себе и своих потребностях; укрепление внутреннего локуса контроля и формирование хороших личных границ, активной и инициативной жизненной позиции, коммуникативной компетентности, устойчивой системы жизненных и профессиональных ценностей и смыслов [2].

Диагностика синдрома эмоционального выгорания. Изучение СЭВ проводится преимущественно валидизированными методиками, которые сегодня являются «золотым стандартом», но они в основном оценивают проявления профессионального стресса, не затрагивая личностные аспекты и вопросы социального функционирования.

В научных исследованиях для описания и оценки различных аспектов СЭВ используют специальные экспериментально-психологические методики [3, 24, 25]. Наиболее распространенными в российских исследованиях методиками диагностики состояния выгорания являются следующие.

1. Адаптированный на русский язык Н.Е. Водопьяновой опросник MBI («Maslach Burnout Inventory» — «Инвентарь выгорания Маслач»), который является «золотым стандартом» диагностики СЭВ (Maslach C., Jackson S.E., 1981; Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С., 2008). Методика, апробированная в работах Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой (2001, 2008).
2. Методика «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (Бойко В.В., 2008), которая включает 84 утверждения. Методика позволяет диагностировать ведущие симптомы СЭВ и определить, к какой фазе развития стресса они относятся. Согласно представленной концепции это фазы: «Напряжение», «Резистенция», «Истощение».

Часть II. Основы психотерапии

Зарубежными исследователями выделяются также несколько основных зарекомендовавших себя моделей, в рамках которых наиболее часто диагностируется СЭВ при помощи психологических опросников:

- трехкомпонентная модель Maslach & Jackson и опросник MBI (Maslach C., Wilmar S., 2001);
- модель Pines и опросник BM («Burnout Measure» — «Измерение выгорания») (Pines A., Aronson E., 1988);
- модель Shirom-Melamed;
- опросник SMBQ («Shirom-Melamed Burnout Questionnaire» — «Опросник выгорания Ширум-Меламед») (Shirom A. et al., 2005).

Вместе с тем одним из наиболее популярных методов определения наличия признаков СЭВ у медицинских работников за рубежом является опросник «Staff Burnout Scale for Health Professionals» («Шкала выгорания персонала для медицинских работников») (Jones J., 1980). «Опросник на выгорание MBI» (Маслач К., Джексон С. в адаптации Водопьяновой Н.Е., 2008) является «золотым стандартом» диагностики синдрома выгорания, содержит 22 утверждения, затрагивающих чувства специалистов, связанные с коммуникациями в рабочем процессе. Каждое из утверждений оценивается по шестибальной шкале от 0 — «никогда» до 6 — «всегда». Опросник состоит из трех субшкел: «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация», «Редукция профессиональных достижений».

Шкала «Эмоциональное истощение» отражает наличие эмоционального опустошения, снижение энергетического потенциала, апатию, желание отгородиться от контактов с друзьями и коллегами, потерю интереса к работе и зачастую разочарование в ней.

Шкала «Деперсонализация» свидетельствует о циничном, черством, безразличном и отгороженном отношении к клиентам/пациентам и коллегам, отсутствии желаний находить компромиссные решения во взаимоотношениях с ними.

Шкала «Редукция персональных достижений» демонстрирует отсутствие желания находить компромиссные решения во взаимоотношениях с коллегами, недостаток умения эмпатически выслушать клиента/пациента, а также неверие в собственные силы, разочарование в своей профессиональной деятельности и способности приносить пользу людям, отсутствие осознания ценности и важности своей работы, неумение адаптироваться в рабочем коллективе и эффективно противостоять стрессовым ситуациям.

При помощи «Опросника на выгорание MBI» К. Маслач было обследовано 7288 врачей различных специальностей. При этом было выявлено, что 45,8% опрошенных респондентов демонстрируют симптомы СЭВ. Значимое число исследований свидетельствует о том, что врачи, в том числе психиатры, наркологи, психотерапевты и медицинские психологи, могут страдать от проблем в области психического здоровья, связанных с их профессиональной деятельностью, и имеют один из самых высоких индексов категории тяжести работы. Это

приводит к более высоким показателям риска развития СЭВ у них, чем у специалистов в других сферах медицинской деятельности.

«Методика диагностики эмоционального выгорания» (Бойко В.В., 2008) позволяет диагностировать ведущие симптомы синдрома выгорания и определить в какой из фаз развития данного состояния находится специалист. Согласно представленной концепции это фазы: «Напряжения», «Резистенции», «Истощения».

Фаза «Напряжение» служит предвестником развития и запускающим механизмом формирования синдрома выгорания. Тревожное напряжение включает следующие симптомы: переживание психотравмирующих обстоятельств, неудовлетворенность собой, чувство безысходности, тревога и депрессия.

Фаза «Резистенция» развивается при осознании наличия тревожного напряжения, человек стремится избегать действия эмоциональных факторов с помощью ограничения эмоционального реагирования: неадекватного избирательного эмоционального реагирования, эмоционально-нравственной дезориентации, расширения сферы экономии эмоций, редукции профессиональных обязанностей.

Фаза «Истощение» характеризуется падением общего энергетического тонуса и ослаблением нервной системы, появляются эмоциональный дефицит, эмоциональная отстраненность, личностная отстраненность (деперсонализация), психосоматические и вегетативные проявления.

В фазу «Истощение» входят следующие симптомы.

- *Симптом «эмоционального дефицита».* К профессионалу приходит ощущение, что эмоционально он уже не может помочь субъектам своей деятельности, не в состоянии войти в их положение, соучаствовать и сопереживать, отзываться на ситуации, которые должны трогать, побуждать, усиливать интеллектуальную, волевую и нравственную отдачу. Резкость, грубость, раздражительность, обиды, капризы дополняют симптом «эмоционального дефицита».
- *Симптом «эмоциональной отстраненности».* Личность почти полностью исключает эмоции из сферы профессиональной деятельности. Ее почти ничто не волнует, почти ничто не вызывает эмоционального отклика — ни позитивные обстоятельства, ни отрицательные. Реагирование без чувств и эмоций наиболее яркий симптом «выгорания». Он свидетельствует о профессиональной деформации личности и наносит ущерб субъекту общения.
- *Симптом «личностной отстраненности, или деперсонализации».* Отмечается полная или частичная утрата интереса к человеку — субъекту профессионального действия. Он воспринимается как неодушевленный предмет, как объект для манипуляций. Возникает деперсонализированный защитный эмоционально-волевой антигуманистический настрой. Личность утверждает, что работа с людьми не интересна, не доставляет удовлетворения, не представляет социальной ценности.
- *Симптом «психосоматических и психовегетативных нарушений».* Появляются отклонения в соматических или психических состояниях. Мысль о субъектах профессиональной деятельности или контакт с ними вызывает плохое настроение, дурные ассоциации, бессонницу, чувство страха, неприятные ощущения в области сердца, сосудистые реакции, обострения хронических заболеваний. Переход реакций с уровня эмоций на уровень психосоматики свидетельствует о том, что эмоциональная защита — «выгорание» — самостоятельно уже не справляется с нагрузками, и энергия эмоций перераспределяется между другими подсистемами индивида.

Часть II. Основы психотерапии

В.В. Лукьянов характеризует СЭВ эмоциональным истощением, обесцениванием труда и снижением эффективности профессиональной деятельности. Автор указывает на тот факт, что именно развернутая фаза «Истощение» [по методике «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (Бойко В.В., 2008)] свидетельствует о сформированности СЭВ, а превалирование показателей двух других фаз синдрома говорит о включении компенсаторных возможностей для адаптации к данному состоянию. Высокие показатели фазы «Напряжение» могут претерпеть обратное развитие и под воздействием разнообразных факторов не переходить в фазу «Истощение» [3].

Основные направления профилактических и психокоррекционных интервенций. По мнению М.М. Скугаревской, с целью коррекции и профилактики СЭВ преимущественно должны использоваться «личностно-ориентированные методы, которые способствуют совершенствованию способностей индивидуума, и когнитивно-поведенческие — направленные на обучение человека способности противостоять стрессу через изменение своего поведения, пересмотр отношения к работе, коллегам и пациентам».

Многие исследователи изучают выгорание на протяжении уже нескольких десятилетий, но лишь в избранных работах есть конкретное описание способов профилактики и коррекции выгорания, включающие приемы саморегуляции, самоконтроля, тренировки внимания, и частично оценена их эффективность [2, 9, 13, 21, 26].

Рассматривая СЭВ как процесс, проявляющийся в симптомах эмоционального, умственного истощения, физического утомления, личной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением работы, важно оценивать его фазы с позиции социально-психологической адаптации. В связи с этим все профилактические мероприятия целесообразно основывать на совокупности социальных, психологических и медицинских мероприятий.

Профилактика, лечение и реабилитация при СЭВ должны быть первостепенно ориентированы на улучшение:

- 1) условий труда (на организационном уровне);
- 2) характера взаимоотношений внутри коллектива (на межличностном уровне);
- 3) личностных реакций (на индивидуальном уровне).

Эти уровни также соотносятся с уровнями обеспечения психологического благополучия:

- **уровень самопомощи** (саморегуляция, самоорганизация, самооценка, самоконтроль, саморефлексия и самосознание, — помогающие удерживать самообладание);
- **уровень взаимопомощи** (необходимый уровень эмпатии, взаимная поддержка сотрудников);
- **уровень специализированной профессиональной помощи** (психологической, психотерапевтической), обеспечиваемой психологами, психотерапевтами.

В клинических рекомендациях, которые разрабатывались для профилактики и коррекции СЭВ у специалистов, оказывающих помощь во время пандемии COVID-19, были предложены следующие меры по снижению нагрузки на персонал, которые целесообразно внедрять во всех коллективах, в которых имеются существенные риски развития СЭВ для работников:

- создание колл-центров для бесед с клиентами;
- создание инициативных и рабочих групп по решению конкретных задач;
- создание регулярной обратной связи с персоналом;
- организация работы волонтеров, студентов, стажеров;
- создание поощрительной мотивации, визуализация успехов сотрудников учреждения;
- разработка организационных правил;
- организация дистанционных консультаций в сложных случаях;
- психопрофилактика (в том числе распознавание признаков выгорания);
- минимизация неадаптивных стратегий совладания, в том числе и употребления ПАВ.

Программы психотерапевтической помощи лицам с СЭВ включают три основных этапа.

I. Подготовительный этап.

1. Диагностика синдрома выгорания (методика «Диагностика эмоционального выгорания» Бойко В.В., опросник на «выгорание» MBI Маслач К. и Джексон С., адаптированный Водопьяновой Н.Е.); оценка уровня нервно-психической устойчивости [«Методика нервно-психической устойчивости "Прогноз" (ВМА им. С.М. Кирова)»].

2. Многофакторное исследование личности (личностные опросники).

3. Изучение социально-психологических проблем личности (исследования психологического климата коллектива, удовлетворенности работника своей деятельностью в организации).

4. Изучение ценностно-мотивационной сферы, смысловых установок (методика смысложизненных ориентаций Д.А. Леонтьева, методика диагностики личности на мотивацию к успеху Т. Элерса).

5. Выяснение факторов, вызывающих профессиональный стресс, синдром выгорания.

6. Мотивация к преодолению синдрома выгорания, активному участию в коррекционной программе.

Подготовительный этап направлен на выявление индивидуальных причин СЭВ у специалиста.

К «личностным» детерминантам синдрома выгорания относят такие индивидуально-психологические особенности личности сотрудника, как низкая адаптивность к стрессу, выраженная эмотивность, особенности характера, низкая самооценка, недостаточная мотивация, проблемы в ценностно-мотивационной сфере (формирование когнитивных стереотипов) и т.д. Устойчивая адекватная самооценка, коммуникативная компетентность и хорошая эмоциональная саморегуляция очень важны для адаптации к стрессу. Эти факторы могут быть развиты человеком в процессе жизни. К «социальным» детерминантам относят проблемы, возникающие на организационном и профессиональном уровнях. Среди организационных факторов — условия и содержание труда, взаимоотношения внутри организации, стимулирование труда, справедливость при решении проблем и т.д.

К особенностям, способствующим выгоранию в профессии, относят явления монотонии,

ежедневное длительное напряженное общение с людьми, повышенное чувство ответственности за жизнь и здоровье человека и др.

II. Основной этап (психотерапевтический).

Цель: формирование активной позиции по отношению к организационным и профессиональным стрессам с помощью повышения личной и социальной значимости преодоления стресса; овладение конструктивными моделями поведения в трудных профессиональных ситуациях; повышение уверенности в себе и оптимизма.

Часть II. Основы психотерапии

При построении модели коррекционной программы целесообразно учитывать два направления:

- 1) повышение адаптационных возможностей личности;
- 2) создание условий для самоизменения, раскрытия потенциальных возможностей и ценностного отношения к своему здоровью (например, задача, включающая переструктурирование ценностно-мотивационной сферы субъектов деятельности с целью снижения возникших дезинтеграционных изменений).

Структура основного этапа. Основной этап коррекционной программы состоит из серии лекций-семинаров и тренингов. Количество занятий варьируется в зависимости от поставленных задач и успешности их выполнения. На семинаре будущие участники тренинга получают информацию о причинах возникновения синдрома выгорания, обсуждают вопросы, связанные с его преодолением и профилактикой, каждый в результате самонаблюдения, самоанализа и осмысления делится собственными опытом и переживаниями, связанными с синдромом выгорания. Ведущий (психолог, психотерапевт) отвечает на поставленные группой вопросы. Психологический тренинг является ведущим компонентом коррекционной программы, реализующим ее психокоррекционный (психотерапевтический) принцип.

В настоящее время существует множество моделей коррекционных программ, интегрирующих различные методы психотерапии. Наиболее часто применяются следующие психотерапевтические методы:

- 1) психообразовательный тренинг — проведение семинаров и лекций, информирующих о синдроме выгорания, причинах, механизмах, способах профилактики и коррекции;
- 2) когнитивно-поведенческие методы (рационально-эмоциональная психотерапия, поведенческие тренинги — тренинг уверенности, тайм-менеджмент, тренинг стрессоустойчивости);
- 3) релаксационные методы, техники (дыхательные техники, медитативные, упражнения с фиксацией биообратной связи);
- 4) гештальт-подходы и методы экзистенциального направления;
- 5) личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия.

Одним из основных подходов к коррекции СЭВ является **ресурсно-субъектный подход**. В контексте ресурсно-субъектного подхода выгорание рассматривают как личностную дисфункцию, возникающую вследствие снижения субъектной активности и дефицита ресурсов совладания с профессионально трудными ситуациями. Целевая функция субъектной активности заключена в упорядочивании информационно-энергетического взаимодействия человека с трудными рабочими ситуациями для преодоления профессиональных кризисов и достижения самореализации. Субъектная активность способствует актуализации необходимых ресурсов совладания со стрессогенными ситуациями в профессии и социуме, что способствует устойчивости к выгоранию.

Стратегии ресурсно-субъектного подхода.

1. Ресурсосберегающие стратегии — направлены на сбережение или быстрое восстановление психоэнергетических ресурсов и базируются на парадигме регуляции стрессовых реакций и состояний. Применяются различные формы разгрузки, поиск баланса между работой, отдыхом и другими сферами жизни, оздоровительные программы, повышающие стресс-толерантность за счет антистрессового стиля жизни, сбалансированное «антистрессовое» питание, активный отдых, полноценный сон, создание позитивных образов во внешнем окружении, тайм-менеджмент и др. В индивидуальной или в групповой форме проводится обучение техникам самопомощи или самоменеджмента, даются рекомендации по поиску оптимального равновесия между работой и отдыхом, баланса между чрезмерной профессиональной вовлеченностью и индивидуальной жизнью, осуществляется помощь в выборе менее напряженного образа жизни.

2. Ресурсоактивизирующие стратегии — направлены на активизацию личностных потенциалов, восполнение дефицитов профессиональных компетентностей и личностных ресурсов, и базируются на идеях ресурсного подхода к регуляции стресса и профессиональной адаптации. Они ориентированы на активизацию субъектно-личностных

ресурсов, в частности, на укрепление позитивных жизненных установок и позиций, на развитие профессиональных компетентностей, способствующих организационной и профессиональной адаптации и профессионально-личностному развитию, а при необходимости — на активизацию поиска внешних ресурсов в виде социальной, профессиональной, эмоциональной и других видов поддержки (просоциальные стратегии совладания). Особая роль в устойчивости к процессам выгорания отводится коммуникативной компетентности специалистов социальных профессий. В ряде исследований обосновано высокое значение ресурсов позитивного мышления, смысловых ориентаций, самоактуализации для устойчивости к выгоранию.

3. Ресурсореконструктивные стратегии — нацелены на развитие новых ресурсов или реконструкцию прежних ресурсных образований (например, на реконструкцию системы ценностно-смысловых ориентиров, стилей совладающего поведения) и базируются на идеях экзистенциально-феноменологического подхода. Они направлены на глубинную реконструкцию системы субъектно-личностных конструктов разных уровней регулирования — аффективно-рефлексивного, рефлексивно-когнитивного, когнитивно-поведенческого, мотивационного, когнитивно-смыслового и др. Терапевтической задачей является помощь человеку в более адекватном ощущении собственных искренних чувств, желаний, восприятий и интерпретаций, что позволит ему осознать собственную целостность, самость, активизировать личностный потенциал, экзистенциальные установки, приблизиться к самоактуализации и самореализации. В качестве ключевой причины выгорания рассматривают экзистенциальное беспокойство человека по поводу временности своего бытия, роли и места в нем работы, смыслов труда, самоактуализации, самореализации, самоосуществления.

III. Завершающий этап программы.

Включает совместный анализ и обсуждение как на уровне группы (занятия-семинары), так и в рамках отдельных консультаций с ее участниками по поводу результатов тренинговой работы. Проводятся повторная диагностика синдрома выгорания и обучение навыкам самостоятельной оценки своего состояния, распознавания симптомов выгорания (самодиагностика). Участники тренинга сравнивают результаты диагностики с самоанализом полученных впечатлений от коррекционной работы и ее элементов. Формулируются основные рекомендации, направленные на профилактику психического здоровья и проявления синдрома выгорания.

Часть II. Основы психотерапии

Одна из последних методик интегративной психотерапии для коррекции СЭВ у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля, была разработана и представлена в диссертационной работе Ю.А. Кухтенко, выполненной под руководством В.В. Макарова и Т.А. Караваевой [9, 13, 15, 21]. В качестве основного базового метода, соответствующего одному из трех концептуальных направлений, была выбрана КПТ, позволяющая четко описать структуру и содержание проводимой психотерапии, а также применять ее групповую краткосрочную форму. В качестве основных техник использовались: рационально-эмоциональная психотерапия, рефрейминг, дневник мыслей, позитивное воображение, смена ролей и эмпирическая проверка с целью снизить тревожность, увеличить нервно-психическую устойчивость и повысить качество жизни; а также проводилось обучение уверенности в себе и в своих способностях. В качестве дополнительного метода применялась медитативная техника переключения, сосредоточения и погружения «Океан» для специалистов с синдромом эмоционального выгорания (Макаров В.В., Кухтенко Ю.А.) как метод релаксации, соответствующий когнитивно-поведенческой терапии «третьей волны» [20, 21, 26].

Эта психотерапевтическая методика проводится в формате закрытых групп по 6–8 человек по специально разработанной и четко структурированной схеме занятий 1 раз в нед, в течение 8 нед (всего 8 занятий). Длительность занятий — 2 ч (120 мин).

Мишени психотерапии: наличие симптомов, входящих в структуру СЭВ, низкий уровень нервно-психической устойчивости, индивидуально-психологические особенности (общая и ситуативная тревожность, характер психологических защит, личностные проявления, особенности коммуникативного взаимодействия, неадаптивные поведенческие паттерны, иррациональные установки, трудности эффективной саморегуляции).

Для отработки коммуникативных навыков часть занятий проводилась в формате метода групповой дискуссии с целью выявления установок и способов межличностного взаимодействия между участниками группы. В этом ключе были рассмотрены темы «Эмпатия, апперцепция, конгруэнтное поведение врача»; «Причины возникновения СЭВ у врачей»; «Отношения между врачом и пациентом»; «Понятие о структурировании времени (тайм-менеджмент)»; «Коммуникация с пациентами. Осознание своих чувств при взаимодействии с

больными людьми»; «Способы коррекции СЭВ». Каждое занятие включало обсуждение домашнего задания, групповые упражнения по специальной программе, групповую дискуссию, проведение релаксационно-медитативной практики переключения, сосредоточения и погружения «Океан». Проведенные исследования показали высокую эффективность этого метода групповой дискуссии для коррекции СЭВ.

Таким образом, базируясь на биопсихосоциальной парадигме и принципах персонализированного подхода, помощь лицам, у которых обнаруживаются признаки СЭВ, или находящимся в зоне риска, должна оказываться комплексно, в психопрофилактических (тематических), психокоррекционных группах или индивидуально.

Необходимо помнить, что СЭВ — частый феномен, риск развития которого высок у врачей-психиатров, врачей-наркологов, врачей-психиатров, медицинских психологов. В связи с этим первоочередное место занимают вопросы профилактики и превенции СЭВ у данных специалистов, которые должны включать как психосоциальные, так и организационно-юридические регуляторные механизмы.

Одним из основных методов профилактики и коррекции СЭВ с 1950-х годов и до настоящего времени являются балинтовские группы, внедренные М. Балинтом в Лондоне в 1950 г. как тренинговые семинары для врачей общей практики. Этот метод направлен на снижение тревожности и эмоциональной напряженности лиц, работающих с трудным контингентом больных. В группе анализируют и разрешают проблемы и трудности, возникающие при взаимодействии врача с пациентами. В фокусе рассмотрения лежат коммуникативные сложности, особенности межличностного общения, соблюдение границ идентичности. Группой руководит психотерапевт или психоаналитически ориентированный психолог. При этом «исключается психотерапевтическое воздействие на личность самого врача и оценка его профессиональной деятельности». Ведущий обеспечивает создание безопасной атмосферы и условий для конструктивной работы, но активных интервенций самостоятельно не проводит [6].

Российским законодательством и нормативными актами закреплены определенные гарантии, обеспечивающие защиту и поддержку ряда специалистов помогающих специальностей. Для врачей-психиатров, врачей-наркологов регламентированы особые гарантии трудовой деятельности — сокращенный рабочий день, увеличенный отпуск, доплата за специфические условия труда. Не секрет, что периодически возникают дискуссии о том, насколько оправданы сегодня существующие нормативы. Научные исследования, направленные на оценку условий труда и определение имеющихся вредностей при выполнении работы специалистами помогающих профессий, не так многочисленны, хотя и очень важны, чтобы формировать доказательную базу о частоте возникновения у них СЭВ и факторов, влияющих на это. Они создают обоснование и предпосылки для того, чтобы нормативно закрепить гарантии по охране труда и здоровья лиц, оказывающих помощь психическим больным.

Список литературы

1. Апчел В.Я., Белов В.Г., Говорун В.И. и др. Профессиональное «выгорание» у медицинских работников // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2008, № 2 (22). С. 152–159.
2. Ляшкова С.В., Караваева Т.А., Семенова Н.В. Принципы создания программ тренинга навыков психологической саморегуляции и профилактики профессионального выгорания у врачей и психологов // Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы: Сборник методических рекомендаций / Сост. Н.В. Семенова; под общ. ред. Н.Г. Незнанова. Вып. 4. СПб.: КОСТА, 2021. С. 204–232.
3. Бойко, В.В. Синдром эмоционального выгорания в профессиональном общении. СПб.: Питер, 1999. 105 с.
4. Бочаров В.В., Шишкова А.М., Черная Ю.С. Перспективы исследования эмоционального выгорания родственников пациентов, страдающих алкоголизмом или опиоидной зависимостью // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2017, № 4. С. 27–34.
5. Вид В.Д., Лозинская Е.И. Синдром перегорания в психиатрии и его зависимость от терапевтической идеологии // Российский психиатрический журнал. 1998, № 1. С. 19–21.
6. Винокур В.А. Балинтовские группы: история, технология, структура, границы и ресурсы: учебное пособие. СПб.: СпецЛит, 2015. 191 с.
7. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания. Диагностика и профилактика: Практическое пособие. 3-е изд., испр. и доп. М.: Юрайт, 2017. 343 с.
8. Зинченко Ю.П., Салагай О.О., Шайгерова Л.А. и др. Восприятие стресса различными категориями медицинского персонала во время первой волны пандемии COVID-19 в России // Общественное здоровье. 2021, № 1. С. 65–89. DOI: <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2021-1-1-65-89>.
9. Караваева Т.А., Кухтенко Ю.А., Макаров В.В., Яковлев А.В. Результаты применения интегративной групповой психотерапии для коррекции синдрома выгорания у

- специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля // Наркология. 2020. Т. 19, № 3. С. 57–65.
10. Кмить К.В., Попов Ю.В. Эмоциональное выгорание, не связанное с профессиональным стрессом // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2013, № 3. С. 3–10.
 11. Кузнецова А.С., Титова М.А., Злоказова Т.А. Психологическая саморегуляция эмоционального состояния и профессиональная успешность // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. 2019, № 1. С. 52–68.
 12. Кухтенко Ю.А. Клиническая психотерапия и синдром эмоционального выгорания // Независимый психиатрический журнал. 2017, № 1. С. 80–81.
 13. Кухтенко Ю.А. Коррекция эмоционального (профессионального) «выгорания» у врачей, занятых в сфере психического здоровья // Психическое здоровье. 2016, № 7. С. 67–72.
 14. Кухтенко Ю.А., Караваева Т.А., Макаров В.В., Яковлев А.В. Взаимосвязь уровня нервно-психической устойчивости и распространенности синдрома выгорания у специалистов в области психического здоровья // Наркология. 2019, № 8. С. 60–68.
 15. Кухтенко Ю.А., Караваева Т.А., Макаров В.В., Яковлев А.В. Результаты применения интегративной групповой психотерапии для коррекции синдрома выгорания у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля // Наркология. 2020. Т. 19, № 3. С. 57–65.
 16. Леонова А.Б. Комплексная стратегия анализа профессионального стресса от диагностики к профилактике и коррекции // Психологический журнал. 2014. Т. 25, № 2. С. 75–85.
 17. Лозинская Е.И., Лутова Н.Б., Ханько А.В., Жигулева А.В. Влияние синдрома выгорания врачей-психиатров на показатели терапевтического альянса у пациентов с психическими расстройствами // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2014, № 3. С. 19–23.
 18. Лукьянов В.В. Синдром выгорания и его взаимосвязь со структурой личности у врачей-наркологов // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий: Коллективная монография / под ред. В.В. Лукьянова и др. Курск: Курский государственный университет, 2008. С. 198–214.
 19. Макаров В.В., Кухтенко Ю.А. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей // Психическое здоровье. 2016, № 3. С. 60–67.
 20. Макаров В.В., Кухтенко Ю.А. Модификация практики «Океан» для врачей, страдающих синдромом эмоционального (профессионального) «выгорания». Полимодалная групповая психотерапия синдрома: учебное пособие. М.: ФГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, 2016. 55 с.
 21. Макаров В.В., Кухтенко Ю.А., Копоров С.Г. Полимодалная групповая психотерапия для врачей, страдающих синдромом эмоционального выгорания: Методическое пособие. М.: ФГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, 2019. 55 с.
 22. Матюшкина Е.Я., Рой А.П., Рахманина А.А. и др. Профессиональный стресс и профессиональное выгорание у медицинских работников [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2020. Т. 9, № 1. С. 39–49.
URL: https://psyjournals.ru/jmfp/2020/n1/Matyushkina_et_al.shtml (дата обращения: 15.05.2020). DOI: <https://doi.org/10.17759/jmfp.2020090104>.
 23. Матюшкина Е.Я., Кантемирова А.А. Профессиональное выгорание и рефлексия специалистов помогающих профессий // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27, № 2. С. 50–68.
 24. Методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко // Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / под ред. Д.Я. Райгородского. Самара: БАХРАХ-М, 1998. С. 161–169.
 25. Методика определения нервно-психической устойчивости, риска дезадаптации в стрессе «Прогноз» // Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / под ред. Д.Я. Райгородского. Самара: БАХРАХ-М, 1998. С. 544–548.
 26. Овчинников А.А., Султанова А.Н., Винокуров А.В. и др. Структура и динамика синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников в ходе коррекции техникой mindfulness // Неврологический вестник им. В.М. Бехтерева (Казань). 2019. Т. LI. Вып. 2. С. 44–48.
 27. Петриков С.С., Холмогорова А.Б., Суроегина А.Ю. и др. Профессиональное выгорание, симптомы эмоционального неблагополучия и дистресса у медицинских работников во время эпидемии COVID-19 // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28, № 2. С. 8–45. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280202>.
 28. Подсадный С.А., Орлов Д.Н. Развитие научных представлений о синдроме выгорания // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий: Коллективная монография / под ред. В.В. Лукьянова и др. Курск: Курский государственный университет, 2008. С. 13–35.

29. Холмогорова А.Б., Рахманина А.А., Суроегина А.Ю. и др. Психическое здоровье и профессиональное выгорание врачей-ординаторов во время пандемии COVID-19: ситуационные и психологические факторы // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29, № 2. С. 9–47. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290202>.
30. Холмогорова А.Б., Клименкова Е.Н. Способность к эмпатии в контексте проблемы субъектности // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25, № 2. С. 75–93.
31. Шишкова А.М., Бочаров В.В., Караваева Т.А. и др. Роль социально-демографических и профессиональных факторов в формировании дистресса и эмоционального выгорания у медицинских работников в период пандемии COVID-19 // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2021, № 4. С. 103–114. DOI: <https://doi.org/10.25016/2541-7487-2021-0-4-103-114>.
32. Awa W.L., Plaumann M., Walter U. Burnout prevention: A review of intervention programs // Patient Educ. Couns. 2010. Vol. 78, N. 2. P. 184–190.
33. Deng Y., Liu J., Zhang J. et al. A multicenter study on the validation of the Burnout Battery: A new visual analog scale to screen job burnout in oncology professionals // Psychooncology. 2017. Vol. 26, N. 8. P. 1120–1125.
34. Kisely S., Warren N., McMahon L. et al. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: Rapid review and meta-analysis [Electronic resource] // BMJ. 2020. Vol. 369. P. m1642. URL: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1642> (date of access May 15, 2020). DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1642>.
35. Maslach C Goldberg J. Prevention of burnout: new perspectives // App. Prevent. Psychol. 1998. Vol. 7. P. 63–74.
36. Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P. Maslach Burnout Inventory Manual. 3rd ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1996. 52 p.
37. Schaufeli W.B., Leiter M.P., Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice // Career Dev. Int. 2009. Vol. 14, N. 3. P. 204–220.

Часть II. Основы психотерапии

Глава 18. Объективизация психотерапевтического процесса

Объективизация процесса психотерапии представляет важную, и, одновременно, сложную научно-методологическую проблему, включающую две сопряженные, но самостоятельные задачи: оценку эффективности психотерапии и объективизирующее описание психотерапевтического процесса.

Научное описание процесса клинической психотерапии является нетривиальной задачей в силу системности любой психотерапии, представляющей одновременно: коммуникативный процесс, с его языком, правилами-процедурами (техниками), предписанными результатами; системный ответ пациента на терапевтическую коммуникацию на психологическом, нейробиологическом, организменном уровнях, формирующий итоговый результат психотерапии.

Развитие исследований психотерапии по данным PubMed. За последние 30 лет доказательные исследования в области объективизации психотерапевтического процесса прошли существенный путь развития [рис. 18.1 (данные PubMed <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>)]. В обзоре по оценке доказательного подхода в психотерапии от 2004 г. был проанализирован ограниченный перечень рандомизированных клинических испытаний, метаанализов и систематических обзоров [4].

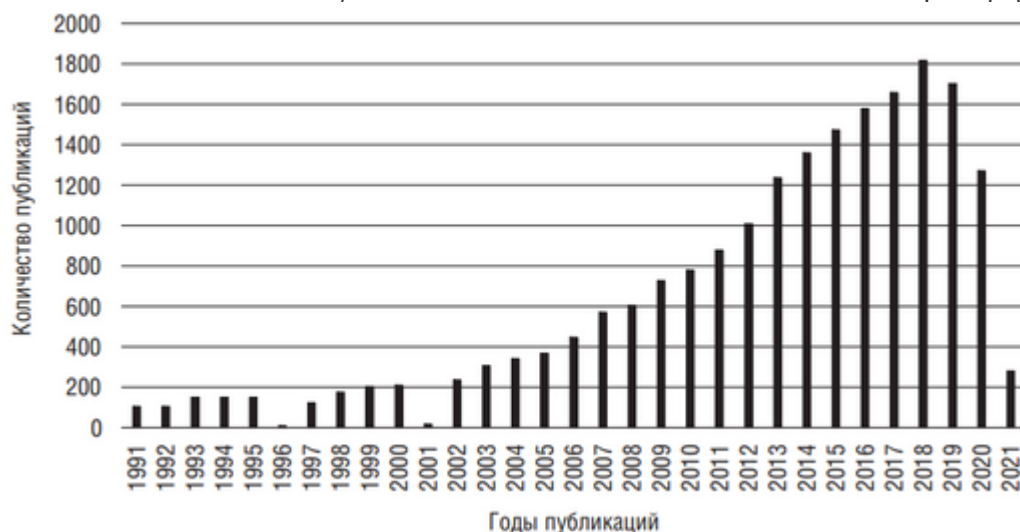


Рис. 18.1. Публикации по теме исследований психотерапевтического процесса за 1991–2021 гг.

С тех пор количество исследовательских публикаций в год выросло на порядок. Всего за 30 лет опубликовано 20 254 различных исследований. За период 2005–2019 гг. число публикаций возрастало практически в линейной зависимости, превысив 1000 публикаций в год к 2012 г. Данные по массиву публикаций по исследованию процесса психотерапии за последнее десятилетие представлены в табл. 18.1 (данные PubMed <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>). Суммарный объем исследований достигает уровня метаданных, порождая запрос на новые способы их анализа. Отметим, что методология поиска в базе данных PubMed позволяет оценивать скорее исследовательские тренды, реальное число чисто психотерапевтических исследований несколько ниже, но итоги, безусловно, впечатляют.

Таблица 18.1. Типология исследований психотерапевтического процесса в 2011–2021 гг.

Типы публикаций	Число публикаций
Книги и документы	20
Клинические испытания	1853
Рандомизированные клинические испытания	1592
Метаанализы	285
Обзоры	1169
Систематические обзоры	426
Исследования по психотерапии хронической боли	556
Исследования по психотерапии тревожных и депрессивных расстройств	752
Исследования механизмов психотерапии тревожных и депрессивных расстройств	621
Исследования по психотерапии тревожных и депрессивных расстройств с использованием функциональной магнитно-резонансной томографии	149
Общее количество исследований	11 473

Обращает на себя внимание преобладание клинических испытаний, РКИ, исследования акцентированы не только на психотерапии тревожных и аффективных расстройств, но и на психотерапии хронической боли.

За последние годы исследования вышли за пределы стандарта оценки эффективности психотерапии, переключаясь в доказательном формате на изучение механизмов психотерапии, в том числе нейрональных, причем темпы прироста исследований очень высоки (рис. 18.2, 18.3). Так, число исследований механизмов психотерапии, основанных на психометрическом подходе, возросло за прошедшее десятилетие более чем пятикратно, тогда как число исследований психотерапии нейровизуализационного характера, с использованием функциональной и структурной МРТ — в 10–15 раз.

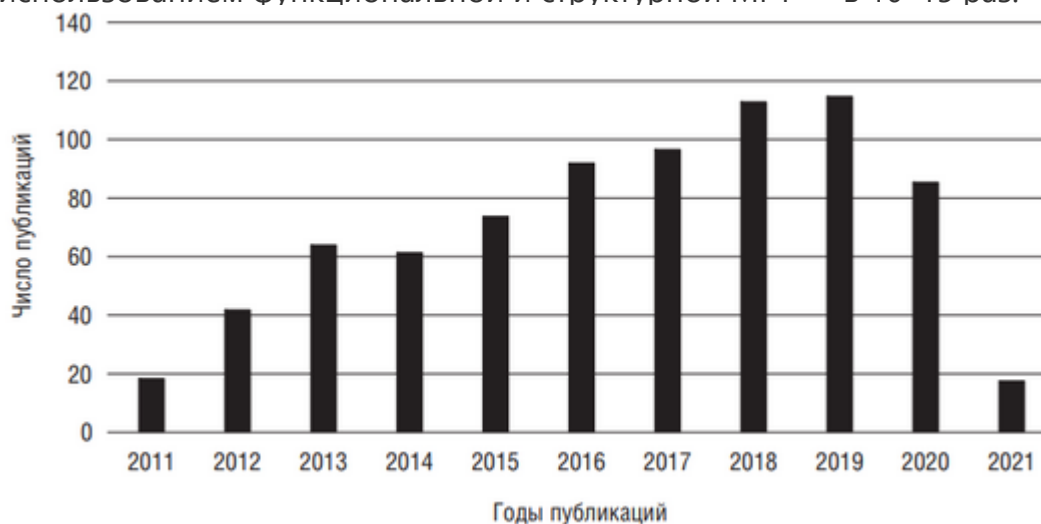


Рис. 18.2. Исследования механизмов психотерапии тревожных и депрессивных расстройств за 2011–2021 гг.

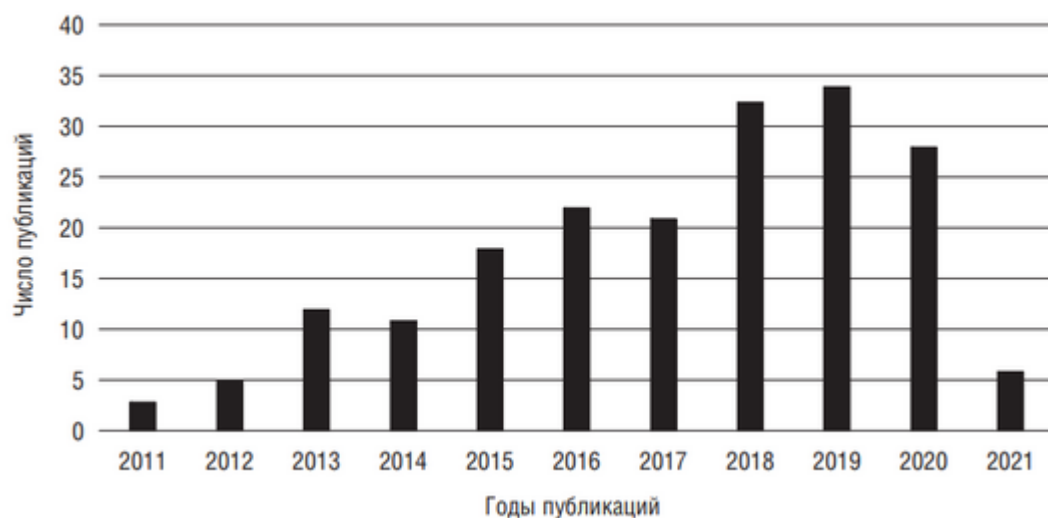


Рис. 18.3. Исследования по психотерапии тревожных и депрессивных расстройств с использованием функциональной и структурной МРТ за 2011–2021 гг.

В статье по анализу методологии оценки эффективности психотерапии от 2013 г. нами была обоснована перспективность использования в доказательных исследованиях психотерапии дизайна контроля листа ожидания, в котором вариант контроля листа ожидания с перекрестной оценкой был оценен как наиболее близкий к практической реализации психотерапии [3].

Согласно данным PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>), за последние 10 лет частота применения дизайна контроля листа ожидания выросла почти в 3 раза (рис. 18.4).

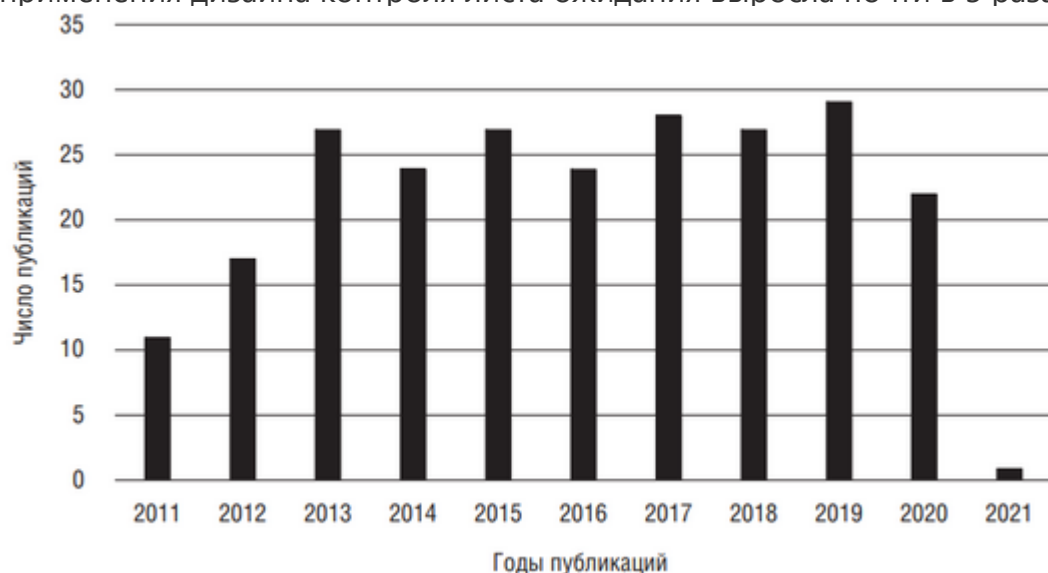


Рис. 18.4. Исследования по механизмам психотерапии тревожных и депрессивных расстройств в дизайне контроля листа ожиданий за 2011–2021 гг.

Современная методология оценки эффективности психотерапии. Современная методология оценки эффективности психотерапии и исследований ее механизмов опирается на методологию доказательного подхода [1], с универсальным дизайном сквозного статистически-методологического анализа, интегрирующего клинические испытания, РКИ, метаанализы и систематические обзоры. За последнее 30-летие сделан заметный шаг в адаптации доказательного подхода к исследованиям в психотерапии: 1) сглажена актуальность «ослепления» участников исследования; 2) дизайн контроля листа ожидания формализовал и упростил процедуру рандомизации пациентов; 3) реализован процесс «метаанализирования» РКИ; 4) отставлена проблема использования конечных исходов. Характерно, что отмеченные нами ранее исходные методические ограничения доказательного подхода [2, 3] скорее отложены, хотя отдельные попытки их преодоления эпизодически предпринимаются.

Часть II. Основы психотерапии

В ряду ограничений в применимости доказательного подхода к психотерапии, важной представляется проблема соответствия внутренней валидности в экспериментальной рандомизированной терапевтической группе внешней валидности соответствующей

популяции пациентов в практической психотерапевтической ситуации [2]. Среди способов решения этой проблемы использование формализованных РКИ, где контрольная группа представлена пациентами, получающими психофармакотерапию или иную психотерапию с доказанной эффективностью; рандомизация в дизайне контроля листа ожидания, получила широкое распространение.

Представляется значимым, интегрирующим области научного исследования и практического применения психотерапии дизайн контроля листа ожидания с перекрестной оценкой. Эта методика относится к квазиэкспериментальным, активно используется в исследованиях эффективности психотерапии [3, 4], отличается простым дизайном и высокой валидностью в метаанализах, позволяет избежать потери данных.

В момент скрининга пациенты рандомизируются в группы воздействия или листа ожидания, обе группы проходят первичную оценку. Группа воздействия проходит итоговую оценку по его завершении. Группа листа ожидания используется в качестве контроля (первичные данные) для группы воздействия, и для самой себя. Группа листа ожидания получает определенную временную задержку, по истечении которой вновь проходит оценку, затем получает терапевтическое воздействие и проходит итоговую оценку (вторые и итоговые данные используются для оценки воздействия). Дизайн контроля листа ожидания не только признается валидным в доказательных исследованиях эффективности психотерапии, но и исключает методологические и этические ограничения классического дизайна [2–4]. Существенной проблемой является доказательное требование использовать дихотомические оценки эффективности [2] типа достижения полной ремиссии, «улучшения» и «значительного улучшения» или 50% редукция баллов оценочной шкалы. Оценка эффективности в психотерапии традиционно [3] и преимущественно использует сравнение исходных и последних клинко-психометрических общегрупповых данных, игнорируя качественные итоговые различия результатов в формате «значительного улучшения» — «выздоровления» и редукции клиники расстройства — «улучшения состояния». К сожалению, переход на принципы доказательной медицины в психотерапии актуализировал лишь методологию рандомизации, сохранив использование количественно оцениваемой психометрии начальных и исходных данных.

Концепция recovery в контексте оценки конечных исходов. Концепция выздоровления (от англ. recovery) умеренно востребована в современных психиатрии и психотерапии [3, 15, 20]. Recovery определяется как: а) процесс-стремление к идеалу; б) результат, исход терапии, субъективная оценка завершенности терапии пациентом, полное восстановление функционирования при невротических расстройствах. В подходе N.S. Jacobson и соавт. (1991), recovery определено как параметрический «порог» между популяциями «больных» и «здоровых» размерностью в 2σ в вариантах: 1) 2σ от среднего значения популяции «больных»; 2) 2σ от среднего значения популяции «здоровых»; 3) середина между средними значениями популяций «больных» и «здоровых» [21]. Подход распространен вследствие возможности трактовки в формате recovery количественных данных опросников и шкал. *Нормативное сравнение в оценке клинического эффекта психотерапии.* Нормативное сравнение было предложено для оценки клинического эффекта в конце XX в. В нем общие данные терапевтической группы сопоставляются по определенной статистической процедуре с данными здоровых лиц [22]. Развитие данного подхода в формате «надежных нормативных сравнений» [23], построено на нормативном сравнении — оценке эквивалентности терапевтической группы нормальной (здоровой) группе сравнения.

От групповых оценок эффективности психотерапии к индивидуальным. Массив доказательных групповых исследований психотерапии убеждает в ее статистической эффективности, не позволяя верифицировать практическую результативность у конкретного пациента [27, 28, 33]. В связи с этим в последние десятилетия разрабатывается психометрический инструментарий для оценки результатов индивидуальной психотерапии пациентами: Личностный опросник PQ (от англ. Personal Questionnaire) [14], Опросник исходов OQ-45 (от англ. Outcome Questionnaire) [12], Клинические исходы в рутинной практике CORE-OM (от англ. Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure) [14], Симптоматический опросник-48 (от англ. Symptom Questionnaire-48, SQ-48), Краткий список симптомов BSI (от англ. Brief Symptom Inventory). Правда, затем подобные инструменты в общегрупповом формате используют в стандартных РКИ и метаанализах [11].

Подходы к анализу массива доказательных данных. Сформированный к настоящему времени огромный ресурс данных (более 20 000 РКИ, метаанализы, систематические обзоры), построенных на доказательных исследованиях эффективности психотерапии побуждает к разработке нового инструментария анализа больших данных, поскольку традиционные описательно-резюмирующие методы становятся недостаточными. Исследователям совокупных данных предстоит выработать обоснованные «критерии критериев» для анализа больших массивов метаанализов и систематических обзоров. Так, в одном из исследований [26] на основе экспертных оценок были выделены 185 критериев оценки контролируемых исследований эффективности психотерапии, из которых 20% отмечены как высокосignификантные.

Вероятно, накопленный массив доказательных данных ждет новой методологии анализа, подходов и критериев.

Общие тренды в исследованиях психотерапии тревожных расстройств. Доказательные исследования начала тысячелетия подчеркивали преимущества КПТ [2]. Современные метаанализы и систематические обзоры указывают на отсутствие доказательных различий в эффективности методик КПТ, психодинамической терапии, различных форм поведенческой терапии при широком диапазоне посттравматических, тревожных, депрессивных расстройств. Исследователи отмечают лишь традиционно широкую представленность методик КПТ-подхода, но не указывают на ее терапевтические преимущества, констатируя достоверную эффективность различных методов психотерапии.

Часть II. Основы психотерапии

По мере накопления массива данных, подтверждающих сопоставимую эффективность разных методик психотерапии, представляется закономерным развитие интереса к их процессам и механизмам.

Доказательные исследования процессов и механизмов эффективности психотерапии.

Быстро накапливаемый массив современных доказательных исследований эффективности психотерапии приближается к некоему критическому порогу, после которого, при дальнейшем анализе неизбежно возникает вопрос о ее процессах и механизмах. Их исследование может осуществляться на двух уровнях: 1) дополнения формата РКИ, оценивающего клинико-психологические изменения (оценка изменений в деятельности мозга, организма методами нейрофизиологического, нейробиологического, биологического спектров, включая генетические исследования и т.д.); 2) сравнения итоговой эффективности различных методов терапии и психотерапии. Исследования первого уровня начаты, приносят свои результаты, будут описаны далее. Исследования второго уровня интересны тем, что основаны исключительно на первичном мультиметодическом потоке доказательных исследований в форматах метаанализов и систематических обзоров, и позволяют ставить два класса вопросов: 1) анализ эффективных различий результатов психофармакотерапии и психотерапии с выходом на поиск различий их механизмов; 2) анализ эффективных различий результатов психотерапии с выходом на поиск различий их механизмов.

Доказательные предпосылки для перехода от анализа эффективности к поиску механизмов психотерапии.

1. Психотерапия и психофармакотерапия генерализованного тревожного расстройства (ГТР): метаанализ рандомизированных клинических испытаний.

В массивном метаанализе [10], основанном на 79 РКИ (11 002 участника), проведено сопоставление обобщенных размеров эффекта для методов психотерапии с доказательно-обоснованной эффективностью (КПТ, поддерживающей психотерапии, релаксационного тренинга, недирективной терапии, самооценивающей терапии, медитации осознанности, психодинамической терапии, тренинга управления тревогой метакогнитивной терапии (МКТ) и др.) и психофармакологической терапии антидепрессантами (преимущественно) и транквилизаторами при ГТР. Психотерапия обладала размером эффекта от умеренного до высокого ($g = 0,76$), тогда как психофармакотерапия продемонстрировала малый размер эффекта ($g = 0,38$) при ГТР.

Отчетливая и сопоставимая эффективность широкого спектра психотерапевтических методик, превышающая эффективность лекарственной терапии ГТР, несомненно нацеливает на поиск базовых различий психофармакотерапии, психотерапии и общих, универсальных механизмов психотерапии.

2. Психотерапия панического расстройства: метаанализ рандомизированных клинических испытаний.

Объемный метаанализ [31] позволил сопоставить КПТ, КПТ третьей волны, поведенческую терапию, когнитивную терапию, поддерживающую терапию, психодинамическую терапию. По мнению авторов, полученные данные указывают на эффективность КПТ, поведенческой терапии, поддерживающей психотерапии. Результаты метаанализа, вероятно, нацеливают на поиск общих механизмов трех эффективных методов психотерапии.

3. Исследование влияния движений глаз на проработку эмоциональных переживаний.

Методика десенсибилизации и переработки травмы с помощью глазодвигательных движений (ДПДГ) (от англ. Eye movement and desensitization and reprocessing — десенсибилизация и переработка травмы с помощью глазодвигательных движений, EMDR) в ряде стран признана обладающей доказательной эффективностью при терапии психической травмы [24]. Анализу вклада в терапевтическую эффективность методики собственно движений глаз было посвящено два метаанализа. В первом — оценен вклад движений глаз в течение единственной сессии, получен вывод об отсутствии достоверного дополнительного эффекта [13]. Во втором метаанализе [24] сравнение эффекта движения глаз в терапии и в

лабораторных условиях показало наличие терапевтического значения данного компонента; большую яркость эмоционального репроцессинга при движениях глаз в эксперименте. Авторы считают движения глаз дополнительным фактором терапевтического эффекта ДПДГ.

4. Сопоставление эффективности методик десенситизации и репроцессинга движением глаз EMDR и сфокусированной на травме КПТ — TF-CBT (от англ. Trauma-Focused cognitive behavioral therapy — сфокусированная на травме когнитивно-поведенческая терапия). Очередной метаанализ сопоставил эффективность методик EMDR и TF-CBT для детей и взрослых [25]. При доказанной результативности обоих методов, методика TF-CBT оказалась несколько более эффективной. Результаты данного метаанализа указывают не только на отсутствие преимуществ методики EMDR перед методикой TF-CBT, но и ведут к переосмыслению выводов предшествующего метаанализа, настаивающего на высокой ценности особого методического инструмента — движений глаз при репроцессинге.

5. Сопоставление поведенческой терапии с другими методами психотерапии депрессии: метаанализ рандомизированных клинических испытаний. Проведен метаанализ 25 РКИ (955 участников) [32] со сравнением эффективности поведенческой терапии, КПТ, КПТ третьей волны психодинамической терапии, гуманистической терапии, интегративной терапии. Отмечены: небольшой размер выборок и риск систематических ошибок; сопоставимая эффективность поведенческой терапии и остальных методик психотерапии с небольшим преимуществом КПТ, необходимость продолжать исследование.

Резюме. Даже поверхностный обзор современных доказательных метаанализов и систематических обзоров в области терапии тревожных и депрессивных расстройств выявляет существенное позитивное развитие представлений о потенциале клинической психотерапии [17–19]:

1) психотерапия выходит на позиции первого выбора в терапии тревожных расстройств и обладает существенным терапевтическим эффектом при терапии депрессивных расстройств;

Часть II. Основы психотерапии

2) развитие доказательных исследований эффективности психотерапии все более подтверждает, если не эквивалентность, то принципиальную сопоставимость результативности основных, актуальных методов психотерапии;

3) полученные результаты, вероятно, послужат трендами, векторами дальнейшего развития исследований.

Доказательные исследования, направленные на изучение процессов и механизмов психотерапии: метод функциональной МРТ и структурной МРТ. Ранее нами отмечен взрывной рост исследований с применением функциональной и структурной МРТ. Изложение материалов данного раздела основано на метаанализах и систематических обзорах. Для анализа данных множества отдельных исследований, как правило, используется метод анализа вероятности активации ALE (от англ. activation likelihood estimation).

МРТ исследования медитации. Метаанализ «Медитативный мозг: комплексный метаанализ» [8] основан на предварительном анализе 93 исследований, из которых были отобраны 37 функциональных и 9 структурных МРТ качественных исследований. В исследовании оценены функциональные и структурные мозговые изменения, выявленные в результате медитативных практик, оценены их терапевтические перспективы.

Показано, что во время медитации происходит активация сети мозговых структур: хвостатых ядер и инсулы (двухсторонне), прекунеуса, верхней и средней височной и прецентральной доли в левом полушарии; поясной извилины, верхней лобной извилины, парагиппокампальной извилины, угловой извилины и средней затылочной извилины в правом полушарии.

Выявлено, что медитативная практика приводит к последующему двухстороннему возрастанию активации в широкой сети областей мозга, включая среднюю лобную извилину, прецентральную извилину, переднюю поясную извилину коры, островок и клаустрем. В левом полушарии отмечается повышенная активация на уровне нижней лобной извилины, предклинья, хвостатого ядра, таламуса. В правом полушарии — повышенная активация в медиальной лобной извилине, парагиппокампальной извилине, средней затылочной извилине, нижней теменной доле и чечевицеобразном ядре.

Структурные изменения мозга медитирующих проявляются увеличением объема серого вещества в лобных долях, на уровне правой передней поясной коры, левой средней и медиальной лобной извилины, левого предклинья, веретенообразной извилины и правого таламуса.

Авторы метаанализа указывают, что практика медитации стимулирует функциональные перестройки и структурные изменения мозга в областях, связанных с самосознанием и саморегуляцией, регуляцией внимания и поведения, формированием памяти, что открывает

перспективы ее применения при широком спектре психических расстройств, включая депрессивные, тревожные, злоупотребление ПАВ.

MPT исследование при психотерапии ПТСР. Систематический обзор «Нейрональные корреляты психотерапевтического лечения ПТСР» [29] исходит из обусловленных дисфункциональной стресс-реакцией на травматические события нейробиологических изменений, включая увеличение миндалевидного тела и уменьшение префронтальной коры. Авторы полагают, что психотерапия, принятая как «золотой стандарт» терапии ПТСР должна обуславливать терапевтические нейробиологические изменения. В обзор включены 19 статей, в 15 сравнены показатели функциональных MPT до и после терапии, в 6 сопоставлены показатели функциональных MPT до и после терапии в зависимости от клинической динамики, в 4 сопоставлены показатели до и после респондеров и нон-респондеров терапии. Методы психотерапии: КПТ, EMDR, когнитивная терапия, экспозиционная терапия, терапия, основанная на осознанности, краткосрочная эклектическая терапия.

По результатам систематического обзора успешная психотерапия ПТСР закономерно приводила к снижению активности миндалевидного тела и островка, а также к повышению активности дорсальной передней поясной коры и гиппокампа. Повышенная активность дорсальной передней поясной коры до терапии была сопряжена с последующей успешной терапией, являясь положительным предиктором эффективности терапии, тогда как исходно повышенный уровень активности миндалины и островка указывали на последующую неэффективность терапии. Авторы систематического обзора считают, что снижение активности лимбических отделов головного мозга и повышение активности лобных областей мозга у пациентов с ПТСР после успешной психотерапии могут отражать восстановление нисходящего контроля над ранее нарушенными восходящими процессами.

Нейрональные корреляты психотерапии при тревоге и депрессии. Метаанализ, исследующий нейрональные корреляты психотерапии [30] не выделяет отдельных методов психотерапии, поскольку сфокусирован на проверке общей модели регулирования эмоций и значимости неспецифических факторов психотерапии. Проанализированы 16 исследований (193 пациента). Метаанализы проведены до и после психотерапии по исследованиям: 1) депрессии, ПТСР, панического расстройства — с оценкой метаболизма в состоянии покоя (6 исследований, 70 пациентов); 2) депрессии, ПТСР и паническому расстройству, с изучением активации, при выполнении задания (5 исследований, 65 пациентов); 3) совместным анализом исследований групп 1) и 2); и 4) фобий, с изучением активации, связанной с экспозицией (5 исследований, 57 пациентов).

Исследования психотерапии тревоги и депрессии привели к частично совпадающим результатам с изменением активности в дорсомедиальной префронтальной коре и в задней поясной извилине/предклинье. Отмечены также несколько областей изменения активности височных долей. При психотерапии фобий отмечено снижение активности в медиальных височных областях. Авторы полагают, что характерные изменения активации в префронтальной коре могут указывать на частичное усиление процессов управления, в соответствии с гипотетическими моделями изменения регуляции эмоций вследствие психотерапии. В то же время далеко не все мозговые зоны, связанные с регуляцией контроля эмоций, были задействованы в материалах метаанализа, тогда как изменение активности срединных структур указывает на изменения в информационных процессах и в области самовосприятия. Психотерапевтические изменения при фобиях соответствуют снижению реактивности на фобические стимулы.

Часть II. Основы психотерапии

В метаанализе подчеркнуто, что полученные результаты выходят за рамки гипотезы о контрасте активностей лимбической системы и префронтальных областей мозга; локализация кластеров изменений активации мозга в большей степени соответствует вовлечению процессов саморепрезентации в психотерапии депрессии или тревоги; снижению реактивности медиальной височной доли при психотерапии фобий. Авторы не исключают вовлечение психотерапией церебральных механизмов семантических процессов, что нуждается в дальнейшем исследовании.

Исследование нейрональных основ КПТ тревоги и связанных с ней расстройств. Авторы систематического обзора [9] привлекли к изучению нейрональных основ КПТ тревоги и связанных с ней расстройств 19 функциональных MPT исследований (509 пациентов). Исследование опиралось на данные предшествующих публикаций о вовлечении в нейрональное обеспечение страха, тревоги миндалины, передней поясной извилины и островковой коры; ключевой роли кортико-стриатально-таламического контура в реализации обсессивно-компульсивного расстройства. Действие КПТ авторы связывают с усилением префронтального контроля субкортикальных структур, что, по их мнению, согласуется с принятым в когнитивно-аффективной нейронауке положением о

терапевтическом значении усиления эмоциональной регуляции при различных психических расстройствах.

Резюме. Краткий обзор функциональных МРТ исследований психотерапии подтверждает, что инструментальные возможности исследования психотерапии существенно обогатились и открывают принципиально новый этап на пути системного, многомерного, объективизирующего описания психотерапии.

Вероятно, наиболее значимым их результатом является выявление общности, известной степени универсализма нейрональных процессов и механизмов различных методов психотерапии, например, при тревожных депрессивных расстройствах и психической травме (с вовлечением саморепрезентации и семантических процессов). Появилась надежда, что в обозримом будущем описание механизмов действия различных психотерапевтических методов будет приведено к соответствию с реально задействованными в них психологическими, нейрофизиологическими механизмами.

Нейрофизиологическая верификация позволит (как это показано для медитации) точнее обосновывать терапевтический диапазон применяемых методов психотерапии.

Поставленный в функциональных МРТ исследованиях вопрос о нейрофизиологических предикторах психотерапевтической эффективности открывает перспективу поиска их нейропсихологических, психометрических, практически доступных коррелятов.

Найденные с помощью структурных МРТ обеспечивающие терапевтический эффект медитации морфологические изменения серого вещества головного мозга наводят на вопрос: возможны ли подобные изменения при применении иных методов психотерапии, в том числе сопряженных с измененными состояниями сознания (гипнотерапия, аутогенная тренировка и др.).

Обсуждение данных по объективизации психотерапевтического процесса. Прошедшие десятилетия доказательных исследований эффективности психотерапии, начинавшиеся с вывода о наличии у психотерапии некоторого позитивного эффекта [2], подвели к признанию ведущей роли психотерапии в лечении тревоги и посттравмы, существенного значения при терапии депрессивных расстройств, хронической боли [16].

Методология доказательной медицины реализует непростой путь адаптации своего дизайна к специфике психотерапии, особенностей контингента пациентов, усвоив, к примеру, дизайн контроля листа ожидания, включая наиболее близкий к реалиям практической психотерапии контроль листа ожидания с перекрестной оценкой [3].

Пожалуй, наиболее сложной, не получившей однозначного решения, остается проблема использования конечных исходов в терапии тревожных, аффективных, посттравматических расстройств. Не претендуя на исчерпывающее решение данной проблемы, мы полагаем, что нами найдено приемлемое, этапное ее решение [5], не только позволившее в формате клинического испытания провести оценки эффективности психотерапии тревожных расстройств, с выделением эффектов значительного улучшения, и осуществить на основе выделения эффекта значительного улучшения состояния успешное вычисление его психометрических предикторов [6], но и разработать модель механизмов психотерапии.

Шкала клинической системной оценки эффективности психотерапии. Шкала клинической системной оценки (ШКСО) эффективности психотерапии близка к домену recovery, учитывает: 1) качественное различие болезненного расстройства и полного восстановления, выздоровления; 2) двухстороннюю [пациент–терапевт (эксперт)] оценку выраженности улучшения; 3) позицию пациента к собственной болезни.

ШКСО эффективности психотерапии разработана автором в 1980-е годы для оценки эффективности психотерапии расстройств невротического регистра, применялась в отечественных исследованиях для оценки эффективности психотерапии невротических и соматических расстройств. Эта методика развивает клиническую шкалу улучшений: 1) базируется на классификационных критериях наличия и выраженности признаков расстройства; 2) разграничивает, как конечные исходы: полное восстановление, выздоровление и улучшение состояния (по степени количественного регресса симптоматики; 3) включает оценку психотерапевта и/или внешнего эксперта; 4) включает оценку результатов психотерапии пациентом в градациях шкалы; 5) опирается на итоговое личностное позиционирование пациента к болезненному расстройству, — вне (при восстановлении, выздоровлении), и — внутри болезненного состояния (при количественном его ослаблении, улучшении состояния).

Шкала включает исходы от: 1) «ухудшение состояния»; 2) «отсутствие улучшения состояния»; 3) «незначительное улучшение состояния»; 4) «улучшение состояния»; 5) «значительное улучшение состояния» — восстановление исходного состояния индивида. Очевидно, что исходы 1–4 различаются количественно, качественное разграничение разделяет «значительное улучшение состояния» и весь остальной ряд последовательных критериальных оценок от «ухудшение состояния» к «отсутствие улучшения состояния», «незначительное улучшение состояния», «улучшение состояния». И, если для оценки усиления либо редукции клинической симптоматики достаточно оценки выраженности критериальных признаков

расстройства, то для разграничения «значительного улучшения состояния» и «улучшения состояния» необходимо привлечение критериев позиционирования пациента к болезненному расстройству.

Часть II. Основы психотерапии

На основе предшествующих исследований нами выделены следующие критерии позиционирования пациента к болезненному расстройству: 1) степень осознаваемого контроля состояния; 2) степень активности пациента в преодолении болезненного расстройства; 3) степень независимости пациента от психотерапевта; 4) устойчивость психотерапевтического контакта.

«Значительное улучшение состояния» при психотерапии тревожных расстройств характеризуется полным регрессом клиники расстройства, ростом степени осознаваемого контроля состояния, степени активности пациента в преодолении болезненного расстройства, степени независимости пациента от психотерапевта при сохранении устойчивого психотерапевтического контакта.

При «улучшении состояния», при значительном, редко полном регрессе клинических проявлений, нет роста степени осознаваемого контроля текущего состояния, степени активности пациента в преодолении болезненного расстройства. Степень независимости пациента от психотерапевта снижается, поскольку пациент ощущает себя находящимся в болезненном состоянии и считает, что обязан эффектом терапии психотерапевту. Психотерапевтический контакт остается устойчивым.

Исход «незначительного улучшения состояния», помимо незначительного регресса клинических проявлений характеризуется отсутствием роста степени осознаваемого контроля состояния, степени активности пациента в преодолении болезненного расстройства, степени независимости пациента от психотерапевта; кроме того, часто сопровождается ухудшением психотерапевтического контакта. Исходы «отсутствие улучшения состояния» и «ухудшение состояния», помимо отсутствия позитивной клинической динамики, либо ее отягощения, характеризуются ухудшением психотерапевтического контакта.

Критерии отношения пациента к болезненному расстройству различным образом работают во всем диапазоне терапевтического оценивания, становясь основными при разграничении качественно альтернативных «значительное улучшение состояния» и остальной линейки терапевтических эффектов («улучшение состояния», «незначительное улучшение состояния», «отсутствие улучшения состояния», «ухудшение состояния»).

Пациенту сообщается список критериальных исходов и предлагается в рамках последнего оценить собственный результат психотерапии. Резюмирующая оценка эффективности психотерапии не может превысить оценку самого пациента.

Итак, ШКСО эффективности психотерапии реализуется как системный инструмент, использующий диагностически-критериальную оценку терапевта (эксперта), оценку эффекта пациентом, оценку позиционирования пациента к болезненному расстройству. На основе ШКСО эффективности психотерапии разработаны протоколы клинических рейтинговых шкал системной клинической оценки процесса и эффективности психотерапии для панического расстройства и ГТР.

Контролируемое исследование эффективности позитивно-диалоговой психотерапии при генерализованном тревожном расстройстве и паническом расстройстве. Ранее нами были опубликованы данные контролируемого исследования эффективности когнитивно-ориентированной психотерапии (КОПТ) при ГТР и паническом расстройстве [4]. В нем разработанная клиническая рейтинговая шкала была использована для оценки результативности психотерапии ГТР и панического расстройства с выделением в интересах исследования следующих подгрупп: 1) монопсихотерапии (МПТ) в смешанной подгруппе ГТР и паническое расстройство; 2) психотерапии с прекращением психофармакотерапии (ПТ+ПФТ) в смешанной подгруппе ГТР и панического расстройства; 3) ГТР; 4) панического расстройства.

По результатам исследования были получены достоверные данные о преобладающей результативности и меньшей длительности КОПТ для подгруппы МПТ в сравнении с подгруппой ПТ+ПФТ (при МПТ эффект «значительное улучшение состояния» отмечен у 22 пациентов из 32 (68,75%) при длительности $11,5 \pm 3,07$ ч против «значительного улучшения состояния» у 7 из 20 пациентов, с длительностью $16,7 \pm 6,05$ ч). Для подгрупп паническое расстройство и ГТР, при равной клинической результативности (частота встречаемости «значительного улучшения состояния» 16 из 29 (55,17%) и 13 из 23 (56,52%) соответственно, длительность КОПТ достоверно выше для ГТР ($15,64 \pm 4,09$ ч против $11,93 \pm 5,61$ ч).

Использование в интересах оценки клинической значимости терапевтических данных клинических системных критериев оценки эффективности психотерапии позволило: 1) конкретизировать эффективность КОПТ и раскрыть достоверные различия групп пациентов с

«значительным улучшением состояния» и «улучшением состояния» в сопоставляемых подгруппах; 2) отчетливо разграничить по клинической результативности группы МПТ и ПТ+ПФТ (при МПТ случаи со «значительным улучшением состояния» почти двукратно превышают таковые для ПТ+ПФТ); 3) выявить достоверные различия в длительности КОПТ, наименьшей для МПТ в сравнении с ПТ+ПФТ, и для панического расстройства в сравнении с ГТР.

Исследование механизмов предикторов эффективности на основе выделения значительного улучшения состояния при психотерапии. В 1980-е годы нами была проведена психотерапия пациентов с невротическими (99 пациентов, у 64 отмечено «значительное улучшение состояния», у 35 — «улучшение состояния») и невротоподобными (35 пациентов, у 23 отмечено «значительное улучшение состояния», у 16 — «улучшение состояния») расстройствами в открытой смешанной группе, основанная на методике универсальной гипнотерапии, описанной в главе по гипнотерапии данного руководства. Пациенты не рандомизировались, набирались в группу по обращаемости, различаясь с позиции исследования лишь по фактору отнесения к группам невротических, либо невротоподобных расстройств. Длительность психотерапии составила 10 сессий. Для оценки психотерапевтических изменений использованы клинические и оценочные шкалы MMPI (от англ. Minnesota Multiphasic Personality Inventory — Миннесотский многоаспектный личностный опросник) в модификации Л.Н. Собчик (до и после психотерапии) и ШКСО эффективности психотерапии. По итогам проведенной психотерапии был проведен статистический анализ (методы параметрического, непараметрического сравнения данных, факторный анализ) для групп невротических и невротоподобных расстройств с выделением подгрупп пациентов со «значительным улучшением состояния» и «улучшением состояния». Согласно полученным данным:

Часть II. Основы психотерапии

- 1) группы невротических и невротоподобных расстройств достоверно различались по показателям MMPI до и после психотерапии;
- 2) при невротических расстройствах в наибольшей степени позитивно менялись показатели эмоциональной сферы, в меньшей степени — показатели личностно-поведенческого реагирования, причем при «значительном улучшении состояния» все полученные изменения достоверно превышали таковые для пациентов с «улучшением состояния»;
- 3) при невротоподобных расстройствах, напротив, в наибольшей степени позитивно менялись показатели личностно-поведенческого реагирования, причем при «значительном улучшении состояния» все полученные изменения достоверно превышали таковые у пациентов с «улучшением состояния».

Проведенный в те годы анализ позволил разработать *модель системы психологической адаптации личности (СПАЛ)* [6], определяемая как спонтанная гомеостатическая динамическая структура, формирующаяся в онтогенезе и подразумевающая: 1) наличие радиальной структуры слоев-уровней иерархической организации адаптационных механизмов, образующих в процессе этапного возрастного развития вокруг некоего личностного «ядра» условную сферу; 2) существование связей в пределах каждого уровня и между уровнями; 3) определяющее в том числе моделирующее влияние «внешнего» уровня и «низших» уровней на функционирование СПАЛ.

Для СПАЛ выделены *3 варианта динамики*: регрессивная, реактивационная, формирующая. При *регрессивной* динамике происходит инактивация «внешнего» слоя-уровня психологической адаптации и актуализация более раннего, предшествующего в развитии личности слоя-уровня. Регрессивная динамика СПАЛ ведет к актуализации онтогенетически предшествующих, ранних адаптивных психологических, поведенческих паттернов, становящихся для взрослого субъекта патологическими. *Реактивационная* динамика подразумевает восстановление системообразующей активности «внешнего» слоя-уровня СПАЛ, нарушенного предшествующим развитием невротического расстройства. *Формирующая* динамика СПАЛ основана на развитии комплекса новых адаптивных механизмов, нового слоя-уровня СПАЛ в ситуациях: сформированной в возрастном развитии исходной недостаточности, неустойчивости СПАЛ (личностные расстройства); недостаточности, неустойчивости СПАЛ, обусловленной экзогенно-органическими факторами у взрослого индивида. Психотерапевтическое преодоление болезненного состояния неизбежно включает не только реактивацию, восстановление исходного состояния СПАЛ, но и элементы ее формирования. Модель СПАЛ в последующем оказалась близка и была принята в позитивной психологии [12].

Нами в соавторстве, с использованием ШКСО эффективности психотерапии, в дизайне контроля листа ожидания с перекрестной оценкой, проведено доказательное исследование предикторов эффективности позитивно-диалоговой психотерапии тревожных расстройств [6].

Предикторами эффекта «значительное улучшение состояния» при психотерапии тревожных расстройств, с точностью классификации в 81% стали: 1) показатели «целостность» и «позитивные ценности» методики Опросник «Управление ресурсами для выздоровления» (пересмотренный) RRI-RE [от англ. Resourcefulness For Recovery Inventory (Revised), 2011]; показатель «мужественность/женственность» методики Стандартизированный метод Исследования Личности (СМИЛ) (аналог ММП) (модификация Собчик Л.Н., 2002).

Представляется значимым соответствие выявленных нами психометрических предикторов эффективности психотерапии тревожных расстройств с функциональной МРТ-предикторами для психотерапии тех же тревожных и депрессивных расстройств; поскольку оба класса предикторов указывают на роль саморепрезентации в эффективности психотерапии [7]. Анализ долговременного развития доказательных исследований в области психотерапии позволяет выделить ряд важных положений.

1. За прошедшие десятилетия дизайн доказательных исследований эффективности психотерапии стал более адаптированным к условиям проведения психотерапии, а его результаты в большей степени соответствуют реалиям психотерапевтической практики. Важную роль в такой адаптации сыграл дизайн контроля листа ожидания.

2. Если РКИ, метаанализы, систематические обзоры начального периода доказательных исследований психотерапии (1990–2000) были нацелены на выявление преимуществ определенного метода психотерапии, то метаанализы и систематические обзоры последнего десятилетия, подтверждая эквивалентный либо сопоставимый эффект методов КПТ, поведенческой терапии, психодинамической терапии, эмпирической терапии, указывают на высокую значимость психотерапии в лечении тревожных, посттравматических, депрессивных расстройств.

3. Накопленный массив доказательных исследований, развитие их методологии и расширение инструментальных возможностей, осмысление полученных данных запустили процесс их трансформации, с переходом на качественно новый этап — объективацию психотерапевтического процесса. На данном этапе, на основе продолжающихся исследований эффективности психотерапии, дополненном исследованиями процессов и в пределе процессов и механизмов психотерапии, объектом исследования становится собственно психотерапевтический процесс, описываемый внешними, объективными методами исследования (нейрофизиологическими, нейробиологическими, психометрическими, иными), а не «внутренним», герменевтическим языком самого метода. Исследования современного этапа объективации психотерапевтического процесса начинают формировать интегративный тренд действительно объективного анализа результативности, процессов и механизмов психотерапии.

По мере накопления исследований и обобщения объективационного этапа доказательных исследований психотерапии будет, очевидно, возрастать:

Часть II. Основы психотерапии

1) признание значимости методов психотерапии для лечения широкого спектра расстройств тревожного, депрессивного, фобического, травматического и др.;

2) понимание большей универсальности процессов и механизмов различных методов психотерапии, определяемой трояственной, биопсихосоциальной природой человека, широко и глубоко выходящей за сугубо психологические и даже клинические рамки.

Список литературы

1. Власов В.В. Введение в доказательную медицину или Как использовать биомедицинскую литературу для усовершенствования своей практики и исследований. М.: Медиа Сфера, 2001. 392 с.
2. Тукаев Р.Д. Оценка эффективности психотерапии с позиции медицины, основанной на доказательствах // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. Т. 14, № 1. С. 87–96.
3. Тукаев Р.Д., Кузнецов В.Е., Москаленко Д.А., Петраш Н.М. Оценка эффективности психотерапии при расстройствах невротического регистра: проблемы, ограничения, возможности // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 3. С. 92–98.
4. Тукаев Р.Д., Кузнецов В.Е. Когнитивно-ориентированная психотерапия при тревожных расстройствах: оценка в контролируемом исследовании // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25, № 2. С. 55–64.
5. Тукаев Р.Д., Кузнецов В.Е., Срывкова К.А., Дебрянская А.В. Описание клинической рейтинговой шкалы системной качественно-количественной оценки процесса и эффективности психотерапии тревожных расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. Т. 26, № 1. С. 21–27.
6. Тукаев Р.Д., Кузнецов В.Е. Критерии и предикторы эффективности психотерапии тревожных расстройств // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2019. Т. 10, № 2. С.

291–302.

7. Beck A., Burdett M., Lewis H. The association between waiting for psychological therapy and therapy outcomes as measured by the CORE-OM // *Br. J. Clin. Psychol.* 2015. Vol. 54, N. 2. P. 233–248.
8. Boccia M., Piccardi L., Guariglia P. The meditative mind: A comprehensive meta-analysis of MRI studies meta-analysis // *Biomed. Res. Int.* 2015. Vol. 41. P. 1–11.
9. Brooks S.J., Stein D.J. A systematic review of the neural bases of psychotherapy for anxiety and related disorders // *Dial. Clin. Neurosci.* 2015. Vol. 17, N. 3. P. 261–279.
10. Carl E., Witcraft S.M., Kauffman B.Y. et al. Psychological and pharmacological treatments for generalized anxiety disorder (GAD): A meta-analysis of randomized controlled trials // *Cogn. Behav. Ther.* 2020. Vol. 49, N. 1. P. 1–21.
11. Carlier I.V., Kovács V., van Noorden M.S. et al. Evaluating the responsiveness to therapeutic change with routine outcome monitoring: A comparison of the Symptom Questionnaire-48 (SQ-48) with the Brief Symptom Inventory (BSI) and the Outcome Questionnaire-45 (OQ-45) // *Clin. Psychol. Psychother.* 2017. Vol. 24, N. 1. P. 61–71.
12. Celinski M.J. (Ed.) *Continuity versus Creative Response to Challenge: The Primacy of Resilience and Resourcefulness in Life and Therapy.* New York, 2011. 567 p.
13. Davidson P.R., Parker K.C.H. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis // *J. Consult. Clin. Psychol.* 2001. Vol. 69. P. 305–316.
14. Elliott R., Wagner J., Sales C.M.D. et al. Psychometrics of the personal questionnaire: A client-generated outcome measure // *Psychol. Assess.* 2016. Vol. 28, N. 3. P. 263–278.
15. Eysenck H.J. The effects of psychotherapy: An evaluation. 1952 // *J. Consult. Clin. Psychol.* 1992. Vol. 60, N. 5. P. 659–663.
16. Fisher E., Law E., Dudeney J. et al. Psychological therapies (remotely delivered) for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2019. Vol. 4. CD011118.
17. Ghahari S., Mohammadi-Hasel K., Malakouti S.K., Roshanpajouh M. Mindfulness-based cognitive therapy for generalised anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis // *East Asian Arch. Psychiatry.* 2020. Vol. 30. P. 52–58.
18. Haykaz Mangardich H., Cribbie R.A. Assessing clinical significance using robust normative comparisons. Meta-analysis // *Psychother. Res.* 2015. Vol. 25, N. 2. P. 239–248.
19. Honyashiki M., Imai H., Hunot V. et al. Behavioural therapies versus other psychological therapies for depression // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013. Vol. 10. CD008696.
20. Hussey M.A., Hughes J.P. Design and analysis of stepped wedge cluster randomized trials // *Contemp. Clin. Trials.* 2007. Vol. 28, N. 2. P. 182–191.
21. Jacobson N.S., Truax P. Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research // *J. Consult. Clin. Psychol.* 1991. Vol. 59, N. 1. P. 12–19.
22. Kendall P.C., Marrs-Garcia A., Nath S.R., Sheldrick R.C. Normative comparisons for the evaluation of clinical significance // *J. Consult. Clin. Psychol.* 1999. Vol. 67, N. 3. P. 285–299.
23. Mangardich H., Cribbie R.A. Assessing clinical significance using robust normative comparisons // *Psychother. Res.* 2014. Vol. 25, N. 2. P. 239–248.
24. Lee C.W., Cuijpers P. A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories // *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry.* 2013. Vol. 44, N. 2. P. 231–239.
25. Lewey J.H., Smith C.L., Burcham B. et al. Comparing the effectiveness of EMDR and TF-CBT for children and adolescents: A meta-analysis // *J. Child Adolesc. Trauma* 2018. Vol. 11, N. 4. P. 457–472.
26. Liebherz S., Schmidt N., Rabung S. How to assess the quality of psychotherapy outcome studies: A systematic review of quality assessment criteria // *Psychother. Res.* 2016. Vol. 26, N. 5. P. 573–589.
27. Liebherz S., Schmidt N., Rabung S. How to assess the quality of psychotherapy outcome studies: A systematic review of quality assessment criteria // *Psychother. Res.* 2016. Vol. 26, N. 5. P. 573–589.
28. Lindhiem O., Kolko D.J., Cheng Yu. Predicting psychotherapy benefit: A probabilistic and individualized approach // *Behav. Ther.* 2012. Vol. 43, N. 2. P. 381–392.
29. Malejko K., Abler B., Plener P.L., Straub J. Neural correlates of psychotherapeutic treatment of post-traumatic stress disorder: A systematic literature review // *Front. Psychiatry.* 2017. Vol. 8. P. 85. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00085>.
30. Messina I., Sambin M., Palmieri A., Viviani R. Neural correlates of psychotherapy in anxiety and depression: A meta-analysis // *PLoS One.* 2013. Vol. 8, N. 9. Article ID e74657. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0074657>.
31. Pompoli A., Furukawa T.A., Imai H. et al. Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: A network meta-analysis // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016. Vol. 4. CD011004.
32. Shinohara K., Honyashiki M., Imai H. et al. Behavioural therapies versus other psychological therapies for depression // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013. Vol. 10. CD008696.

DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008696.pub2>.

33. Timulak L., Keogh D. The client's perspective on (experiences of) psychotherapy: A practice friendly review // J. Clin. Psychol. 2017. Vol. 73, N. 11. P. 1556–1567.

Часть II. Основы психотерапии

Глава 19. Оценка эффективности психотерапии

Более 60 лет проводятся научные исследования, посвященные оценке эффективности различных видов психотерапии (начиная с работ К. Роджерса, Г. Айзенка в 1950-е годы), однако вопрос не только выбора, но и роли психотерапии в медицинской практике (прежде всего психиатрической), остается дискуссионным. Возможна аналогия между применением лекарственной терапии и психотерапии? Сегодня принципы доказательной медицины позволяют достаточно точно определить показания и противопоказания к применению различных медикаментозных средств, их оптимальные дозировки, сроки лечения и др. Современные достижения клинической психологии, психиатрии и смежных научных дисциплин дают возможность приблизиться к такой же позиции в отношении психотерапии. В настоящее время недостаточно обосновывать выбор психотерапии личными свидетельствами или системой убеждений той или иной школы, поскольку критерии личного опыта или вера учителю, как показывает не только объективная практика, но и научные исследования, часто оказываются ошибочными. В связи с этим требуют уточнения положения о том, какая психотерапия является научно обоснованной, как правильно определяется эффективность психотерапии и другие показатели, которые могут служить для достоверной оценки современной психотерапии.

Основные задачи работы связаны с описанием научно обоснованного алгоритма оценки эффективности психотерапии, позволяющего выявлять и исключать из практики применения психотерапии недостаточно научно обоснованные и малоэффективные формы и способы психотерапии. На этой основе может проводиться выбор наиболее эффективных, а в более широком контексте научно обоснованных, в частности, экономических форм и методов психотерапии.

Научная оценка психотерапии как общий контекст оценки эффективности психотерапии.

Существуют различные представления, в зависимости от принадлежности автора к тому или иному психотерапевтическому направлению, о том, что обосновывает психотерапию как научную дисциплину. Примером системного обоснования научности психотерапии служит применение следующих критериев: 1) научное доказательство эффективности психотерапии; 2) обоснование психотерапии теоретическими положениями, которые не противоречат современным научным данным; 3) применение в психотерапии принятых современной наукой «технологических» теорий, объясняющих эффективность психотерапевтического метода; 4) этичность психотерапевтических целей, с помощью которых предполагается достижение успеха; 5) этическая приемлемость метода психотерапии; 6) затраты на психотерапию, необходимые для достижения успеха (соотношение стоимость–польза); 7) показания к методу психотерапии; 8) вероятность и характер побочных эффектов [1, 4, 8].

Среди представленных критериев первое место занимает научная оценка эффективности психотерапии. Существует много факторов, которые нужно учитывать при определении эффективности психотерапии. Так, Б.Д. Карвасарский (1990) приводит 16 таких факторов [5]. Из них основными являются: использование объективных критериев и способов оценки, необходимость оценки независимым экспертом, наличие адекватно и рандомизировано (случайным образом) подобранных контрольных групп, необходимость долговременных катамнестических исследований. В отечественной практике даже при выполнении диссертационных исследований редко соблюдаются все необходимые требования. Практически не используется метаанализ как один из основных способов сравнительной оценки эффективности различных видов психотерапии.

В мировой практике научных исследований в области психотерапии требования очень жесткие. Так, например, различают эффект психотерапии (от англ. efficacy of therapy) — результаты, достигаемые в опытных психотерапевтических исследованиях; и ее клиническую эффективность (от англ. clinical effectiveness) — результат психотерапии в повседневной практике. При этом высказывается необходимость достижения высокой степени внутренней и внешней валидности, окончательной статистической валидности и др. [13].

В качестве критериев оценки психотерапевтических способов также используются следующие параметры: 1) общая оценка успеха; 2) индивидуальная проблематика или симптоматика; 3) общие проблемы или симптомы членов группы; 4) специальные параметры самочувствия; 5) изменения в личности и ее способностях; 6) изменения в межличностных отношениях; 7) динамика использования свободного времени; 8) изменения в работе или

профессии; 9) изменения в сексуальной сфере; 10) изменения психофизиологических параметров [9].

Методология современной оценки эффективности психотерапии. Методология является системой принципов и способов организации и построения теоретической и практической деятельности, а также учением об этой системе. Эффективность (от лат. *effectivus* — дающий определенный результат, действенный) — это отношение достигнутого результата (по тому или иному критерию) к максимально достижимому или заранее запланированному результату. Психотерапия — способ решения проблемы, которым профессионально подготовленный специалист помогает пациенту изменить неэффективные или патологические стили мышления, поведения или эмоционального реагирования [10]. Современное количественное и качественное развитие психологических видов терапии сопровождается возрастанием требований к ним со стороны системы здравоохранения, которые касаются практики, основанной на доказательствах: научного подтверждения эффективности, безопасности и экономичности различных видов и форм психотерапии. Методология исследований психотерапии включает: изучение единичных случаев, РКИ, открытые испытания. Она предполагает определенные техники измерения, применение метаанализа, протоколирование процесса психотерапии, обязательное изучение анамнеза.

Часть II. Основы психотерапии

Выделяют: 1) методологию, дизайн (план) и оценку психотерапевтических исследований, включающих различные типы контроля результатов психотерапии; 2) методологию изучения психотерапевтических процессов и результатов в клинической практике.

Отмеченные определения, принципы и показатели часто имеют сложную структуру и взаимоотношения, однако их знание и применение позволяют избегать ошибок в изучении и использовании психотерапии, делать верный клинический выбор.

Главный вопрос касается соответствующих условий для проверки эффективности. Нельзя в полной мере соблюсти требование о проверке эффективности психотерапевтических способов в натуралистических условиях как при классических экспериментальных исследованиях эффекта с рандомизированным направлением пациентов в лечебные и контрольные группы. Комплексность патологий и условия работы практиков также несравнимы с условиями лабораторий в научно-исследовательских учреждениях. Вместе с тем точное знание о действии способов психотерапии можно получить только в контролируемых условиях.

При научной оценке видов психотерапии нужно учитывать следующие основные положения.

- Для технологических правил оценки центральным является доказательство эффективности, а не богатство теории. Технологии научно обосновываются в первую очередь исходя из эффективности.
- В первую очередь могут оцениваться только отдельные формы вмешательств (технологии), а не объединения технологий в форме школ терапии.
- Психотерапевтическая связь не может противопоставляться технологическому знанию. Оба аспекта требуют раздельной оценки и обучения.
- Не существует эффекта в общем смысле; эффект — это комплексный конструкт, который должен уточняться.
- Аналогично исследованию лекарства, научное обоснование способа психотерапии требует расчлененной, составной концепции исследования, в которой в зависимости от фазы исследования важны различные стандарты.
- Психотерапевтические вмешательства следует оценивать не только в исследовательских (экспериментальных), но и в практических условиях.
- Обобщающая оценка экономичности может иметь место только в научной дискуссии, в которой эксперты, не являющиеся «стороной вмешательства», также участвуют в принятии решения. Из-за динамики полученных данных принятие решений следует ограничивать во времени.

Алгоритм (фазы) исследования психотерапевтических вмешательств [3].

- Исходное положение. Предлагается новый способ вмешательства, который был создан на основе клинических наблюдений, теоретических представлений и отдельных несистематических экспериментов.
- Фаза I (ориентировочная фаза). Она служит для систематического наблюдения и испытания нового вида вмешательства, при этом гипотез мало и они в содержательном отношении сформулированы только в общем виде. В данной фазе могут быть

проведены исследования единичных случаев, исследования по аналогии и в ограниченном объеме, а также исследования групп (иногда без контрольных групп).

- Фаза II (пилотажная фаза). Основываясь на общих выводах, полученных в фазе I, психотерапевтическое действие исследуется при посредстве целенаправленных гипотез. Для этого необходимы исследования процесса и результата в сравнении с контрольными группами, кроме того, надлежит перепроверить психотерапевтическое действие с помощью катамнеза.
- Фаза III (фаза испытания). Имеется в виду проверка вида вмешательства в крупномасштабном эксперименте; часто проводятся стационарные или амбулаторные объединенные исследования (одного и того же способа психотерапии в нескольких учреждениях — многоцентровые исследования).
- Фаза IV (практический контроль). После того как новый метод вмешательства оправдывает себя в условиях испытаний, обсуждается вопрос его внедрения в практику; также должна быть проверена его пригодность для повседневного практического применения.

Критерии оценки эффективности психотерапии. Для исследования психотерапевтических вмешательств предлагаются различные критерии оценки.

1. Эффективность (действенность). Действенность вида вмешательства нужно оценивать только по отношению к определенным целям и масштабу сравнения (например, контрольная группа).

Оценка эффективности (действенности) требует оценки изменений, что осуществляется по различным критериям.

- Статистическая значимость изменения. Значимость изменения используется как критерий действенности главным образом при исследованиях групп (в сравнении с контрольной группой), но оценка значимости возможна также и в конкретном случае.
- Клиническая значимость изменения. Помимо статистической значимости следует оценивать клиническое значение изменения для каждого исследуемого. Для этого существуют различные варианты решения: а) принимать в расчет надежность, изменение (различие до — после) должно быть значимым; б) должна быть достигнута граница нормы для здоровых или же понижено пороговое значение в соответствующем способе исследования; в) различие изменения (в процентах) по отношению к исходной величине должно достигнуть наименьшей величины. Эти варианты содержат разные методические проблемы, поэтому общепринятого способа действий пока не существует.
- Процентная доля пациентов с улучшениями. Этот критерий требует обобщенного, мультимодального измерения результатов или же выделения главного показателя. Для характеристики степени улучшения за основу часто принимают значимые изменения.
- Спектр действия. Регистрация возможных воздействий, оцениваемых позитивно и негативно, делает необходимой широкую, мультимодальную регистрацию возможных эффектов, которые выходят за рамки рассматриваемой симптоматики. Способы психотерапии могут различаться между собой по спектру действия.
- Стойкость изменения. Вмешательства должны доказывать свою действенность не только при их завершении, но также и в дальнейший период. Сегодня это привело к требованию исследований в катамнезе. Период катамнеза зависит от теорий расстройств.
- Масштабы негативных эффектов. При оценке действенности, помимо желательных эффектов, учитываются также нежелательные. Сюда относят: нежелательные действия (иногда именуемые «побочными действиями»); отказ от психотерапии, несмотря на показание (психотерапия не начинается); показатели выхода из курса психотерапии, то есть количество больных, прервавших психотерапию до ее завершения; рецидивы за период времени, иногда составляющий несколько лет (например, при хроническом течении расстройства).

Часть II. Основы психотерапии

2. Рентабельность (эффективность затрат, соотношение затрат и результативности). Понятие рентабельности иногда применяется в качестве критерия проверки на практике. Она характеризует расходы, необходимые для достижения цели. При этом различают две формы результативности:

- позитивная (например, в результате психотерапии достигается лучшая работоспособность и, тем самым, более высокий доход);
- вследствие экономии средств (например, меньшее число пребываний в стационаре).

Также учитываются затраты. Под затратами понимаются связанные с лечением денежные расходы (например, оплата психотерапии, затраты на лиц, оказывающих услуги, стоимость проезда для пациента, трудовые потери пациента во время лечения). Более подробно об экономичности психотерапии см., например, статью В.А. Абабкова (2020) [2].

3. Удовлетворенность пациентов. Удовлетворенность пациентов имеет различные функции: а) показатель качества, то есть включает высказывания о качестве лечения; б) цель лечения наряду с другими целями; в) исходное положение для успешного лечения, поскольку удовлетворенные пациенты чаще придерживаются согласованных правил (во время психотерапии и вне ее). Это означает, что комплаенс (степень, в которой поведение пациентов в отношении вмешательства согласуется с вмешательством, намеченным психотерапевтом) связан с удовлетворенностью пациентов.

4. Практическая эффективность/пригодность. В последнее время эффективность, проверенная в контролируемых исследованиях, была отграничена от оценки эффективности в практических условиях. Практическая пригодность, иногда ошибочно именуемая рентабельностью, есть существенный критерий оценки. Однако практическая проверка не может быть осуществлена только в форме опросов для исследования мнения часто с недостаточной обратной связью. Скорее следует полагаться на всеобъемлющие практические исследования, которые будут удовлетворять методическим требованиям.

5. Этическая приемлемость. Вмешательства должны быть не только эффективными и рентабельными, но их также следует оценивать в этическом аспекте. Особенно остро встает вопрос о том, совместимы ли применяемые средства с целями (расхождение цели и средств; «цель не всегда оправдывает средства»). Эта проблема возникает прежде всего при аверсивных способах. Этические проблемы возникают также тогда, когда в качестве психотерапевтического средства применяют телесные контакты или когда способы терапии оказывают воздействие не только на пациента, но и на окружающих (возможные нежелательные действия с точки зрения окружающих). Именно поэтому клинко-психологические воздействия в каждом случае должны также оцениваться с этических точек зрения.

Для структурирования рассматриваемых методических проблем исследования вмешательств ориентируются на фазовую концепцию. Отнесение методических проблем к отдельным фазам должно пониматься как фокусирование на тех фазах, в которых данные проблемы наиболее актуальны.

Алгоритм I (ориентировочной) фазы. Для ориентировочной фазы, а отчасти также для пилотажной фазы (фаза II), в числе других имеют значение исследования по аналогии и исследования единичных случаев, так как новый способ часто приходится исследовать эмпирически, без точных гипотез.

Исследования по аналогии. Это понятие указывает на исследования, которые отображают подлежащую исследованию реальность только частично или в качестве сравнения. При исследовании вмешательств имеют значение следующие отклонения от реальности: род (семейство) (например, исследования на животных и человеке) и виды исследования (выявление комплексности расстройства с помощью одного способа исследования или мультимодальное понимание). Кроме того, при клинко-психологических вмешательствах иногда можно отклониться от реальности. Это связано со следующими причинами.

- Лица, проходящие лечение (исследование расстройства и желание лечиться). Клиническая практика лечебного учреждения характеризуется тем, что поступают на лечение и проходят психотерапию пациенты с диагностированным расстройством, «давлением страдания» (переживанием болезни) и определенно выраженным желанием лечиться. Отличия от этих пациентов отмечаются у лиц: 1) без расстройства и без желания лечиться (например, учащиеся с отвращением к наукам, но без фобии); 2) с субклиническим расстройством без желания лечиться или 3) с расстройством, но без желания лечиться. Группы лиц без желания лечиться часто привлекаются для исследования вмешательств.
- Психотерапевты. Повседневным обслуживанием часто занимаются психотерапевты с минимальным опытом в психотерапии, а также обученные проведению вмешательств студенты, стажеры, психотерапевты с небольшим опытом в одной специфической технике психотерапии.
- Обстановка. Проведение психотерапии в повседневных условиях отличается от сеансов психотерапии в научно-исследовательских проектах по различным переменным окружающей обстановки: 1) выбор формы психотерапии или отнесение к определенной форме психотерапии случайно; 2) рутинная диагностика (интервью и, возможно, некоторые методики исследований) без диагностики процесса в противоположность сложной научно-исследовательской диагностике (включая диагностику процесса); 3) без параллельной записи или с записью в ограниченной степени (на магнитофон) или же с видеозаписью психотерапевтического процесса и т.д.

- Временное измерение. В то время как сеансы психотерапии в клинических условиях, как правило, ограничены по количеству из-за регламентов разного рода, к исследованиям это не относится. В зависимости от постановки задач вмешательства могут продолжаться от одного сеанса до определенного установленного количества.

Исследования по аналогии могут отклоняться от реальности в различных параметрах и в различной мере. Психотерапевтические исследования обозначают как исследования по аналогии тогда, когда один из главных параметров (в том числе — пациенты, психотерапевты, продолжительность времени) серьезно отклоняется от реальности.

Часть II. Основы психотерапии

Исследования единичных случаев. Исследования единичных случаев имеют в клинической психологии давнюю традицию. Изложениям единичных случаев приписывают различные преимущества и недостатки. Преимущества видны, например, в следующих аспектах:

- ликвидация разрыва между исследованием и практикой; при этом исследования единичных случаев делают возможным детальное воспроизведение способа протекания процесса;
- получение возможности создания гипотез;
- вспомогательные средства контроля практики; точное описание терапевтического процесса является предпосылкой прозрачности, внешнего контроля (супервизии) и возможной коррекции вмешательства.

Имеются также недостатки исследований единичных случаев, прежде всего — ограниченность обобщения (по одному субъекту нельзя делать вывод о популяции) и ограничения внутренней валидности (когда не выбирается ни один экспериментальный план). Исследования единичных случаев могут быть спланированы по-разному.

- Содержательная позиция. Биография (полное описание всей жизни); казуистика, исследование единичного случая, исследование фрагментов из жизни.
- Методическая точка зрения. Описательный или же количественный подход.

В то время как в групповых исследованиях условие контроля реализуется через дополнительные группы, при исследованиях единичных случаев оно должно выполняться путем соответствующих условий для самого индивида. План *A–B* обычно недостаточен (*A* — условие контроля, чаще в форме не подвергавшегося лечению основного материала; *B* — условие вмешательства; для *A* и *B* проводится несколько замеров), так как эффекты терапии нельзя отличить от общих тенденций, поэтому в качестве наиболее простой формы количественных исследований одиночных случаев рекомендуется план *A–B–A*. Для обработки данных используют различные статистические способы. Данные статистически обрабатывают на уровне единицы исследования (индивид, супружеская пара и т.д.); в заключение полученные таким путем параметры объединяют в систему, выходящую за рамки единиц исследования (агглютинация).

Описания единичных случаев имели значение и для исследований, и для практики, однако к настоящему времени они достигли высокой значимости только для практики (например, случаи обучения психотерапии и различные сборники историй болезни). Вместе с тем количественные исследования единичных случаев в форме экспериментов приобрели определенное значение и для исследования психотерапии.

Методика II и III фаз: пилотажная фаза и фаза испытания. Если в ориентировочной фазе (I) новый способ психотерапии подвергается систематическому наблюдению часто без точных гипотез, то в пилотажной фазе (II) и фазе испытания (III) он проверяется в контролируемых условиях, для чего требуются комплексные планы испытаний. Если в фазе II на передний план обычно выступают отработанные исследования процесса и результата, то в фазе III стремятся поставить технику вмешательства на возможно более широкую эмпирическую базу.

Желательны, с одной стороны, так называемые многоцентровые исследования, при которых составляется общий план исследования для различных учреждений. Этот подход приносит специальные методические проблемы (например, координация, стандартизация образа действий). Важно также реплицирование полученных в исследованиях данных с независимым друг от друга проведением (перекрестная валидизация).

Планирование испытания. Контрольные группы. Для того, чтобы улучшить внутреннюю валидность, то есть логичность, последовательность исследования, в общем планировании испытаний (экспериментов) требуются контрольные группы.

Если даже в методическом плане (вплоть до момента катамнеза психотерапевтической группы) лица, не подвергавшиеся лечению, представляют наилучшую контрольную группу,

то, как правило, этот вариант мало осуществим. Этически недопустимо не лечить пациентов с расстройствами/болезнями. Однако это также вряд ли выполнимо клинически, так как в амбулаторных условиях невозможно воспрепятствовать пациентам получать помощь в другом месте. Это действительно также для подходов, при которых после периода без лечения предлагается психотерапия (списки ожидания — контроль — планы), поэтому при исследовании вмешательств стараются создать контрольные условия, которые этически оправданы, методически приемлемы и клинически осуществимы.

Для методически удовлетворительных положений следует стремиться к ясно выраженным контрольным условиям, при которых испытуемые в идеальном случае случайно (рандомизированно) подвергаются определенным условиям. Для этого подходят группы с различными вариантами лечения (психотерапии): без лечения, лечение с незначительными вмешательствами, обычное и альтернативное лечение.

- Отсутствие лечения отмечается в случае не подвергавшейся лечению контрольной группы, что следует рассматривать как этически и клинически проблематичный вариант.
- Лечение (психотерапия). Сюда относится прежде всего контрольная группа с плацебо, которая включает незначительное лечебное вмешательство. Более высокий объем лечения обеспечивается в рутинном, плановом лечении, которое часто не включает непрерывные продолжительные психотерапевтические вмешательства, но включает лишь короткие контакты с врачами или психологами. Еще более высокий объем лечения мы находим в контрольных группах с другими формами лечения (например, апробированный способ психотерапии и т.д.). Специфической формой контрольного условия является модификация параметров, при которой отдельные параметры первоначальной терапии изменяются:
 - вариация параметров; модификация путем представления различной выраженности параметров (например, форма вмешательства с различной длительностью сеанса, 45 мин вместо 90);
 - суммирование или вычитание параметров: модификация путем добавления или удаления элементов терапии (например, систематическая десенсибилизация с иерархией страха, с релаксацией или без нее).

Часть II. Основы психотерапии

Отдельные варианты также могут сочетаться. Если изменять не только фактор техники, но также факторы, связанные с терапевтами и пациентами, то можно подойти к дифференцированным исследованиям терапии, которые образуют основу для формулирования комплексных показаний. Так, например, в качестве признака психотерапевтов можно изменять опыт (например, опытные или неопытные психотерапевты), а как признак пациентов — диагноз. Однако дифференцированные аспекты следует учитывать не только при независимых (психотерапевт, техника, пациент), но и при зависимых переменных (успех психотерапии). Так подходят к многофакторным мультимодальным планам исследований, которые позволяют давать комплексные выводы.

Специальная форма контрольной группы, вмешательство с плацебо. Для исследования клиничко-психологических вмешательств, как и для исследования лекарств, требуется сравнение с клиничко-психологическим вмешательством характера плацебо (плацебо-психотерапия; плацебо внимание), поэтому в исследовании психотерапии встречаются самые различные подходы с так называемыми контрольными плацебо-группами; при этом реализация плацебо варьирует очень сильно (например, дискуссионные группы, несистематическая релаксация, чтение книг по терапии для неспециалистов). Точный перенос понятия медикаментозного плацебо на клиничко-психологическое вмешательство невозможен по следующим причинам.

- Если медикаментозное плацебо и подлинное лекарственное вещество внешне идентичны и не различаются также по способу применения, то для клиничко-психологического вмешательства эти краевые условия мало выполнимы. В связи с этим различия в отношении достоверности не допускают какого-либо методически адекватного сравнения.
- Медикаментозное плацебо и подлинное лекарственное вещество позволяют провести различия в отношении фармакологических, но не психологических механизмов. Психотерапия и психотерапевтическое плацебо не допускают сравнительной дифференциации, так как оба направлены на переживание и поведение.
- В медикаментозной терапии вещество («техника») и связанная с ним психологическая процедура (представленная врачом) разделимы. В клиничко-психологическом вмешательстве дело обстоит не так, поскольку техника реализуется через поведение

терапевта. Соединить недейственную технику с действенным отношением терапевта, как при медикаментозном плацебо, невозможно.

Частично мы находим отождествление понятия медикаментозного плацебо с понятием общих, неспецифических факторов, на которые в исследовании психотерапии нередко возлагается ответственность за отсутствие дифференциальных эффектов между различными факторами вмешательства. Это отождествление проблематично, так как общие факторы представляют подлинные действующие факторы, существенные для психотерапии.

Резюмируя, можно сказать, что понятие медикаментозного плацебо не поддается точному переносу на психотерапию, поэтому реализация психотерапевтического плацебо представляет собой контрольное условие с наименьшим объемом лечения.

Исследование процесса, исследование результатов процесса. Это означает, что дополнительно к данным в начале и конце психотерапии следует привлекать данные между этими временными моментами (или между концом терапии и катамнезом). Результат вмешательства следует рассматривать в связи с процессом вмешательства, из этого вытекает комбинированное исследование результата процесса. Однако исследование процесса представляет интерес не только в связи с результатом терапии, а также для ответа на вопрос, что происходит при вмешательстве и как осуществляются терапевтические эффекты.

Различают следующие варианты исследования.

1. Параметр в рамках психотерапевтического сеанса (длительность процесса: секунды, минуты, вплоть до максимальной длительности сеанса). Элементы сеанса психотерапии наблюдают в ходе сеанса и отчасти сопоставляют друг с другом (например, последовательности интеракций между психотерапевтом и пациентом).
2. Параметр между отдельными сеансами психотерапии (длительность процесса: дни/недели). Анализируется динамика вне сеансов в связи с отдельными сеансами психотерапии (например, изменения в характере партнерства, преодоление производственного стресса).
3. Параметр — отдельные сеансы психотерапии (длительность процесса: недели/месяцы). Пациенты и психотерапевты выносят суждения по отдельным сеансам, анализируется структура течения процесса за несколько сеансов, включая полный курс психотерапии. В исследовании процесса для точного понимания интеракций применяют экспериментальные методы, то есть определенные специалистом действия систематически видоизменяются, чтобы наблюдать их эффекты. Для исследования процесса применяют различные способы. Для полноты результатов анализ процессов требует электронной обработки данных с применением адекватных, часто многомерных, статистических способов.

Признание в качестве эмпирически валидизированного способа (эмпирически подтвержденные формы психотерапии). В исследовании лекарств процесс завершается регистрацией медикамента регистрирующими органами. В исследовании психотерапии у нас нет сравнимого государственного подхода, при котором апробируются отдельные технические приемы. Однако концепция эмпирически валидизированной терапии предлагается как сравнимая концепция. Различают «психотерапию с хорошо доказанной эффективностью» и «вероятно эффективную психотерапию». Последний вариант содержит менее строгие требования.

Критерии для эмпирически валидизированных способов психотерапии.

I. Должны быть проведены как минимум два методически приемлемых сравнительных исследования психотерапии с контрольной группой (случайная выборка), причем эффективность проверяется согласно пунктам А или В.

А. Психотерапия должна быть более действенной, чем лекарственное или психотерапевтическое плацебо, или какая-либо другая форма психотерапии.

В. Психотерапия должна быть такой же действенной, как и успешно проверенная форма психотерапии (в другой группе), причем должна быть адекватная статистическая значимость (число участников в группе более 30).

II. Эффективность должна быть подтверждена в большем количестве экспериментальных исследований отдельных случаев (более 9 случаев). Условия А и В при этом должны быть выполнены.

А. Должен применяться правильный экспериментальный план исследований.

Часть II. Основы психотерапии

В. Для сравнения эффективности надлежит использовать критерий I. А.

Для обоих вариантов (I и II) также рекомендуется:

- ведение рабочих дневников лечения;
- представление точных характеристик пациентов;
- эффективность должна быть перепроверена двумя независимыми группами исследователей (при исследовании отдельных случаев: не менее 3 случаев на группу)

исследователей).

На основе заключений о качестве составляются списки проверенных методов психотерапии для различных областей показаний (например, депрессивные расстройства). Подобные списки следует постоянно проверять, так как «знак качества» не может присуждаться на неограниченный срок. Критикуется то, что концепция исследования результата процесса не нашла широкого признания, что доказательство эффективности еще не есть доказательство практической надежности. Вопреки высказанной критике цель данного уровня исследований — обозначать определенные технические приемы как проверенные — представляется целесообразной. Однако оценка цели психотерапии (например, поведенческой) проблематична, так как могут быть оценены только отдельные технические приемы, а не набор этих приемов.

Алгоритм IV фазы: практический контроль. Важной задачей фазы IV является реализация вида вмешательства в практической области. При этом главное значение имеет вопрос, реализуются ли на практике позитивно оцененные способы психотерапии. С другой стороны (по аналогии с исследованием лекарств) психотерапевтические вмешательства нуждаются в перепроверке даже после их практического применения. Таким путем могут быть выявлены связанные с вмешательством проблемы, которые обнаруживаются только при практическом применении через длительное время. Кроме того, в практической сфере формируются большие и гетерогенные выборки, которые создают возможность всеобъемлющей оценки по сравнению с предыдущими фазами. В то время как при исследовании медикаментов при посредстве так называемого лекарственного мониторинга получен содержательный методический вклад в контроль практики, подобная тематика для клинико-психологических вмешательств проработана слабо.

Главным для контроля практики является постоянный мониторинг уровня исследований. Для этого используется метаанализ, определение руководящей линии поведения и концепция доказательной медицины в психотерапии.

Подведение итогов исследования посредством метаанализа. Для интеграции полученных данных раньше создавались описательные сводные рефераты, в которых (в зависимости от способности составителей резюме) литература освещалась более или менее полно. Благодаря банкам данных популярность таких литературных обзоров упала, так как теперь литературу можно анализировать более систематично. Помимо использования банков данных добавились статистические способы обработки результатов. Так, начиная с середины 1970-х годов, появился новый метод обработки литературы, называемый метаанализом. При метаанализе имеющаяся литература систематически обрабатывается с применением статистических способов. В то время как первичный (первоначальная обработка) и вторичный анализы (расширенная обработка данных первичного анализа) относят к одному исследованию, метаанализ интегрирует данные нескольких исследований. Метаанализ можно проводить по-разному, он не представляет единой формы, однако имеет общий характер процесса [6].

Для отдельных этапов часто существуют различные варианты решения. Особое значение имеет квантификация результатов исследования через характеристики, которые независимы от масштаба отдельных признаков, поэтому сравнение между исследованиями возможно. Часто в качестве характеристики рассматривается сила эффекта (ES), которая в простейшей форме вычисляется следующим образом:

Сила эффекта (ES) — $d = (M_T - M_K) / s_K$,

где M — средние значения после окончания вмешательства: терапевтической группы (M_T) или контрольной группы (M_K); s_K — стандартное отклонение контрольной группы в период завершения вмешательства.

В качестве масштаба сравнения следует привлекать контрольные группы, которые не получали лечения или получали его в незначительном объеме. Силы эффекта d обозначаются как малая ($d = 0,20$), средняя ($d = 0,50$) и большая ($d \geq 0,80$). Если контрольных групп нет, то сила эффекта может вычисляться для каждого этапа лечебной группы и сравниваться между собой:

$ES = (M_{prä} - M_{post}) / s$,

где $M_{prä}$ — средняя величина в начале терапии; M_{post} — средняя величина в конце терапии; s — стандартное отклонение. Вычисления проводят и посредством коэффициентов корреляции.

Метаанализ привел к выраженным разногласиям между его сторонниками и критиками. Приводятся следующие критические замечания: исследования с различными методическими уровнями нельзя сводить воедино; данные в рамках отдельных исследований зависимы друг от друга, поэтому для каждого исследования допускается подсчитывать только одну среднюю силу воздействия; методы психотерапии различаются по количеству и выбору способов исследования, что приводит к проблемам при сравнении; метаанализ не учитывает данные о процессе и исследования отдельных случаев. Хотя приведенные критические пункты важны,

они не являются принципиальными аргументами против метаанализа. Как каждое эмпирическое исследование, метаанализ подвержен критике на различных уровнях. Резюмируя, можно сказать, что метаанализ приносит важный вклад в оценку клинико-психологических вмешательств. Он описывает суммарное воздействие вмешательств, однако, как при всех статистических вопросах, связанных с принятием решения, оценка различий зависит от принятых условий и, помимо статистической значимости, должна также включать клиническое значение, поэтому оценка способов психотерапии не может ориентироваться исключительно на метаанализ, она нуждается также в других подходах.

Часть II. Основы психотерапии

Доказательная психотерапия. Под доказательной медициной понимается «техника обслуживания конкретных пациентов в соответствии с наилучшими, имеющимися в распоряжении доказательствами», причем под доказательствами понимается информация, полученная из научных исследований, которая подтверждает или опровергает определенное положение. Эта концепция является частью широкого управления качеством в практике конкретных отдельных случаев. Необходимо учитывать различные степени доказательности (табл. 19.1) [11].

Таблица 19.1. Степени доказательности в доказательной психотерапии

Степень	Необходимая документация
I	Как минимум один метаанализ по рандомизированным контрольным исследованиям
II	Как минимум одно рандомизированное контрольное исследование
III	Как минимум одно методологически доброкачественное контрольное исследование без рандомизации
IV	Методологически доброкачественные неэкспериментальные контрольные исследования (например, исследования корреляций)
V	Высказывания экспертных групп, консенсусные конференции (без точных эмпирических доказательств), клинический опыт признанных авторитетов

Уже приводившийся метаанализ имеет степень доказательности I, в то время как концепция эмпирически валидизированных исследований (в более слабой форме) представляет степень доказательности II. Метаанализ и эмпирически валидизированные исследования представляют основные элементы для доказательной медицины или психотерапии, но в некоторых случаях приходится довольствоваться информацией более низкой доказательности. Часто бывает необходимо сочетание информации с различными степенями доказательности. В конечном счете лечебные способы представляют комбинации различных эмпирических данных. Доказательная психотерапия основывается на том, что содержащиеся в способах рекомендации с ясно указанными эмпирическими научно-исследовательскими доказательствами требуют обосновываться. Одновременно нужно пояснять критерии анализа литературы (поиск литературы, методологические критерии оценок и т.д.). Пока большинство способов не соответствуют этим требованиям, поэтому постулат доказанных лечебных способов направлен в будущее.

Доказательная психотерапия служит вызовом для исследователей и практиков; за этим также скрывается надежда преодолеть пропасть между исследованием и практикой. При этом исследование должно показать пути, как результаты исследований можно использовать в конкретной повседневности в качестве информации и затем претворять в действие. Тем самым управление качеством становится задачей, с которой должны совместно справляться и исследователи, и практики.

Пример отечественных практических рекомендации для оценки эффективности психотерапии. Следующая шкала [5] давно служит инструментом измерения различных клинических, психологических и социальных характеристик пациентов, получающих психотерапию. Измерения могут проводиться до начала психотерапии, на разных ее этапах и после завершения психотерапии (в катамнезе). Оценка должна проводиться независимым экспертом. Понятно, что выбор критериев оценки зависит от способа и формы психотерапии. Например, после проведения сеансов аутогенной тренировки нет необходимости исследовать изменение степени осознания психологических механизмов болезни, так как данный способ не направлен на такие изменения. Целесообразно учитывать механизмы действия психотерапии при конкретных расстройствах и на основании этого выбирать критерии оценки. На основе шкалы можно создавать другие критерии, соответствующие механизмам действия более сложных видов психотерапии, которые в этой шкале не нашли отражения.

Клиническая шкала оценки эффективности психотерапии.

I. Критерий степени симптоматического улучшения:

- симптоматика проявляется очень часто или характеризуется выраженной интенсивностью;
- симптоматика проявляется довольно часто или характеризуется значительной интенсивностью;
- симптоматика проявляется редко или характеризуется слабой интенсивностью;
- симптоматика отсутствует.

II. Критерий степени осознания психологических механизмов болезни:

- отсутствие понимания роли психогенных факторов в возникновении заболевания;
- осознание взаимосвязи между симптомами болезни и неспецифическим нервно-психическим напряжением;
- осознание взаимосвязи между симптомами болезни и конфликтной ситуацией, возникшей в связи с особенностями личности больного, без осознания и понимания условий формирования этих особенностей;
- достижение понимания специфического содержательного или адаптивного характера симптомов, полного осознания роли собственных личностно-эмоциональных проблем в возникновении типичных для больного конфликтных ситуаций и понимания их генеза.

III. Критерий степени изменения нарушенных отношений личности:

- отсутствие изменений;
- изменение отношений к болезни и лечению;
- изменение отношений больного лишь в сфере (сферах), относящейся к актуальной конфликтной ситуации, без глубокого изменения нарушенных отношений личности;
- изменение отношений больного во всех значимых сферах личности со значительной их перестройкой.

IV. Критерий степени улучшения социального функционирования:

- низкая степень удовлетворенности своим социальным функционированием;
- умеренная степень удовлетворенности своим социальным функционированием;
- значительная степень удовлетворенности своим социальным функционированием;
- выраженная степень удовлетворенности своим социальным функционированием.

Часть II. Основы психотерапии

Данная шкала разработана для психодинамического направления психотерапии, но она может применяться для методов других направлений. Уточнение касается лишь критерия степени осознания психологических механизмов болезни, которые, конечно, различаются в разных направлениях (психодинамическом, когнитивно-поведенческом, экзистенциально-гуманистическом, коммуникационно-ориентированном).

Важное значение имеет выбор конкретных методов и методик исследования эффективности психотерапии. Вышеприведенные материалы касаются, в первую очередь, предлагаемых новых методов психотерапии. Оценка их эффективности должна следовать определенному алгоритму. В зависимости от принадлежности метода психотерапии к определенному направлению психотерапии, задачам метода, его возможностям и т.д. оценка эффективности реализуется широким спектром методов исследования и конкретных методик. Понятно, что выбор таких методик зависит и от принадлежности метода психотерапии к симптоматической или каузальной психотерапии, личностному или межличностному уровню метода психотерапии. Так, например, метод психотерапии, направленный на терапию депрессии или тревоги, требует меньшего набора методик проверки эффективности, прежде всего связанных с измерением именно тревоги и депрессии. При оценке эффективности модифицированных методов психотерапии также требуется более ограниченное применение методов и методик исследований, прежде всего связанных с оценкой решаемых задач при модификации метода психотерапии.

Публикации последних лет подтверждают приверженность принципам научности и доказательности при выборе и оценке эффективности психотерапии [7, 12]. Например, Р. Sturmey, M. Hersen (2012) в объемном руководстве по основанной на доказательствах практике в клинической психологии убедительно показали, какие из ныне существующих подходов и методов психотерапии продемонстрировали достаточную эффективность и экономичность при конкретных расстройствах, в соответствии с международной классификацией расстройств [12].

М. Перре (2020) указывает на необходимость научно приемлемого понимания факторов эффективности психотерапии [7]. Предполагается, что психотерапевтические подходы больше не опираются на монокаузальные теории. Исследование психотерапевтического процесса в течение десятилетий показало, что в дополнение к «специфическому эффекту», который оказывают психотерапевтические методы, то есть четко определенные правила действий для достижения определенных целей, на процесс выздоровления оказывают «общий эффект» переменные, связанные с личностью терапевта (например, его эмпатией), переменные, связанные с личностью пациента или с окружающей средой, а также с факторами, специфическими для конкретного расстройства, включая биологические аспекты.

В законе о психологической помощи или министерском постановлении об аккредитации в качестве важного критерия должно быть указано, что психотерапевтические подходы и лечебные ритуалы, не соответствующие современному уровню знаний о процессах психотерапии, не могут быть аккредитованы. Это не исключает того, что они могут быть полезны тем, кто оказался в чрезвычайной ситуации. Однако их механизм действия обычно не закреплен академическими и междисциплинарными исследованиями.

Критерий эффективности, как сообщалось выше, считается наиболее важным для терапевтических методов, при том, что оценка эффективности является сложной задачей. Для государственного признания необходимо различать психотерапевтические подходы (направления, подходы, психотерапевтические процедуры) и психотерапевтические методы. Понятие «подход» определяет деление психотерапии на направления на более высоком уровне. К подходам относят: психоанализ, поведенческую терапию, гуманистическую психотерапию, семейную терапию. Психотерапевтические подходы обычно включают различные методы, которые понимаются как ряд предписанных действий для достижения терапевтических целей. Методы следует протестировать на эффективность для разных расстройств, результаты проверки должны быть достоверными.

В ФРГ на сегодняшний день утверждены следующие психотерапевтические подходы: поведенческая терапия и системная терапия. Психоанализ/аналитическая психотерапия и психотерапия, основанная на глубинной психологии, прочно укорены в институте психиатрии и проверены временем, поэтому тоже утверждаются. В настоящее время существует требование, чтобы они применялись. Отклонена заявка на утверждение гуманистической психотерапии (включены десять различных подходов или методов: клиент-центрированная психотерапия К. Роджерса, гештальт-терапия Ф. Перлза, эмоционально ориентированная индивидуальная терапия Л. Гринберга и эмоционально ориентированная терапия для супружеских пар С. Джонсон, психодрама Я.Л. Морено, логотерапия В. Франкла, экзистенциальный анализ А. Ленгле, психомоторная терапия П. Бойдена, интегративная терапия И. Петцольда, различные методы в рамках телесно-ориентированной психотерапии и транзактного анализа. Из указанных в заявке только клиент-центрированная психотерапия К. Роджерса приблизительно соответствовала предъявленным критериям: в рамках этого подхода было обнаружено 74 исследования, удовлетворяющих методологическим критериям качества. Тем не менее и эта терапия была отклонена.

Список литературы

1. Абабков В.А. Персонифицированная психотерапия: Руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 352 с.
2. Абабков В.А. Экономичность психотерапии // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28, № 3. С. 164–177.
3. Абабков В.А., Караваева Т.А., Карвасарский Б.Д. и др. Алгоритм оценки эффективности психотерапии при невротических расстройствах: Методические рекомендации. СПб.: НИПНИ им. Бехтерева, 2010. 25 с.
4. Бауманн У., Рейнекер-Хехт К. Методика исследования клинко-психологических вмешательств // Клиническая психология и психотерапия. 3-е изд. / под ред. М. Перре, У. Бауманна. СПб.: Питер, 2012. С. 285–300.
5. Карвасарский Б.Д. Неврозы. 2-е изд. М.: Медицина, 1990. 576 с.
6. Корнилов С.А., Корнилова Т.В. Метааналитические исследования в психологии // Психологический журнал. 2010, № 6. С. 5–17.
7. Перре М. Признание образовательных программ по психотерапии для психологов: возможные пути регулирования на государственном уровне // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28, № 4. С. 144–166.
8. Перре М., Бауманн У. Клиническая психология и психотерапия. 3-е изд. / под ред. М. Перре, У. Бауманна. СПб.: Питер, 2012. 944 с.
9. Grawe K., Donati R., Bernauer F. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Gottingen; Bern: Hogrefe, 1994. 885 s.
10. Kanfer F.H. The scientist-practitioner connection: myth or reality? // New Ideas Psychol. 1989. Vol.7, N. 2. P. 147–154.

11. Kunz R., Ollenschlager G., Raspe H. et al. Lehrbuch evidenzbasierter Medizin in Klinik und Praxis. Koln: Deutscher Ärzte Verlag, 2000. 432 s.
12. Sturmey P., Hersen M. Handbook of evidence-based practice in clinical psychology. Vol. 2. / Eds P. Sturmey, M. Hersen. USA: John Wiley & Sons, 2012. 747 p.
13. Roth A., Fonagy P. What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research. New York: The Guilford Press, 1996. 484 p.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Глава 20. Динамическое направление в психотерапии

20.1. Основные понятия динамического направления психотерапии

Динамическое (психодинамическое) направление в психотерапии. Динамическое направление в психотерапии основано на глубинной психологии — психоанализе. В настоящее время в рамках динамического направления существует много различных школ, однако общим, объединяющим взгляды представителей этого подхода, являются представления о бессознательных психических процессах и психотерапевтических методах, используемых для их анализа и осознания. Это направление долго подвергалось критике в связи с отсутствием базы исследований предложенных теоретических положений. Следует отметить, что на сегодняшний день бессознательные психические процессы активно исследуются, и многие предположения получили свое экспериментальное подтверждение, прежде всего теория привязанности и влияние раннего неблагоприятного опыта на последующую уязвимость в отношении психических и соматических заболеваний [15].

Психологическая концепция. Основоположителем психоанализа является З. Фрейд. Психологическая концепция, концепция личности в психоанализе представляет собой реализацию психодинамического подхода. Термин «психодинамический» предполагает рассмотрение психической жизни человека, психики с точки зрения динамики, с точки зрения взаимодействия, борьбы и составляющих ее конфликтов (различных психических феноменов, аспектов личности) и их влияния на психическую жизнь и поведение человека [10].

Бессознательные психические процессы. Центральными в психоанализе являются представления о бессознательных психических процессах, они рассматриваются как основные детерминанты личностного развития, как основные факторы, движущие силы, определяющие и регулирующие поведение и функционирование человеческой личности. В целом психическая жизнь человека рассматривается как выражение бессознательных психических процессов. Содержание бессознательного составляют инстинктивные - побуждения, первичные, врожденные, биологические влечения и потребности, которые угрожают сознанию и вытесняются в область бессознательного [1].

Инстинкты и мотивация. Инстинкты, с точки зрения З. Фрейда, это не врожденные рефлексы, а побудительные, мотивационные силы личности, это — психическое выражение импульсов и стимулов, идущих от организма (и в этом смысле, биологических), психическое выражение состояния организма или потребности, вызвавшей это состояние. Целью инстинкта является ослабление или устранение возбуждения, устранение стимулов, связанных с потребностью организма, иными словами, удовлетворение потребности за счет определенного соответствующего поведения (например, голод или жажда побуждают человека искать питье или еду, есть и пить). Именно эта внутренняя стимуляция, внутреннее возбуждение, связанное с состоянием и потребностями организма, с точки зрения З. Фрейда, является источником психической энергии, которая обеспечивает психическую активность человека (в частности, поведенческую активность), поэтому инстинктивные побуждения рассматривают как мотивационные силы. Следовательно, мотивация человека направлена на удовлетворение потребностей организма, на редукцию напряжения и возбуждения, вызванного этими потребностями. Инстинкты же представляют собой психические образы этого возбуждения, представленные как желания.

З. Фрейд выделял две группы инстинктов: инстинкты жизни (Эрос), направленные на самосохранение, на поддержание жизненно важных процессов (голод, жажда, секс) и инстинкты смерти (Танатос), разрушительные силы, направленные либо вовнутрь, на самого себя, либо вовне (агрессия, садизм, мазохизм, ненависть, суициды). Энергия инстинктов жизни получила название либидо, энергия инстинктов смерти специального названия не имеет. З. Фрейд считал, что из всех инстинктов жизни наиболее значимыми для развития личности являются сексуальные инстинкты. В связи с этим довольно часто термином «либидо» обозначают именно энергию сексуальных инстинктов. Однако нужно иметь в виду, что энергия либидо обозначает энергию всех жизненных инстинктов.

Концепция личности. Рассматривая проблему организации психики, проблему личности, З. Фрейд создал две модели: *топографическую (уровни сознания) и структурную (личностные структуры)*. Согласно топографической (более ранней) модели, в психической

жизни человека можно выделить три уровня: сознание (то, что осознается человеком в данный момент), предсознательное (то, что не осознается в данный момент, но достаточно легко может быть осознано) и бессознательное (то, что не осознается в данный момент, и практически не может быть осознано человеком самостоятельно; оно включает инстинктивные импульсы, переживания, воспоминания, вытесненные в бессознательное как угрожающие сознанию).

Более поздняя модель личностной организации — структурная. Согласно этой модели личность включает три структуры, три инстанции: Ид (Оно), Эго (Я) и Супер-Эго (Сверх-Я). Ид является источником психической энергии, действует в бессознательном и включает базальные инстинкты, первичные потребности и импульсы. Ид действует согласно принципу удовольствия, стремится к немедленной разрядке напряжения, которое вызывается первичными (биологическими, идущими от организма) побуждениями, не учитывая никаких социальных норм, правил, требований, запретов.

Эго (*разум*) направляет и контролирует инстинкты. Эго функционирует на всех трех уровнях сознания, является связующим звеном, посредником между Ид и внешним миром, осуществляет анализ внутренних состояний и внешних событий и стремится удовлетворить потребности Ид, достигнуть разрядки напряжения (вызванного первичными потребностями) с учетом требований внешнего мира, с учетом норм и правил (например, отсрочить удовлетворение потребностей до подходящего момента). Эго действует согласно принципу реальности, стремится обеспечить удовлетворение инстинктивных потребностей, познавая и анализируя внутренний и внешний мир и выбирая наиболее разумные и безопасные способы и пути для удовлетворения потребностей.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Супер-Эго — это моральный аспект личности, совесть и идеальное Я. Супер-Эго также функционирует на всех трех уровнях сознания. Оно формируется в процессе воспитания и социализации индивида за счет интернализации (усвоения) социальных норм, ценностей, стереотипов поведения. Супер-Эго действует согласно морально-этическому принципу, осуществляя контроль поведения человека (самоконтроль), и препятствует проявлению внутренних импульсов, которые не соответствуют социальным нормам и стандартам. Таким образом, Ид стремится к немедленной разрядке напряжения и не соотносится с реальностью. Супер-Эго препятствует реализации этих желаний и стремится подавить их. Эго, напротив, способствует осуществлению желаний Ид, но стремится соотнести их с реальностью, с требованиями и ограничениями социальной среды, становясь, тем самым, ареной борьбы между Ид и Супер-Эго, между первичными потребностями и моральными нормами, правилами, требованиями, запретами. Если давление на Эго является чрезвычайно сильным, то возникает тревога.

Тревога. Тревога, с точки зрения З. Фрейда, является функцией Эго и предупреждает Эго о надвигающейся опасности, угрозе, помогая личности реагировать в подобных ситуациях (ситуациях опасности, угрозы) безопасным, адаптивным способом. З. Фрейд выделял три типа тревоги: объективную или реалистическую (связанную с воздействиями внешнего мира), невротическую (связанную с воздействиями Ид) и моральную (связанную с воздействиями Супер-Эго). Объективная тревога возникает в ответ на реальные опасности окружающего реального мира. Невротическая тревога по сути является страхом перед наказанием за неконтролируемое проявление потребностей Ид, она возникает в результате воздействия импульсов Ид и опасности, что они будут осознаны, но не могут контролироваться. Моральная тревога основана на опасениях перед наказанием со стороны Супер-Эго, которое предписывает поведение, соответствующее социальным стандартам. Моральная тревога — это страх перед наказанием за следование инстинктивным побуждениям, чувство вины или стыда, возникающие у человека, когда он совершает или хотел бы совершить поступки, противоречащие моральным нормам и правилам (требованиям Супер-Эго) [2].

Защитные механизмы. Тревога — это сигнал об опасности, сопровождающийся определенным уровнем напряжения. Тревога вызывает и активизирует защитные механизмы (психологические защиты), которые связаны с увеличением инстинктивного напряжения, угрозой Супер-Эго или реальной опасностью. Защитные механизмы — это определенные приемы, используемые Эго и направленные на снижение напряжения и тревоги. З. Фрейд писал, что «защитные механизмы — это общее название для всех специальных приемов, используемых Эго в конфликтах, которые могут привести к неврозу». Функция защитных механизмов заключается в том, чтобы не допустить осознания инстинктивных импульсов, иными словами, предохранить Эго от тревоги. Они являются неосознаваемыми и пассивными, в значительной степени искажают реальность и направлены вовнутрь — на снижение тревоги (в отличие от копинг-механизмов, которые представляют собой

механизмы активного совладания с ситуацией, достаточно адекватно отражают реальность и направлены на ее активное преобразование).

В литературе выделяют различные виды защитных механизмов. Рассмотрим некоторые из них.

Вытеснение рассматривается как основа всех защитных механизмов, оно обеспечивает прямой путь избегания тревоги и как составная часть входит в состав любого другого защитного механизма. Вытеснение представляет собой процесс, посредством которого неприемлемые импульсы становятся бессознательными, попытку избежать за счет неосознания неприятных мыслей и желаний тех чувств и того опыта, которые приносят боль и страдания.

Проекция — это процесс, посредством которого специфические импульсы, желания, стороны себя или внутренние объекты представляются человеку локализованными в некотором внешнем по отношению к себе объекте. Проекция внутренних объектов состоит в том, что человек приписывает свои собственные неприемлемые чувства, мысли, поведение другим людям.

Отрицание предшествует проекции и представляет собой защиту от реальности, которая приносит боль, это — защитный механизм, посредством которого либо отрицается (не признается) какое-либо событие или опыт, причиняющий страдания, либо какая-то сторона самого себя. *Замещение* предполагает переадресование инстинктивного импульса на менее угрожающий объект, замену объекта разрядки, истинного источника негативных чувств другим, более безопасным.

Рационализация — это процесс, посредством которого действительному поведению дается обоснование, которое не только его оправдывает, но и маскирует его истинную мотивацию, поведение представляется и объясняется таким образом, что выглядит вполне разумным и оправданным. Предлагаемая аргументация при этом не является логически обоснованной и часто не выдерживает никакой критики.

Идентификация — это процесс, посредством которого тревога снимается за счет отождествления (идентификации) себя со значимым, важным лицом, который представляется человеку менее уязвимым в тревожных ситуациях, она может выражаться в подражании стилю поведения, манерам, одежде другого человека («если бы я был таким как он, то чувствовал бы себя много лучше»). Идентификация с агрессором представляет собой вид идентификации, которая состоит в том, что человек уподобляется человеку с агрессивным поведением, имитирует поведение тех, кто вызывает в нем страх.

Интроекция или интроективная идентификация («проецирование внутрь») также является разновидностью идентификации и предоставляет собой процесс отождествления с внутренним объектом (интроектом), процесс, посредством которого человек как бы вбирает качества другого человека, представляет качества другого своими собственными. В этом смысле Супер-Эго рассматривается как результат интроекции.

Изоляция — это механизм защиты, посредством которого человек обособливает какое-либо событие, приносящее ему боль, препятствует ему стать частью своего значимого опыта. Эмоциональная изоляция представляет собой попытку изолироваться от психологической боли, человек становится «бесчувственным» (как робот).

Реактивная формация или реактивное образование — процесс, посредством которого человек справляется с неприемлемыми импульсами путем формирования противодействия, превращая этот импульс в нечто противоположное, преувеличивая (гипертрофируя) противоположное стремление и выражая его в своих мыслях и поведении.

Регрессия — процесс, посредством которого в случае угрозы человек пытается вернуться к ранним периодам жизни, когда он чувствовал себя более безопасно, к прежним «детским» стереотипам поведения. Фантазирование состоит в том, что человек в угрожающих ситуациях пытается избавиться от тревоги, уходя в фантазии, вместо того чтобы реально действовать.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Сублимация занимает особое место среди защитных механизмов. З. Фрейд рассматривал сублимацию как единственный, «не невротический» механизм, единственный «здоровый» путь трансформации инстинктивных импульсов. Так, в частности, он писал, что конфликт является невротическим только в том случае, если он разрешается путем применения защитных механизмов, отличных от сублимации. Он также полагал, что именно сублимация обеспечивает развитие человеческой культуры как таковой. Сублимация способствует разрядке энергии инстинктов в социально приемлемых (неинстинктивных) формах поведения и представляет собой замену потребностей, которые не могут быть удовлетворены непосредственно, на социально приемлемые цели, замену инстинктивных способов поведения на способы поведения, принятые в культуре, за счет изменения цели и объектов. Для примера сопоставим сублимацию с замещением. Человек испытывает сильное

раздражение по отношению к своему начальнику, но он не может себе позволить разрядить свои агрессивные импульсы непосредственно. Если для разрядки этой энергии просто находится другой, менее опасный объект (например, человек приходит домой и кричит на своих домашних или бьет собаку), то здесь речь идет о замещении. Если же он находит социально приемлемый способ разрядки (например, идет в спортивный зал и занимается боксом), то в данном случае мы имеем дело с сублимацией [6].

Таким образом, Эго способствует осуществлению желаний Ид, но стремится соотнести их с реальностью, с требованиями и ограничениями социальной среды, становясь, тем самым, ареной борьбы между Ид и Супер-Эго, между первичными потребностями и моральными нормами, правилами, требованиями, запретами. Если давление на Эго является чрезвычайно сильным, то возникает тревога. Тревога — это сигнал об опасности, сопровождающийся ростом напряжения. Она вызывает и активизирует защитные механизмы, основная цель которых состоит в снижении этого напряжения. Однако далеко не всегда их действие оказывается эффективным. Если тревога не снижается значительно или снижается лишь на непродолжительное время (поскольку защитные механизмы не направлены на активное преобразование и переработку конфликтов, проблем и ситуаций, а лишь на вытеснение их в бессознательное, «удаление» из сознания), то следствием этого может быть развитие невротического состояния [9].

Фазы психосексуального развития. Психоанализ постулирует ряд стадий развития детской сексуальности, через которые индивид проходит от младенчества до достижения латентного периода и которые синхронны с рядом стадий развития Эго: оральная, анальная, фаллическая и эдипова стадии; три первые вместе составляют доэдипову стадию. Они названы так потому, что рот, анус и пенис соответственно являются на протяжении этих стадий главными источниками сексуального наслаждения. В оральной стадии, которая начинается с момента рождения, рот является главным источником удовольствия и, следовательно, центром познания. Фиксированные на оральном уровне склонны сохранять рот в качестве главной эрогенной зоны и фиксироваться на матери (грудь); для них характерны глубокие колебания настроения. В анальной стадии анус и дефекация являются главными источниками чувственного наслаждения. Овладение своим телом, особенно его сфинктерами, и социализация импульсов являются главными занятиями младенца. Когда мальчики проходят через фаллическую стадию, они поглощены не только своим пенисом, но также идеей потентности, половой зрелости, мужественности и силы. Эдипова стадия развития сексуальности и Эго находится между 3 и 5 годами. Комплекс Эдипа — группа в значительной степени бессознательных представлений и чувств, концентрирующихся вокруг желания обладать родителем противоположного пола. Согласно З. Фрейду, комплекс Эдипа — это универсальный феномен, заложенный в филогенезе и ответственный за бессознательное чувство вины. Разрешение комплекса Эдипа достигается обычно идентификацией с родителем того же пола и временным отречением от родителя противоположного пола, который «заново открывается во взрослом сексуальном объекте». Эдипово соперничество с отцом является причиной страха кастрации. З. Фрейд впервые упоминает о комплексе Эдипа в письме к своему другу в 1897 г., это представление возникло из самоанализа, который автор провел после смерти отца. Первая публикация, где описывается комплекс Эдипа, — «Толкование сновидений». Эдипов комплекс и комплекс кастрации являются единственными комплексами в классическом психоанализе.

З. Фрейд интерпретировал определенные черты характера как дериваты стадий развития сексуальности и развития Эго или как аналоги симптомов, то есть защитные процедуры. Выделяя типы характеров, он использовал две системы классификации — генетическую и клиническую. Тип характера — это совокупность личностных черт, выражающих:

- 1) основные индивидуальные защитные механизмы;
- 2) основной индивидуальный конфликт;
- 3) основной способ реагирования на этот конфликт.

Тип характера приобретает в результате научения и представляет собой результат взаимодействия между ребенком, пытающимся максимально удовлетворить инстинкты и свести к минимуму наказания и чувство вины, и обществом, представленным родителями, чья задача — способствовать выполнению требований совместного проживания.

Генетические типы характера соотносятся с той или иной стадией развития сексуальности, от которой определенные черты характера и получают свое название; это оральная, анальный, фаллический, генитальный характеры. Клинические типы характера соотносятся с тем или иным психопатологическим состоянием, с которым они аналогичны или имеют максимальное сходство; отсюда истерический, obsessивный, фобический, шизоидный, депрессивный, маниакальный характеры.

Типы характера — результат развития, они носят названия различных психосексуальных стадий, отражая взгляды фрейдистов на проблемы развития. Основные стадии ПСР — это оральная, анальная, фаллическая, латентная и генитальная. Каждая стадия характеризуется особой формой сексуального инстинкта и вызывает особый спектр реакций со стороны

родителей. Можно сказать, что каждая стадия определяется тем, каким именно образом проявляется общий конфликт между сексуальным инстинктом и обществом. На каждой стадии существуют свои виды защиты, так как различные виды защитных механизмов по-разному эффективны относительно разных форм конфликтов. Оральная, анальная, фаллическая и генитальная стадии приблизительно покрывают соответственно первый год жизни, второй, с третьего по пятый и годы от пубертата и далее. Необходимо пройти через первые три стадии, чтобы достичь четвертой. Если первые три стадии пройдены успешно, генитальность в полной мере и решительно вступает в свои права. Однако если опыт развития на одной из прегенитальных стадий деструктивен, признаки этой стадии полностью не исчезают, а оказывают влияние на все дальнейшее поведение, формируя тип характера — оральный, анальный и фаллический. Четвертый тип характера называется генитальным — это психологическая зрелость, в то время как первые три — различные формы незрелости. Каждая прегенитальная стадия влечет за собой определенную форму детских сексуальных желаний и импульсов. Для того чтобы успешно пройти через данную стадию, ребенок должен получить от родителей и окружающего мира достаточно подкреплений, чтобы не чувствовать себя безнадежно фрустрированным и депривированным, но и не слишком много подкреплений, чтобы «задержка» на этой стадии незрелости не стала слишком приятной. Если ребенок слишком фрустрирован или слишком удовлетворен, он фиксируется или «застревает» на этом уровне развития. Это означает, что во взрослом состоянии он будет демонстрировать личностные черты — мысли, эмоции, действия, характеризующие основной конфликт, защитные механизмы или родительские реакции, определяющие эту прегенитальную стадию.

Часть III. Направления и методы психотерапии

На *оральной стадии* местом анатомической локализации сексуального инстинкта является рот. С точки зрения З. Фрейда, развитие нервной системы идет от мозга вниз и к периферии, поэтому рот неизбежно становится первым отверстием тела, посредством которого человек испытывает удовольствие или боль. Кроме этого обусловленное инстинктом жизни влечение к еде и воде также делает рот важной областью в жизнедеятельности организма. Однако З. Фрейд больше подчеркивает значения рта в качестве тактильной и вкусовой эрогенной зоны.

Для того чтобы понять оральный тип характера, следует иметь в виду, что оральная форма сексуального инстинкта ведет к действиям и фантазиям, связанным с захватыванием и получением, и конфликты, ярко проявляющиеся на этой стадии, — это конфликты, возникновение которых обусловлено эгоистической деятельностью подобного рода. Фрейдисты полагают, что захватывание и получение — обобщение той деятельности, которую совершает рот в течение первого года жизни. Неизбежным образом здесь возникает конфликт между настойчивым и эгоистичным желанием ребенка получать и захватывать и собственными потребностями и обязанностями родителей, которые не могут много времени и внимания тратить на своего ребенка. Лучшее, что могут сделать родители, — это предоставить ребенку возможность удовлетворять свои инстинкты лишь в ограниченном количестве. Оральный характер проявляется у лиц с фиксацией на оральной стадии. Типичными чертами его являются оптимизм — пессимизм, доверчивость — подозрительность, восхищенность — завистливость и самонадеянность — самоуничижение. Считается, что оба полюса свидетельствуют о фиксации. Оптимизм, пессимизм и восхищенность — это нереалистические оценки вероятности получения заботы от других людей. В манипулятивности или пассивности отражаются неконструктивные тенденции пытаться вырвать у мира удовольствие или просто ждать, когда оно само придет со стороны. Самонадеянность свидетельствует о нереалистически завышенных представлениях о собственных возможностях, а завистливость и самоуничижение — о полностью противоположном. Нереалистический характер всех этих крайностей говорит об их защитной природе. Защитными, наиболее часто называемыми составной частью орального характера, являются проекция, отрицание и интроекция. Эти три защитных механизма достаточно наивны, они оказывают значительное разрушающее воздействие, поскольку сильно искажают реальность.

Анальная стадия характеризуется смещением анатомической локализации сексуального инстинкта от рта к анальному отверстию. Согласно З. Фрейду, это смещение вызвано совместным влиянием развития нервной системы до уровня, когда становится возможным сознательно контролировать анальный сфинктер, и настойчивыми усилиями родителей по выработке у ребенка способности контролировать экскреторные функции.

Для представления «анального» типа характера важно понимать, что анальная форма сексуального инстинкта включает действия и фантазии, связанные с исторжением и удержанием.

Среди личностных черт можно назвать скупость — излишнюю щедрость, зажатость — экспансивность, упрямство — уступчивость, аккуратность — нечистоплотность, жесткую пунктуальность — склонность опаздывать, педантичность — неопрятность и скрупулезность — рассеянность. Эти черты обнаруживаются в процессе мышления, взаимодействия и в общем характере жизнедеятельности, проявляясь в различных конкретных формах импульсов отдавать или удерживать и в конфликтах с окружающими, характерных для анальной стадии ПСР. Как и в случае орального характера, эти черты на обоих полюсах демонстрируют нереалистичность установок. Защитными механизмами, которые считаются типичными для анальной стадии и характера, являются интеллектуализация, образование реакции, изоляция и уничтожение содеянного. *Фаллическая стадия* возникает в результате «смещения» анатомической локализации сексуального инстинкта от ануса к гениталиям. Достигнув третьего года жизни, ребенок более систематически начинает исследовать собственное тело и более внимательно относиться к телам других людей. Фаллическая стадия — время возникновения Эдипова комплекса, который занимает важное место в теории З. Фрейда. Ключ к пониманию фаллического типа характера — осознание того, что эта последняя прегенитальная форма сексуального инстинкта влечет за собой мысли и действия, касающиеся тела как откровенно сексуального объекта и гетеросексуальной природы взаимоотношений между людьми. К личностным чертам этой стадии относят тщеславие — ненависть к себе, гордость — смирение, слепое мужество — робость, наглость — застенчивость, общительность — замкнутость, элегантность — склонность к простоте, кокетливость — избегание людей противоположного пола, целомудрие — неразборчивость в связях и веселость — склонность к унынию. Эти черты свойственны в какой-то мере людям с фаллическим характером, они представляют или непосредственно сексуальное влечение, или его подавление, обусловленное страхом отделения или кастрации. Индивид с фаллическим характером понимает сексуальное поведение как проявление силы. Основным защитным механизмом, стоящим за фаллическими чертами, — вытеснение, то есть процесс удаления из сознания инстинктивных желаний и действий с целью не допустить переживания тревоги. Хотя *генитальная стадия* считается настоящей стадией ПСР, ее нельзя легко отделить от других на основании анатомической локализации сексуального инстинкта, поскольку локализация остается такой же, как и на фаллической стадии. Однако фрейдисты указывают на окончательную сформированность половой системы, так что становятся возможным оргазм, эякуляция и беременность. Генитальный характер проявляется у личности, прошедшей полный анализ, которая разрешила свой комплекс Эдипа, «пробила себе дорогу» через прегенитальную амбивалентность и достигла генитального уровня ПСР. Человек с генитальным характером полностью свободен от инфантильной зависимости. На этой стадии формируется психологическая защита — сублимация.

Часть III. Направления и методы психотерапии

В теорию развития сексуальности входит описание механизмов регрессии и сублимации. Регрессия — это защитный процесс, посредством которого субъект избегает тревоги через возвращение к более ранней стадии развития сексуальности и Эго; стадия, в которой происходит регрессия, детерминирована существованием точек фиксации. Теория регрессии предполагает, что более ранние модели поведения остаются в распоряжении субъекта как альтернативные способы действия. Поскольку регрессия не является эффективным защитным механизмом, она обычно сопровождается дополнительными процессами, предназначенными для предохранения Эго от ее последствий. З. Фрейд писал: «Сновидения в целом представляют собой пример регрессии к наиболее ранним формам существования спящего, это возврат в детство, к тем инстинктам и тем способам их выражения, которые доступны в этот ранний период». К регрессивным формам психической жизни он относит также невротические состояния. Сублимация — это связанный с развитием процесс, посредством которого инстинктивная энергия разряжается в неоинстинктивных формах поведения. Он включает перемещение энергии с объектов биологической значимости на объекты меньшей инстинктивной важности, освобождение деятельности от влечения инстинктивного напряжения. Концепция сублимации объясняет эволюцию «высших функций» из низших. Все сублимации зависят от символизации, а все развитие Эго зависит от сублимации [3].

Концепция патологии (концепция невроза). В классическом психоанализе выделяют несколько типов неврозов. *Психоневроз* обусловлен причинами, относящимися к прошлому, и объясним только в терминах личности и истории жизни. З. Фрейд выделял три типа психоневроза: истерическая конверсия, истерический страх (фобия) и невроз навязчивых состояний. Симптомы этих неврозов можно интерпретировать как конфликт между Эго и Ид. Именно психоневрозы, с точки зрения З. Фрейда, обусловлены невротическим конфликтом,

то есть бессознательным конфликтом между побуждением Ид, которое стремится к разрядке, и защитой Эго, предотвращающей непосредственную разрядку или доступ к сознанию. Конфликт является невротическим только в том случае, если одна его сторона бессознательна и если он разрешается путем применения механизмов защиты, отличных от сублимации. Симптом при этом рассматривается как осуществление компромисса между подавляемым желанием и требованиями подавляющего фактора. Возникновение симптома обусловлено символизацией, которую З. Фрейд характеризовал, как «древний, но вышедший из употребления способ выражения». Сложную роль в невротическом конфликте играет Супер-Эго. Именно Супер-Эго заставляет Эго чувствовать себя виноватым (что сознательно ощущается весьма болезненно) даже за символическую и искаженную разрядку, которая проявляется как симптом психоневроза. Таким образом, все части психического аппарата участвуют в формировании невротического симптома. *Актуальный невроз* обусловлен причинами, относящимися к настоящему, и объясним в терминах сексуального поведения пациента. Он является физиологическим последствием нарушений в половом функционировании. З. Фрейд различал две формы актуального невроза: неврастению как результат половых излишеств и невроз тревоги как результат отсутствия разрядки полового возбуждения. *Нарциссический невроз* связан с неспособностью пациента к образованию переноса. *Невроз характера* выражается в симптомах, которые по своей сути являются чертами характера. *Травматический невроз* вызывается потрясениями. *Невроз переноса* развивается в ходе психоанализа и характеризуется навязчивым интересом пациента к психоаналитику. *Невроз органа* обозначает психосоматическое заболевание, однако этот термин употребляется достаточно редко. *Детский невроз* проявляется в детском возрасте, при этом классический психоанализ исходит из того, что неврозам у взрослых всегда предшествуют детские неврозы. *Невроз страха (тревоги)* обозначает или любой невроз, в котором тревога является главным симптомом, или один из видов актуального невроза. Рассмотрим общую концепцию психологического происхождения неврозов в рамках психоанализа. Центральным его содержанием являются представления о невротическом конфликте. З. Фрейд рассматривал невротический конфликт как «переживания, возникающие в результате столкновения по крайней мере двух несовместимых тенденций, действующих одновременно как мотивы, определяющие чувства и поведение». С точки зрения З. Фрейда, сущность невроза — это конфликт между бессознательным и сознанием: «С самого начала мы замечаем, что человек заболевает из-за конфликта, возникающего между требованиями инстинкта и внутреннего сопротивления, которое возникает внутри против этого инстинкта». Сознательный компонент — это нормы, правила, запреты, требования, существующие в обществе и являющиеся элементами Супер-Эго. Бессознательный — первичные, инстинктивные потребности и влечения, составляющие содержание Ид. Вытесненные в бессознательное, они не теряют своего энергетического потенциала, а, напротив, сохраняют и даже усиливают его, и далее проявляются либо в социально приемлемых формах поведения (за счет сублимации), а если это невозможно или недостаточно, то в виде невротических симптомов. Таким образом, невроз — это следствие конфликта между сознательным и бессознательным, которое образуют вытесненные под влиянием моральных норм, правил, запретов, требований первичные, биологические потребности и влечения, прежде всего, сексуальные и агрессивные. Однако следует отметить, что различные представители психоанализа по-разному понимают содержание бессознательного и, следовательно, содержательную сторону невротического конфликта. Для З. Фрейда — это сексуальные и агрессивные импульсы и их конфликт с сознанием. А. Адлер рассматривал сущность невроза в конфликте между чувством неполноценности и стремлением к самоутверждению, жадой власти. Он видел в невротическом состоянии переживание слабости и беспомощности, которое описывал как «комплекс неполноценности». Для преодоления чувства неполноценности и удовлетворения потребности в самоутверждении человек прибегает к механизмам компенсации и гиперкомпенсации. Невротический симптом при этом рассматривается как выражение борьбы, направленной на преодоление чувства недостаточности. Невротический симптом есть результат неудачной компенсации, фиктивный способ повышения собственного достоинства. Развитие невротических симптомов рассматривается как «бегство в болезнь», «желание власти», «мужской протест». Первый и третий путь направлены на привлечение внимания к себе (с помощью симптома человек может получить его даже в большей степени, чем здоровый). Второй путь, «желание власти», входит в конфликт с ощущением близости с другими людьми. А. Адлер определяет невроз как экзистенциальный кризис, поражающий всю личность. Основным феноменом психических расстройств он видел не в сопротивлении побуждениям, а в невротическом характере, неадекватном отношении к жизни.

Часть III. Направления и методы психотерапии

К.Г. Юнг рассматривал содержание бессознательного более широко, считая, что оно включает не только подавленные сексуальные и агрессивные побуждения, но и некий интрапсихический материал, имеющий более глубокие, исторические корни и представляющий собой врожденный опыт прошлых поколений. С точки зрения К.Г. Юнга, психика человека включает три уровня: сознание, личное бессознательное и коллективное бессознательное. Коллективное бессознательное есть общее для всех людей, независимо существующее от человека психическое содержание, «разум наших древних предков», которое представляет собой более глубокий и менее доступный осознанию уровень психической деятельности. Коллективное бессознательное представлено в виде архетипов. Архетипы — психические структуры, первичные психические образы, составляющие содержание коллективного бессознательного. Архетипы рассматриваются как первообразы, доминанты, априорные формы организации нашего опыта. Архетипы определяют характер человеческой символики, сновидений, сказок, мифов. Они могут выражать религиозные чувства и имеют значение коллективных символов. К.Г. Юнг рассматривал архетипы как предрасполагающие факторы, как внутренние детерминанты психической жизни человека, которые направляют его поведение и дают возможность человеку реализовать определенные общие для большинства людей модели поведения даже в тех ситуациях, с которыми он сам ранее не сталкивался, которых нет в его личном опыте. Личное бессознательное, напротив, связано с прошлым опытом человека и состоит из импульсов, воспоминаний, желаний, переживаний (связанных с личным опытом человека), которые вытеснены или забыты, но достаточно легко могут быть осознаны. Личное бессознательное содержит комплексы (или организовано в виде комплексов), которые представляют собой совокупность эмоционально заряженных мыслей, тенденций, представлений, воспоминаний, желаний, чувств, связанных с личным опытом индивида. Вытесненные в бессознательное (в частности, под влиянием нравственного чувства, которое К.Г. Юнг также считал врожденным), эти комплексы оказывают существенное воздействие на психическую деятельность человека, на его поведение. Комплексы, обладающие высокой степенью аффективной заряженности и вступающие в противоречие с сознательным Я, и являются источником невротических нарушений [5].

К. Хорни рассматривала в качестве детерминант человеческого поведения и развития две основные потребности: потребность в безопасности и потребность в удовлетворении. Центральное место в теории К. Хорни занимает понятие базальной (коренной, основной) тревоги, которое она описывает как «чувства ребенка, одинокого и незащищенного в потенциально враждебном ему мире». Базальная тревога — это глубокое чувство одиночества и беспомощности, ощущение отсутствия безопасности. В ответ на фрустрацию этой потребности ребенок вырабатывает определенные поведенческие стратегии, которые могут фиксироваться в качестве защитных механизмов в отношении тревоги. Такие фиксированные стратегии К. Хорни рассматривает как невротические потребности. Первоначально К. Хорни выделила 10 основных невротических потребностей, в дальнейшем описала три личностных типа на основании выраженности и преобладания тех или иных невротических потребностей и соответствующих им стратегий поведения: уступчивая личность (потребности быть рядом с другими, в признании и любви доминантного партнера — ориентация на людей), отрешенная личность (потребности в одиночестве, бегстве от людей, независимости и совершенстве — ориентация от людей) и агрессивная личность (потребности в противодействии, власти, престиже, восхищении, успехе, потребность подчинить себе других — ориентация против людей). Для невротической личности характерно доминирование какой-либо одной потребности или одной группы потребностей и соответствующих им стратегий поведения. Такая негибкость, невозможность направить поведение на удовлетворение других потребностей и изменить поведение в соответствии с новыми обстоятельствами не приносит успеха, а только усиливает фрустрацию и усугубляет невротические проблемы.

Следует отметить еще один важный аспект в понимании природы невротических нарушений. Как уже указывалось выше, К. Хорни выделяла две основные потребности человека: потребность в безопасности и потребность в удовлетворении. Потребность в удовлетворении включает не только удовлетворение физических (биологических) потребностей, но также потребности в самооценке и самоуважении, оценке, признании и признании другими, в достижениях. Наличие этих двух потребностей (в безопасности и удовлетворении) является источником постоянных противоречий и конфликтов. Для удовлетворения потребности в безопасности человек пользуется фиксированными стратегиями поведения, то есть формирует поведение, ограничивающее сферу его функционирования (ограничительное поведение) относительно безопасными областями, что снижает базальную тревогу, но препятствует реальным достижениям, то есть фрустрируется потребность в удовлетворении. Стремясь к достижениям, человек вынужден осваивать новые сферы, отказываться от фиксированных стратегий и ограничительного поведения, что приводит к фрустрации потребности в безопасности. Таким образом, наличие этих двух потребностей несет в себе

противоречие, которое может привести к неврозу. И в этом смысле различие между здоровьем и неврозом является лишь количественным [11].

Э. Фромм также не видит качественных различий между здоровьем и неврозом. С точки зрения Э. Фромма человек характеризуется наличием двух тенденций или двух потребностей: потребностью в свободе, автономии, собственной идентичности, самовыражении и потребностью в безопасности. Э. Фромм считал, что люди в принципе могут быть свободными и автономными и при этом не терять чувства общности с другими людьми и ощущение безопасности. Такую свободу он называл позитивной свободой, однако в современном обществе для многих она недостижима, поэтому эти две потребности находятся в постоянном конфликте, так как борьба за личную свободу и автономию приводит к отчуждению от других, к чувству одиночества, отстраненности и фрустрации потребности в безопасности и общности с другими людьми. Человек «убегает» от свободы, чтобы избавиться от чувства одиночества. Причину невроза Э. Фромм видел в бессознательной, компульсивной деятельности — «бегстве от свободы», которая является способом избавления от чувства одиночества, безнадежности и личной ответственности. Э. Фромм описал три основных механизма или три стратегии бегства от свободы: авторитаризм (садизм и мазохизм), деструктивизм и конформизм. Конфликт между потребностью в свободе и потребностью в безопасности, так же как и механизмы бегства от свободы, представлены и у больных неврозами, и у здоровых, но с разной степенью интенсивности.

Можно приводить и другие примеры взглядов представителей этого направления на природу невротических нарушений. Однако в целом, для всех представителей психоанализа характерен взгляд на невроз как конфликт между сознательными и бессознательными потребностями и тенденциями. При этом содержательно эти потребности и тенденции могут пониматься по-разному [8].

Психотерапия. Исходя из представлений об организации и механизмах функционирования психики и возникновения неврозов, З. Фрейд разработал соответствующий этому лечебный метод. Ключевыми понятиями психоанализа как психотерапевтической системы являются свободные ассоциации, интерпретация, перенос и сопротивление. По этому поводу З. Фрейд писал: «Предположение о бессознательных психических процессах, признание теории подавления и сопротивления, детской сексуальности и эдипова комплекса образуют главные элементы психоанализа и базисные предпосылки этой теории. Никто не может считать себя психоаналитиком, если он не признает их». Конечно, психоанализ как терапевтическая система за последующие годы претерпел существенное развитие и изменения. Подробно и сама эта психотерапевтическая система, и ее модификации будут рассмотрены в соответствующем разделе. Здесь же нам хотелось бы остановиться только на общих подходах, непосредственно вытекающих из определенной психологической концепции [4].

Часть III. Направления и методы психотерапии

Основные положения психоаналитического наследия, имеющие значение для понимания теории и практики психоаналитического лечения, формулируются следующим образом:

- 1) интерес к многообразию инстинктивных импульсов человека, их выражению, трансформации, подавлению;
- 2) уверенность в том, что подобное подавление главным образом сексуальное, то есть подавляются сексуальные импульсы — мысли, чувства и желания, а корни болезни заключаются в неверном ПСР;
- 3) представления о том, что неверное ПСР происходит из конфликтов и травм раннего прошлого, детства, особенно из эдипова комплекса;
- 4) уверенность в сопротивлении выявлению этих тенденций — у человека есть конфликты, но он этого не осознает;
- 5) представления о том, что мы в основном имеем дело с психической борьбой и переживаниями биологических внутренних импульсов и инстинктов человека, а также представления о защитной роли Эго в отношении Супер-Эго;
- 6) приверженность концепции психического детерминизма или каузальности, согласно которой мыслительные процессы или формы поведения не являются случайными, а связаны с событиями, которые им предшествовали, и пока эти события не станут осознанными, они помимо воли будут проявляться и определять мысли, чувства и поведение человека.

Исходя из того, что невроз понимается как результат конфликта между бессознательным и сознанием, основная задача психотерапии в рамках психоанализа состоит в том, чтобы сделать бессознательное сознательным, осознать бессознательное. З. Фрейд сравнивает ситуацию необходимости осознания собственного бессознательного и сам процесс психоанализа с ситуацией, когда нерадивый студент во время лекции всячески мешает преподавателю, гримасничает, бросает неуместные реплики, отвлекает всех от дела. Преподаватель выгоняет студента за дверь, а тот все равно постоянно заглядывает в

аудиторию, отвлекает всех, привлекая внимание к себе всякими возможными способами, и мешает продуктивной работе. Точно также и мы выталкиваем свое бессознательное «за дверь», а оно продолжает оттуда всячески напоминать нам о себе, беспокоить и мешать нормальной деятельности. И также, как разрешить ситуацию с этим студентом, можно только пригласив его в аудиторию и попытавшись разобраться, чего же он хочет на самом деле, точно также нужно «вытащить бессознательное на свет» и выяснить у него, чего же оно хочет от нас.

Задача психотерапевта-психоаналитика состоит в том, чтобы вскрыть и перевести в сознание бессознательные тенденции, влечения и конфликты, то есть способствовать осознанию.

Психоаналитик строит процесс таким образом, чтобы облегчить проявление и понимание бессознательного. Как же сделать бессознательное сознательным? Ответить на этот вопрос можно, только обратившись к теоретическим представлениям З. Фрейда о способах и путях выражения бессознательного. В соответствии с этими представлениями для того, чтобы достичь осознания, психоаналитик должен подвергнуть анализу ряд психических феноменов, в которых бессознательное находит свое выражение. Такими феноменами являются свободные ассоциации, символические проявления бессознательного, перенос и сопротивление. Это означает, что в самом общем виде можно сказать, что сущность психоанализа заключается в выявлении и осознании бессознательного за счет анализа его символических проявлений, свободных ассоциаций, переноса и сопротивления [14].

Свободные ассоциации. Свободные ассоциации или свободное фантазирование (иначе свободное проникновение, свободное вторжение) — это основная процедура психоанализа, направленная на проникновение в бессознательное, которой придается наибольшее значение по сравнению с другими способами продуцирования материала в психоаналитической ситуации. И в этом смысле свободные ассоциации выступают как фундаментальное правило психоанализа. Свободные ассоциации — это техника, при которой пациенту предлагается ослабить все задерживающие и критикующие инстанции сознания, при которой его просят говорить обо всем, что приходит ему в голову, даже если ему это кажется нелепым, не имеющим значения, глупым, тривиальным, постыдным, неприличным, не имеющим отношения к делу и т.п.

Символические проявления бессознательного. Согласно концепции З. Фрейда, бессознательному закрыт прямой доступ в сознание, у порога которого находится цензура. Однако вытесненные влечения и потребности не теряют своего энергетического потенциала и стремятся проникнуть в сознание. Они могут сделать это только частично, путем компромисса и искажений. Искраженные и замаскированные влечения, «обманув» бдительность цензуры, все же проникают в сознание в виде компромиссных образований, оставаясь при этом неразпознаваемыми для самого человека. В таком виде их и может обнаружить психоаналитик и подвергнуть анализу. В каком же виде представлены в сознании замаскированные бессознательные влечения и потребности? С точки зрения З. Фрейда, вытесненные в бессознательное влечения, тенденции и конфликты имеют символические проявления, иными словами, бессознательное может проявляться символически в виде сновидений и фантазий и различных ошибочных действий (обыденных житейских явлений — оговорках, обмолвках, описках, забывании слов, имен, дат и др.).

Перенос (перенесение, трансфер). Перенос характеризует отношения, возникающие между психоаналитиком и пациентом в процессе психоанализа. С точки зрения психоаналитиков, эти отношения имеют существенное и даже решающее значение для психоанализа, в ходе которого внимание постоянно направлено на разнообразные изменения в особых отношениях терапевта и пациента. «Специфическим терапевтическим компонентом являются сложные, эмоционально окрашенные отношения типа родитель–ребенок между терапевтом и человеком, которого он лечит» — пишет один из психоаналитиков. Что же такое перенос? Перенос — это проекция пациентом на психоаналитика (перенос на психоаналитика) тех чувств и отношений, которые ранее были у пациента в отношении какого-либо значимого лица. При этом следует отметить, что в классическом психоанализе перенос всегда понимался как родительский, это означает, что пациент проецирует на психоаналитика все то, что испытывал в отношении родительской фигуры — чувства, отношения, ожидания и пр.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Отношения переноса воссоздают некую реальность отношений со значимым лицом из прошлого пациента, предоставляя материал для анализа. Прошлые значимые отношения выносятся, таким образом, в плоскость психотерапевтического взаимодействия, предоставляя психоаналитику возможность не только в лучшем случае услышать, что думает пациент об этих отношениях (а, поскольку они являются не осознанными полностью, то представления пациента существенно искажены) или создать у себя представление об этих отношениях пациента на основании других фактов, но, прежде всего, стать участником этих отношений,

прочувствовать и пережить их, и следовательно, адекватно понять. Для того чтобы создать условия для переноса, психоаналитик в ходе психотерапии придерживается определенной стратегии поведения, он ведет себя эмоционально нейтрально, личностно себя не предъявляя. Психоаналитик ведет себя отстраненно вовсе не потому, что он холодный и высокомерный человек (как это иногда изображается), а потому, что для проекции необходим «чистый белый экран». Если бы психоаналитик проявлял себя как личность более активно, был бы аутентичным, то перенос был бы возможен только в том случае, если бы он действительно отчетливо подходил по своим психологическим особенностям и проявлениям на то самое значимое лицо из прошлого пациента [17].

Соппротивление. Соппротивление представляет собой тенденцию препятствовать, блокировать раскрытие и осознание болезненных переживаний, воспоминаний, конфликтов. Иными словами, у человека есть конфликты, и они действуют, но он противится их осознанию. Сила сопротивления также может свидетельствовать о значимости материала, выявлению и осознанию которого пациент сопротивляется. Все четыре перечисленные психические феномена подвергаются анализу в процессе психотерапии. Термин «анализ» предполагает также определенные процедуры, это — конфронтация, прояснение, интерпретация и преодоление. Центральной процедурой анализа является интерпретация. Все остальные процедуры либо ведут к интерпретации, либо направлены на то, чтобы сделать ее более эффективной. Таким образом, можно сказать, что психоанализ заключается в интерпретирующем (истолковывающем) анализе различных компромиссных образований сознания. Для З. Фрейда само по себе осознание истинных причин заболевания выполняет важнейшую терапевтическую функцию. Однако также существенным является интеграция Я всего того, что было ранее вытеснено и затем осознано в процессе психоанализа [13, 16]. Современное психодинамическое направление, признавая вклад З. Фрейда в понимание бессознательных процессов, в качестве теоретической основы использует разработанную его последователями теорию объектных отношений. Ее основы которой были сформулированы независимой британской группой, прежде всего в работах Мелани Кляйн и ее учеников, а также Р. Фэйрберна, Д. Винникотта, Г. Гантрипа и М. Балинта. Так называемая британская теория объектных отношений — это теория личности и представления о психических расстройствах, которые были разработаны в результате исследований терапевтических отношений между пациентом и психотерапевтом. Согласно данной теории считается, что объектные отношения воспроизводятся за счет взаимодействия переносных и контрпереносных реакций паттерн отношений диады «мать–ребенок». В дальнейшем, принимая во внимание социальные изменения и все большую вовлеченность, в частности, отцов в воспитание детей, мать была заменена на лицо, осуществляющее уход. В рамках этой теории предполагается, что переживание младенцем его отношений с матерью является главной детерминантой формирования личности и что потребность младенца в привязанности к матери есть мотивирующий фактор развития его инфантильной самости. Были предложены различные термины и теории формирования структуры личности в рамках этого направления, тем не менее всех их объединяет представление о значимости доэдипального периода, то есть первых трех лет жизни и типа привязанности для формирования системы объектных отношений индивида, которые включают как интрапсихические, так и интерперсональные составляющие. В рамках этого подхода считается, что с самого рождения у младенца есть самость (Селф), ориентированная на то, чтобы вступать в отношения с внешними объектами из своего окружения. Во взаимодействии с другими самость растет и развивается, формируя на основе переживания своего взаимодействия с внешними объектами структуру личности. Основой гармоничного развития является поддерживающая, стимулирующая достаточно хорошая среда и конструктивная групповая динамика, гибко адаптирующаяся под изменяющиеся потребности развивающегося ребенка. В данную концепцию внесли значимый вклад М. Малер, Д. Стерн, Д. Винникотт и др.

Следует отметить, что Д. Боулби разработал свою теорию привязанности на основе экспериментальных работ, что стало новой вехой в развитии психодинамического направления. Интернализированные психические структуры участвуют во внешних отношениях, в которые вовлечен человек. Актуальные взаимодействия индивида могут либо запускать компульсивное повторение с бессознательным стремлением воспроизводить однажды усвоенные паттерны отношений, либо изменять изначальные интрапсихические репрезентации объектных отношений, что может быть одной из задач психодинамической терапии. Самостью обозначается личность во всех ее проявлениях на протяжении жизненного цикла. Она представляет собой уникальную комбинацию Эго и объектов, находящихся в динамическом взаимодействии. Они в совокупности формируют характер человека и определяют его чувство личностной идентичности, которое остается стабильным на протяжении всей жизни. Внутренние объектные отношения — это дефиниция отношения между частью Эго и ее объектом, которые связаны между собой чувствами, возникающими в Эго в связи с этим объектом. Они являются стабильными, однако потенциально

подверженной изменениям частью самости, которая может сохраняться в сознании либо быть вытесненной в бессознательное, если она провоцирует невыносимую тревогу. Самость включает осознаваемые и бессознательные компоненты. По теории объектных отношений бессознательное есть часть Эго, а по мнению З. Фрейда, бессознательное отделено от Эго и находится в Ид, переполненном инстинктивными импульсами, стремящимися к разрядке и управляемыми иррациональными психическими процессами. Таким образом, в качестве основной мишени психотерапии выбирается в данном подходе Эго, и основной целью становится наверстывающее развитие, направленное на коррекцию дефицита структуры личности. Будущие исследования должны помочь создать инструменты и алгоритмы для объективизации данных процессов [7, 12].

Список литературы

1. Абрахам К., Гловер Э., Ференци Ш. Классические психоаналитические труды: пер. с англ.; под ред. Л. Фусу; Ин-т психологии и психоанализа. М.: Когито-Центр, 2009. 220 с.
2. Базисное руководство по психотерапии: пер. с нем.; А. Хайгл-Эверс, Ф. Хайгл, Ю. Отт, У. Рюгер. СПб.: Речь, 2001. 784 с.
3. Васильева А.В., Караваева Т.А. Психодинамическое направление в психотерапии // Психотерапия: учебник / под ред. А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой, Н.Г. Незнанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. С. 53–69
4. Васильева А.В., Незнанов Н.Г. Психотерапия. Гл. 13.4. С. 699–729 // Психиатрия: Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова; отв. ред. Г.Э. Мазо. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 768 с. DOI: <https://doi.org/10.33029/9704-6295-9-PSY-2021-1-768>.
5. Динамическая психиатрия в ракурсах времени. К столетию со дня рождения. Гюнтера Аммона: Сборник / под общ. ред. Н.Г. Незнанова, А.В. Васильевой; пер. с нем. В.Д. Вида. М.: Городец, 2019. 568 с.
6. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика (понимание структуры личности в клиническом процессе): пер. с англ. М.: Класс, 1998. 474 с.
7. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2003. 438 с.
8. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер Ком, 1998. 743 с.; 2-е изд., перераб. и доп. СПб.: Питер, 2000. 1019 с.
9. Фенихель О. Психоаналитическая теория неврозов: пер. с англ. А.Б. Хавина. М.: Академический проспект, 2004. 848 с.
10. Фрейд З. О клиническом психоанализе / под ред. Ю.М. Патусевича. М.: Медицина, 1991. 288 с.
11. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ: пер. с англ. М.: Ювента, 2000. 480 с.
12. Шарфф Д.С., Шарфф Д.Э. Основы теории объектных отношений: пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2009. — 304 с.
13. Cabanis D.L., Cherry S., Douglas C.J. Psychodynamic Psychotherapy. New York: Wiley-Blackwell, 2011. 379 p.
14. Gabbard G.O. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. Washington: American Psychiatric Publishing, 2005.
15. Levy R.A., Ablon J.S. Handbook of evidence based Psychodynamic Psychotherapy. New York: Humana Press, 2010. 399 p.
16. Rutan J.S., Stone W.N. Psychodynamic Group Psychotherapy. New York; London: The Guilford Press, 2001. 436 p.
17. Stolorow R.D., Brandchaft B., Atwood G.E. Psychoanalytic Treatment an Intersubjective Approach. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 1987. 187 p.

Часть III. Направления и методы психотерапии

20.2. Основные принципы индивидуальной психоаналитической терапии

Психоаналитическая психотерапия — это метод психотерапии, базирующийся на принципах метапсихологии, работе с сопротивлением и переносом, и исходящий из того, что поведение, мысли и чувства человека в существенной степени определяются бессознательными аспектами его психического функционирования.

Классическая техника. Фундаментальной основой психоаналитической терапии является теория З. Фрейда, которая описывает основные феномены развития и функционирования психики как в норме, так и при патологии. Главные открытия психоанализа связаны с исследованиями бессознательных конфликтов, которые возникают в процессе развития и жизни человека, начиная с раннего детства. Сущность этих скрытых от сознания психологическими защитами внутренних конфликтов заключается в противодействии

агрессивным влечениям либидо и страхам утраты объектов, а также страхам наказания при столкновении противоположных влечений. Ядром субъективных конфликтов невротика является эдипов комплекс.

В исходной гипотезе Й. Брейера и З. Фрейда предполагалось, что невротические симптомы исчезают, как только пациент вспоминает психотравмирующие события и переживает связанный с ними аффект, то есть осознанно вербализует ранее бессознательные и бессловесные переживания и эмоции. Основными терапевтическими факторами в этот период считались осознание и эмоциональное отреагирование симптома (катарсис), а основным терапевтическим инструментом — гипноз, то есть реализация пациентом воли терапевта. Однако затем оказалось, что симптомы через некоторое время возвращались в том же или «модифицированном» виде, что не удовлетворяло З. Фрейда и стимулировало разработку концепции о сопротивлении, а также «прилипчивости» либидо, которое «неохотно оставляет» занятые им объекты и структуры психики. Сопротивление, которое вначале рассматривалось исключительно как некий фактор, препятствующий терапии, признается в качестве постоянного и самостоятельного объекта терапевтического воздействия. Тогда же был сделан важный шаг в сторону активной психотерапии и вывод, что выздоровление пациента во всех случаях требует его активного взаимодействия с терапевтом, а не пассивного подчинения воле исцелителя. При этом задача терапевта состоит в умении стимулировать пациента к такому терапевтическому сотрудничеству, несмотря на все его противодействия. Именно таким образом впервые в истории медицины произошел отказ от симптом-центрической формы терапии с последующим медленным переходом к терапии личности (точнее групп пациентов со сходными страданиями) и затем — к идее индивидуальности, с признанием уникальности и неповторимости каждой личности, включая страдающую личность. Несколько упрощая эту идею, следует признать, что не бывает двух пациентов с одинаковой историей развития и одинаковыми проявлениями даже одной и той же формы страдания, поэтому работа аналитика — это во всех случаях исследовательский и уже затем терапевтический процесс.

Начиная со случая «Доры», опубликованного в 1905 г., З. Фрейд предлагает пациентам самим подбирать материал, который они приносят на очередную сессию психотерапии, и самим находить соответствующие этому материалу свободные ассоциации, справедливо предполагая, что они вовсе не свободны, а отражают содержание бессознательной сферы пациентов. В 1904 г. в статье «Психоаналитическая процедура» З. Фрейд обосновывает, что гипноз (внушение), хотя он и позволяет достигать временного позитивного результата, лишь маскирует сопротивление, поэтому при психоаналитической терапии основные интерпретации должны быть направлены на сопротивление, то есть на его устранение, включая подсознательные мотивы, причины, чувства и цели, связанные с сопротивлением. Перенос, который вначале, так же как и сопротивление, не получил адекватной оценки, по мере развития психоанализа становится важнейшим фактором терапии. Более того, в отличие от представлений о переносе как «самой большой помехе психоанализа», он утверждается в качестве самого могучего союзника терапевта, особенно если его присутствие может быть показано и объяснено пациенту, так как именно в переносе скрытые и забытые переживания пациента проявляются непосредственно и явно. Именно поэтому аналитик должен создавать условия для формирования переноса, чему способствует его нейтральность и относительная анонимность его личности.

Основная цель психоаналитической терапии, которая уже неоднократно упоминалась, состоит в том, чтобы сделать бессознательное сознательным. Однако З. Фрейд позднее дополняет эту цель идеей о необходимости добиваться прогрессирующей победы Эго над Ид, при этом основные усилия должны быть направлены не только на то, чтобы усилить Эго, но и сделать его более независимым от Супер-Эго.

Развитие теории и техники. По мере развития психоанализа и накопления клинического опыта, классические положения теории и психоаналитические техники неоднократно дополнялись и модифицировались. Среди наиболее значимых имен, с которыми связано современное развитие психоанализа, следует упомянуть прежде всего М. Кляйн, Д. Винникотта, Ш. Ференци, М. Балинта, Г.С. Салливана, внесших существенный вклад в развитие теории объектных отношений. Не отрицая роли влечений, наиболее существенное внимание во второй половине XX в. психоаналитики уделяют проблеме отношений.

Работая с иными пациентами уже не только невротического, но и психотического и пограничного уровней, упомянутые выше ученые и исследователи обратили внимание на то, что практически во всех случаях выявляется огромный дефицит в удовлетворении ранних инфантильных потребностей. С учетом данных длительных и систематических исследований был обоснован чрезвычайно важный вывод, что «ребенок ищет в первую очередь не молоко, а любовь матери», а наиболее существенным содержанием бессознательного являются репрезентации объектов и эмоциональная оценка их индивидуальной значимости в сознании и бессознательном субъекта. При этом сознательное и бессознательное восприятие значимости одного и того же объекта могут категорически не совпадать. Например,

пациентка, на первых сессиях многократно упоминавшая о своей особой любви к младшей сестре и своем бесконечном желании помогать ей во всем, в процессе терапии «вдруг» осознает: «Как я ее ненавижу!».

Часть III. Направления и методы психотерапии

Исходя из установленного дефицита инфантильных потребностей, который выявлялся у большинства пациентов, было предложено в процессе терапии давать пациентам частичное удовлетворение их потребности в достаточно хорошей матери и эмоционально безопасной поддерживающей среде. Таким образом, аналитик формирует в процессе сессий некое «переходное безопасное пространство», где пациент мог бы восполнить дефициты своего развития — отсутствие адекватной материнской заботы и бесконечного принятия. Образно говоря, «накормить» — это не только дать бутылочку с теплым молоком, но это и выражение лица, и добрые слова, и эмоциональная окраска речи.

Важным вкладом в развитие психоаналитической терапии стало открытие феноменов проективной идентификации и контрпереноса, которые теперь рассматривают как способы исследования бессознательного пациента. Напомним: вначале считалось, что контрперенос — собственные переживания и «слепые пятна» аналитика — может только мешать его работе или препятствовать его нейтральности. В современном психоанализе аналитику рекомендуется активно «присоединяться» к бессознательному пациента и «слушать» свое бессознательное, которое, благодаря механизму проективной идентификации, позволяет лучше узнать и понять переживания пациента и его отношения со значимыми объектами.

Следующий этап развития психоаналитической терапии во многом связан с именем Уилфреда Биона (Wilfred Bion, 1897–1979), который разработал оригинальную концепцию контейнирования. Согласно этой концепции бессознательное и сознание — это своеобразные принимающие «органы» психики, или контейнеры, функция которых состоит в том, чтобы «ментализировать, сновидеть, символизировать и мыслить никогда до конца не познаваемую реальность».

Что значит быть контейнером или контейнировать? Психоаналитик принимает («вбирает») любую информацию от пациента и позволяет ей «оседать» без попыток преждевременного понимания и объяснения содержания и глубины его проблем; но при этом аналитик исходит из того, что в материале, который пациент приносит на сессии, есть некая связность, некие избранные факты, со временем позволяющие придать смысл этому хаосу. Основой этого исследовательского и терапевтического приема является признание решающего значения взаимоотношений матери и ребенка для его нормального развития, что возможно только при наличии у матери способности адекватно воспринимать чувства и физиологические эквиваленты чувственных переживаний младенца. У. Бцион обозначил эти эквиваленты как «необработанные данные» или «бета-элементы». Однако мать должна обладать не только способностью принимать эти «бета-элементы», но понимать их, наделять их значениями и возвращать ребенка назад в «обработанном виде», обозначенном автором как «альфа-элементы». Именно адекватный обмен бета- и альфа-элементами не только успокаивает ребенка, но и формирует его психику. У. Бцион назвал эту функцию матери контейнированием, а материнский психический аппарат — контейнером, в котором физиологические эквиваленты чувств младенца постепенно преобразуются в мыслительный аппарат ребенка. Точно так же психоаналитик, подобно любящей, внимательной, терпеливой и эмпатичной матери, выдерживая максимум фрустрации, которую провоцирует «голодная» самость пациента, должен уметь контейнировать его материал.

В последние десятилетия особое внимание привлек интерсубъективистский подход, центром которого является уже не пациент, а взаимовлияние и психодинамика двух участников психоаналитического процесса. Трансфер может иметь разные оттенки в зависимости от пола, возраста и индивидуально-психологических особенностей как аналитика, так и пациента. Психоаналитик и пациент обмениваются не только информацией, но и проекциями и проективными идентификациями, имеют общий осознанный, а частично бессознательный для обеих сторон договор и общую надежду на успешную терапию. Все возникающие в терапии ситуации так или иначе переживаются обоими участниками процесса, хотя в этой паре всегда присутствует некоторая «асимметрия»: аналитик (в силу его подготовки и опыта) менее склонен к регрессии и имеет более сильное наблюдающее Эго, чем его пациент. Однако, если сопротивления пациента и аналитика совпадают по содержанию, то процесс терапии блокируется.

В настоящее время развитие психоанализа идет в направлении обобщения и синтеза различных подходов и техник. За последние десятилетия существенно расширились показания к психоаналитической терапии, которые позволили терапевтам работать как с невротическими, так и с пограничными и психотическими пациентами, но и сегодня

классическая модель психоаналитической терапии остается актуальной. Аутентичность ее сохранена, психология конфликтов и влечений не устарела и не произошло смены психоаналитической парадигмы, хотя многие акценты поставлены по-иному. В заключение обратимся еще раз к классическим правилам психоанализа.

Свободные ассоциации. Метод свободных ассоциаций — это терапевтическая техника и одновременно основное правило психоанализа. Открытие этого метода было сделано, когда З. Фрейд искал наилучший способ того, как выявлять патогенные воспоминания пациентов. Фактически метод был подсказан одной из пациенток, которая сама предложила позволить говорить все, что ей приходит на ум, а не расспрашивать о воспоминаниях, вызывая тем самым сопротивление и препятствуя ее самовыражению. З. Фрейд согласился с этим предложением, и так родилось то, что вначале было обозначено как «лечение разговором». Основное правило заключается в предписании говорить совершенно свободно, не пытаясь сосредоточиться, не следуя законам логики, ничего не утаивая и не опасаясь осуждения или стыда, так как только таким образом можно выявить самое значимое. Техника свободных ассоциаций основывается на том, что:

- мысль всегда следует в направлении того, что значимо;
- сопротивление будет минимальным в состоянии расслабления на кушетке;
- мотивация пациента к успеху терапии стимулирует к тому, чтобы приносить на сессии значимый материал; более того, когда психодинамический процесс запущен, он продолжается и вне сессий, а значимый материал проявляется на них в своеобразной концентрированной форме.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Сопротивление анализу обнаруживается в трудностях продуцирования свободных ассоциаций (остановках, подборе нужных слов, сменах тем и т.д.), так как бессознательные конфликты и защитные механизмы блокируют свободное течение мыслей. Наблюдая особенности речи пациента и того, как им излагаются те или иные идеи и события, а также фиксируя невербальный фон поведения пациента, аналитик сопоставляет все это со своими знаниями и опытом и устанавливает психоаналитический диагноз.

Равномерно распределенное внимание. В соответствии с правилом свободных ассоциаций аналитик позволяет своему бессознательному также функционировать с наибольшей свободой.

З. Фрейд отмечал, что подобно тому, как пациент должен рассказывать все, что ему приходит на ум, так и терапевт должен быть способен к психоаналитическому истолкованию всего того, что он слышит, чтобы обнаружить то, что скрыто в бессознательном, не подвергая материал пациента собственной цензуре и оценочным суждениям. В целом это означает способность почувствовать отражение бессознательного пациента в собственном бессознательном, быть чувствительным к переносу, к контрпереносу и одновременно быть «контейнером».

Атмосфера эмоциональной безопасности. Формирование атмосферы безопасности обеспечивается соблюдением нейтральности, толерантности и конфиденциальности. Аналитик должен постоянно проявлять себя как стабильный, надежный и принимающий объект. При возникновении беспокойства или проявлениях аффективных реакций терапевт может, а иногда обязан, информировать пациента о процессах, происходящих во время терапии, что позволяет преодолеть страх перед возможно ранее неизвестными ему чувствами и переживаниями и установить рабочий альянс. Такие личностные особенности терапевта, как эмпатия и доброжелательность, вносят свой вклад в формирование атмосферы безопасности, нарушение которой может безвозвратно разрушить терапию, подорвать доверие пациента не только к конкретному терапевту, но и ко всей психотерапии в целом.

Терапевтический сеттинг. Под терапевтическим сеттингом понимаются условия, в рамках которых осуществляется психоаналитическая терапия. В процессе предварительной встречи с пациентом обсуждается терапевтический контракт, которым определяются временные, пространственные и финансовые границы сеттинга; то есть по каким дням и в какое время будут проводиться сессии, их протяженность, где они будут проводиться, согласен ли пациент с тем, чтобы лечь на кушетку, или он предпочитает общаться лицом к лицу, какой будет сумма гонорара и т.д. Обычная протяженность психоаналитической сессии составляет 45–50 мин, а длительность терапии в зависимости от глубины конфликта и тяжести страдания пациента может составлять от нескольких недель до нескольких лет. Все нюансы соблюдения сеттинга (опоздания, требования увеличить время сессии и тому подобное, в том числе отмена или продление продолжительности сессии аналитиком, а также ошибки аналитика) являются темами для обсуждения. Аналитик должен быть открытым и иметь достаточно высокий уровень профессиональной подготовки и самоуважения, чтобы не использовать пациента для самоутверждения. В целом он должен исходить из того, что «человек пришел к

человеку», и в этой паре у него есть только одно реальное преимущество перед пациентом — он имеет специальную профессиональную подготовку. Соблюдение сеттинга имеет самостоятельное терапевтическое значение, так как позволяет пациенту на какое-то время отключиться от внешней реальности и обратиться к своей психической реальности, в которой происходит переосмысление прошлого и как бы «рождение заново», вновь переживаются якобы давно забытые конфликты и прорываются подавленные эмоции. Некоторые авторы характеризуют психоаналитические сессии как «переходное пространство», в котором «изживаются», а чаще как бы проживаются заново различные периоды развития пациентов, начиная от самых ранних, и появляется возможность обретения реальной взрослости.

Показания и противопоказания. До 1950-х годов психоанализ ограничивался работой с пациентами, способными к развитию переноса, формированию длительных отношений с объектом и имеющими достаточно развитое наблюдающее Эго, то есть пациентами невротического уровня. Пациенты с нарциссическими расстройствами личности считались непригодными для психоаналитической терапии, поэтому терапевты работали преимущественно с невротическими и психосоматическими расстройствами, а также с психогенными депрессиями. Однако, как уже отмечалось в предшествующих главах, в последующем показания к психоаналитической терапии существенно расширились, терапевты стали больше ориентироваться не на медицинский, а на психоаналитический диагноз и особенности личности пациента и его психодинамику. В целом если удастся «дорастить» психотического пациента до невротического уровня, что может потребовать два-три года систематической работы, терапия может быть достаточно успешной. Однако пациент должен быть достаточно психологически развит, демонстрировать способность к эмпатии, к регрессу и выходу из него, а также выраженную заинтересованность в терапии. Самостоятельное значение имеют умение и желание пациента устанавливать каузальные связи между различными событиями внутренней и внешней жизни. Все эти факторы невозможно выявить одномоментно, поэтому вначале пациенту предлагается несколько пробных сессий, чтобы выяснить, возможна ли эффективная работа с пациентом.

Рабочий альянс. Чрезвычайно важно исходно расположить пациента к сотрудничеству, создать с ним рабочий альянс. Одним из неочевидных условий установления рабочего альянса является психологическая совместимость аналитической пары, положительная установка друг к другу, что предполагает заинтересованность в совместной работе. Аналитик должен демонстрировать искреннее внимание и готовность принять внутренний мир пациента, каким бы отталкивающим или даже пугающим он не был. Со стороны пациента требуется доверие и готовность принять и следовать правилам психоанализа. Рабочий альянс формируется постепенно, при этом пациенту целенаправленно разъясняется, что терапия может сопровождаться оживлением старых конфликтов и переживаний, которые могут причинять боль. Некоторые авторы указывают на необходимость установления связи между сознательным и анализирующим Эго пациента и на постепенную интроекцию аналитической установки пациентом. Со стороны аналитика рабочий альянс требует предельно профессиональных, десексуализированных, лишенных какой-либо агрессии отношений, даже в тех ситуациях, когда они провоцируются пациентом. Переносам, сопротивлению и защитами были посвящены соответствующие главы, поэтому мы отсылаем читателя к их содержанию.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Интерпретации. Хотя роль интерпретаций в современной аналитической терапии существенно изменилась, они до настоящего времени составляют важную часть терапевтической техники. Нужно сразу отметить, что интерпретации являются не столько разъяснением (в его обычном понимании), сколько методом исследования бессознательного пациента, его защитных реакций, влечений и стереотипов принятия решений. Аналитик предлагает пациенту не просто какую-то гипотезу, а именно ту, которая вытекает из материала пациента и сложившихся между ними отношений переноса. Интерпретация, с которой пациент соглашается, понимает ее смысл и ощущает ее как истинную, способствует укреплению его Эго и ведет к успеху терапии. Иногда такие интерпретации именуют правильными или адекватными. Неадекватная интерпретация, в том числе преждевременная, к усвоению которой пациент еще не готов, может восприниматься им как глупая, бесполезная, болезненная, и ведет к разрушению или торможению терапевтического процесса. Еще более опасными для терапевтического процесса являются дидактические интерпретации, которые отличаются субъективностью и отражают собственные (недостаточно проработанные в личном анализе) проблемы аналитика. В целом многие из современных авторов склоняются к идее, что пациента нужно готовить к интерпретациям косвенно, но предлагать делать их самому пациенту. В тех случаях, когда интерпретация все-

таким образом, она должна быть достаточно обобщенной, несколько «туманной» и «расплывчатой», опять же, направленной не на разъяснение тех или иных психических феноменов, а на стимуляцию ассоциативных процессов пациента и на установление связи между его сознанием и его бессознательным.

Проработка. В работе «Торможение, симптом, страх» З. Фрейд определяет проработку как процесс, направленный на прекращение бессознательной склонности действовать в рамках невротического повторения одних и тех же паттернов принятия решений и поведения. В целом процесс проработки включает повторную (иногда многократную) интеграцию тех интерпретаций, которые уже были даны, а также преодоление сопротивления прогрессу терапии. Однократного осознания пациентом его невротической предрасположенности к тому или иному способу реагирования оказывается недостаточно. Цель проработки — сделать это осознание (инсайт) эффективным и стабильным. Иногда чрезвычайно яркие изменения, которые проявляются в поведении пациента после инсайта, оказываются весьма нестабильными, быстро забываются или даже вытесняются до такой степени, что пациент не помнит об этом случившемся несколько сессий тому назад инсайте. И это сопротивление может повторяться неоднократно и также требует дополнительной проработки.

Принцип нейтральности. Принцип нейтральности в психоанализе имеет несколько существенных составляющих. Прежде всего он предполагает, что терапевт никогда не осуждает пациента, никогда не пытается его оправдать и вообще не высказывает никаких оценочных суждений (типа «хорошо» или «плохо»). Он просто принимает материал пациента. Кроме того, этот принцип предполагает полностью нейтральное отношение к религиозным, нравственным и другим ценностям пациента, а также полное воздержание от каких бы то ни было советов. Психоаналитики не подменяют собой социальных работников, к которым люди приходят за помощью или советом, или даже чтобы верить им свою судьбу. Психоаналитик никогда не будет решать за пациента, как ему действовать в той или иной ситуации или вообще, как ему жить. Специалист всегда исходит из того, что и проблема, и способ ее решения принадлежит тому, кто формулирует эту проблему. Сам он, используя весь свой профессиональный опыт и духовный потенциал, лишь помогает личности достичь реальной зрелости и решать свои проблемы самостоятельно. В этом и есть основной смысл доброжелательной нейтральности.

В данном разделе только обозначены основные принципы психоаналитической психотерапии. По каждому из разделов этой главы в институтах психоанализа читается как минимум 30–60-часовой курс лекций, проводятся семинарские занятия и разборы клинических случаев. В последующем эти теоретические знания закрепляют в процессе личного анализа и супервизорской практике будущих специалистов. Ряд вопросов освещается в специализированной литературе [1–4].

Список литературы

1. Фрейд З. Фрагмент анализа одного случая истерии // Собрание сочинений в 26 т.: пер. с нем. Т. 5: Фобические расстройства. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2012. С. 263–287.
2. Гринсон Р. Техника и практика психоанализа: пер. с англ. М.: Когито-центр, 2010. С. 261–316.
3. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе: пер. с нем. М.: Класс, 1998. С. 112–134.
4. Решетников М.М. Трудности и типичные ошибки начала терапии. СПб.: ВЕИП, 2009.

Часть III. Направления и методы психотерапии

20.3. Групповой психоанализ (группанализ)

Дефиниции

Психоанализ — основанный на рубеже XIX–XX вв. австрийским врачом З. Фрейдом, психологический подход к исследованию психики и психопатологии. Это вид психотерапии (разговорной терапии, психологического лечения), при котором «лечат» не столько интервенции психоаналитика, сколько сложную взаимосвязь между клиентом и психоаналитиком, а также совместное исследование этой взаимосвязи. Отличительными понятиями метода и его важнейшими клиническими составляющими являются перенос, контрперенос и сопротивление [10].

Терминология

Интервенция — психологическое вмешательство специалиста с целью помочь клиенту в осознании его скрытых (бессознательных) идей, эмоций, поведения.

Перенос — явление и процесс, в котором клиент экстраполирует эмоции, установки и ожидания, усвоенные в прошлом, на людей из настоящего. Например, если отец клиента был властным и критикующим, то и психоаналитик будет восприниматься таким же.

Контрперенос — отражение психоаналитиком переноса клиента в виде ответных эмоций, идей, ощущений, сновидений.

Соппротивление — все многообразие препятствий на пути клиента к прогрессу. Наиболее типичным сопротивлением является невозможность свободно говорить обо всех своих мыслях, приходящих в голову, то есть свободно ассоциировать.

Контрсопротивление — феномен, когда контрперенос психоаналитика (идеи, эмоции, импульсы) становится сопротивлением в терапии клиента.

Дирижер, ведущий группы, групповой аналитик, группаналитик — это специалист, который использует психоанализ в своей психотерапевтической работе с группами и прошел соответствующую профессиональную подготовку.

Котерапевт — коллега дирижера, с которым они вместе ведут психотерапевтическую группу.

Участник, член группы — клиент, который проходит групповую психотерапию.

Сессия — встреча клиента и психоаналитика, на которой используется психоаналитическая теория и методология. Групповая сессия — встреча дирижера (котерапевтов) и членов группы.

Супервизор — опытный психоаналитик, который помогает коллеге (супервизанту) понимать текущие трудности психотерапии и находить пути их преодоления.

Общие вопросы. Целью группового психоанализа, так же как и индивидуального, будет исследование психики клиентов — ее анализ. Все положительные результаты, которые мы рассматриваем как прогресс терапии в виде исчезновения симптомов, улучшения качества жизни и социального функционирования, — это «побочный эффект» психоанализа, а не цель. В этом свобода и гибкость психоанализа — он не «лечит», а предлагает клиенту понимание того, как бессознательное негативно влияет на его жизнь. Что будет делать клиент с этим новым знанием — его выбор.

Для психоанализа желательна ситуация, когда клиент способен «говорить все», то есть моментально озвучивать все мысли, которые приходят в голову. Однако это случается редко. В зависимости от личностной организации клиента (нормальной, невротической, пограничной, психотической) и других особенностей его сопротивления будут этому препятствовать. Они (сопротивления) тесно связаны с психологическими защитами, которые не дают приблизиться неприятным идеям и эмоциям к осознанию, удерживая их в бессознательном.

Психоаналитик способен заглянуть в бессознательный мир клиента в ходе исследования переноса, своих ответных реакций на него (контрперенос) и того, как клиент противодействует психоанализу (сопротивление). В работе с психотерапевтической группой ситуация будет противоречивой. С одной стороны, психоаналитик будет получать больше информации, чем в индивидуальной работе, так как число переносов, контрпереносных откликов и сопротивлений увеличится. Это облегчает сбор разнообразного материала о клиенте в режиме живого взаимодействия участников группы друг с другом. Однако с другой стороны, дирижер рискует «утонуть» в этом потоке информации, в том числе вследствие собственного контрпереноса.

Группанализ больше всего ассоциируется с именами двух британских психоаналитиков — это У. Бийон и Зигмунд Фукс/Фуолкс (Siegmond Fuchs/Foulkes). Они сформулировали теории, считающиеся классическими психоаналитическими концепциями групповых процессов [1, 12, 16, 17]. У. Бийон указывал на группу как целое и рассматривал ее по аналогии с индивидуумом в классическом психоанализе. З. Фукс видел в группе сеть отношений, где дирижер — участник с особой функцией.

В этой главе предпочтение будет отдано концепции современного анализа Хаймона Спотница (Hymon Spotnitz) и его последователей, в частности Луиса Ормонта (Louis Ormont). Современные аналитики адаптировали психоаналитическую теорию для работы с пациентами психотической организации личности [7–9, 11, 29]. Х. Спотниц, основоположник подхода, больше внимания уделял индивидуальной практике, а Л. Ормонт — групповой. Идеи современных аналитиков легли в основу предлагаемой концепции управления групповым процессом, где внимание дирижера сконцентрировано на работе с негативными чувствами и «легализации» агрессии на благо терапевтического прогресса.

Психоаналитические группы могут быть разными в зависимости от задач (какова цель группы) и формата (как мы организуем групповой процесс). Задачи могут быть обучающие, как часть профессионального тренинга группаналитика; или терапевтическими, где участники решают свои клиентские запросы. Провести четкое различие между первыми и вторыми группами невозможно. Форматы очень разнообразны: группы могут быть очными (офлайн), онлайн и гибридными; краткосрочными (от нескольких сессий до десятков), длительными (от года и больше) и «бессрочными», когда дата окончания группы не обозначается [5].

Часть III. Направления и методы психотерапии

Группы можно разделить на открытые, закрытые и полуоткрытые (полузакрытые). Открытые группы — это когда от сессии к сессии состав меняется и в нее могут включаться новые участники («новички»), хоть на каждой групповой сессии. Закрытые — если состав участников постоянный и не меняется на всем протяжении работы группы. В полуоткрытых (полузакрытых) группах идет медленная ротация состава — несколько участников могут покинуть группу в течение года и на их место приходят «новички».

Выделяют большие группы, где количество участников измеряется десятками, а иногда и сотнями людей. Такие группы позволяют исследовать социальные процессы в обществе или субкультуре. Большие группы могут быть частью профессиональной подготовки группаналитика, а могут использоваться для работы с последствиями военных и этнических конфликтов [18, 30]. Малые группы, с числом участников 6–12 человек, оптимально подходят для использования психоаналитической методологии в целях исследования бессознательного и достижения прогресса их участниками.

В данной главе речь будет идти по большей части об очных длительных полузакрытых малых группах. Группаналитики обычно придерживаются этого формата в своем психотерапевтическом подходе.

Особенности психоаналитической методологии в группе. Отличительными чертами группового психоанализа, так же как и индивидуального, остаются понятия переноса, контрпереноса и сопротивления. В группе они количественно и качественно меняются в сторону усложнения. Перенос будет иметь множественный характер и направляться не только на ведущего группы, но и на каждого из остальных участников [20, 25, 27]. И даже больше — на отдельные пары, подгруппы и на всю группу как на целое.

В соответствии с множественным переносом и контрперенос дирижера тоже окажется многогранным [6, 15, 24]. Он будет связан с каждым участником, с группой целиком и ее подгруппами. Контрперенос является важным инструментом понимания и терапевтического воздействия [13, 14]. Сила и сложность контрпереноса увеличатся по сравнению с индивидуальным психоанализом.

Х. Спотниц предложил психоаналитическую теорию понимания пациента с диагнозом шизофрении, в основе которой лежала оригинальная концепция нарциссической защиты. Суть этого типа защиты в том, что агрессивное поведение младенца не должно проявиться вовне. Это позволяет сохранить связь с материнским объектом и повышает шанс на выживание. Нарциссическая защита реализуется за счет разрушения формирующегося психического аппарата младенца, благодаря чему агрессия «замывается» на собственном Эго. Учитывая, что в группах часто идут регрессивные (психотические) и деструктивные (агрессивные) процессы, концепция Х. Спотница оказалась очень удобной для работы с группами. Не случайно он был пионером групповой психоаналитической психотерапии с пациентами шизофренического спектра. Большое внимание он уделял именно сопротивлениям в группе — как важнейшему феномену психоаналитической методологии. Понимание сопротивлений дает дирижеру «рычаги» для управления группой.

Можно выделить четыре вида сопротивлений по уровню их возникновения: индивидуальное, подгруппы, всей группы и дирижера; и четыре типа с точки зрения деструктивности проявления агрессии: разрушительное, статус-кво, проявление агрессии к аналитическому прогрессу и кооперации.

Индивидуальное сопротивление связано с одним участником, сопротивление подгруппы — с двумя и более, сопротивление группы — со всей группой целиком. А кроме того, сопротивление может исходить от самого дирижера (контрсопротивление). Больше всего затруднений доставляют контрсопротивление и сопротивление всей группы [23].

Разрушительное сопротивление — самый деструктивный тип сопротивления — это все, что ставит под угрозу целостность группы, подрывает ее существование, подвергает опасности ее участников и не позволяет им функционировать в рамках правил. «Накал» агрессии и ее негативные последствия здесь максимальны. Соответственно и действия дирижера в отношении ее должны быть незамедлительны. Если участник группы говорит «какая ужасная группа, не могу в ней находиться» и хлопает дверью — это яркое проявление разрушительного сопротивления. Или если в ответ на такое заявление группу покидает другой участник, например из страха нападения или вины за происходящее.

Сопротивление статус-кво — это подавление негативных эмоций, в первую очередь гнева и ревности, и противодействие их исследованию. Оно (сопротивление статус-кво) проявляется, когда разрушительное сопротивление преодолено и между членами группы формируются относительно прочные связи, устанавливается «теплая атмосфера» поддержки. Возникает «сговор», часто бессознательный, — не проявлять злость друг к другу. Однако вообще-то участники пришли в группу исследовать свои чувства, в том числе негативные, и то, как они проявляются во взаимодействии с другими людьми. В основе этого сопротивления лежит - избегание агрессии, но чем больше ее подавляют, тем больше шансов, что она проявится самым разрушительным образом.

Соппротивление аналитическому прогрессу — это отказ от осознания старых неадаптивных паттернов и нежелание осваивать новые конструктивные формы поведения, то есть сопротивление, при котором клиент препятствует анализу деструктивных стереотипов, пониманию того, как они «разрушают жизнь», и формированию новых адаптивных паттернов. Консервативная часть есть у каждого человека, а необходимость изменений вызывает у нас противодействие, за которым легко проглядывает агрессия. Для этого типа сопротивления характерны высокий уровень тревоги и запрос на руководящие действия со стороны дирижера или группы. Например, у клиента «не получалось» строить отношения. С этим запросом он пришел в группу, которая помогла ему увидеть, что он бессознательно отталкивает от себя людей вокруг. Если это сопротивление будет преодолено, то участник осознает как он отталкивает и сможет поступать по-другому в группе. Тогда и за ее пределами он будет способен завязать новые успешные отношения.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Соппротивление кооперации — это изоляционистская установка участника. Причиной блокировки кооперации может стать разочарование в самом дирижере, которое связано с переносом. Однако чаще нежелание сотрудничать смещено на «коллег» по группе из-за нежелания помогать им, так как они «манипуляторы, ленивы, глупы», или такой сопротивляющийся участник испытывает к ним различные оттенки презрения и безразличия, то есть агрессии. Это сопротивление может охватить всю группу, и тогда все расслабляются и начинают соперничать за внимание ведущего. За таким «расслабленным» поведением «спрятались» агрессия и негативные чувства к дирижеру и/или участникам. Если участники научатся преодолевать это сопротивление в группе, то и за пределами группы они перестанут вести себя изоляционистски. А это очень ценное приобретение, ведь вся наша жизнь — это та или иная группа, требующая сотрудничества (семья, учеба, труд в коллективе и т.д.). Работа в психоаналитических группах предъявляет ведущему определенные требования. Говорят даже об особом «характере» группового аналитика — он не старается «лечить» каждого участника по отдельности, а создает условия, чтобы группа занималась «самолечением». Он, как заботливый родитель, смотрит на группу как на семью взрослых детей и помогает им стать самостоятельными через помощь друг другу. Психоаналитическая группа — маленькая социальная лаборатория по изучению бессознательного, в первую очередь через поведение его участников. В его многообразии (речь, пантомимика и т.п.) «спрятана» бессознательная информация о невысказанных идеях и непроявленных чувствах. Бессознательное становится очевидным в прямом смысле слова — в манерном жесте, в агрессивной реплике, соблазняющем взгляде, надменном тоне, пугливом замирании, брезгливой усмешке и т.д. Участники, как в системе зеркал, отражают поведение друг друга. Это позволяет увидеть, как «мое» поведение и лежащие за ним чувства влияют на других людей, и как Я сопротивляюсь собственному прогрессу. Прогресс каждого из участников в группе трудно представить без конфликтов, в которых проявляется наша агрессия. В обычной жизни у нас мало возможности выяснить, почему они происходят и как извлекать из них пользу. Однако в группе конфликты и связанная с ними агрессия — это отличное «топливо» для прогресса ее участников [2, 19]. Тот, кто познакомился со своей агрессией и научился управлять ею, способен и к любви и построению стабильных взаимовыгодных отношений.

Составляющие группового процесса. Можно выделить три части группового процесса, обозначив их как «предсессию», групповую сессию и «постсессию». Предсессия — это все события до того, как человек стал членом группы и пришел на групповую сессию. Сюда входит отбор участников в группу, их подготовка к работе в ней. В предсессии дирижер стремится собрать группу оптимальным образом как для себя, так и для группы, в соответствии с ее задачами (терапевтическая для клиентов или обучающая для коллег, краткосрочная или долгосрочная и т.д.).

Групповая сессия — это определенное время и определенное место (очно или онлайн), где ее участники собираются для психотерапии с заданной регулярностью. Это, выражаясь языком гештальт-психотерапии, фигура группового процесса — ключевая его часть, а предсессия и постсессия — это, соответственно, фон. И одно невозможно без другого. Постсессия — это вклад дирижера в управление группой по окончании групповой сессии. Этот вклад сильно зависит от задач и формата группы и будет направлен на преодоление разрушительного сопротивления или его профилактики. Содержание постсессии может быть следующим, но не ограничивается этим: обсуждение с котерапевтом прошедшей сессии, звонки неявившимся участникам, обращение к супервизору и т.д.

Предсессия. Дирижеру важно определиться с критериями включения/исключения в группу — каких участников он хочет видеть в ней, а каких нет. Критерии зависят от опыта и теоретической школы дирижера. Например, для современного аналитика включение в

группу суицидально опасного клиента возможно при соблюдении ряда условий. Впрочем, как и пациента с интенсивными галлюцинациями и бредом преследования, если он может «усидеть» 1,5 ч в группе. Однако можно говорить о нескольких ориентирах, которые если и не имеют абсолютного характера, то приближаются к ним. Такими критериями включения являются готовность следовать действующим правилам группы и посещать ее в течение определенного времени. Обычно не менее года, если ее формат не предусматривает иного. Критериями исключения служат склонность к неконтролируемой агрессии/аутоагрессии и невозможность находиться вместе со всеми в течение групповой сессии. Для очных групп придется исключить клиентов с очень плохим соматическим здоровьем, а для онлайн-групп тех, кто не может обеспечить себе стабильное интернет-соединение и безопасное пространство вокруг (отдельная комната, качественная гарнитура и т.п.).

Отбор участников необходим как для набора самой группы перед ее стартом, так и в ходе пополнения ее «новичками». Частым вопросом у кандидата при собеседовании бывает: «Как вы подбираете участников?» Ответ дирижера может быть таким: «Я пообщаюсь с вами и пойму, будете ли вы полезны группе, а группа вам». За подобным вопросом кандидата лежит, скорее, не «научный интерес» к групповой терапии, а страх перед новым опытом. Дирижер уже в предсессии должен стараться видеть за предъявляемой проблемой (вопросом) бессознательные идеи и эмоции. В этом особенность психоаналитически ориентированного психотерапевта.

Некоторым кандидатам может потребоваться предварительная подготовка к групповой работе. Например, перед включением в группу предлагается провести несколько индивидуальных сессий. Это помогает дирижеру лучше познакомиться с будущим участником. Знание истории пациента, его уязвимостей и сильных сторон — хорошая страховка от ранних уходов «новичка» и возможность использовать его разные особенности на благо группового процесса. Такие предварительные сессии также помогают выявить актуальные сопротивления к психотерапевтической работе. Психотерапевт формирует представление о развивающемся переносе к нему, исследует собственные контрпереносные реакции на данного клиента.

Особое внимание нужно уделить обсуждению правил группы. Правила группы — это не столько свод ее законов, сколько диагностический инструмент сопротивлений [22]. Правила группы призваны сделать ее эффективной и безопасной — чтобы участники могли свободно изучать себя и других, свои идеи и чувства, осознаваемый и бессознательный материал. Дирижер должен убедиться, что все правила понятны потенциальному участнику, и принять то, что последний рано или поздно начнет их нарушать. Так будут проявляться его сопротивления. Чему клиент сопротивляется в группе, тому же он противодействует в жизни. Благодаря установленным правилам не только дирижеру, но и другим членам группы будет очевидно, от чего защищается каждый участник. Разнообразная обратная связь в течение групповой сессии поможет каждому участнику заметить свои защиты и понять, от каких идей и эмоций они защищают.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Правила могут быть минималистическими, например, когда речь идет о психоаналитических группах в психиатрическом стационаре. Если слишком «перегрузить» ограничениями, а правила группы — это всегда ограничения, то психиатрический пациент просто «не дойдет» до нее. Из-за особенностей психиатрического статуса и сильного противодействия к общению он не сможет оценить для себя потенциальную ценность группы. Если же участниками группы планируют стать студенты, получающие психоаналитическое образование, то их заинтересованность высока. Таких участников можно «нагрузить» правилами и задать «низкий старт» группового процесса. Тогда и групповые сессии будут проходить динамичнее, и проявление сопротивлений ярче, а значит, и заметнее для всех. Минималистический групповой контракт определяет только время, место и оплату терапии, если она предусмотрена. Дирижер может сказать так: «От вас требуется приходить вовремя к 11:00 в кабинет для групповой терапии и в течение полутора часов находиться там, общаясь, по желанию, с другими участниками группы». Для «продвинутых» участников набор правил принципиально другой.

1. Рассказывать эмоционально значимую историю своей жизни. Лучше, если она будет связана с кем-то из участников группы, но она может быть из прошлого или относиться к текущей жизненной ситуации.
2. Стараться, чтобы коммуникация держалась в рамках эмоциональной динамики группы. Таким образом, не приветствуется резкое переключение, без анализа, с одной эмоциональной «волны» на другую. Например, если группа говорит о печальном, а кто-то шутит и переводит разговор к забавной теме — это необходимо исследовать участникам.

3. Не принимать никаких важных решений, не обсудив их в группе. Переезд, смена работы, вступление в брак или развод, беременность и тому подобное — участники должны узнать об этом задолго до принятия решения.
 4. Стремиться понимать других участников группы (их идеи, эмоции, мотивы) и выражать это понимание в словах. Не всегда будет ясно, почему участники шутят, злятся, опаздывают, пропускают сессии и т.д. Каждый участник стремится увидеть лежащие за этим поведением мотивы и объяснить их.
 5. Делить время поровну. Если групповая сессия длится 1,5 ч, а участников 9 человек — это по 10 мин на каждого. Никто не контролирует это правило секундомером, но группе следует стремиться к «временному равенству» и обращать внимание на самоизоляцию одних («молчуны») и доминирование других («говоруны»).
 6. Воздерживаться от отыгрывания, то есть от любых действий в группе, кроме говорения: вставать с места, дотрагиваться до других участников, есть, пользоваться телефоном. А также от любых совместных действий вне группы — курить вместе после групповой сессии, переписываться в социальных сетях, встречаться с любыми целями, одалживать друг другу деньги и т.п.
 7. Соблюдать конфиденциальность. Все сказанное в группе — остается в группе и не обсуждается больше нигде. Единственное исключение — индивидуальный психотерапевт, но и здесь участнику надо исследовать свои переживания, а не обсуждать динамику — это удел группы.
 8. Вовремя приходить и вовремя уходить. Если время закончилось и дирижер объявил окончание групповой сессии, — всем надо остановиться, даже если идет активная работа.
- Групповая сессия.* Дирижер использует время групповой сессии, чтобы обеспечить прогресс участников, который во многом достигается за счет эффективного разрешения разнообразных сопротивлений. Это то, что называется ведением группы, которое можно представить как триединство стратегии, тактик и техник. Стратегия (от греч. *στρατηγία* — искусство полководца) — это общий долгосрочный план достижения сложной цели. Для групп аналитика она заключается в том, чтобы сделать из группы единый терапевтический инструмент, который обеспечивает психический и социальный прогресс участников. Воплощение этой стратегической задачи похоже на преследование горизонта, который все время будет удаляться, указывая правильное направление. Тактика (от греч. *taktikós* — порядок, расположение) — это краткосрочный план для достижения простой цели. Для групп аналитиков — это подготовка участников к разрешению сопротивлений; создание условий, чтобы интервенция дирижера оказалась успешной. Техники (от греч. *technikos* — умение, искусство) — способы добиваться чего-либо, конкретные приемы, интервенции, которые разрешают актуальное сопротивление. Актуальность сопротивлений соотносится с его типами и видами и убывает в рядах:

- разрушительное — статус-кво — аналитическому прогрессу — кооперации;
- контрпереносное — группы, подгруппы — индивидуальное.

Стратегия. Дирижер должен понимать, что группа — это самый внимательный, безопасный глубокий и эмоциональный терапевт. Она способна заметить что-то, что ускользает от любого самого опытного дирижера — просто у группы намного больше глаз, ушей и объема ее коллективной памяти. Может показаться парадоксальным, но группа безопаснее, чем индивидуальная психотерапия, в которой у психотерапевта всегда много власти. Группа способна защитить участника не только от опасных членов группы, но и даже от самого дирижера. Группа способна обеспечить глубину за счет многообразия переносов и разыгрывания «семейных драм», где роли родственников будут «играть» ее участники. Они будут проживать свои чувства здесь и сейчас, что обеспечивает широкий эмоциональный отклик.

Стратегия групповой сессии состоит в том, чтобы сделать группу единым целым — собственно психотерапевтическим инструментом, в котором каждый участник сам «немного» психотерапевт, а все вместе — они лучший психотерапевт. Для этого следует придерживаться следующих ориентиров.

Во-первых, дирижер должен стремиться к тому, чтобы группа соблюдала пространственно-временной сеттинг — собиралась и заканчивала вовремя. Понятно, что достичь абсолютного посещения невозможно. Однако дирижеру надо прикладывать для этого усилия любыми удобными ему способами — через обсуждение правил с «новичком» и группой, привлечение внимания к пропустившим и опоздавшим и т.д.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Во-вторых, дирижеру надо сохранять свой интерес к групповому процессу. Казалось бы что он — нечто само собой разумеющееся для дирижера, но это не всегда простая задача, так как его могут отвлекать собственные проблемы и даже внешние события (ремонт в здании, срочные звонки и т.п.). Однако если дирижер сможет «поймать» этот интерес, эту эмоциональную волну, то каждая группа станет для него захватывающим спектаклем, в котором он сам будет то зрителем, то актером, то режиссером, то критиком. Этот интерес похож на любовь матери к новорожденному, ведь это очень увлекательно — наблюдать за прогрессом каждого участника в отдельности и группы в целом.

В-третьих, бесценно, если дирижер получает удовольствие от группового процесса. И оно не только в созерцании прогресса участников. Как ни странно, но даже сильные конфликты, разворачивающиеся в группе, способны вызвать удовольствие. Приятно видеть, как в ходе него участники получают новые знания о себе и других, как стараются не наступать «на старые грабли» и делать что-то по-другому, более полезное для себя и других. В общем, как они уходят от «детских истерик» и начинают решать сложности «по-взрослому» — через обсуждение и контейнирование переживаний.

В-четвертых, ведущему надо понимать, что «все козыри у него на руках». Он должен буквально прочувствовать в ходе собственного психоаналитического образования (тренингового анализа, по большей части), что в психотерапии практически не бывает форс-мажоров — обстоятельств непреодолимой силы. За ними всегда стоят сопротивления конкретного участника, подгруппы и всей группы. Даже больше — скорее всего, к этому еще добавляется сопротивление самого дирижера (контрсопротивление). И вот серьезная проблема выросла до «вселенских» масштабов. Однако на самом деле ее размер всегда уместается в черепную коробку дирижера — практически всегда есть какое-то решение, конечно, не идеальное, но вполне «рабочее».

В-пятых, никакая группа никогда не будет стабильно цельной, эффективной, идеальной. Она никогда не достигнет этого горизонта, но временами дирижеру будет казаться, что она соприкоснулась с ним (горизонтом). Например, после удачной интерпретации одного участника группы, направленной к другому участнику. Первый участник буквально «снял с языка» идею дирижера, которую тот только обдумывал. Или — когда в момент нарастающего конфликта и общей растерянности кто-то сделает очень тонкое наблюдение, которое совершенно ускользнуло от дирижера. Это наблюдение моментально преобразует разворачивающийся хаос в четкую картину, словно последний кусочек сложного пазла наконец-то нашел свое место. И вот группа достигла идеального образа, но это будет длиться несколько минут. Потом возникнет новая сложность, и тогда образ прекрасной группы рассыпется за секунды. Однако именно так, шаг за шагом, «группа растет» параллельно с прогрессом ее участников.

Да и самому дирижеру надо принять, что он никогда не будет «идеальным родителем» для группы. Однако вполне достаточно того, чтобы он просто был у нее — немного уставший, чуть-чуть сонный, временами ленивый, не очень-то заботливый, слегка рассеянный, довольно формальный и скупой на умные замечания. «Достаточно хороший», «подходящий» и даже «ну какой есть» дирижер много лучше любого идеального. Просто потому, что идеальное быстро обесценивается, а участникам нужен стабильный объект.

Тактика. Если стратегия — это горизонт, направление движения, то тактика — это дорога. Левая часть дороги — это гладкое асфальтовое покрытие, по которому удобнее всего «приближаться» к горизонту, то есть реализовывать стратегию «группа — единый психотерапевтический инструмент». Правая часть — это обочина, по которой можно иногда проехать, чтобы избежать пробки или аварии. Однако для постоянного движения ее лучше не использовать — можно улететь в кювет. Тактики создают условия для объединения участников группы в единое целое и помогают выявлять сопротивления и преодолевать их. Ниже будет предложено 10 тактик, которые показывают, чему следует отдавать предпочтение, или, возвращаясь к сравнению, — где дорожное полотно, а где обочина. Отклонение тактики вправо от предложенных ниже противопоставлений («в сторону обочины») рассматривается как предпосылка или проявление сопротивления, а влево — как создание условий для его преодоления. Дирижеру надо следить, чтобы динамика группы держалась «левее».

1. Групповое против индивидуального. Ведущий должен следить, чтобы в текущую коммуникацию было вовлечено максимальное число членов группы и чтобы была взаимная польза от этой коммуникации. Например, Ивана захватывает тема его травмы и он погружается в нее. Группа начинает «обслуживать» его боль, а проблемы всех остальных уходят в тень. У группы может быть много аргументов, почему индивидуальное сейчас важнее группового. Например, такие: «Иван нуждается в помощи и поддержке, он молодец — наконец-то стал говорить о сокровенном». Если это продолжается в рамках отведенной Ивану части времени — хорошо, но если выходит за нее — это сопротивление. Дирижер должен обратить внимание группы на это. Если группа не сможет переключиться от индивидуального к групповому, то дирижер может использовать свой набор интервенций.

Например, так: «Как вы думаете, а как история Ивана касается всех остальных?», или: «Мне кажется, что история Ивана близка другим участникам, пережившим травму. Что думаете об этом?» Иногда можно сделать исключение и дать нуждающемуся больше времени. Однако оно лишь подтверждает правило — групповое важнее индивидуального.

2. Мнение членов группы против мнения ведущего. Каждая группа проходит этап, когда дирижер воспринимается как мудрый лидер, знающий ответы на все вопросы. Если такое случается, то это источник группового сопротивления. Или кто-то из участников не считает остальных компетентными в своей проблеме и ждет помощи только от дирижера — это индивидуальное сопротивление. Для преодоления сопротивления дирижер может обратиться ко всем или к конкретному участнику: «Пока вы не будете видеть экспертов по вашим проблемам среди остальных участников — вам их не решить». Дирижеру нельзя попадать в нарциссическую ловушку своего профессионализма («я все знаю и могу всем показать свою компетентность») — он не должен делать за группу ее работу. Каждому участнику следует научиться замечать, какие чувства у него вызывают остальные члены группы, и делиться своими соображениями, какие мотивы лежат за их поведением. Дирижер не только отдает это право участникам, но и всячески стимулирует это. Тогда группа становится самостоятельным терапевтическим инструментом.

Часть III. Направления и методы психотерапии

3. Пассивность дирижера против его активности. Это условие тесно переплетается с предыдущим. Дирижер, конечно, должен делать свою работу — управлять групповыми процессами. Может показаться, что для этого надо постоянно вмешиваться в групповой процесс различными интервенциями, словно чем больше вмешательства — тем лучше работа. На самом деле — все «с точностью до наоборот». Искусство дирижера — в его минимальном участии, так как группа должна сама определять, что и как ей делать. Как у дирижера оркестра — он сам не играет, он направляет музыку. Однако проблема в том, что дирижеру бывает трудно удержаться от интервенции — он уже понял что-то важное, полезное и глубокое в отношении конкретного участника или группы. Так и хочется украсить ожерелье группового процесса своей интервенцией-бриллиантом. Может, и правда сейчас подходящий момент, но, если немного подождать, кто-то из участников найдет свой «бриллиант», а другие ему помогут. Если ведущий группы отказывается от собственной активности в пользу участников, то в перспективе он может стать настоящим дирижером, у которого группа-оркестр разыгрывает свой прогресс как по нотам.

4. «Здесь и сейчас» против «внегрупповые» события. В группе всегда много энергии, когда она функционирует «здесь и сейчас» — это активное взаимодействие участников, обмен сильными чувствами, живое воплощение переноса, когда кто-то из участников «вдруг» становится персонажем из прошлого. Однако участники сопротивляются этому, им спокойнее говорить о событиях вне группы — о проблемах на работе, ссорах с домашними, ценах в магазине и т.д. Иногда такие темы кажутся очень актуальными и могут захватить всю группу. Тогда индивидуальное сопротивление превратится в групповое. Дирижер должен вернуть участников в «здесь и сейчас». Именно для этого нужна группа — замечать, понимать, использовать свои эмоции в общении друг с другом. Психотерапевтическая группа, в которой средний возраст участников 80 лет («группа пожилых пациентов»), погружается в тему физического здоровья и плохого медобслуживания в поликлинике по месту жительства. Эта тема для всех актуальна — все охотно и активно ее обсуждают. Однако дирижер замечает в этом скрытый подтекст критики. Его интервенция помогает вернуть группу в «здесь и сейчас»: «Может быть, мы говорим о плохих врачах, потому что группа и от меня не получает достаточно? Я ведь тоже доктор». Да, говорить о врачах в поликлинике намного безопаснее, чем о дирижере, сидящем в общем кругу. Группа медленно, «со скрипом» переходит к обсуждению его работы: за что они благодарны дирижеру и что не получают от него, так же как и от врачей в своей поликлинике.

5. Исследование эмоций против обсуждения идей. Группа — лучшая лаборатория по исследованию эмоций, осознаваемых и нет, и хорошая возможность начать чувствовать больше и лучше разбираться, что чувствуют другие. В предыдущем примере как раз происходит обсуждение «важных» идей, которые сместились от «внегруппового» внутрь группы, в «здесь и сейчас». А если дирижер проявит настойчивость, то он сможет перейти и к исследованию эмоций. Например, спросит у своих пожилых клиентов: «А почему группа может говорить о своем недовольстве к участковому врачу в поликлинике, а ко мне нет? Я что, выгляжу слишком слабым, что на меня нельзя злиться? Или что я развалюсь, если услышу критику в свой адрес?» И тогда есть шанс, что группа поговорит о своей злости из-за отстраненности дирижера или о раздражении из-за отсутствия надлежащей поддержки с его стороны. А кто-то скажет о зависти — дирижер моложе и у него, конечно же, активная,

веселая, наполненная смыслом жизнь. Немного терпения — и можно будет сделать следующий шаг: исследовать негативные чувства членов группы друг к другу.

6. Вербальная агрессия против спокойствия. Многие участники групповой психотерапии полагают, что групповая сессия должна проходить в дружелюбной спокойной манере, где участники внимательны и поддерживают друг друга. На самом деле такое положение дел является весьма опасным, так как оно скрывает разные сопротивления и усыпляет бдительность дирижера. Намного лучше, когда в группе происходят конфликты и они исследуются в относительно безопасной атмосфере группы. Словесные нападки, даже самые яростные, не причинят большого вреда, если дирижер сохраняет самообладание и вовремя нейтрализует разрушительное сопротивление. Когда налет ярости сойдет, стороны конфликта смогут изучить, что же такое запустило войну и сделало «коллег» врагами. Возможно, удивительные открытия произойдут только на следующей за конфликтом сессии. Нередко такой опыт нужно «переварить».

Однажды в середине групповой сессии, когда участники продолжали «перекармливать» друг друга слащавой поддержкой, дирижер задал открытый вопрос: «А группа не боится, что мы все вместе заболеем психотерапевтическим сахарным диабетом?» Чуткий к юмору Матвей сразу уловил намек: «Да, что-то мы сегодня слишком уж приторные. А в конце прошлой группы между Мартой и Фомой возникло какое-то непонимание. Я думал, мы с этого и начнем сегодня, проясним ситуацию. Но вот уже половина группы признается друг другу в любви и нежности». Фома сразу вспыхнул: «Я ведь специально не стал начинать! Зачем мне этот разговор с Мартой? Она все равно меня никогда не поймет. Она не чуткая. Точно такая же, как моя мать». Тут уже взорвалась Марта: «Это я-то не чуткая? Это не тебя ли я поддерживала первые месяцы, когда ты пришел в нашу группу? Все нападали на тебя, а я как раз тебя хорошо понимала». А дирижер в этот момент удовлетворенно размышлял: «Ну наконец-то Марта и Фома смогут узнать о себе что-то важное. Им сейчас будет непросто, но они обязательно извлекут пользу». Да, случился конфликт, было много эмоций, но в результате Фома смог понять свои искажения — Марта совсем не такая, как его мать. Он постоянно ищет свою идеальную мать в других женщинах. Сначала медленно очаровывается ими, а потом мгновенно разочаровывается в них. И продолжает свой бег за идеальным женским объектом по бесконечному кругу. А Марта поняла, почему ее так задевает неожиданное отвержение. Это рана, которую она получила от отца, когда еще была подростком. Она ищет мужчин, ищет их признания и хорошо заботится о них, но в какой-то момент они неожиданно бьют в «отцовскую» рану. Фома и Марта словно были токсическими отражениями друг друга в зеркале взаимного переноса. Группа помогла им проявить то, что за ее пределами было совершенно незаметно. А они смогли извлечь из этого пользу.

7. Активация «молчунов» против инактивации «говорунов». В каждой группе присутствуют менее активные участники и более активные. Или как крайние варианты — «молчуны» и «говоруны». Последние могут доставлять много забот дирижеру, так как монополизируют время и вызывают раздражение у других участников. «Молчуны» в этом отношении менее «хлопотны» для дирижера, но они таят больше опасности. В силу разных причин им сложно поделиться своими переживаниями в группе, но это может «неожиданно» привести к уходу «молчуна» из группы или к другим вариантам разрушительного сопротивления. «Дирижер» должен в первую очередь позаботиться о «молчунах». Его интервенция может быть похожей на выстрел, убивающий сразу двух зайцев. Ведущий группы может спросить у «говоруна»: «Почему вы позволяете себя использовать? У нас есть молчащий участник, и благодаря вам он прекрасно отсидживается в тени». Такая интервенция с большой вероятностью вызовет взаимодействие «говоруна» и «молчуна». А если аналогичный вопрос задать третьему участнику — тогда взаимодействие будет между ними тремя. Это техника называется «бриджинг» (от англ. bridging — наведение мостов).

Часть III. Направления и методы психотерапии

Особенность этой стратегии в том, что в ней практически нет «обочины» — есть «лево и еще левее». Обе категории участников больше всего сопротивляются распределению времени поровну, поэтому инактивация «говорунов» и активация «молчунов» помогает всем «забрать» равную долю участия. Однако важно было сделать акцент на более «коварных» и менее заметных «молчунах».

8. Позитивная правда против негативной правды. Группа способна вывести на чистую воду кого угодно, включая дирижера. Она самый честный исследователь и может представить вещи таковыми, какими они являются. Назовем это для краткости «правдой». Участники приходят в группу за своей правдой — понять в итоге, что мешает им жить хорошо. Для многих — это их цель посещения психотерапевтической группы. Однако такая правда может пугать и ранить — это негативная ее часть, поэтому ей будут сопротивляться. Задача ведущего

увидеть и показать позитивную часть правды, к которой будет меньше сопротивления. Тогда легче «проглотить» всю правду — сначала позитивную часть, а потом и негативную.

Клинический пример

Андрей критикует Петра. Петр негодует в ответ: «Это прям как у меня в семье с моим токсичным отцом. Зачем мне ходить в группу, где моя травма повторяется? Я здесь только больше поврежусь». Правда в том, что ретравматизации в группе не избежать — любая прошлая травма рано или поздно здесь проживется. И это может быть очень больно — это негативная часть правды. Позитивная же часть в том, что в группе можно изучить травму в более безопасном режиме и минимизировать ее последствия. Ведущий говорит Петру: «В группе есть уникальная возможность изучить вашу травму с более безопасным “отцом”, таким как Андрей. Понять, что вас так отравило в прошлом, и найти противоядие от этого сейчас. Я и другие участники группы будут помогать, чтобы это было максимально безболезненно для вас». Эта интервенция «работает» сразу в плоскости двух тактик. Последнее предложение в интервенции направлено на реализацию стратегии «групповое важнее индивидуального». Ведущий словно передает ответственность за помощь Петру всей группе.

9. Свобода против безопасности. В любой группе будут кризисы, когда ведущий захочет ограничить кого-то из участников в его идеях и желаниях. Будет казаться, что если эту идею реализовать, то она приведет к разрушительным последствиям. Умение дирижера состоит в том, чтобы ничего не запрещать, но делать так, чтобы от деструктивных тенденций отказывался сам инициатор. Если дирижер поддается импульсу что-то запретить, то другие участники «поймут», что на самом деле дирижер запрещает «говорить все». Так в погоне за безопасностью дирижер создаст мощнейшую основу для сопротивления целой группы.

Клинический пример

Психотерапевтическая группа в ПНД. Мария — очень протестная пациентка, которая часто соперничает с дирижером за лидерство. На одной из групповых сессий она в пренебрежительной манере сообщает, что группа бесполезная, и вносит «предложение» — всем заниматься групповым сексом, а не «болтовней». Группа опешила от такого предложения. Некоторые участники стали растерянно оглядываться, другие замерли в ожидании — что же сделает дирижер? А он присоединился к идее Марии, и между ними возник короткий диалог.

Дирижер: Это отличная идея. Не могли бы вы обратиться к главному врачу с предложением, чтобы он разрешил проводить мне не психодинамическую группу, а психосексуальную — будем заниматься групповым сексом. Это новое слово в реабилитации. С удовольствием начну этот проект. Думаю, что главный врач одобрит.

Мария: Попросите сами. Вы врач — вас послушают.

Дирижер: Совсем наоборот. Такое заманчивое для ведущего группы предложение похоже на сексуальное использование пациентов. Меня не поймет начальство, и мне откажут. Однако если будет инициатива от пациентов — шанс высок. Наш ПНД стремится оказывать медицинскую помощь высокого качества, и руководство всегда прислушивается к пожеланиям пациентов.

Мария: И что, мне пойти на прием к главному врачу с таким предложением?

Дирижер: Да, он принимает граждан по средам...

Мария, перебивая: Ну нет! Меня же прямо там у его кабинета госпитализируют.

Участники группы смеются, да и сама Мария заулыбалась. Ей ничего не запрещалось, наоборот, но она перестала протестовать и подтолкнула группу к обсуждению темы секса. Сопротивление Марии было преодолено за счет техники присоединения — дирижер «согласился» с ее «предложением», за которым стояла агрессия к дирижеру и группе. Он использовал «агрессивный запал» Марии для разрешения другого сопротивления — исследования сексуальности, чему группа противодействовала.

10. «Сохранить группу» против «сохранить участника». Дирижер должен заботиться о каждом участнике и делать все возможное, чтобы сохранить всех. Однако бывает, что кто-то из участников полон негодования к другому члену группы, дирижеру или всем вместе. Если не получается реализовать предыдущую тактику, то дирижеру следует «спасать» группу. Последствия такого выбора могут серьезно осложнить прогресс в группе, но у нее все-таки будет перспектива. Если позволить участнику разрушить группу — перспективу потеряют все.

Клинический пример

Та же группа, что и в предыдущем примере. Филипп был из разряда «молчунов», он посещал группу и параллельно — индивидуального психотерапевта. В какой-то момент групповой сессии он решил высказать участникам свои претензии и «вдруг» перешел в разряд «говорунов». Видимо, в индивидуальной работе он «набрался смелости» и наконец-то решился поделиться с группой переполнявшей его яростью и обидой. Только стал он это делать разрушительным для всех образом. Он указывал участнику на его самое слабое место и жестоко проходил по нему. Он обвинял всех присутствующих, что они его унижали, заставляли скрывать его чувства, намекали на его недостатки и т.д. Кто-то из участников

спросил: «Филипп, что случилось? Почему ты стал на нас нападать?» Он ответил, что индивидуальный психотерапевт «объяснил» ему, что «на самом деле» психотерапевтическая группа — это унитаз, куда все участники «сливали» на Филиппа свои «эмоциональные экскременты». Однако вот сейчас он готов «отдать долг». Дирижер сначала растерялся от такого напора. На его удивление, остальные участники смогли какое-то время выдерживать поток негодования Филиппа. Правда, с каждой следующей «жертвой» обстановка все больше накалялась. Наконец, дирижер пришел в себя и решил немедленно спасать группу. Он сказал: «Я сожалею, Филипп, что не смог четко показать в самом начале нашей работы, что наша группа — это не группа-унитаз, а группа-джакузи. Мы сюда приходим не сливать грязь, а получать удовольствие от общения, понимания своих и чужих эмоций. Это как СПА-процедуры, но никак не унитаз!» На что Филипп заявил, что ему нужна группа-унитаз, где он может сливать «весь негатив», и он будет использовать эту группу именно так. Тогда дирижер сказал: «Сожалею, но наша группа — это группа-джакузи. Я понимаю, что вам полезнее группа-унитаз, и я обязательно поищу для вас такую группу. Однако в этой группе вам придется следовать правилам группы-джакузи». Даже отказывая Филиппу, дирижер не исключал его «за плохое поведение», а предлагал альтернативу («группа-унитаз»). Филипп все-таки покинул группу, но ту гамму чувств, которую он вызвал у остальных участников, они использовали для своего прогресса.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Техники. Продолжая аналогию, техники — это конкретные машины, которые едут по дорогам-тактикам в сторону горизонта-стратегии. Набор психоаналитических техник очень разнообразен, и большинство из них имеют «двойное назначение» — ими можно пользоваться как в индивидуальной работе, так и в группанализе. Для классических психоаналитиков это в первую очередь прояснение, конфронтация, интерпретация и различные варианты вопросов [4]. Важна работа и с символическим материалом, в первую очередь со сновидениями [21] и рисунком поведения в группе (особенности раскладки в начале сессии, поза и прочая «жизнь тела», характер отыгрываний и т.п.). Исходя из техники современного анализа автора Х. Спотница, любому дирижеру «пригодятся» присоединение («согласие» с действующим сопротивлением с целью контроля регрессии), отзеркаливание, контактное функционирование, объект-ориентированные интервенции, команды [3, 28]. Арсенал группаналитика может обогащаться техниками из других направлений психотерапии, например феноменологическими интервенциями (гештальт-психология), если они органично вплетаются в профессиональный инструментарий специалиста. Однако есть две техники, непосредственно связанные именно с групповым современным анализом, — это «бриджинг» и «перевод агрессии на себя-ведущего» [2, 19]. Обе техники особенно ценны при работе с клиентами пограничного и психотического уровня организации личности.

Бриджинг создает связи между членами группы, при минимальном участии самого дирижера. Суть техники в том, что ведущий обращается к одному из участников по поводу ситуации, связанной с другими участниками [26]. Так наводится «мостик» между членами группы, инициируется их взаимодействие при минимальной активности дирижера.

Перевод агрессии на себя-ведущего позволяет не просто существовать агрессии, а использовать ее на благо прогресса участников. Дирижер берет на себя ответственность за деструктивные тенденции других участников. Агрессия не подавляется, а выводится в сторону дирижера и исследуется: «Как это я не заметил, что у нас возник конфликт? Но я люблю конфликты — они отлично продвигают группу. Знайте — вся агрессия, которая сейчас есть, — моя проблема. Агрессируйте сколько угодно — я с ней справлюсь. Я заставлю служить эту атомную энергию мирным целям!». Или: «Вы сейчас просто нападаете на “новичка”, а не исследуете, что происходит между нами. Говорите, что он не подходит нашей группе. Но это я его привел в группу. Да, он много нападает, но смотрите, как он стимулирует нас!» и т.д. Эта техника позволяет транслировать участникам: проявление агрессии нормально и желательно, если она выражается словами и исследуется. Такая агрессия никого не разрушит, а дирижер за нее отвечает и может с ней справиться. Работа с агрессией — отличительный момент современного анализа Х. Спотница.

Постсессия. Некоторые конфликты группы, точнее ее отдельных участников, придется решать уже после группы. Возможно, у дирижера не хватило времени, чтобы уделить достаточное внимание наиболее уязвимому участнику. А может быть, этот участник сам попросил об индивидуальной консультации, например, если ему стало особенно трудно в группе. Или он хочет ее покинуть, и ясно, что непосредственно в течение групповой сессии это сопротивление не преодолеть. Конечно, такие индивидуальные встречи должны быть исключением. Дирижеру также приходится списываться с пропустившими сессию участниками. Каждый квалифицированный группаналитик регулярно супервизирует свои группы. Другие специалисты систематизируют свой опыт ведения психотерапевтических

групп через обучающие проекты и научную работу — а это тоже время вне групповой сессии.

Таким образом, время работы дирижера значительно больше, чем непосредственно групповая сессия. В сумме *пресессия* и *постсессия* могут занимать столько же времени, сколько и групповая сессия. Ведущим психотерапевтических групп, особенно в рамках практического здравоохранения, а также их руководителям необходимо это учитывать при формировании штатного расписания и режима работы отделения.

Психоаналитическая методология позволяет понимать групповые процессы и управлять ими. Предложенный подход помогает разобраться в хитросплетениях отношений участников и дает четкие ориентиры дирижеру как поддерживать терапевтическую атмосферу. Ключевые инструменты группового современного анализа Х. Спотница и его последователей — это разностороннее понимание сопротивлений, их своевременное разрешение и управление агрессией. Дирижер балансирует между ролью кризисного менеджера, разрешая актуальные сопротивления, и заботливого родителя, наблюдающего за «взрослеющими детьми», которые учатся понимать и поддерживать друг друга. Для того чтобы сохранить устойчивость, дирижеру нужны терпение, смелость и чувство юмора. Терпение поможет ведущему группы «вместить» все невыносимые для клиентов чувства и побороть желание «вылечить» всех клиентов единолично. Смелость «включает» интуицию и позволяет увидеть свои слабости глазами членов группы. Юмор способен совместить несовместимое в одной интервенции и, временами, он единственная надежная почва под ногами дирижера, когда всю группу «трясет» от конфликта.

Список литературы

1. Бион У.Р. Внимание и интерпретация. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2010. 192 с.
2. Лигнер Э. Ненависть, которая лечит: психологическая обратимость шизофрении: Сборник статей: пер. с англ. Ижевск: ERGO, 2014. 284 с.
3. Спотниц Х. Современный психоанализ шизофренического пациента: теория техники. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2004. 296 с.
4. Томэ Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ. Т. 2: Практика: пер. с англ. / Под общ. ред. А.В. Казанской. М.: Прогресс — Литера; Изд-во Агентства «Яхтсмен», 1996. 776 с.
5. Федоров Я.О. Критический опыт краткосрочной аналитически-ориентированной малой группы (с психологами, психиатрами и администраторами, работающими в Беслане) // Вестник психотерапии. 2006, № 17 (22). С. 31–38.
6. Федоров Я.О. Негативные переживания терапевта в контрпереносе // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2008, № 3. С. 57–58.
7. Федоров Я.О., Шиканова Е.А. Психодинамическая группы в дневном стационаре ПНД: трудности и пути решения // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии / под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. СПб.: Таро, 2013. С. 214–227.
8. Федоров Я.О., Белов Е.Н., Белова Е.Б. и др. Тотем без табу, психоанализ доэдипальных состояний (шизофрения, расстройства личности, аффективные расстройства и др.). 2-е изд., испр. СПб.: КОСТА, 2018. 184 с.
9. Федоров Я.О. На грани современного анализа. СПб.: ИПК «Бионт», 2020. 392 с.
10. Фрейд З. Введение в психоанализ. СПб.: Азбука-классика, 2007. 479 с.
11. Чистяков М.С. Заметки об опыте ведения группы больных с шизофренией // Научно-практическая конференция, посвященная 50-летию юбилею Санкт-Петербургской 5-й городской психиатрической больницы — ГПНДС-7: Сборник статей / под ред. С.В. Литвинцева, А.И. Колчева. СПб., 2010. С. 122–127.
12. Bion W.R. Experiences in Group. London: Social Science Paperbacks, 1961.
13. Epstein L. The therapeutic use of the countertransference data with borderline patients // Contemp. Psychoanal. J. 1977. Vol. 15, N. 1. P. 248–275.
14. Epstein L., Feiner A. The therapeutic function of hate in the countertransference // Countertransference: The Therapist's Contribution to the Therapeutic Situation. New York: Jason Aronson, 1983. P. 213–234.
15. Evans M. The subjective countertransference experience for the beginning modern group therapist // Modern Group. 1996. Vol. 1. P. 46–60.
16. Foulkes S.H. Therapeutic Group Analysis. London: Maresfield Library, 1964.
17. Foulkes S.H. Group Analytic Psychotherapy, Method and Principle. London; New York: Karnac, 1975.
18. Friedman R. The Group and the Individual in Conflict and War.
URL: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0533316410373440>
19. Kirman J.H. Working with anger in groups. a modern analytic approach // Int. J. Group Psychother. 1995. Vol. 15, N. 3. P. 303–329.

20. Margolis B. Narcissistic transference: The product of overlapping self and object fields // Mod. Psychoanal. 1979. Vol. 4, N. 2. P. 131–140.
21. Neri C., Friedman R., Pines M. (Eds). Introduction // Dreams in Group Psychotherapy: Theory and Technique. London; Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2002.
22. Ormont L. Group resistance and the therapeutic contract // Int. J. Group Psychother. 1968. Vol. 18, N. 2. P. 147–154.
23. Ormont L., Strean H. Major group resistances // The Practices of Conjoint Therapy: Combining Individual and Group Treatment. New York, 1978. Chap. 6. P. 116–159.
24. Ormont L. Training group therapists through the study of countertransferences // Mod. Psychoanal. 1991. Vol. XVI, N. 2.
25. Ormont L. The Group Therapy Experience. From Theory to Practice. New York: St Martin's Press, 1992. 239 p.
26. Ormont L. Bringing life into the group experience: The power of immediacy // Group. 1996. Vol. 20, N. 3. P. 207–221.
27. Spotnitz H. The phantom figure // The Couch and the Circle. New York: Lancer Books, 1961. P. 55–86.
28. Spotnitz H. Techniques for the resolution of the narcissic defense // Psychoanalytic Techniques. New York: Basic Books, 1967. Vol. 10. P. 273–289.
29. Spotnitz H., Meadow P.W. Treatment of the Narcissistic Neuroses. Revised edition. Northvale, NJ: Jason Aronson, 1995. 285 p.
30. Volkan V.D. Blind Trust: Large Groups and Their in Times of Crisis and Terror. Charlottesville, VA: Pitchstone Publishing, 2004.

Часть III. Направления и методы психотерапии

20.4. Динамическая психиатрия Г. Аммона как система психотерапевтического лечения психических расстройств

Персонализированный подход приобретает все большую популярность в современной медицине в целом. Однако, к сожалению, следует отметить, что основное внимание отводится генетическим исследованиям, поиску специфических биотипов, хотя в самом термине заложена именно ориентация на личность, во всем многообразии ее как биологических так и психосоциальных характеристик. Результаты интердисциплинарных исследований убедительно показывают взаимоперекрываемость звеньев патогенеза и тесную взаимосвязь между психическими и соматическими заболеваниями [20]. Самые современные методы лечения, продемонстрировавшие высокую силу доказательности в эксперименте, на практике могут оказаться гораздо менее эффективными при игнорировании психологических аспектов терапевтического процесса [22]. С точки зрения персонализированной парадигмы интересной представляется модель понимания личности, развития психической патологии в едином скользящем спектре и системы терапевтических воздействий основателя немецкой школы динамической психиатрии Гюнтера Аммона [9]. В историческом плане в Германии со времен З. Фрейда психиатрия и психотерапия развивались в значительном отрыве друг от друга. Крайне негативные результаты обследования в 1975 г. психиатрического и психотерапевтического обслуживания стали стимулом к проведению реформ. Важную роль в их теоретическом обосновании и практическом осуществлении сыграл возвратившийся из США Г. Аммон, где он, получив сначала классическое психоаналитическое образование, много лет проработал в институте и клинике психиатрии, созданных Карлом и Вильгельмом Меннингером. Именно там начиналась пионерская работа по интеграции психотерапии в стационарную помощь психически больным. Американский врач Ф. Александер первым предложил термин «динамическая психиатрия». Он совместно с К. и В. Меннингером во многом способствовал упрочению нового направления психиатрии [19].

Эта школа объединила в себе модифицированные идеи классического психоанализа, теории объектных отношений и Эго-психологии, а также принципы системного групподинамического мышления. К. и В. Меннингеры были одними из первых, кто начал использовать психотерапию в комплексном стационарном лечении шизофрении и личностных расстройств. На этом пути удалось не только уточнить этиологию и динамику психических заболеваний, но появилась возможность разработать методы их реабилитации и ресоциализации, в которых существенное место заняли более дифференцированные психотерапевтические подходы, такие как групповая и милае-терапия, экспрессивные формы психотерапии [8].

Опираясь на полученный опыт, Г. Аммон осуществил интеграцию психоаналитически-гуманноструктуральной концепции с психиатрией и групповой динамикой. О самой сути этой интеграции он писал: «Интеграция должна показать себя через новое направление мышления, новую концепцию, альтернативу прежнему мышлению в отношении тех же самых клинических факторов. В этих рамках я разработал динамическую психиатрию как

самостоятельную интегрированную научную область. На место концепции инстинктов традиционного психоанализа пришла модель социальной энергии как энергии из группы, а на место топографической модели «Я, Оно, Сверх-Я» — гуманноструктуральная модель» [15]. Г. Аммон в 1976 г. представил свою оригинальную гуманноструктуральную модель личности (Я-структурную теорию) и концепцию психических нарушений. Он определил гуманструктурологию как абстракцию энергетических, динамических, структуральных и генетических процессов и представил «Я-структуру», или «гуманструктуру» в виде многомерной и целостной конструкции, которая составлена из различных Я-функций и интегрируется в идентичность. Я-структура или гуманструктура является результатом групповых интеракций и формируется в отношениях с группой, в том числе семьей. При этом гуманфункции первоначально составляют ядро Я, которые в ходе развития, в результате взаимодействия ребенка с матерью, семьей и с окружающей групповой средой развиваются в функции Я или, иначе говоря, в гуманфункции. Функция понимается как направленная активность структуры. В этом смысле мы имеем интеграцию принципов Я-психологии и аналитической групповой динамики. Становление личности всегда происходит в соотнесенности с Я и сообществом. На основании тесной связи Эго-структуры человека с другими, эта гуманструктура также наиболее ясно познаваема внутри группы. Гуманструктуральная модель представляет собой мультидименсиональный конструкт, состоящий из первичных, вторичных и центральных Эго-функций. Гуманфункции формируют генетически функциональную иерархию, и их взаимозависимость образует совокупность гуманструктуры. Первичные гуманфункции охватывают все биологические и нейрофизиологические области человека, как например: центральную нервную систему, эндокринную систему и функции органов чувств, особенности темперамента. Вторичные гуманфункции суть «функциональные носители личности». Они определяют рисунок поведения и копинг-стратегии человека и сосредоточены главным образом на сознательном (осознанном) уровне. Ядро личности образуют центральные гуманфункции, которые берут свое начало в бессознательном, — агрессия, креативность, сексуальность, нарциссизм, страх, Я-отграничение, идентичность и т.д. Задача идентичности, как одной из центральных позиций гуманфункции, состоит в том, чтобы динамизировать, интегрировать и соединить все Эго-функции друг с другом. В целом она формирует личность человека. Идентичность определяется как сумма всего историко-биографического опыта и идентификаций, — это интегративная центральная сила Я. Ее следует понимать одновременно как интегрирующую функцию и общую структуру. В динамической психиатрии она является центральным интегрирующим феноменом, как в теоретической концепции, в представлении о человеке, так и в теории лечения — как цель всякого развития. Будучи актуальной целостностью личности, она находится в постоянном развитии. Идентичность может обнаруживать конструктивные, деструктивные и дефицитарные тенденции. Человек с конструктивной идентичностью высокоадаптабелен, он в хорошем контакте со своим бессознательным, имеет креативные идеи, собственную точку зрения, интегрированное ощущение самого себя и, вследствие этого, результативно проецирует эти качества на других людей. Индивид с конструктивной идентичностью специфическим образом ведет себя в группах и может дать людям, вместе с которыми он находится в сообществе, понимание, доброту, помощь, валидизацию и конфронтацию. Исходя из этого понимания, человек с такой идентичностью может связать рациональное и эмоциональное, внешние и внутренние реальности, поставить себе цели и осуществлять их, так же как быть наедине с самим собой, не чувствуя одиночества, и уметь получать для своего развития социальную энергию из группы [13].

Часть III. Направления и методы психотерапии

Представление теории В.Н. Мясичева о целостности личности, выражающееся в системе ее отношений, во многом близко понятию идентичности в динамической психиатрии, которую Г. Аммон определяет как онтогенетическую «сумму всего жизненно-исторического опыта и идентификаций». Весьма созвучно В.Н. Мясичев говорит о «психотерапии отношений», а Г. Аммон — о «психотерапии идентичности». Отношения внутри группы отражаются непосредственно в психике, как и наоборот чувства и установки находят свое выражение в социальных структурах. С помощью нового опыта отношений происходит развитие идентичности. Она имеет как сознательные составляющие, в виде самопознания, так и свою основу в бессознательном. При этом интернализованная групповая динамика может изменяться путем опыта, переживаний и впечатлений в групподинамических событиях, изменение и рост идентичности совершается в межличностных контактах, где речь идет о вопросах к самому себе, взаимных сообщениях о потребностях, позитивных и негативных чувствах. Основное значение для развития идентичности имеют оценки и значимость, а также экзистенциальные вопросы, касающиеся человека. Индивидуум обучается с помощью группы

и в конфронтации с ней интегрирует свой опыт в идентичность. Он устанавливает свои отношения с внешним миром, которые являются аспектом его идентичности в той мере, в которой группа подтверждает его идентичность, вне этого он не может поддерживать данную организацию [6].

Гуманструктуральная модель — это модель развития, концептуализированная как открытая система, которая постоянно изменяется и развивается в социально-энергетическом обмене с группой. В зависимости от того как концептуализирована группа, эго-структура индивида может развиваться конструктивно, деструктивно или дефицитарно. Исходя из этого понимания, образовавшиеся личностные дефициты могут оказаться доступными для дальнейшего нового развития при посредстве возмещающего социально-энергетического групподинамического опыта. Личность за счет репаративных групповых процессов может быть расширена и структурально дифференцирована. Развитие здесь всегда направлено на ядро личности, которое локализуется в бессознательном, потому что только так возможно фундаментальное изменение структуры. Вытеснение понимается как Я-функциональное, точнее вторично-функциональное действие и, таким образом, иначе, чем у З. Фрейда [5]. Бессознательное — резервуар, где локализируются первичные, вторичные и центральные гуманфункции человека, которые формируются в результате интерперсональных отношений. Таким образом, это креативный потенциал идентичности. Отсюда каждое психическое заболевание может пониматься как патологический процесс, проявляющийся в нарушении конструктивного функционирования бессознательного, Эго-функций и динамики отношений. Бессознательное, идентичность, структура Я и группа должны пониматься целостно, как многомерное целое, элементы которого динамически, качественно и структурно связаны между собой. На бессознательное человека и возможности его развития влияет окружающая группа. Бессознательная интернализованная групповая динамика ранней первичной группы (семьи) может способствовать развитию идентичности, но также и ограничивать ее. Бессознательный структурный дефицит развивается на почве интернализованной деструктивной агрессии со стороны первичной группы, которая ограничивала потенциал развития ребенка. Бессознательное охватывает весь спектр отношений раннего детства человека. Чем больше возможностей для развития ребенка запускает первичная группа, тем больше потенциала для расширения своих бессознательных структур имеется в распоряжении человека в дальнейшем [17].

Одним из принципиальных отличий его подхода является совсем иное, чем в ортодоксальном психоанализе определение агрессии и признание ее созидательных возможностей и важной роли в процессах самореализации. Схожие идеи еще на рубеже XIX–XX вв. высказывались одной из первых российских женщин-психоаналитиков Сабиной Шпильерейн, у Г. Аммона они получают законченность и интегрируются в холистическую модель.

Агрессия понимается в своем первоначальном значении, восходящем к латинскому *adgredi* — подходить, нападать, то есть как активное отношение к объектам и другим людям, как принцип первичной направленности индивида на окружающий мир и его открытости окружающему миру, его потребностей во впечатлениях, контактах и отношениях. Такое определение включает способность к отношениям и привязанности, поисковую активность, любопытство, ассертивность, континуум отношений и целей. Концепция интегрирует весь потенциал активности личности, ее способность адекватно использовать его в вышеопределенном смысле. При этом формирование Эго-функции агрессии, так же как и других Я-функций, всегда понимается в зависимости от групподинамического контекста человека и в тесной связи с бессознательным [5].

Развитие конструктивной агрессии рассматривается, прежде всего, в рамках особенностей раннего симбиоза матери и ребенка и его последующего разрешения. В условиях прямо или латентно враждебного отношения или игнорирования первичной группой, в роли которой, как правило, выступает семья, формирование личности ребенка и его игровое освоение действительности, существенные части детской Я-структуры останавливаются в своем развитии и не получают структурной завершенности. На психодинамическом уровне это означает, что ребенок развивается под влиянием родительской деструктивной агрессии, что, как правило, является следствием их собственного интернализованного и малоосознаваемого запрета на идентичность, в связи с собственными архаическими страхами покинутости. Родители и/или другие члены нуклеарной семьи нуждаются в ребенке для компенсации своих Я-структурных дефектов. Таким образом, деструктивная агрессия — это выражение интернализованной родительской враждебности, которая противостоит детским потребностям в жизни и идентичности. Она детерминируется как реактивная деформация первоначально конструктивной агрессии. Отношения с людьми, своими планами и целями не поддерживаются и не сохраняются, а деструктивно разрываются или разрушаются. Дефицитарная агрессия является основой депрессии, непроживаемой жизни («отсутствия жизни при жизни»). Направленная вовнутрь деструктивная агрессия ведет к

экстремальному ограничению Я и идентичности. Дефицитарная агрессия является причиной полной неспособности к приобретению опыта, привлечению к себе внимания и к развитию. Напротив человек с достаточно выраженной конструктивной агрессией проактивен, открыт новому опыту, принципиально любопытен, асертивен, способен выдерживать фрустрационный опыт на пути к достижению поставленных целей, он активно влияет на жизненные условия и всегда в состоянии высказывать свою точку зрения и отстаивать ее в условиях конфронтации. Он стремится приобрести новый опыт, открыт другим людям и впечатлениям, способен вступать в дискуссии и доводить их до конца, в состоянии формировать вокруг себя группы на работе и находить ресурсы, союзников или соратников для своих целей.

При преобладании деструктивной агрессии на передний план выходят повторные стереотипные разрывы отношений и контактов. Хотя в наличии имеется потенциал активности, но он разрегулирован. Если доминирует экстерналиная дисрегуляция, она находит свои проявления в вербальном выражении злобы, угрозах вплоть до насилия, физическом агрессивном поведении по отношению к другим. Интернальная деструктивная агрессивность выражается в мучительной внутренней ярости, разрушительных фантазиях, эмоциональном и мысленном обесценивании других людей, а также в фантазиях мести и в цинизме. Разрушительные импульсы могут также быть делегированы экстремистским организациям и идеологиям, приверженцами которых становятся люди с подобным складом, сливаясь в симбиотические отношения с этими группами, что отчасти повторяет условия раннего симбиоза с первичной группой. Когда деструктивная агрессия не находит внешней точки приложения, то она направляется против собственной личности. Следствием этого становится деструктивное поведение в виде повторных несчастных случаев, самоповреждающего, парасуицидального и суицидального поведения, личностной деградации или злоупотребления ПАВ. Будучи направленным вовнутрь разрушением, деструктивная агрессия вносит свой вклад в развитие и течение психосоматических заболеваний.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Дефицитарная агрессия проявляется общим сниженным жизненным тонусом, отсутствием контактов, потребностей, целей, интересов, помыслов, стремлений. Это выражается в пассивной отстраненности от обстоятельств и людей, в ощущении внутренней пустоты, частых приступах скуки и в неспособности выразить свои чувства и потребности в отношении других людей. Индивид не вступает в реальную конфронтацию с другими даже при необходимости, и она заменяется компенсаторными мечтами и фантазиями. Человек с дефицитарной агрессией страдает от чувства вины, при конфликтах не защищает свои интересы, в ситуациях соперничества и непосредственно после них быстро уступает. При дефицитарной агрессии человек испытывает выраженные трудности в установлении контактов. Отсутствие отношений с окружающим миром ведет к появлению чувств безучастности и внутренней пустоты, типичных, в частности для депрессии [14].

Важным элементом системы динамической психиатрии является понятие социальной энергии. Она определяется Г. Аммоном, как психическая энергия, определяемая внутренней динамикой обменных процессов между индивидом и группой. Данный термин стал еще одним элементом отличия от ортодоксального психоанализа, где основой энергетического функционирования является либидо, или энергия сексуального влечения. Позднее появился еще термин «мортидо» или деструктивное влечение. Здесь Г. Аммон отказывается также от фрейдистского понятия либидо; это означает, что он определяет жизненную энергию и понимает ее не как сублимированную энергию инстинктов. В концепции социальной энергии люди не являются объектами инстинктивных влечений, а эмоции не являются Эго-дистонными и не несут опасность для Я, но, напротив того, представляют из себя энергию, способствующую развитию.

Понятие социальной энергии не содержит ничего «мистического», в его основе лежит хорошо известный, описанный еще К. Левиным, феномен силового взаимодействия психических полей, подчиняющегося групповым динамическим закономерностям. В зависимости от социальных отношений человека и особенностей взаимного влияния между ним и окружающими его социально-энергетическими группами, он может формироваться конструктивным, обеспечивающим основу адаптационного потенциала и стрессоустойчивости личности или деструктивным или дефицитарным образом при преобладании эмоционального пренебрежения в психологической атмосфере нуклеарной семьи [18].

В работах Г. Аммона бессознательная составляющая психического функционирования получает новое определение, как структура, вмещающая интроецированный групподинамический и социально-энергетический опыт, а также как резервуар креативных возможностей, личностного потенциала, перспектив и идентичности субъекта.

Бессознательное в значительной степени, с точки зрения школы динамической психиатрии, находится под влиянием социальных групповых процессов. Данная составляющая личности рассматривается как изначально врожденно конструктивная сила. Она формирует динамическое ядро, влияющее на становление идентичности, и представляет собой структурную и качественную дименсию. Бессознательное образует конструктивный элемент, который обуславливает первичную, центральную и вторичную Эго-функции в теории личности Г. Аммона. Творческий потенциал, как его производное с отходом от теории сублимации инстинктивных влечений, получает новое определение. Креативность не является производной художественного или артистического достижения, но дана каждому человеку как присущая ему Я-функция. Индивид в зависимости от психосоциального окружения, макросоциума и непосредственной групповой атмосферы, где он находится, может выразить в креативном образе свои фантазии, жизнь, чувства и личность в целом [21]. Для содействия развитию гуманфункций существенное значение имеет первичная группа (семья), которая в состоянии без избыточных тревоги и агрессии разрешать конфликты. Психические структуры развиваются на основе приобретенного опыта. Это означает, что окружающая ребенка или взрослого человека группа приводит в действие процесс обучения и изменения. Следовательно, каждая сформировавшаяся гуманструктура может пониматься как интернализированный социально-энергетический групповой опыт. Возможность индивидуального развития с постепенным свободным освоением собственной автономии и своевременным осознанием границ своего Я, в том числе и телесного при поддерживающем протективном и ободряющем реагировании значимых других, в первую очередь родителей, и всей группы в целом необходима для формирования конструктивных центральных Я-функций [4].

Существенной характеристикой школы динамической психиатрии является отход от классической ортодоксальной суженно негативной трактовки нарциссизма. В гуманструктуральной модели Г. Аммона нарциссизм определяется иначе, чем в классическом психоанализе, для конструктивного нарциссизма характерны самоуважение, чувство собственного достоинства, способность радоваться и гордиться своими достижениями. Уместно отметить, что В.Н. Мясищев также полагал, что в структуре отношений особенно важным является отношение человека к самому себе. Значимость последнего определяется тем, что отношение к себе является одним из компонентов самосознания (самосознание: самопонимание, самооценка, саморегуляция). Именно отношение к себе, будучи наиболее поздним и зависимым от всех остальных, завершает становление системы отношений личности и обеспечивает ее целостность.

Важной центральной гуманфункцией в понимании гуманструктуры в динамической психиатрии является тревога. Гуманфункция тревоги тесно связана с гуманфункцией агрессии, так как каждому значимому новому опыту и изменению сопутствует не только активный подход, конструктивная агрессия, но и феномен тревоги.

В клинической практике выраженность и соотношение прежде всего деструктивных и дефицитарных составляющих агрессии и тревоги, а также других Эго-функций определяет уровень невротической, пограничной или психотической организации личности и психической патологии. При этом деструктивное качество имеет принципиально различную характеристику в зависимости от гуманструктуры (личностного профиля), иными словами, от конструктивного потенциала или высокого дефицита других Я-функций. В соответствии с этим пониманием деструктивные интернализированные процессы развития идентичности могут быть использованы через посредство корректирующего групподинамического опыта при лечении для Я-структурного развития бессознательного. Терапевтически действенный конструктивный опыт может способствовать наверстывающему развитию Я. В рамках этой теории симптом является способом патологического восполнения имеющегося дефекта Я или дефицита идентичности субъекта (пациента). Он выполняет важную функцию поддержания психического гомеостаза для всей группы, в которой находится идентифицированный пациент. Смена клинической картины при исключительно симптоматическом лечении и низкий комплаенс отчасти объясняется именно этой необходимостью наличия болезни для патологической адаптации [2, 10, 11].

Часть III. Направления и методы психотерапии

Основной акцент в своей терапевтической работе Г. Аммон делал на лечении пациентов с шизофренией, личностными нарушениями, прежде всего с ПРЛ, психосоматическими заболеваниями и аддикциями. С его точки зрения всю эту патологию объединяет незрелость личностной структуры, определяющая уязвимость для развития той или иной патологии в зависимости от характера стрессового воздействия и конституциональной слабости тех или иных органических систем. В связи с этим Г. Аммон объединил довольно разные, с точки зрения феноменологического подхода, заболевания под общим названием ранних (архаичных) или

преэдиальных расстройств. Он подчеркивает патогенетическое значение психотравмирующих воздействий в ранний, довербальный период жизни индивида, связанных с неблагоприятными особенностями групповой динамики первичной группы (нуклеарной семьи), прежде всего с неблагоприятным разрешением симбиотического комплекса, то есть с нарушением процессов сепарации-индивидуации в определении других авторов. Следствием этого является формирование структуры личности в деструктивном или дефицитарном направлении. Г. Аммон определяет болезнь и здоровье как динамические процессы, где в клинической картине отражается актуальное состояние личности, которое может измениться, может быть понято и излечено. Болезнь понимается как неудавшаяся попытка преодоления из неосознаваемого или ставшего непереносимым на данный момент ограничения изначально многомерного индивида, как дезинтеграция тела, психики и духа. При этом болезнь является только одним измерением индивида [16].

Параллельно он вместе со своими учениками разработал психодиагностический инструмент Я-структурный тест (ISTA), позволяющий как выделять мишени для терапевтического воздействия, так и оценивать динамику личностных изменений в процессе психосоциальных воздействий, что делает этот тест удобным как для практического использования, так и для научных исследований. Эта методика получила широкое распространение в нашей стране при изучении личностных особенностей пациентов с психической и соматической патологией, а также особенностей реагирования на воздействия, связанные со стрессом, к примеру лиц, участвовавших в боевых действиях, пенитенциарных контингентов [12]. Биопсихосоциальная парадигма, основы которой были заложены еще в работах В.М. Бехтерева, и мультидименсиональная концепция динамической психиатрии, в которой психические, соматические и духовные аспекты индивидуального функционирования рассматриваются как единое целое, интегрированными в группы, общество, культуру и природную среду, в которых они существуют, представляются наиболее перспективными моделями в современной медицине, имеющими теоретическую базу для практической реализации персонализированного подхода в лечении больных [1, 3, 7].

Список литературы

1. Аммон М. Этические аспекты психотерапии // Вестник психотерапии. 2003, № 9 (14). С. 22–29.
2. Авеличев В.К., Антохин Е.Ю., Байдавлетов Э.Т. и др. Глубинно-психологические факторы нарушений межличностных отношений у больных дистимией // Уральский медицинский журнал. 2009, № 63. С. 135–143.
3. Бабин С.М., Бочаров В.В., Васильева А.В. и др. Значение супервизии в психотерапии затяжных форм невротических расстройств // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2012, № 2. С. 26–35.
4. Васильева А.В., Незнанов Н.Г. Психотерапия. Гл. 13.4. С. 699–729 // Психиатрия: Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова; отв. ред. Г.Э. Мазо. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 768 с. DOI: <https://doi.org/10.33029/9704-6295-9-PSY-2021-1-768>.
5. Васильева А.В. Динамическая психиатрия — персонализированная модель лечения, ориентированная на личность пациента (к столетию со дня рождения Г. Аммона) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2018, № 3. С. 106–107. DOI: <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2018-3-106-107>.
6. Васильева А.В., Незнанов Н.Г. Психология отношений В.Н. Мясищева и динамическая психиатрия Г. Аммона: две школы — один путь в современной биопсихосоциальной медицине // Российский психиатрический журнал. 2006, № 1. С. 29–33.
7. Васильева А.В., Полторак С.В. О психодинамических аспектах соотношения психотерапии и фармакотерапии в лечении невротических расстройств // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2012, № 3. С. 88–93.
8. Вид В.Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении. СПб., 1993.
9. Динамическая психиатрия в ракурсах времени. К столетию со дня рождения. Гюнтера Аммона: Сборник / Под общ. ред. Н.Г. Незнанова, А.В. Васильевой; пер. с нем. В.Д. Вида. М.: Городец, 2019. 568 с.
10. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. СПб., 1998.
11. Незнанов Н.Г., Аммон М., Бурбиль И., Васильева А.В. Андрогинность — новый гендерный конструкт, усиливающий адаптационный потенциал психического здоровья женщины // Женское психическое здоровье — от истерии к гендерносенситивному подходу / Под общ. ред. Н.Г. Незнанова; авт.-сост. А.В. Васильева, Т.А. Караваева. СПб.: Алеф-Пресс, 2020. С. 355–378.
12. Психотерапия: учебник / под ред. А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой, Н.Г. Незнанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 864 с. DOI: <https://doi.org/10.33029/9704-6485-4-VKN-2022-1-864>.
13. Ammon G. Der Mehrdimensionale Mensch // Zur ganzheitlichen Schau von Mensch und Wissenschaft. München, 1986.

14. Baschenowa S., Lutova N., Wied V. Spezifische therapeutische Effekte der milieuthérapie nach G. Ammon // *Dynamische Psychiatrie*. 1999. H. 176–179. S. 406–412.
15. Burbiel I. Das Humanstrukturmodell // *Dynamische Psychiatrie*. 1997. H. 162–165. S. 145–156.
16. Dworschak M. Einführung von humanstruktureller Milieuthérapie am Bekhterew-Institut in St. Petersburg // *Dynamische Psychiatrie*. 1997. H. 166–167. S. 391–393.
17. Ellenberger H.F. Die Entdeckung des Unbewussten. Bern: Huber, 1973.
18. Lutova N.B., Wied V.V. Defence mechanisms and coping styles in their interrelationship with motivation toward specific therapeutic approach // *Dynamische Psychiatrie*. 2000. H. 180–181. P. 110–119.
19. Menninger K. *Theory of Psychoanalytic Technique*. New York: Basic Books, 1958.
20. Neznanov N.G., Vasilyeva A.V., Wied V.D. Perspektiven und Probleme der Entwicklung des biopsychosozialen Ansatzes in der Behandlung psychischer Störungen // *Dynamische Psychiatrie*. 2008. H. 229–230. S. 205–213.
21. Vasileva A.V., Neznanov N.G. *Dynamic Psychiatry of G. Ammon. Identity through the Group*. Saint Petersburg, 2018. 328p.
22. Vasileva A.V., Neznanov N.G. Psychiatry and society in the search of compromise or consensus // *Dynamische Psychiatrie*. 2017. H. 283–285. S. 187–201.

Часть III. Направления и методы психотерапии

20.5. Терапия на основе ментализации

За последнее десятилетие в профессиональном сообществе наблюдается рост интереса к феномену ментализации и терапии на ее основе. Эти изменения отражают динамичную область, претерпевающую значительное развитие по ряду параметров, важных для психического здоровья. Во-первых, диапазон психических расстройств, для которых терапия на основе ментализации (ТОМ) может оказаться гипотетически полезной, значительно расширился и теперь, помимо ПРЛ, включает расстройства пищевого поведения, депрессию, коморбидное личностное расстройство, злоупотребление ПАВ, а также психозы. Наряду с этим произошло увеличение диапазона форматов, в которых подход показал свою ценность. Помимо дневного стационара ТОМ в качестве основной терапии оказалась полезной в амбулаторных условиях, а также в более широком плане у детей, подростков, при парном и семейном консультировании. Однако, возможно, более важным, чем расширение клинического охвата и направлений вмешательства, является обобщаемость концепции ментализации для понимания социальных аспектов психического здоровья. Широкое применение ментализации и ее значимость в клинической практике примечательны и требуют некоторого пояснения. Во-первых, ментализация является трансдиагностической концепцией и поэтому применима к целому ряду состояний психического здоровья. По сути, ментализация является формой эмоционального познания и подразумевает способность фокусироваться на психических состояниях, своих и чужих, в особенности при объяснении поведения. Как метафорично отметил Р. Fonagy, ментализацию можно рассматривать как умение «видеть себя снаружи и других людей изнутри». Необходимость отслеживать изменения в психическом состоянии кажется очевидной для тех, кто занимается лечением людей с психическими расстройствами. Однако даже те из нас, кто ежедневно занимается терапевтической практикой, могут фактически игнорировать сознание другого человека. Специалист с биологической ориентацией, говоря о своем пациенте, автоматически может начать рассуждать о дисбалансе нейротрансмиттеров, а не о его искаженных ожиданиях или представлениях. Психотерапевты, порой строящие необоснованные теории о своих пациентах, также могут потерять контакт с их реальными субъективными переживаниями.

Во-вторых, сосредоточение внимания на ментализации помогает клиницистам и их пациентам понять, как различные варианты взаимодействия между ними усиливают или напротив подрывают эффективность вмешательства. «Нементализирующая» команда и система помощи может оказывать негативное влияние на качество терапии, создавая среду, препятствующую проведению квалифицированного и эффективного лечения. В-третьих, растет число эмпирических исследований причин развития ментализации и того, как сосредоточение внимания на ментализации может улучшить результаты лечения для пациентов.

Концепция ментализации. Концепция ментализации, популяризованная за последние 25 лет Р. Fonagy и соавт. [1–3], описывает то, как люди осознают свой социальный мир, представляя себе психические состояния, например, убеждения, эмоции, мотивы, желания и потребности, которые лежат в основе поведения в межличностных взаимодействиях. Ментализация представляет собой относительно новую парадигму, объединяющую знания из разных сфер, таких как эволюционная психология, психология развития, теория

привязанности, теория разума и нейронауки. Ментализация — это модель для понимания поведения человека в целом и психопатологии в частности.

Ментализацию можно определить как постижение и интерпретацию поведения в его связи с интенциональными психическими состояниями. Она включает как саморефлексивный, так и межличностный компоненты, которые в идеале предоставляют человеку хорошо развитую способность отличать внутреннюю реальность от внешней, физический опыт от разума и внутриличностные когнитивные и эмоциональные процессы от межличностного общения. Это важная социальная компетенция, которая играет ключевую роль в общении и отношениях между людьми, а также способствует регуляции чувств. Хорошая ментализация — это гибкость ума и отношений.

Существует ряд близкородственных понятий, которые могут частично соотноситься с ментализацией или включать ее в свою структуру. Понятие *эмпатии* чаще всего используется в узком смысле для обозначения осознания и отклика на эмоциональные страдания другого человека. Эмпатия подразумевает идентификацию и понимание чувств и мотивов другого человека или приписывание своих собственных чувств объекту. Однако концепция эмпатии предполагает осознание собственного состояния, которое можно сравнить с состоянием другого человека, чтобы понять его, то есть предварительным условием считается ментализация себя. Другое понятие — *склонность к самоанализу* подразумевает способность соотносить свои действия с мыслями и чувствами, то есть по сути это конструкт, сводящийся к способности ментализации себя, но не других. *Осознанность* включает ментализацию и является более широким понятием, отражая отношение открытости, которое тоже входит в концепцию ментализации. В своем нынешнем понимании осознанность применима не только к психическому, но и к физическому миру с подчеркнутой ориентацией на настоящий момент, в отличие от ментализации, динамически непостоянной в зависимости от социального контекста. Таким образом, существует множество перекрещивающихся между собой понятий, но в какой-то мере концепт ментализации является более удобным инструментом для оценки терапевтических отношений и динамики выздоровления пациента.

Нарушения ментализации. Основываясь на психологии развития, Р. Fonagy выделил три основных типа пременталистских состояний: психическую эквивалентность, телеологический режим и режим притворства [4].

Часть III. Направления и методы психотерапии

Психическая эквивалентность. Данная конструкция означает переживание внутреннего мира в соответствии с внешним, то есть, по сути подразумевает взаимодействие двух тождественных реальностей. Например, раннее осознание психических состояний младенцем и маленьким ребенком характеризуется уравниванием внутреннего и внешнего, что может приводить к их изоморфизму.

Во взрослом состоянии режим психической эквивалентности подразумевает:

- изоморфизм мира разума: ментальная реальность равна внешней реальности;
- внутреннее имеет ту же силу, что и внешнее: мысли ощущаются как имеющие материальное воплощение;
- субъективные переживания могут быть непереносимыми (например, воспоминания);
- нетерпимость к альтернативным перспективам, которая связана с конкретным мышлением;
- отрицательные переживания, связанные с самим собой, могут ощущаться «слишком реальными», то есть отсутствует качество «как будто».

Телеологический режим. «Телос» по-гречески означает «цель». Телеологическая позиция относится к фазе развития в жизни ребенка, когда присутствуют ожидания относительно самосознания и воли другого, но они сформулированы в терминах, ограниченных физическим миром. Таким образом, акцент делается на понимании действий с точки зрения их физического, а не психического результата: «я не поверю этому, пока не увижу». Телеологический режим подразумевает:

- сосредоточение внимания на понимании действий с точки зрения физических, а не психических последствий;
- чрезмерную зависимость от того, что можно объективизировать физически;
- понимание себя и других с точки зрения физических аспектов поведения;
- определение материальных аспектов как наиболее истинных показателей намерений другого;
- предпочтение действий, которые приводят к заметным результатам.

Притворный режим. Для ребенка деревянная палочка может являться волшебной, а сам он во время игры может быть «пиратом» или «ковбоем». С точки зрения развития, «притворство» представляет для ребенка альтернативный способ переживания реальности. Режим притворства относится к разобщению между внутренним состоянием и внешним миром. Пациент в режиме притворства обычно не осознает, что его восприятие нереалистично или что в его жизни что-то пошло не так. Он может участвовать в *псевдоментализации*, которая является неточной и не соответствует цели. Терапия может продолжаться неделями, месяцами, иногда даже годами в притворном режиме психической реальности, когда внутренние состояния подробно обсуждаются, иногда с чрезмерной детализацией и сложностью (*гиперментализация*), но никакого прогресса не достигается и реального понимания не происходит.

О режиме притворства можно говорить, когда:

- идеи не образуют мост между внутренней и внешней реальностью, то есть ментальный мир отделен от внешнего мира;
- для слушателя дискурс пациента кажется пустым, несущественным, бессмысленным, словно «бег по кругу»;
- для обоснования какой-либо одной идеи пациент использует противоречащие друг другу суждения;
- часто аффект не соответствует содержанию мыслей;
- имеются диссоциация, гиперментализация или псевдоментализация.

Суммируя, можно сказать, что режим притворства — это очень полезный концептуальный инструмент для расширения понимания причин неэффективности терапии.

Ни один из перечисленных режимов не позволяет пациенту уменьшить выраженность симптомов. Напротив, они составляют ту матрицу, за счет которой формируется и поддерживается вся симптоматика расстройства. Режим притворства слишком нереален, а психическая эквивалентность слишком реальна. В нормальном развитии ребенок объединяет эти два способа контакта с миром, чтобы прийти к рефлексивному режиму, или ментализации, в которой мысли и чувства могут восприниматься как представления. Для взрослого здорового человека внутренняя и внешняя реальность рассматриваются как связанные, но отдельные, и их больше не нужно ни приравнивать, ни отделять друг от друга. Однако человеку, находящемуся в одном или нескольких пременталистских режимах переживания реальности, будет требоваться соответствующая терапия, конечной целью которой как раз и будет являться их перестройка.

ТОМ не имеет конечной точки, когда мы можем сказать, что достигли «совершенства», однако в динамике лечения можно выделить следующие признаки улучшения ментализации, при которой человек:

- расслаблен, гибок, не «застывает» на одной точке зрения;
- использует юмор, который привлекает, а не ранит или дистанцирует;
- может решать проблемы путем компромисса;
- в различных ситуациях описывает свой собственный опыт, а не пытается анализировать опыт или намерения других людей;
- обозначает «право собственности» на свое поведение, а не подразумевает, что это «происходит» с ним;
- испытывает любознательную позицию по отношению к взглядам других людей и ожидает, что собственное мнение и знания могут быть расширены благодаря другим.

Таким образом, хорошая ментализация подразумевает следующие проявления в психическом функционировании человека: любознательность, перспективное восприятие, умение прощать, рефлексивное созерцание, доверительное отношение, смирение, гибкость, чувство юмора, готовность принять на себя ответственность и осознавать свое влияние на других.

Ментализирующая позиция терапевта. Можно утверждать, что все формы психотерапии способствуют ментализации. Трудно представить себе психотерапевтические традиции, которые не сосредотачиваются на сознании и психических состояниях, чтобы способствовать изменениям. Однако уникальным аспектом терапии на основе ментализации является систематическая направленность на усиление этих компетенций. Важной задачей является разработка терапевтических позиций и техник, которые способствуют более эффективной ментализации. В том числе это касается терапевтической позиции специалиста и его ментализирующих способностей.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Терапевт должен обладать обширными знаниями о природе психических нарушений, и роль понимающего эксперта включает в этом случае очень доброжелательную для оппозиционно настроенного и утешительную для тревожного пациента позицию. Вместе с этим роль эксперта не должна подразумевать интерпретаций или дидактических подходов, так как пациенты могут болезненно реагировать на предположения о том, что им следует чувствовать и о чем думать, подтверждая в итоге их ощущение несоответствия и препятствуя развитию истинного самосознания. В этом случае наиболее обоснованной является так называемая «наивная позиция» терапевта, при которой он моделирует смирение и любознательность по отношению к незнанию того, что на самом деле происходит в сознании пациента. Это не безоговорочное принятие мыслей и чувств пациента, а способность терапевта генерировать вопросы в уважительной манере.

Помимо «наивной позиции» существуют и другие области компетенции терапевта, которым он должен соответствовать. Основные из них перечислены ниже.

1. Познание и искреннее любопытство:

- способность общаться с пациентом прямым и открытым образом, используя простые и недвусмысленные заявления, чтобы минимизировать риск чрезмерных эмоциональных реакций;
- способность поддерживать активную, непредвзятую ментализирующую позицию, которая отдает приоритет совместному исследованию психических состояний пациента;
- способность выражать любопытство по поводу психических состояний пациента посредством активного прояснения межличностных процессов в рамках терапевтических отношений и нахождения связи с ними;
- способность следить за изменениями в понимании пациентом собственных мыслей и чувств и мыслей/чувств других людей;
- способность осознавать и чутко реагировать на внезапные и драматические неудачи в ментализации пациента.

2. Поддержка и сочувствие:

- способность устанавливать и сохранять отношения поддержки, ободрения и сочувствия;
- способность сохранять позицию поддержки, не подрывая автономии пациента;
- способность критически рассматривать целесообразность поддерживающих вмешательств, которые могут включать конкретные действия в терапевтических рамках;
- способность разумно хвалить пациента, когда он использует ментализацию с положительным результатом, для поощрения и поддержания изменений.

3. Разъяснение и уточнение:

- способность отвечать на запросы пациента о разъяснениях прямым и ясным образом, что должно помочь ему смоделировать саморефлективную позицию, открытую для коррекции;
- способность использовать пояснения и уточнения, чтобы собрать подробную картину последовательности действий пациента и связанных с ними чувств;
- способность помочь пациенту установить связь между действиями и чувствами;
- способность переформулировать проблему и развить у пациента понимание мыслей, чувств, убеждений, которые он описывает, сделав это таким образом, чтобы начать обсуждение этих вопросов, а не закрыть его.

4. Совместное исследование:

- способность помочь пациенту развить интерес к мотивам собственных поступков;
- способность помочь пациенту осознать неспособность терапевта читать мысли других людей или предугадывать их намерения и действия, а также принять последствия этого;
- способность поделиться своей точкой зрения, чтобы помочь пациенту рассмотреть альтернативный взгляд на событие;
- способность помочь пациенту сместить фокус с нементализирующего взаимодействия с терапевтом на исследование текущих чувств и мыслей;
- способность привлечь внимание пациента/группы к сложной или тупиковой ситуации в динамике терапии, чтобы исследовать то, что произошло, сосредотачиваясь на чувственном опыте каждого участника.

5. Вызов:

- способность открыто и недвусмысленно бросить «вызов» точке зрения пациента, исследуя его эмоциональное состояние.

Люди могут делать предположения, не оправданные обстоятельствами. Эти необоснованные убеждения могут относиться к себе или другим. Пациенты могут говорить о себе, что для них нет никакой надежды или что они хуже других; о враче, что он на самом деле не заинтересован в том, чтобы помогать больным, а скорее в том, чтобы заработать деньги или самоутвердиться. Мы прямо и деликатно говорим, что не согласны с этим. Терапевт обращает внимание на подобные предположения и задает вопросы, чтобы опровергнуть их. Нужно помнить, что слишком сильный вызов может спровоцировать сильные эмоции и еще больше ухудшить ментализацию.

6. Фокус на аффект:

- способность сообщить пациенту/группе об аффективном процессе, который подавляет способность ментализировать;
- способность идентифицировать эмоциональные состояния вместе с пациентом, не навешивая на них ярлыки (например, не обозначая их как плохие или хорошие, полезные или вредные);
- способность использовать субъективные состояния для выявления аффекта, разделяемого пациентом и терапевтом.

7. Ментализация отношений:

- способность критически размышлять о том, когда и как раскрывать себя в терапевтических отношениях с пациентом;
- способность раскрыть возможные чувства и мысли в контексте терапевтических отношений и реакций на озвученный опыт пациента;
- способность сообщить пациенту о собственных «нементализирующих ошибках» и о том, как они могли повлиять на пациента;
- способность быть честным, признавая собственные терапевтические ошибки;
- способность использовать ситуацию «здесь и сейчас», чтобы помочь пациенту выявлять неудачи ментализации и исследовать их последствия;
- способность идентифицировать коллапс ментализации у пациента, терапевта или у обоих и оценить его причины;
- способность восстановить ментализацию при ее нарушении.

Для того чтобы суммировать подходы к ментализации и области компетенций, мы можем использовать понятие спектра вмешательства. В этом спектре задачи и компетенции терапевта представлены в виде серии этапов, которые должны быть пройдены последовательно.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Этап 1: познание и искреннее любопытство, поддержка и сочувствие.

Этап 2: разъяснение и уточнение, совместное исследование, вызов.

Этап 3: идентификация аффекта и фокус на аффекте.

Этап 4: ментализация отношений.

Важный принцип — адаптироваться к ментализирующим способностям пациента и регулировать напряжение. Предполагается, что первые два уровня безопасны при состояниях с высокой тревожностью, но последние два требуют меньшего уровня тревоги у пациента для их успешного использования. Если идентификация аффекта или ментализация отношений слишком сильно увеличивают напряжение, необходимо вернуться к более ранним этапам. Можно сказать, что в этом случае сам терапевт должен быть образцом ментализации для пациента.

Принципы терапии. Ментализирующий подход имеет корни в психодинамической психотерапии и, более конкретно, в реляционной или интерсубъективной традиции с упором на когнитивные и эмоциональные процессы. С практической точки зрения это подразумевает веру в то, что клиническое улучшение лучше всего поощрять через терапевтические отношения. Эффективные терапевтические отношения в таком случае рассматриваются как хорошая аналогия с безопасной привязанностью. Реляционная модель психотерапии больше ориентирована на человека, чем на расстройство.

В исходной модели терапии на основе ментализации для ПРЛ суть терапевтического подхода заключается в систематическом внимании к повышению психологических и социальных компетенций, чтобы лучше понимать собственное сознание и сознание других людей.

Существует базовое предположение, что развитие ментализующих навыков посредством терапевтического дискурса само по себе оказывает положительное влияние на регуляцию аффекта и, следовательно, на уменьшение симптомов [3].

ТОМ является активным подходом. Для многих пациентов терапевты, применяющие более пассивный или сдержанный подход, могут оказаться опасными по разным причинам. Это может активизировать стыд и негативную самооценку, поскольку пациент боится утомить терапевта. Это может подпитывать страх оказаться недостаточно хорошим пациентом. Это может стимулировать чувство ответственности за благополучие терапевта или ощущение, что пациент «плывет по течению». Все это может ухудшить рефлексивную функцию пациента. Однако слишком большая активность терапевта может восприниматься уязвимым человеком как вторжение и угроза. Терапевт должен создать комфортную зону для совместной работы, воспринимающуюся пациентом как достаточно безопасную, что будет способствовать дальнейшей ментализации. Основное внимание следует уделять нынешнему состоянию. Прошлый опыт, конечно, важен, но он должен быть эмоционально связан с настоящей ситуацией через различные нарративы и аффекты. Кроме того, это также предполагает, что терапевт открывает свой разум для пациента здесь и сейчас. Безопасность терапевтов в отношении самих себя должна гарантировать, что они смогут разделить сомнения, амбивалентность и неуверенность с пациентом.

В некоторых случаях, особенно при групповой форме работы, мы можем наблюдать пациентов, которые в основном молчат. Задача терапевта — интересоваться возможными причинами молчания и, конечно, стимулировать диалог или участие пациента в группе. Фундаментальная предпосылка терапии на основе ментализации состоит в том, что в комнате находятся два человека или несколько людей, а значит «более, чем один ум». Терапевт размышляет вслух, делится идеями, выдвигает гипотезы и явно демонстрирует пациенту, что он находится в нашем сознании. Цель такой формы самораскрытия — побудить пациента задуматься об активном ментализующем уме терапевта.

В поиске подтверждения своей правильности и потому исключительности пациент может создавать отношения псевдосотрудничества, псевдосоответствия и псевдоментализации. Стремление удовлетворить потребности других людей может проявляться и в кабинете терапевта, когда «желание казаться» преобладает над «необходимостью быть». В итоге, озабоченность «правильностью» мыслей, эмоций и действий убивает их «правдивость». В отличие от алекситимии, чувства распознаются пациентом, но активно подавляются, особенно в терапевтических отношениях. Это прекрасная возможность поработать с переносом и контрпереносом, пытаясь вовлечь пациента в то, что происходит на терапевтической встрече здесь и сейчас. Это также идеальный контекст для демонстрации искреннего любопытства и интереса к пациенту. Такой терапевтический подход активен в том смысле, что бросает вызов утверждениям и подтверждает или опровергает их истинность. Пациенты часто разочаровываются в отношении родителей, партнеров и медицинского персонала, которые слишком быстро принимают за истину их заявления о благополучии. Ментализующая же позиция терапевта, связанная с любопытством и постоянной перепроверкой, создает ощущение, порой впервые в жизни пациента, что его «видят и чувствуют».

Ментализующий подход стимулирует открытое исследование различных функций и значений симптомов. Такой подход, открывающий диалог о возможных положительных аспектах расстройства, может восприниматься пациентом как освобождающий. Терапевт демонстрирует, что пациенту разрешено проявлять амбивалентность, сомнения, колебания и сопротивление. Создание такой атмосферы открытого исследования чаще всего полезно для терапевтического альянса, не в последнюю очередь потому, что сам терапевт пытается лучше понять сложность расстройства. На практике это может быть проработано в диалогах в рамках всех элементов структуры лечения, на индивидуальных и групповых занятиях, в психообразовательной работе и при разработке вместе с пациентом письменной формулировки кейса.

Низкая или амбивалентная мотивация к лечению является одной из проблем в терапии. Как правило, мотивация может снижаться, когда начинается работа над изменениями в поведении. Осознавать эту особенность и включать ее в обсуждение с пациентом крайне необходимо. Тем более, работа над мотивацией к изменениям является частью терапевтического процесса. Пациент может заметить, что разные люди, контексты и эмоциональные состояния влияют на мотивацию положительно или отрицательно, что может способствовать увеличению его самосознания.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Помимо перечисленного, терапевт должен поддерживать собственную ментализацию и заниматься самоанализом в условиях работы с пациентом, требующим особого внимания и

терпимости. Идентификации нарушений ментализации могут способствовать собственный опыт терапевта, клиническая экспертиза коллег или анализ со стороны пациента, запрашиваемый терапевтом в контексте отношений.

Структура лечения. Лечебный процесс должен быть структурирован и нацелен на стимулирование ментализации за счет комбинации различных терапевтических форматов, укрепление терапевтического альянса и предотвращение выбывания пациента из терапии. Традиционно, ТОМ является интенсивным, амбулаторным, комбинированным видом лечения, однако она также идеально подходит для стационарного лечения, особенно в междисциплинарных мультимодальных условиях. ТОМ может быть включена в различные форматы взаимодействия с пациентом: психообразовательную работу в группах, индивидуальную и групповую терапию, а также может быть использована в активном обсуждении формулировок кейсов, при создании антикризисного плана и регулярных встречах группы специалистов. Для детей и подростков также возможна комбинация с семейной терапией.

Амбулаторная ТОМ как стандартная процедура следует четко структурированному терапевтическому плану. Лечение на основе ментализации следует рассматривать как долгосрочное. Начало терапии происходит в ходе нескольких дискуссий с диагностикой и обсуждением, формулировкой случая или плана лечения, разработкой кризисного плана и соглашением о терапии. Затем следует структурированное психообразование в группе в течение 8–12 нед. Только после этого начинается 18-месячное амбулаторное лечение с одного индивидуального и одного группового сеанса в неделю. В некоторых случаях, например при ПРЛ, используются программы длительностью до 2 лет. Формулировка случая пересматривается каждые 3–6 мес. Наблюдение осуществляется признанным клиницистом или супервизором. Центральным инструментом амбулаторной ТОМ является формулировка случая, в которой проблемы ментализации пациента связывают с симптомами и определяют цели терапии. Подразумевается комбинация индивидуальной и групповой форм терапии с двумя раздельными терапевтами, работающими в одной команде, еженедельное посещение занятий пациентом. Каждый сеанс индивидуальной и групповой терапии также следует структурированному процессу, который обеспечивает согласованность сеансов и сосредоточение внимания на проблеме, которая в данный момент находится на переднем плане.

Оценка и подготовительная работа. Первый этап состоит из 4–6 индивидуальных занятий с клинической оценкой, использованием стандартизированных исследовательских инструментов, начального психообразования и презентации модели терапии в группах. К концу этой стадии терапевты и пациент согласовывают первую версию описания кейса и, если необходимо, антикризисный план, подчеркивая цели лечения, возможные проблемы на пути выздоровления и способы их решения.

На этом этапе с целью выявления нарушений ментализации может быть использован тест «Чтение мыслей в глазах» (от англ. Reading the Mind in the Eyes Test; Baron-Cohen S. et al., 2001) [5]. Тест был первоначально разработан для оценки ментализации у людей с синдромом Аспергера, но в последнее время он успешно использовался и у лиц с ПРЛ. Тест включает 36 фотографий области глаз различных людей, и респонденты должны выбрать одно из четырех слов, описывающих, что вероятно человек думает или чувствует. Задача включает первый этап атрибуции психического состояния, то есть «бессознательное, быстрое, автоматическое» декодирование «языка» глаз без последующей когнитивной проработки.

Несмотря на трудности в концептуализации ментализирующей функции человека, наиболее приближенными в оценке элементов ее составляющих являются:

- шкала трудностей эмоциональной регуляции (от англ. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS); Gratz K.L., Roemer L., 2004), существует короткая и длинная версии (18 и 36 вопросов соответственно) [6];
- опросник рефлексивного функционирования (от Reflective Functioning Questionnaire–46 (RFQ–46); Fonagy P. et al., 2016) [7]. Рефлексивное функционирование — это конструкция, которая пытается измерить способность человека думать о своем собственном психическом состоянии и о психическом состоянии других.
- торонтская шкала алекситимии (от англ. Toronto Alexithymia Scale–20 (TAS–20); Taylor R.M. et al., 2003) [8].

На основании клинического интервью и оценки результатов предложенных шкал могут быть вынесены предварительные суждения о ментализирующих функциях пациента.

Психообразование в группах. Для психообразования групповая работа считается проверенным форматом, как диагностическим, так и трансдиагностическим.

Психообразование обычно состоит из 12 сеансов с максимум 10 пациентами, на которых обучают тому, что такое ментализация и какова ее функция, что такое чувства и как мы их регулируем. В нем рассматриваются темы привязанности, проявления пограничного (или

антисоциального) расстройства личности, депрессии, тревоги и других нарушений, целей ТОМ. Занятия проходят еженедельно и длятся 1,5 ч. Для антисоциального расстройства личности терапия принимает модифицированную форму с акцентом на основные эмоции и специфические аспекты расстройства. Что касается расстройств пищевого поведения, количество сессий может быть сокращено до 5–8 или изменено их содержание, чтобы также были включены темы, специфичные для этих нарушений. Психообразовательные группы должны активизировать процесс ментализации у пациента, в том числе за счет стимулирования его активного участия посредством диалога и упражнений. Цель состоит в том, чтобы представить некоторые релевантные концепции, которые могут идентифицироваться пациентом в момент их возникновения в динамике индивидуальной и групповой терапии. Психообразование обычно проводится в группе, хотя при необходимости, например, если пациент присоединяется к терапии поздно, возможен индивидуальный формат.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Примерное содержание психообразовательных сессий ТОМ: «Что такое ментализация?»; «Что такое проблемы с ментализацией?»; «Почему у нас есть чувства и каковы их основные типы?»; «Как мы можем воспринимать и регулировать чувства?»; «Важность отношений привязанности»; «Привязанность и ментализация»; «Что такое расстройство личности?»; «Что такое терапия, основанная на ментализации?»; «Страх, привязанность и ментализация»; «Депрессия, привязанность и ментализация»; «Резюме и заключение».

Основной этап работы. Многие пациенты предпочитают индивидуальную терапию, считая групповой формат взаимодействия более сложным, а индивидуальный более безопасным. Существуют в основном два разных групповых формата в ТОМ, которые были разработаны в отношении интенсивного амбулаторного лечения пограничного и антисоциального расстройств личности, но также могут быть использованы для других расстройств и в любом другом контексте модифицированы в соответствии со спецификой институциональных обстоятельств. Сеанс групповой терапии длится 1,5 ч и проводится под руководством двух терапевтов. Групповое взаимодействие бросает вызов ментализации и поэтому необходимы некоторые модификации терапевтической позиции по сравнению с более традиционной психодинамической групповой терапией. Терапевт должен быть более активным, пытаться вовлечь пациентов в ментализацию себя и других и оставлять меньше места для молчания. Если в групповых занятиях участвуют два терапевта, рекомендуется активно использовать друг друга и вместе моделировать ментализацию. Традиция ментализации стремится сделать групповую терапию более эффективной с помощью подходов, в которых особое внимание уделяется стимулированию самой ментализации.

Использование совместно написанных документов. Частью терапевтического процесса является разработка совместно написанных формулировок кейсов и кризисных планов в начале лечения. Необходимо, чтобы эти тексты были доступны пациенту. Более того, документы должны быть продуктом совместной работы не только с пациентом, но и с терапевтической командой.

Формулировки кейса. Данный документ пытается систематизировать клинический опыт терапевта и опыт пациента для того, чтобы определить цели терапии и способы их достижения. Формулировка кейса должна содержать ответы на вопросы: «почему пациент проходит терапию?» и «что и как следует изменить?» Эта часть структуры лечения обеспечивает основу для подтверждения теории ментализации, оценки потребностей и сильных сторон пациента, эффективности используемых терапевтических подходов, процесса изменений и определения желаемых краткосрочных и долгосрочных результатов лечения. Формулировка кейса создается терапевтом и редактируется пациентом, так что она становится совместным документом, который помещается в архив терапевтических записей. Общая идея создания данного документа состоит в том, что он инкапсулирует проблемы, представленные пациентом, и указывает, что можно сделать в терапии для их решения. Важно описать, как пациент ментализировался в прошлом и в настоящем и как этот процесс можно улучшить.

Кризисный план. Данный документ составляется только при необходимости, в случае наличия кризиса и соответствующих поведенческих проявлений, например, при наличии у пациента серьезных самоповреждений, суицидального поведения и серьезных осложнений в связи с ограничениями в питании или очистительными процедурами. Это краткий и очень конкретный письменный документ, в котором предлагается кто, что и когда должен делать в возникшей ситуации.

В ментализирующих подходах очень важной является бригадная работа, поэтому подразумеваются периодические встречи между членами команды с обсуждением вопросов групповой динамики и частных вопросов, касающихся отдельных пациентов. После каждого

сеанса групповой терапии рекомендуется проводить краткую встречу между групповым и индивидуальным терапевтами для оценки проблем, возникающих в каждом контексте. Желательно делать записи после каждого сеанса, чтобы другие члены команды могли определить проблемы, которые могут возникнуть на следующем групповом или индивидуальном сеансе.

Подводя итог, можно сказать, что лечение структурировано вокруг трех основных этапов:

- 1) участие пациента в терапии посредством оценки своих ментализирующих функций, совместного написания терапевтических документов и психообразования;
- 2) психологическая работа и управление соматическими симптомами в рамках терапевтических отношений;
- 3) прекращение терапии и последующее наблюдение.

Стационарное лечение. Именно при стационарной психотерапии репрезентации ненадежной привязанности постоянно активизируются, поскольку исключается социальная изоляция или выбор «безопасных» межличностных контактов. Активация пременталистических режимов в этих условиях может быть явно определена как терапевтическая возможность в модели ментализации. Таким образом, задачей стационарной терапевтической бригады является постоянный мониторинг собственной способности ментализировать в «плавильном котле» множественных отношений привязанности и проверка собственного отношения на предмет его терапевтической эффективности.

Во время стационарной психотерапии на фоне госпитализации происходит высококонцентрированное накопление терапевтических вмешательств за относительно короткий период времени. Терапия может быть полезной и устойчивой только в той мере, в какой вмешательства — независимо от того, имеют ли они психодинамическое или когнитивно-поведенческое происхождение — могут быть ментализованы пациентом и, таким образом, использоваться как внутренние репрезентации вне терапевтической ситуации. Эта работа по ментализации требует активного отношения со стороны терапевтической команды и не происходит как автоматический процесс у пациента в периоды между сессиями. Опасность того, что институциональная терапия имеет место в режиме «как если бы», и что пациенты адаптируются к концептуальному подходу через псевдо- и гиперментализацию и, таким образом, интернализируют своего рода терапевтическое ложное или чуждое Я, которое не имеет смысла для реальной жизни, не должно недооцениваться.

Часть III. Направления и методы психотерапии

ТОМ особенно подходит для стационарной психотерапии, поскольку она придает групповой терапии особенно высокий приоритет и концептуализирует ее как эквивалент индивидуальной терапии. Концепция ментализации может быть полезна для интеграции психотерапии и фармакотерапии, встроенных в доверительную и совместно разработанную терапевтическую среду, в качестве центральных компонентов стационарного психиатрического лечения. Наконец, что не менее важно, цель улучшения способности к ментализации состоит в том, чтобы позволить пациентам впоследствии получать амбулаторное лечение или повысить его эффективность и, таким образом, улучшить психосоциальное функционирование пациента в долгосрочной перспективе.

Эффективность терапии на основе ментализации. Со времени первой публикации в отношении эффективности ТОМ [9] развернулась активная международная исследовательская деятельность касательно этого подхода. Учитывая изначальную адаптацию ТОМ к лечению ПРЛ, большая часть исследований касается изучения эффективности при этом нарушении. Восьмилетнее проспективное наблюдение за пациентами с ПРЛ, которые получали ТОМ, и за проходившими обычное лечение показало, что количество пациентов, продолжавших соответствовать первичным критериям выздоровления, было значительно выше в группе ТОМ (74% против 51%). Пациенты, получавшие ТОМ, показали также лучшие функциональные результаты, связанные с большей целенаправленностью деятельности и меньшей потребностью в использовании профессиональных услуг поддержки и социальной помощи [10].

Норвежская рабочая группа также получила доказательства, что ТОМ является более перспективным, чем другие психодинамические подходы в интенсивной амбулаторной программе лечения пациентов с ПРЛ в групповом и индивидуальном формате [11, 12]. Качественное исследование обучения навыкам ТОМ у младшего медицинского персонала показало, что медсестры улучшили свое отношение к стационарным пациентам с ПРЛ и чувствовали себя более уверенно при общении с ними [13]. В другом исследовании ТОМ приводила к улучшению нейрокогнитивных функций у пациентов с ПРЛ [14]. Исследование комбинированных методов лечения выявило, что сочетание ТОМ и диалектической

поведенческой терапии было более эффективным в снижении членовредительства и тревожного типа привязанности, чем стандартное лечение только при помощи диалектической поведенческой терапии [15].

Оценка экономической эффективности ТОМ по сравнению с обычным лечением при ПРЛ показало небольшую экономическую эффективность вмешательства через 36 мес после лечения. Полученные данные иллюстрируют: вероятность того, что ТОМ приведет к большему количеству ремиссий при дополнительных затратах, составляет 58% по сравнению с обычным лечением, а вероятность того, что ТОМ приведет к большему количеству ремиссий при меньших затратах, составляет 35% [16].

В настоящее время проводятся большие РКИ эффективности ТОМ при психотических расстройствах [17], группового формата ТОМ у подростков с ПРЛ [18].

Перечисленные выше ментализирующие навыки и принципы работы могут использоваться как отдельные элементы в лечении пациентов с различными психическими расстройствами, либо определять ТОМ как основной терапевтический подход. В последнем случае это подразумевает наличие полипрофессиональной бригады, достаточного количества квалифицированных специалистов в области данного вида психотерапии, а также большую длительность и структурированность терапевтического процесса. Вне зависимости от того, будет ли ментализация основой терапии или всего лишь ее элементом, с нашей точки зрения, использование перечисленных подходов позволит клиницистам как никогда лучше понять суть переживаний и поведения своих пациентов, а также собственных реакций на них.

Список литературы

1. Fonagy P. Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient // *Int. J. Psychoanal.* 1991. Vol. 72. Pt 4. P. 639–656.
2. Fonagy P, Allison E. The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship // *Psychotherapy.* 2014. Vol. 51, N. 3. P. 372–380.
3. Fonagy P., Bateman A.W. Adversity, attachment, and mentalizing // *Compr. Psychiatry.* 2016. Vol. 64. P. 59–66.
4. Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., Target M. *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of Self.* London: Karnac Books, 2002. 592 p.
5. Baron-Cohen S., Wheelwright S., Hill J. et al. The «Reading the Mind in the Eyes» test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high functioning autism // *J. Child Psychol. Psychiatry.* 2001. Vol. 42. P. 241–251.
6. Gratz K.L., Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale // *J. Psychopathol. Behav. Assess.* 2004. Vol. 26. P. 41–54.
7. Fonagy P., Luyten P., Moulton-Perkins A. et al. Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire // *PLoS One.* 2016. Vol. 11, N. 7. Article ID e0158678.
8. Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J.D.A. The 20-Item Toronto Alexithymia Scale — IV: Reliability and factorial validity in different languages and cultures // *J. Psychosom. Res.* 2003. Vol. 55. P. 277–283.
9. Bateman A.W., Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial // *Am. J. Psychiatry.* 1999. Vol. 156, N. 10. P. 1563–1569.
10. Bateman A.W., Constantinou M.P., Fonagy P., Holzer S. Eight-year prospective follow-up of mentalization-based treatment versus structured clinical management for people with borderline personality disorder // *Personal Disord.* 2021. Vol. 12, N. 4. P. 291–299.
11. Antonsen B.T., Kvarstein E.H., Urnes O. et al. Favourable outcome of long-term combined psychotherapy for patients with borderline personality disorder: Six-year follow-up of a randomized study // *Psychother. Res.* 2017. Vol. 27, N. 1. P. 51–63.
12. Kvarstein E.H., Pedersen G., Urnes O. et al. Changing from a traditional psychodynamic treatment programme to mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder — does it make a difference? // *Psychol. Psychother.* 2015. Vol. 88, N. 1. P. 71–86.
13. Warrender D.J. Staff nurse perceptions of the impact of mentalization-based therapy skills training when working with borderline personality disorder in acute mental health: A qualitative study // *Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 2015. Vol. 22, N. 8. P. 623–633.
14. Thomsen M.S., Ruocco A.C., Uliaszek A.A. et al. Changes in neurocognitive functioning after 6 months of mentalization-based treatment for borderline personality disorder // *J. Pers. Disord.* 2016. Vol. 31, N. 3. P. 306–324.
15. Edel M.A., Raaff V., Dimaggio G. et al. Exploring the effectiveness of combined mentalization-based group therapy and dialectical behaviour therapy for inpatients with borderline personality disorder: A pilot study // *Br. J. Clin. Psychol.* 2017. Vol. 56, N. 1. P. 1–15.
16. Blankers M., Koppers D., Laurensen E.M.P. et al. Mentalization-based treatment versus specialist treatment as usual for borderline personality disorder: Economic evaluation alongside a

- randomized controlled trial with 36-month follow-up // J. Pers. Disord. 2021. Vol. 35, N. 3. P. 373–392.
17. Weijers J., Ten Kate C., Eurelings-Bontekoe E. et al. Mentalization-based treatment for psychotic disorder: protocol of a randomized controlled trial // BMC Psychiatry. 2016. Vol. 16. P. 191.
 18. Beck E., Bo S., Gondan M. et al. Mentalization-based treatment in groups for adolescents with borderline personality disorder (BPD) or subthreshold BPD versus treatment as usual (M-GAB): Study protocol for a randomized controlled trial // Trials. 2016. Vol. 17, N. 1. P. 314.

Часть III. Направления и методы психотерапии

20.6. Психоанализ в России (принципы петербургской школы)

Понятием «принципы» (от лат. *principium* — начало) определяются основные идеи, лежащие в основе всех других положений и правил какой-либо деятельности. Обычно принципы базируются на внутренних убеждениях и установленных нормах поведения, которые обосновывают практическим опытом.

Школа — определенная система научных взглядов, а также сообщество ученых, которые придерживаются этих взглядов. Школы обычно формируются на базе кафедр, институтов и объединений ученых.

Классическое наследие. В классическом психоанализе основные терапевтические подходы базировались на идеях особой роли вытесненных воспоминаний (детских и актуальных психосексуальных травмах), а также на восстановлении бессознательных содержаний, их интерпретации и инсайтах пациента. В центре внимания аналитиков находились преимущественно интрапсихические процессы и конфликты, выявление которых осуществлялось методом свободных ассоциаций, путем исследования сновидений и фантазий.

Однако постепенно фокус сместился на интерперсональный (интерсубъективистский — в западной литературе) подход, а именно — на специфику и качество отношений между пациентом и аналитиком как наиболее значимые факторы успешности терапии. Сразу отметим, что это вовсе не отрицает значимость классических подходов З. Фрейда, которые остаются фундаментальными основаниями всего психоанализа. Напомним эти подходы еще раз:

Принцип психоаналитической нейтральности. Можно было бы упомянуть еще несколько ключевых положений, но вернемся к интерперсональному подходу, одно из главных положений которого (применительно к любой модальности) можно было бы сформулировать так: психотерапия — это не то, что терапевт делает с пациентом, а то, что происходит между ними. Фактически, этот тезис уводит нас от длительно существовавшего принципа психоаналитической нейтральности и одновременно предъявляет особые требования к личности терапевта, как одного из главных участников специфического межличностного взаимодействия. Прежде всего, следует подчеркнуть, что далеко не каждый может стать успешным терапевтом, даже получив солидную общеобразовательную, теоретическую и практическую подготовку. Для этого, помимо упомянутых условий, требуется еще внутренняя (присущая личности, как таковая) культура общения, особые черты характера (прежде всего — доброжелательность и терпимость), искренний интерес к людям, душевная теплота, способность к эмпатии, эмоциональная зрелость и устойчивая система ценностей. Отдельно следует упомянуть высокую психоэмоциональную выносливость, так как материал, который приносят наши пациенты, иногда требует запредельного психического напряжения, и не на несколько часов или дней, а на годы.

Наиболее значительный вклад в интерперсональный подход внесли аргентинские аналитики Маделайн и Вилли Баранджер, которые исходили из того, что человек никогда не существует изолированно — вне межличностных отношений и вне влияния других людей, поэтому рассмотрение пациента в качестве некой «монады» — это фикция. Каждая личность по-разному проявляется в отношениях с различными другими субъектами, как в быту, так и в психоаналитическом процессе. Точно так же могут различаться трансферы по отношению к разным аналитикам. В свою очередь каждый аналитик меняется в процессе работы с каждым новым пациентом или анализантом. Таким образом, каждая аналитическая сессия является парной ситуацией, в которой все вспоминаемые и воображаемые сюжеты и межличностные ситуации переживаются, но никогда не воплощаются в реальном взаимодействии пациента и аналитика; а оба участника аналитического процесса функционируют в рамках отношений «как если бы» (если бы аналитик был моей матерью или отцом и т.д.) и в аналогичных рамках временных параметров (как если бы «там и тогда» было «здесь и сейчас»).

Дорастивание, социализация и инсайт. В целом интерперсональный подход развивает идею З. Фрейда о дорастивании и социализации пациента. Этот подход в последние годы нередко характеризуется как обучение или дообучение, который реализуется уже после достижения инсайта пациента. Таким образом, после того, когда вначале терапевт, а затем с

его помощью и пациент установили причинные и смысловые связи между событиями и чувствами, о существовании которых пациент ранее даже не подозревал. Сделаем существенное примечание: терапевт не формулирует инсайт и не подносит его как «подарок» пациенту — он подводит его к собственному инсайту, но может принимать участие в интерпретации инсайта пациента, когда тот уже состоялся. Такая интерпретация практически всегда способствует снижению тревоги и эмоционального напряжения, особенно если пациент доверяет терапевту и у них сформировался достаточно прочный терапевтический альянс.

После интерпретации, а чаще после нескольких интерпретаций, которые носят отчасти дидактический, а отчасти суггестивный характер, у пациентов нередко возникает эффект «сверх-понимания» и благополучия, который катализируется явным или скрытым одобрением (или выражением удовлетворенности) достигнутым у терапевта. Терапевт может оценить это как существенный шаг к более зрелому восприятию собственной личности и поведения, и некоторые коллеги вполне удовлетворяются таким вариантом преодоления невротического конфликта. Однако чаще всего это оказывается весьма неустойчивым и кажущимся успехом. В процессе проработки к инсайту и к различным (или даже одним и тем же) вариантам его интерпретации целесообразно обращаться многократно. Здесь психотерапия вновь смыкается с дидактикой и следует тем же принципам, как и при социализации ребенка в детстве, когда его последовательным и многократным (доброжелательным) убеждением приучают к горшку, мытью рук или формируют представления о добре и зле в процессе многократного рассказа (или пересказа с элементами интерпретации) одних и тех же сказок.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Повторим еще раз. Роль ранних (травматических) воспоминаний и индивидуальной истории ничуть не умаляется, но и не рассматривается в качестве основной цели психокоррекционного воздействия или отправной точки будущих изменений. Постепенно качественно изменилось отношение к психоаналитической нейтральности. Этот принцип был объективно необходимым на исследовательском этапе развития психоанализа. Поясним эту идею на простом примере. Если мы исследуем процессы горения того или иного вещества, естественно, что в этом случае исследователю отводится роль предельно пассивного нейтрального наблюдателя, который фиксирует все происходящие при этом процессы — температуру горения, длительность, продукты горения и т.д. Он исследует именно процессы горения, а не то, как этих процессов избежать или прекратить. Точно так же появление микроскопа стимулировало массу открытий, включая, например, открытие формулы крови, подсчет количества лейкоцитов, тромбоцитов и т.д. Однако эти новые методы исследования не предоставляли никаких прагматических данных для успеха терапии. Врач-исследователь и врач-терапевт — это вообще разные специальности.

Продолжая эту аналогию, следовало бы признать, что некоторые аналитики в своей работе продолжают следовать исследовательской парадигме З. Фрейда. В этом нет большого греха, если они ставят именно исследовательские задачи или если речь идет о первом этапе терапии (диагностических сессиях). Однако на последующих этапах нейтральность аналитика может приобретать характер негативного фактора терапии и оцениваться пациентом как отстраненность, душевная холодность, отсутствие интереса к его личности или даже молчаливое презрение и отвержение. Добавим, что нейтральный аналитик рядом с рыдающим от душевной боли пациентом — это что-то наподобие стоматолога-садиста, пренебрегающего обезболиванием. Вообще нейтральность — это предельно искусственное отношение, к которому могут быть определенные показания и которое может применяться, когда это необходимо. Однако оно уже давно не входит в перечень основных правил психоанализа. Одновременно с этим более взвешенный подход к принципу нейтральности вовсе не означает, что терапевту позволено высказывать некие оценочные суждения, поощрения или порицания, или навязывать пациенту свою систему эталонов поведения и ценностей. Пациент всегда отчасти идентифицирует себя с терапевтом, и одновременно приписывает ему даже те позитивные качества, которых у последнего может не быть. Более того, в рамках этой (отчасти фантазийной) идентификации с терапевтом он склонен формировать свои прекоцепции о здоровой личности, адаптивном реагировании, системе смыслов и ценностей, отражая и интроецируя личность терапевта, но терапевт, повторим еще раз, не может и не должен ничего навязывать. Тем не менее в рамках интерперсонального подхода терапевту позволено большая степень самораскрытия, в том числе предъявления своих чувств, мыслей и идей пациенту. Таким образом, принцип нейтральности сохраняется, но становится относительным и гибким.

Исследуя проблемы пациентов, чрезвычайно важно установить источники и историю развития той проблемы, которую он предъявляет в качестве основной. Чаще всего

отклонения в нормальном развитии происходят незаметно, как бы исподволь, и лишь затем (по истечении какого-то периода времени) приобретают реальное звучание. С точки зрения внутренних ресурсов личности целесообразно уточнить, были ли провоцирующие факторы мощными и одномоментными, или психическое расстройство развивалось постепенно, путем накопления нескольких, на первый взгляд, не таких уж существенных (для кого-то другого) аффектов, иначе с каким адаптивным и дезадаптивным багажом пациент приходит в терапию? Дополнительным вопросом является установление интрапсихического или межличностного психогенеза предъявляемого материала.

Симптом. Существенные изменения происходят и в отношении симптомов. Как известно, в начальный период развития психоанализа считалось, что, в отличие от соматической медицины, симптомы никак не указывают на причины страдания пациентов или «поврежденные» области психики; они лишь демонстрируют ту или иную степень психического расстройства, причем одни и те же симптомы могут иметь самые различные причины. Именно поэтому нашими предшественниками подчеркивалось, что работа аналитика вовсе не должна быть ориентированной на устранение симптома, так как без выявления и проработки психодинамических факторов, лежащих в его основе (которые у всех пациентов разные), рецидивы неизбежны. Чаще всего в этом случае один симптом заменяется другим, как это было в случае Анны О., когда нервный кашель, неспособность говорить на родном языке и прочие проблемы сменились синдромом мнимой беременности. Более того, хорошо известно, что механизмы образования симптомов во всех случаях глубоко индивидуальны, а объективные проявления психического страдания могут быть одними и теми же. В этом есть и остается определенная доля истины. Тем не менее, как показывает клиническая практика и систематические исследования, симптомориентированная терапия может быть достаточно успешной, а устранение симптомов приводит к существенному улучшению состояния пациентов, часто вполне удовлетворяет их спрос, а состояние и самочувствие могут оставаться после такой терапии вполне удовлетворяющими пациентов на протяжении неопределенно длительного времени. Избавление от симптома и ощущение внутреннего комфорта также позитивно сказывается на межличностных отношениях пациентов.

В любом случае терапевт исходит из запроса пациента, его духовных, ситуационных, временных и финансовых возможностей. Если пациент ориентирован исключительно на избавление от симптома и параллельно сообщает, что для систематической терапии у него есть всего 2–3 мес и на такой же период рассчитаны его материальные ресурсы, этот запрос должен быть удовлетворен (и в этом случае целесообразно сочетать психоанализ с некоторыми техниками из когнитивно-бихевиоральной терапии). Совершенно иные терапевтические подходы и техники, а также иной сеттинг предлагаются, когда пациент не ограничен во времени и средствах и хотел бы «разобраться в себе», имеет явные характерологические особенности или страдает пограничной патологией.

Сеттинг. На протяжении длительного периода основное различие между психоанализом и психоаналитической терапией (при множестве мелких нюансов) было связано с интенсивностью сеттинга. Считалось, что если сессии проводятся реже, чем 4 раза в неделю, это не может именоваться психоанализом, так как они вряд ли будут способствовать адекватной психодинамике, формированию переноса и достижению инсайта, и должны рассматриваться как психоаналитическая терапия. Точно с таких же позиций оценивался персональный профессиональный тренинг психоаналитиков. При этом протяженность последнего составляла как минимум 4–5 лет, а иногда растягивалась на 10 лет, в связи с чем у коллег возникал естественный вопрос: неужели все потенциальные аналитики более нарушены, чем их будущие пациенты?

Часть III. Направления и методы психотерапии

Однако постепенно все больше даже ортодоксальных психоаналитиков (правда, мотивируя это финансовыми проблемами и затратами времени пациентов) начали переходить на 3, 2 и даже 1 сессию в неделю, как с пациентами, так и анализантами, проходящими профессиональный тренинг. При этом оказалось, что психотерапевтический процесс и его успешность, во всяком случае у пациентов с невротическим уровнем организации личности, никак не страдают. Имеются отдельные наблюдения, что даже у пациентов психического уровня (в случае их относительной адаптации к требованиям культуры и социума) наблюдается реальный прогресс при самом низком уровне сеттинга. Тем не менее встречаются пациенты, которые проявляют заинтересованность именно в высочайшей интенсивности сеттинга. В некоторых случаях высказываются просьбы о двух сессиях в день — утренней и вечерней, а также возможности дополнительных телефонных звонков, без которых, по словам пациентов, им «просто не выжить». Фактически, формируется новый невроз или новая зависимость — все мысли таких пациентов и вся их жизнь оказываются

поглощенными процессом психотерапии. Они бы с удовольствием вообще не расставались с терапевтом, и активно демонстрируют желание его «поглощения». Естественно, что такое развитие событий никак не приближает пациента к каким-либо позитивным изменениям. Для таких пациентов характерно типичное (высказываемое или тайное) заблуждение, что именно психотерапевт и сам процесс общения с ним приведет к желанным результатам, а их собственные усилия и энергия направляются не на внутренние проблемы, а на принуждение терапевта тратить на них как можно больше времени, в общем-то, без особого эффекта. Нужно признать, что при высокой платежеспособности пациентов, в некоторых случаях им удается реализовать собственное «понимание» психотерапевтического процесса, и навязать терапевту именно такой стиль межличностного общения, не имеющий никакого отношения к психотерапии. Психотерапевт любого направления всегда отчасти принимает на себя роль воспитателя (преимущественно путем «корректирующего эмоционального опыта», по Ф. Александру, или «дозированной интроекции кусочков своего Супер-Эго пациенту», по Дж. Стрейчи), но ни в коем случае — круглосуточной няньки для не способного к рефлексии «младенца».

Безусловно, если у пациента, например с паническими атаками, зашкаливает уровень тревожности, вначале сессии могут быть более частыми, как минимум 2–3 раза в неделю. Однако по мере купирования таких приступов или снижения их интенсивности целесообразно сокращать количество сессий до 2 или даже 1 в неделю. Если рабочий альянс сформирован, а психодинамический процесс запущен, он продолжается независимо от того, находится ли психоаналитик рядом или в другом городе. Терапевт не должен становиться костылем для пациента «с травмой», наоборот — ему нужно всеми силами препятствовать формированию у пациента представлений о том, что он способен уверенно перемещаться по жизни только при наличии этой опоры. Главная задача психотерапевта принципиально иная — помочь пациенту обрести веру в себя и свои силы.

Гибкость сеттинга. Как ранее, так и сейчас многие терапевты тяготеют к жесткости сеттинга. После обсуждения того, насколько это удобно для пациента и для терапевта, обычно устанавливаются конкретные дни визитов и их временные рамки. Например, только по вторникам и четвергам, с 17:00 до 17:45. Однако нужно не забывать, что мы живем в чрезвычайно динамичное время, а наши пациенты в ряде случаев демонстрируют (вернее вынуждены демонстрировать) высочайшую мобильность: во вторник пациент был еще здесь, а в четверг — обязан быть в Париже или Вене. Кроме высоких профессиональных качеств психоаналитик должен обладать самой обычной человеческой доброжелательностью и с пониманием относиться к запросам пациента, ибо терапия — это лишь часть жизни наших клиентов. Встречи могут (по взаимному согласию) переноситься, отменяться, пролонгироваться или даже сокращаться. По мере улучшения психоэмоционального состояния пациента или снижения остроты проявлений его симптомов частота сессий обычно снижается, а может уменьшаться и их протяженность (например, до 30 мин). Согласие пациента на такие предложения терапевта — это еще одно свидетельство прогресса терапии. При завершении терапевтических отношений вполне эффективными и одновременно подготовительными к расставанию могут быть промежутки между сессиями в 1–2 нед и даже в 1 мес. В других случаях — опять же, по обоюдному согласию терапевта и пациента, — сессии могут быть нерегулярными, но этот вариант не относится к начальному периоду терапии, так как в это время стабильность сеттинга играет роль самостоятельного терапевтического фактора. Пациента не лечат, более того, сообщение человеку с расстройством психики, что он «больной», носит уничижительный и оскорбительный характер. Пациентам помогают развиваться, восстанавливать и укреплять Эго, обучают их способности общения со своим внутренним миром, замечать, понимать и принимать те позитивные изменения, которые происходят в процессе терапии.

Кушетка и ее значение. О значимости кушетки как неким маркером психоанализа, способа достижения состояния относительной релаксации и более комфортных условий для обсуждения интимных и сокровенных тем (когда взгляд глаза в глаза исключается) написаны десятки статей и книг. Однако не наличие кушетки делает сеансы психоаналитическими. Они становятся таковыми только в случае применения адекватных психоаналитических техник, квалифицированной работы с сопротивлением, переносом и защитами. В последние десятилетия получает все большее распространение подход, который базируется на обсуждении (вместо директивного предложения «прилечь на кушетку») той позы, которую предпочитает конкретный пациент. При этом приоритетным является мнение пациента. Безусловно, положение лицом к лицу создает больше напряжения, как у пациента, так и у терапевта, но одновременно с этим снижается вероятность существенного регресса пациента в терапии, а взаимодействие с терапевтом обретает дополнительный невербальный фон (в том числе считываемый с лица терапевта), делает общение более активным и естественным, так же как и формирование переноса (как позитивного, так и негативного). В целом перенос формируется как своеобразное отраженное чувство, как реакция на искреннюю заинтересованность в общем-то постороннего для пациента человека к его проблемам и

переживаниям. Дополнительно отметим, что глубокая регрессия, которая ранее считалась почти естественным и некоторое время даже важным компонентом терапевтического процесса, в настоящее время большинством терапевтов не поощряется, более того, ее стараются не допускать. Если пациент лежит на кушетке, при появлении заметного регресса, ему обычно предлагают провести оставшуюся часть сессии лицом к лицу. Положение лицом к лицу предъявляет повышенные требования к невербальным посылам терапевта, способствует определенной фиксации пациента на обсуждаемой теме, а осознание зрительного контроля терапевта нередко в существенной степени снижает возможности пациента для сопротивления — в его сознании или даже бессознательном невольно формируется представление, что терапевт и так все видит по его лицу. Некоторые начинающие специалисты пытаются говорить с пациентами неким «особым голосом» или с особыми интонациями, или с неким особым выражением лица. Все это можно было бы охарактеризовать одним термином — «псевдородительская позиция». Ничего этого не требуется. Наиболее точную рекомендацию дал в свое время К. Роджерс: «Человек пришел к человеку». А все наши отличия от других людей состоят только в облеченности высоким знанием о механизмах функционирования психики, как в норме, так и при тех или иных психических расстройствах, а также в желании и способности реально помогать, поощряя пациента к достижению автономии. Проблема сепарации не должна появляться только на заключительном этапе терапии, она должна присутствовать с самого начала, вплоть до установления (по согласованию с пациентом) конкретной протяженности терапии и срока ее окончания. Эти конкретные даты и сроки, вне сомнения, могут обсуждаться и переноситься, но для некоторых пациентов такие временные и финансовые «рамки» чрезвычайно важны и становятся мощным стимулятором работы над собой, поощряя естественное для любого человека стремление к независимости. Такой подход может быть достаточно адекватным для пациентов с невротическим уровнем психических расстройств, но для пограничных пациентов и в других, более серьезных случаях, как правило, требуется достаточно длительная терапия.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Понятие «лечения». Практически до конца XX в. психоаналитики, следуя медицинским канонам, в своих публикациях и в повседневной жизни традиционно именовали своих пациентов больными, их психические расстройства — болезнями, а свое взаимодействие с ними — лечением. Однако постепенно, скорее интуитивно, чем на основе какой-то новой концепции, все больше коллег стали употреблять определения «клиент» или «пациент», говорить о личностных нарушениях или тех или иных психических расстройствах и терапии или психологической коррекции. И хотя терапия — это синоним лечения, но в этом варианте этот термин приобрел качественно иное, можно сказать, психологическое содержательное наполнение. Это, по сути, стало, с одной стороны, первым шагом в сторону ухода от медицины и ее биологических концепций, а с другой — переходом к метапсихологической и психодинамической парадигмам всей психотерапии. Выше уже упоминалось, что симптом имеет применительно к психопатологии принципиально иное значение, а понятие «болезнь» по всем медицинским критериям вообще не применимо к психическим расстройствам, так как когда что-то обозначают термином «болезнь», подразумевается, что строго выполнен целый ряд фундаментальных положений. В частности, что установлено и точно описано:

- 1) чем она вызывается (ее этиологический фактор — вирус, бактерия, химические или физические факторы и т.д.);
- 2) по каким физиологическим механизмам она развивается (ее патогенез);
- 3) какие органы и ткани организма при этом поражаются болезненным процессом, и как эти изменения в органах и тканях проявляются на макроскопическом уровне и при микроскопическом исследовании;
- 4) какие телесные симптомы проявляются на тех или иных стадиях развития болезни;
- 5) по совокупности каких симптомов выносится заключение, что человек страдает именно таким заболеванием, а не каким-то другим;
- 6) какие клинические, аппаратурные (рентген, ЭКГ и т.д.) и биохимические анализы позволяют подтвердить, что речь идет именно об этом конкретном заболевании;
- 7) какова схема лечения;
- 8) каковы критерии выздоровления.

Естественно, все это не имеет никакого отношения к психике. В принципе, практически любой хороший врач общей практики, если ему предоставить весь перечень клинических анализов и данные аппаратурных исследований, даже не видя пациента, с высокой долей вероятности поставит верный клинический диагноз. Однако не существует ни одного сколько-нибудь надежного биологического маркера, который позволил бы сказать, что у этой личности нет никаких психических расстройств, а у этой — невроз или пограничное расстройство.

Единственными диагностическими критериями для психотерапевтов (впрочем, и для врачей-психиатров) являются речь и поведение пациентов. Однако и это не главное отличие. Этиологические факторы в большинстве случаев (за исключением органической патологии) имеют психогенную природу, вместо биологического понятия «патогенез» уже давно утвердился термин «психогенез», диагностика проводится по вербальным и невербальным феноменам, а терапия осуществляется путем межличностного взаимодействия, а также отчасти суггестивного и дидактического воздействия на психику, природа которых остается глубоко гипотетической. Поиски этой природы продолжаются несколько тысячелетий. С эпохи Гиппократ, который объявил психику функцией мозга, ее искали в извилинах и желудочках мозговой ткани, затем в нервных проводниках и синапсах, в обмене нейромедиаторов, но так и не нашли. В психоанализе психика исходно рассматривалась как эпифеномен, поэтому психоаналитики практически не употребляют фразы типа «мне пришло в голову» или «это у вас связано с нервами». Нервы — это просто проводники нервных импульсов, а мысли приходят на ум, воспоминания всплывают в памяти, а переживания переполняют душу. Эти психические структуры также являются гипотетическими, но не несут в себе грубоматериалистического предельно примитивного содержания.

Соответственно решается вопрос и о том, в каких терминах описывается выздоровление. Весьма популярные высказывания о том, что те или иные психические расстройства излечиваются с помощью психотерапии — это что-то из области прямого переноса в нашу область практики типичных подходов биологической медицины. Там, безусловно, бывает излечение от инфекционных, соматических или даже онкологических заболеваний. И врач при выписке пациента с чувством высокого (и заслуженного) профессионального удовлетворения может вписать в медицинскую карту «Практически здоров». Никто из нас таких заключений никогда не выдавал и не будет выдавать. Ни один человек никогда не защищен от новых психологических проблем и не свободен от своего ближайшего окружения, специфики социально-экономических и политических процессов, потому что жизнь исходно травматична. То, что мы делаем, наряду с уже неоднократно упоминавшимися процессами «дорастивания» и повышения адаптивного потенциала личности, прежде всего состоит в развитии способности к адекватной психоэмоциональной регуляции и личностному росту, которые, получив соответствующий «импульс» в терапии, могут продолжаться на протяжении всей жизни человека.

Изменение в структуре проблем пациентов. В начале своего пути психоанализ уделял особое внимание психосексуальным проблемам. Как известно, описывая эти проблемы, З. Фрейд указывал, что в рассказах пациентов достаточно трудно отличить правду от вымысла и фантазий на тему эдипова комплекса и инцестуозных отношений. Тем не менее многие психоаналитики направляли свои поиски именно в этом направлении, нередко «преуспевая», вплоть до навязывания пациентам фантазий и вымыслов о событиях, которых никогда не было. Современный психоанализ уже не страдает чрезмерной увлеченностью поисками психосексуального фактора, за которым нередко скрывается некоторая информированность по поводу психоаналитических феноменов и индивидуально трансформированная интерпретация родительской заботы и ласки. По сути, уже давно общепризнанно, что мать (а иногда и отец) как объект, который заботится о соблюдении правил гигиены, в том числе в отношении аногенитальной сферы, купает и ласкает ребенка, является исходно «соблазняющей» фигурой. И эти вполне адекватные действия затем могут дополняться различными инцестуозными фантазиями, которые целесообразнее «развенчивать» в процессе терапии, чем создавать у обратившегося к аналитику взрослого предположения о некой непоправимой психической травме или исходной порочности. Безусловно, здесь не идет речь о сексуальном надругательстве над ребенком, не достигшим половой зрелости, или любых других формах совращения или сексуального насилия.

В наш стремительный век, когда взрослые бесконечно поглощены проблемой заработка и карьеры, а свободное время посвящают телевизору и персональному компьютеру, гораздо чаще приходится сталкиваться с проблемой недостатка любви, внимания и заботы со стороны родителей, отсутствием опыта систематического общения с родителями того и другого пола, их холодностью и погруженностью в собственные заботы. В совокупности это можно было бы обозначить как нарастающую родительскую депривацию, которая становится относительно независимой от реального наличия или отсутствия отца и/или матери. При этом видимость заботы создается за счет переключения внимания еще довербального ребенка на мультфильмы, а затем — на компьютерные (якобы развивающие) игры и все более современные гаджеты. Однако психика ребенка так устроена, что он любит не игры, а тех, кто с ним играет, кто, следуя принципу удовольствия, реализует его потребность в общении, в раннем возрасте фактически безграничную. Потребность младенца в телесном контакте постепенно трансформируется в потребность в постоянном зрительном контакте с фигурой, обеспечивающей его безопасность, а затем — в вербальный. Когда эти потребности последовательно не удовлетворяются, уже начинается закладываться фундамент возможной психопатологии. Именно поэтому такое распространение получили феномены

компьютерной и прочих зависимостей, которые постепенно уводят ребенка от реальности, виртуализируют его чувства, не позволяют адекватно формировать полоролевые идентификации, Я и Сверх-Я, а с учетом преобладающих в современных компьютерных играх единоборств, стимулируют развитие агрессивности и одновременно формируют ряд иллюзорных представлений, например о «запасных жизнях».

Часть III. Направления и методы психотерапии

Дистанционный психоанализ. Если бы кто-то двадцать лет назад спросил, возможно ли проводить психоанализ по телефону, в 99% случаев он получил бы в ответ категорическое «нет». Как поясняли некоторые именитые коллеги в то время: исповедь проводится в исповедальне, а психоанализ — в кабинете аналитика, добавляя вполне рациональное замечание о том, что нельзя работать с пациентом, не фиксируя его невербальные реакции. И в последнем случае они были совершенно правы. Однако мы живем в чрезвычайно динамичное время. Многие люди меняют даже место жительства, чтобы не тратить по 1,5—2 часа на проезд к месту работы и столько же обратно. Рационально ли требовать, чтобы пациент систематически тратил такое же время, для того чтобы два раза в неделю получать 45–50-минутную сессию психоанализа, в которой он нуждается? А учитывая число профессионально подготовленных психоаналитиков в нашей стране (преимущественно — в мегаполисах) и ее просторы, проблема усугубляется еще больше, например, когда ближайший аналитик находится в трехстах, а то и в тысяче километров от заинтересованного в психотерапевтической помощи. Кроме того, несколько сот тысяч наших соотечественников давно живут за рубежом, но и они хотят проходить анализ на родном языке, и абсолютно правы; анализ на иностранном — это некий эрзац-анализ.

Уже более чем двадцатилетний практический опыт показывает, что психоанализ вполне эффективно может проводиться дистанционно — по телефону, скайпу или даже в форме писем. Тем не менее во всех таких случаях целесообразно, чтобы первые 10–15 сессий были проведены очно. Мы все живем в эпоху интенсивного развития дистанционных технологий: уже давно существуют доктрины дистанционной войны, дистанционного управления, голосования, не так давно начали развиваться дистанционные образовательные технологии. Психоанализ не является неким исключением. Противодействовать прогрессу нельзя, к нему нужно адаптироваться.

Принцип филиации. В раннем периоде развития психоанализа в нем было много от своеобразного «сектантства» и особых правил, постулатов и догм, которые строго соблюдались «группой посвященных». Особое значение придавалось филиации, то есть «родословной» аналитика. На протяжении определенного времени аналитиками могли считаться лишь те, кто прошел анализ у кого-то, кто хотя бы пару раз анализировался З. Фрейдом, или у того, кто прошел анализ у кого-то, чей аналитик был анализирован кем-то «по прямой линии» от З. Фрейда. Это, в целом, воспроизводило ситуацию крещения и «рукоположения в сан», что применительно к XXI в. звучит как анахронизм. С таким же успехом математиками можно было бы считать только тех, кто ведет свою родословную от Пифагора, физиками — от Ньютона, а философами — прямых потомков Аристотеля. Даже удивительно, что психоаналитики, хорошо понимающие роль идей и символического, а благодаря Жаку Лакану — признавшие, что символическое, наряду с воображаемым и реальным, составляет одно из наиболее существенных измерений человеческого существования, так долго апеллировали исключительно к реальным и отчасти — мифологизированным признакам родства, наследования и права на развитие психоаналитических идей. Однако в конце XX в. в традиционных психоаналитических сообществах проявилась новая тенденция. Констатируя значительное увеличение среднего возраста своих членов (более 70 лет) и отсутствие притока новых кандидатов, которых не вполне удовлетворяла перспектива начать многолетний тренинг, не имея представлений о его границах и сроках окончания, теми же самыми психоаналитическими сообществами, которые ранее категорически отрицали такую возможность, было принято решение о возможности признания тренинга, полученного в некоторых других сообществах, с пренебрежением принципом филиации. При этом вначале речь шла об индивидуальных подходах в каждом конкретном случае, но затем начали кооптироваться целые сообщества сразу. В целом это соответствует духу времени и нет сомнений, что эта тенденция к объединению будет усиливаться.

Психоаналитическое образование и тренинг. Психоаналитический тренинг был впервые введен в Берлинском институте психоанализа (1920), которым руководил Макс Эйтингон. Однако его задачи еще до этого были четко определены З. Фрейдом. Они достаточно ясны и не нуждаются в особом обосновании. Во-первых, будущий специалист должен на собственном примере убедиться, что у него есть бессознательное, а вскрытые психоанализом механизмы работают, теория психоанализа реально отражает законы психического

функционирования и проявления тех или иных психических феноменов. Во-вторых, он должен почувствовать себя в роли пациента, чтобы лучше понимать, какие переживания тот испытывает в процессе терапии. И, в-третьих, будущий специалист должен максимально проработать собственные проблемы, чтобы затем не привносить их в терапию и не отыгрывать на пациенте. Эти правила не утратили своей актуальности и продолжают реализовываться всеми существующими школами психоанализа.

Однако психоанализ, как уже было показано выше, не является догмой; его методы и техники систематически модифицируются, а границы постоянно расширяются. Как писал в свое время венгерский психоаналитик Шандор Ференци, в принципе, можно все, «если знаешь, зачем», естественно за исключением сексуального, эмоционального, материального или любого другого варианта злоупотребления пациентом. Досужие рассуждения некоторых коллег из смежных направлений психотерапии о том, что психоанализ умирает, также не выдерживают критики. Здесь ситуация примерно такая же, как с космосом: лет тридцать назад даже малограмотные люди знали номера и названия всех спутников, а всех космонавтов — поименно; но попытайтесь в наше время спросить: «Кто именно сейчас на орбите и как это связано с улучшением работы наших мобильных телефонов, навигаторов, планшетов и других гаджетов?» Психоанализ уже давно внедрен не только во всю психотерапевтическую культуру и современное искусство, он вошел в обыденную жизнь и стал ее неотделимым духовным компонентом.

Когда в середине 1960-х годов выдающийся английский психоаналитик Джозеф Сандлер впервые в истории начал преподавание психоанализа в британских университетах, далеко не все коллеги отнеслись к этому революционному начинанию однозначно. Многие тяготели к традиционной закрытости психоаналитического знания от широкой аудитории и сохранению своеобразного кастового положения «группы посвященных» с приверженностью (по определению О. Кернберга) «монашеской модели» профессионального тренинга. В соответствии с этой моделью будущий аналитик должен был на протяжении достаточно длительного времени демонстрировать свою особую лояльность именно к конкретному психоаналитическому направлению и конкретной психоаналитической школе. К нему присматривались (иногда несколько лет) и затем (на основе специального отбора) поощряли званием кандидата на членство в том или ином обществе и назначали ему персонального аналитика, которого он, возможно, до этого никогда не видел. И даже если он ему не нравился, например, как личность, кандидат не мог отказаться, точнее, мог, но всего один раз. Сессии, как уже отмечалось выше, должны были проводиться не менее четырех раз в неделю, а срок профессионального тренинга не имел никаких рамок — он мог длиться годами и даже десятилетиями, а решение о завершении анализа принимал аналитик. Он же решал, когда кандидату можно начать собственную практику, а в ряде случаев этого не разрешалось вплоть до завершения личного анализа. Отказ от назначенного аналитика (до того, как он решит, что анализ завершен) во всех случаях предполагал, что весь предшествующий тренинг (3–5 лет) аннулируется, и все начинается сначала. Психоаналитическое образование было несистематическим и осуществлялось в форме посещения тех или иных семинаров и чтения статей и книг, которые рекомендовал все тот же личный аналитик. После того как начиналась практика, будущему специалисту назначались, как правило, два или более супервизора, которые уже совместно решали — готов ли кандидат к тому, чтобы получить звание члена общества. По завершении такой обычно 10 или 12-летней подготовки кандидат получал сертификат специалиста, который не имел законной силы нигде за пределами той общественной организации, где он проходил подготовку, включая, например, другое психоаналитическое общество.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Во многих традиционных психоаналитических обществах эта система действовала до настоящего времени. Однако затем аналитики начали критически пересматривать эту систему. Постепенно начали формироваться представления, что психоаналитическое образование и психоаналитический тренинг — это принципиально разные варианты подготовки. Начали открываться реальные институты психоанализа и формироваться систематические университетские курсы преподавания этой дисциплины (как раздела психологии и психотерапии) с ориентацией на официальное (государственное) признание полученных дипломов. При этом тот, кто получил психоаналитическое образование, если он не намерен стать практикующим психоаналитиком, вовсе не обязательно должен проходить профессиональный тренинг (с которого ранее все начиналось, причем до психоаналитического образования). Он может применять свои знания в повседневной жизни или заниматься психоанализом культуры, социума, рекламы, бизнеса и т.д.

Для тех, кто ориентирован на практику, был введен ряд новых вполне демократических правил. Анализант сам выбирает своего аналитика из числа лиц, допущенных к тренинговой

работе. Был установлен четкий стандарт тренинга (как минимум 250 ч), после прохождения которых анализант самостоятельно принимает решение о завершении анализа в связи с выполнением тренинга (но может и продолжить, если у него есть такое желание, однако это уже его желание и иная нравственная ситуация). Начиная практику, анализант сам выбирает двух или более супервизоров из числа специалистов, допущенных к супервизорской работе, а объем учебных супервизий ограничивается как минимум 150 ч. Добавим, что на протяжении многих десятилетий аналитики различных направлений (классического, юнгианского, лакановского и др.), фактически не контактировали, а их отношения строились примерно так же, как между религиозными сообществами, принадлежащими к разным конфессиям. Такой изоляционизм естественно существенно сказывался на развитии психоанализа и обмене опытом. И только в 2003 г. группа аналитиков из пятнадцати европейских стран, принадлежащие к различным направлениям и школам, организовали первое международное профессиональное сообщество нового типа — Европейскую конфедерацию психоаналитической психотерапии, провозгласив в качестве главного принципа их объединения только один основополагающий тезис: «Все, кто выполнил установленные стандарты профессионального образования и тренинга в любом из уважаемых сообществ, работают с переносом и сопротивлением, являются нашими коллегами».

Именно этим принципам следует всякий компетентный психотерапевт.

Ответы на многие вопросы можно также найти в литературе, отражающей основные принципы и развитие психоанализа [1–3].

Список литературы

Часть III. Направления и методы психотерапии

20.7. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия

Несмотря на то что теоретико-методологическую базу основных направлений психотерапии (психодинамического, поведенческого, экзистенциально-гуманистического) составляют соответствующие психологические теории, необходимость теоретической обоснованности не всегда в должной мере осознается специалистами, прежде всего врачами. Теоретическая обоснованность различных направлений психотерапии состоит в их взаимосвязи с определенными психологическими теориями, концепциями личности, которые содержат также и представления о психологическом благополучии и психическом здоровье, личностных нарушениях и их причинах, а также о возможности изменений в процессе психотерапии.

Ленинградская школа клинической психологии самым тесным образом была связана с неврологией, что создавало широкие возможности для развития как теоретических представлений о природе невротических расстройств и их психотерапии, так и практического использования и эмпирической проверки разработанной психотерапевтической системы. В итоге усилиями нескольких поколений специалистов был разработан, внедрен, изучается и совершенствуется по настоящее время единственный отечественный психотерапевтический метод, имеющий концептуальную и доказательную исследовательскую базу — *метод личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (ЛОРП)* Б.Д. Карвасарского, Г.Л. Исуриной, В.А. Ташлыкова, которая стала продолжением теории отношений В.Н. Мясищева и его патогенетической психотерапии неврозов [4, 5, 10, 15, 16].

Генетическое понимание неврозов, лежащее в основе патогенетической и личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. Отличительной чертой неврозов является их психогенный, личностный характер, возникновение под влиянием травмирующих психику жизненных ситуаций, конфликтов, противоречий. Классическая диагностика невротических расстройств осуществляется на основании принципов «негативной» и «позитивной» диагностики. Где под «негативной диагностикой» понимается исключение с помощью клинических, лабораторных и инструментальных методов любых других состояний и заболеваний, дающих клинически сходную симптоматику, но имеющую иные этиопатогенетические причины и механизмы. Позитивная патогенетическая диагностика невроза заключается в требовании установления положительной связи между клинической картиной невроза, личностью больного и обстоятельствами жизни, вызывающими у него напряжение и оказывающими патогенное действие. Одним из центральных здесь является проблема переживаний больного (часто противоречивых), неразрывно связанных с условиями его жизни.

Рассматривая невроз как функциональное психогенное расстройство вследствие переживаний личности, В.Н. Мясищев [13] отмечает, что при этом требует определения сама сущность переживания:

1) какие переживания или какие качества переживания являются патогенными;

2) каковы условия возникновения этих переживаний (ответ, указывающий на то, что речь идет о «сильном потрясающем переживании ... не верен»).

Анализируя этот вопрос, В.Н. Мясищев [13] указывает на ряд особенностей переживания, делающего его патогенным:

- 1) надо отличать сильное или потрясающее переживание от патогенного;
- 2) переживание при более глубоком анализе оказывается производным от личности переживающего;
- 3) в основе переживаний лежат взаимоотношения человека с различными сторонами окружающего, болезненные переживания лишь следствия нарушенных взаимоотношений;
- 4) переживания являются источником болезни лишь в том случае, если они занимают центральное место (или по крайней мере значимое место) в системе отношений личности к действительности, их значимость — условие аффективного напряжения;
- 5) переживание является патогенным, когда оно обусловлено несоответствием между потребностью и возможностью достижения целей и задач личности, то есть только тогда, когда оно продуктивно не разрешается, цель не достигается и потребность не удовлетворяется;
- 6) патогенность ситуации заключается в неумении личности преодолеть трудности или неспособности отказа от неосуществимых стремлений;
- 7) патогенная ситуация характеризуется ее индивидуальной и относительной неразрешимостью для данной личности, в данной обстановке, неспособностью найти продуктивный выход в данных условиях;
- 8) неумение найти рациональный и продуктивный выход влечет за собой психогенную и физиологическую дезорганизацию личности.

Во многих работах об этиологии неврозов указываются в качестве их причин семейные, производственные, социальные, бытовые и другие психотравмирующие обстоятельства. С точки зрения современных, более простых стрессогенных моделей понимания невротического расстройства они определяются как этиологические. Однако и В.Н. Мясищев, и Б.Д. Карвасарский настаивали, что «перечисленные выше факторы — производственные, бытовые, семейные и др. — нельзя рассматривать как причины неврозов; это лишь патогенные условия, которые бывают и у здоровых лиц... Патогенность внешних обстоятельств жизни проявляется лишь в сочетании с соответствующим отношением к ним личности, поэтому причины невроза — в особенностях личности, находящейся в неблагоприятных условиях, в сочетании последних, в длительном их действии, тяжести и значительном влиянии на личность больного. Разумеется, особенности личности в свою очередь являются продуктом развития, но во всех случаях внешние условия в своем действии преломляются через свойства личности» [6, 7, 11].

В ряде работ В.Н. Мясищев [9, 10, 12] рассматривает две клинические формы течения невроза, различающихся по длительности, патогенезу, характеру почвы и соотношению ее с патогенным фактором: форма острого (реактивного) невроза, при которой человек со здоровым преморбидом (полноценная почва) заболевает в силу особенно тягостных и трудных жизненных обстоятельств, и форма невроза развития, представляющего хроническое болезненное формирование личности в неблагоприятных условиях длительного перераздражения, подавления или изнеживания. При неврозе развития не острые конфликты, не потрясающие события, а вся обстановка, создающая противоречия с действительностью, и часть еще в раннем детстве, искажает ход развития личности, создавая патологические тенденции, патологическую структуру и динамику. Болезненность проявляется даже в таких условиях, которые не представляют никакой трудности и не являются травмирующими для здорового человека. Больше того, патологические черты характера служат источником множества трудностей; таковы претенциозность, агрессивность и эгоцентризм при истерии и болезненная неуверенность, сомнения, нерешительность при обсессивно-компульсивном неврозе.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Патогенной основой различных форм неврозов являются *противоречия* в тенденциях и возможностях личности, с одной стороны, в требованиях и возможностях, которые ей предъявляет действительность, — с другой. Невротические расстройства могут возникать в тех случаях, когда жизненные обстоятельства затрагивают обобщенные, особо значимые, эмоционально насыщенные отношения личности, занимающие центральное место в системе ее отношений к действительности. Индивидуальные особенности таких отношений обуславливают ее невыносимость в той или иной ситуации.

Классическими, не утратившими своего значения, являются его представления о типичных противоречиях при неврозах. Он выделяет три основных вида противоречивых отношений [13].

1. Противоречие между актуальными возможностями личности, с одной стороны, ее стремлениями и требованиями к себе, которые не противоречат, а соответствуют требованиям окружающего, с другой стороны. Источником болезни является то, что личность не умеет при данной конкретной ситуации справиться со стоящей перед ней задачей даже при самом активном стремлении ее разрешить. Противоречие заключается в относительном несоответствии между возможностями личности и между требованиями действительности. Такой характер противоречия чаще всего отмечается в условиях психогенного возникновения неврастения. Этот конфликт имеет более внешний характер, так как здесь несоответствие средств и тенденций не представляет внутреннего конфликта. Более того при неврастении в личных тенденциях ничего патологического не отмечается. Для данной формы патогенные источники обнаруживают не в тенденциях и их направленности, а в неумении правильно сообразовать свою активность с внутренними и внешними средствами выполнения задачи и достижения поставленной цели.

2. Противоречие заключается в том, что личность вступает в конфликт с различными моментами окружающей ее действительности, не находя удовлетворения своих требований, стремлений или когда действительность выдвигает требования, идущие в разрез с субъективными требованиями личности. При определенных условиях этот конфликт может быть внутренним и привести к возникновению истерического невроза. Так, женщина с развитым сознанием общественного долга выдает мужа, узнав, что он фальшивомонетчик, но, выдав, заболевает истерией. Здесь был внутренний конфликт любви к мужу и сознания долга, но, после того как муж был потерян, конфликт стал внешним, больная не может примириться с потерей мужа и заболевает, а когда примиряется, тогда выздоравливает.

3. Противоречие состоит в том, что человек заболевает в условиях противоречивых влияний и вырастающих отсюда противоречивых внутренних тенденций. Борьба между желанием и долгом, между принципами и личными привязанностями, между «инстинктивно-органическим влечением» и между этическими надстройками представляет собою типичный случай этих внутренних конфликтов. Неразрешающееся напряжение наиболее ярко выражается в состоянии нерешительности, сомнения, при котором личность колеблется в борьбе двух противоположных тенденций, причем или ни одна не приобретает перевеса — и человек страдает сомнениями, нерешительностью, раздвоением, или же одна из двух тенденций приобретает перевес, но, встречая противодействие другой, обнаруживается в навязчивом симптоме.

Таким образом, отмечает В.Н. Мясищев [13], «противоречие само по себе не создает невроза; необходимым условием является иррациональное и непродуктивное его разрешение, субъективный, иррациональный, связанный с повышением аффективности способ переработки. Аффективное погружение в свою очередь не представляет еще невроза, но тогда, когда оно дезорганизует психическую и соматическую деятельность, мы имеем дело с болезнью, — с психоневрозом».

Важным является замечание В.Н. Мясищева [13] о том, что всякая «попытка вывести клиническую картину невроза непосредственно из характера противоречия была бы, однако, довольно грубым упрощением. В каждом конкретном случае мы имеем сплошь и рядом комбинацию ряда противоречивых тенденций, в которых внешние и внутренние моменты участвуют в разном соотношении и при которых не всегда с первого взгляда можно установить истинный смысл противоречивой ситуации».

В.Н. Мясищевым и его сотрудниками (Р.А. Зачепиский, Б.Д. Карвасарский, С.С. Либих, В.Я. Мягер, А.Я. Страумит, Ю.Я. Тупицын, Е.Я. Яковлева и др.) были уточнены типичные черты личности, предрасполагающие к различным формам неврозов: почвой для истерии служит столкновение стремлений эгоцентрической личности с требованиями действительности; неврастения развивается при непосильных требованиях личности к себе, не противоречащих общественным нормам; невроз навязчивых состояний возникает у личности, неспособной разрешить свои внутренние противоречия, обычно в ситуации, требующей выбора в вопросах этики. В каждом конкретном случае патогенное противоречие имеет индивидуальное, конкретное содержание, выявление которого очень важно для психотерапии.

Патогенетическая психотерапия В.Н. Мясищева. На становление психотерапии в нашей стране существенное влияние оказала концепция патогенетической психотерапии. Основные положения ее как системы лично-ориентированной психотерапии были сформулированы на основе «психологии отношений» В.Н. Мясищева еще в 30–40-х годах прошлого столетия. Одним из фундаментальных положений следует выделить понимание личности **как системы отношений индивида с окружающей социальной средой**. Начало исследования личности как системы отношений связано с именами основателей русской медицинской психологии В.М. Бехтерева и А.Ф. Лазурского. В дальнейшем эти исследования были продолжены и развиты их учеником В.Н. Мясищевым, которому и принадлежит более детальная разработка указанной концепции личности как в общепсихологическом плане, так

и применительно к теории и практике медицины и в особенности — к учению о неврозах и психотерапии [9].

Мясищев определял личность как высшее интегральное динамическое формирование, характеризующееся как система отношений человека к действительности. Личность — не некое застывшее, однажды сформированное и неизменяющееся с определенного возраста психическое образование, а динамичное, подверженное многочисленным внешним и, прежде всего, социальным воздействиям изменяющееся формирование. Истинные отношения человека к действительности до определенного момента являются его потенциальными характеристиками и проявляются в полной мере тогда, когда человек начинает **действовать в субъективно очень значимых для него ситуациях**.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Главная характеристика личности, по В.Н. Мясищеву, — система ее отношений, прежде всего отношений с людьми, формирующихся в онтогенезе в определенных социально-исторических, экономических и бытовых условиях на базе физиологической деятельности мозга. Эти отношения представляют преимущественно сознательную, основанную на опыте избирательную психологическую связь человека с различными сторонами жизни, которая выражается в его действиях, реакциях и переживаниях. **Отношение** — сила, потенциал, определяющий степень интереса, степень выраженности эмоции, степень напряжения желания или потребности. Отношения поэтому являются движущей силой личности, движущей силой развития человека. В процессе развития слепые силы влечения организма превращаются в осознанные потребности, инстинктивное приспособление к природе и социальной среде становится все более сознательным и планомерным, включающим не только приспособление к действительности, но и преобразование ее [13].

Известно, что развитие есть постоянная борьба противоположностей, находящихся в каждый данный момент в определенном временном единстве. Одной из сторон развития личности является нарастание и обогащение системы ее возможностей и потребностей (требований к жизни). Вместе с тем окружающая действительность предъявляет ряд требований к человеку и предоставляет ему определенные возможности. Борьба и единство противоположностей здесь заключаются в том, что жизнь создает меняющиеся условия (общественные требования и возможности), которые сталкиваются с имеющимися у человека потребностями и его внутренними возможностями и побуждают его к освоению нового и переделке самого себя, в результате чего у него возникают новые потребности и новые внутренние возможности. Личность, изменяясь, развивается, меняется и характер ее отношения к действительности. Однако последняя также изменяется. Весь этот спиралевидный путь развития с наполняющими его борьбой процессами овладения и преодоления составляет основное содержание развития личности, в ходе которого она выступает не пассивным объектом, а все более активным и сознательным субъектом. В зависимости от условий развития формирование личности приводит к разным результатам. Таким образом, система отношений находится в постоянном динамическом движении в зависимости от взаимодействия человека с внешней или внутренней средой.

Выступающим в качестве важнейшего структурообразующего компонента во взаимосвязи с другими психическими явлениями — психическими процессами, свойствами и состояниями — отношения личности присущи следующие особенности: уровень активности, соотношение рационального и иррационального, адекватного и неадекватного, сознательного и бессознательного, устойчивость или неустойчивость, широта или узость, рациональная или эмоциональная обусловленность и др. Личность проявляется в разных областях, и прежде всего в социальных отношениях и взаимоотношениях, отношениях в семье, на производстве, к труду и др. В структуре отношений особенно важным является отношение человека к самому себе. Значимость последнего определяется тем, что

отношение к себе — один из компонентов самосознания (самосознание: самопознание, самооценка, саморегуляция). Именно отношение к себе, будучи наиболее поздним и зависимым от всех остальных, завершает становление системы отношений личности и обеспечивает ее целостность. В условиях, когда отношения личности приобретают особую устойчивость, они становятся типичными для личности и в этом смысле превращаются в черты характера, оставаясь отношениями [13].

Уровень развития личности определяется не только уровнем ее желаний, но и уровнем ее достижений. Определить данный уровень — значит ответить на вопросы: чего достиг человек, каковы его возможности, какой след он оставил в жизни общества, иначе говоря, каково историческое значение личности. Богатство личности определяется богатством ее опыта, ее развития, что неразрывно связано с ее сознательностью и ее самосознанием, под которым подразумевается способность личности правильно отражать действительность в

настоящем и прошлом, а также предвидеть будущее, правильно оценивать себя самого и свое место в действительности. И это, как правило, у больного неврозом страдает. Патогенной основой различных форм неврозов, согласно представлениям Мясищева, являются противоречия в тенденциях и возможностях личности, с одной стороны, в требованиях и возможностях, которые ей предъявляет действительность, — с другой. Невротические расстройства могут возникать в тех случаях, когда жизненные обстоятельства затрагивают обобщенные, особо значимые, эмоционально насыщенные отношения личности, занимающие центральное место в системе ее отношений к действительности. Индивидуальные особенности таких отношений обуславливают ее невыносимость в той или иной ситуации. В каждом конкретном случае патогенное противоречие имеет индивидуальное, конкретное содержание, выявление которого очень важно для психотерапии [11, 13].

В соответствии с концепцией неврозов В.Н. Мясищева была разработана их патогенетическая психотерапия. *Основной задачей системы патогенетической психотерапии В.Н. Мясищева является выяснение жизненных отношений, сыгравших патогенную роль, лишивших данную личность способности адекватно переработать сложившуюся ситуацию и вызвавших перенапряжение и дезорганизацию нервной деятельности* [10, 12].

Патогенетическая психотерапия предполагает уточнение особенностей жизненного опыта больного в различные возрастные периоды, отношения его к себе и окружающим, его тягостных и радостных переживаний, интересов, системы оценок, мотивации своего поведения, понимания жизни и мира в целом и своего места в нем, его мечтаний и ожиданий, симпатий и антипатий — всего того, что образует внутренний мир человека, — и сопоставление этих данных с реальными условиями его жизни в настоящем и прошлом. Внимание пациента привлекается не только к его субъективным тенденциям и тем внешним обстоятельствам, с которыми они пришли в противоречие. Основная задача заключается в том, чтобы в процессе психотерапии сам больной неврозом уловил взаимосвязи между историей его жизни, сформированными ею отношениями, вытекающими из них неадекватными реакциями на сложившуюся ситуацию и проявлениями болезни — все те взаимосвязи, которые он до того не осознавал. Уяснение их является переломным моментом в терапии, но достигается оно не сразу. При успешном продвижении в этом направлении больной становится менее напряженным, более откровенным, постепенно начинает критически переосмысливать свои прежние жизненные позиции, иначе оценивать свою ситуацию. Решающим моментом служит завершающая процесс психотерапии, перестройка нарушенных отношений больного. При этом речь идет не просто об изменении отношения к данному травмирующему обстоятельству, что само по себе не всегда возможно. Излечение наступает, если удастся изменить систему отношений больного в целом, если изменяются в широком плане его жизненные позиции и установки.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Психотерапевт осуществляет «дело перестройки личности и отношений больного», опираясь на такие капитальные ее свойства, как сознательность (способность человека давать отчет о событиях не только настоящего, но и прошедшего и будущего), социальность (способность подчинять собственные интересы общим), самостоятельность (способность управлять своим поведением согласно общественно-социальным требованиям). «Эти сугубо личностные черты, недостатки их развития, — пишет В.Н. Мясищев, — в той или иной степени из многочисленных комбинаций являются причинами невроза в трудных, вызывающих перенапряжение социальных условиях» [10, 12].

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Б.Д. Карвасарского, Г.Л. Исуриной, В.А. Ташлыкова — психотерапевтический метод, представляющее собой

дальнейшее развитие учения В.Н. Мясищева о неврозах и их психотерапии [5, 15, 16]. По основному своему теоретическим положениям ЛОРП может быть отнесена к *психодинамическому* направлению в психотерапии. Она разрабатывалась и сегодня продолжает свое научное развитие в отделении неврозов и психотерапии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Становление ЛОРП как самостоятельного направления в психотерапии может быть отнесено к началу 1970-х годов и включает в себя:

- 1) концепцию личности как систему отношений индивида с окружающей средой;
- 2) биопсихосоциальную концепцию невротических расстройств, в рамках которой невроз понимается прежде всего как психогенное заболевание, обусловленное нарушением значимых для личности отношений;
- 3) систему личностно-ориентированной индивидуальной и групповой психотерапии, основной целью которой является достижение позитивных личностных изменений (коррекция нарушенной системы отношений, неадекватных когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов), что ведет как к улучшению субъективного самочувствия

пациента и устранению симптоматики, так и к восстановлению полноценного функционирования личности.

Теория ЛОРП содержит представления о ее целях и задачах, механизмах лечебного действия, специфике и этапах психотерапевтического процесса, особенностях взаимодействия пациента, психотерапевта и группы, методических подходах и технических приемах и проч. Первоначально **цели и задачи ЛОРП** формулировались следующим образом [5, 15, 16]:

1) глубокое и всестороннее изучение личности больного: специфики формирования, структуры и функционирования его системы отношений, особенностей его эмоционального реагирования, мотивации, потребностей;

2) выявление и изучение этиопатогенетических механизмов, способствующих возникновению и сохранению невротического состояния и симптоматики;

3) достижение у больного осознания и понимания причинно-следственных связей между особенностями его системы отношений и его заболеванием;

4) изменение и коррекция нарушенной системы отношений больного неврозом;

5) при необходимости помочь больному в разумном разрешении его психотравмирующей ситуации, изменении его объективного положения и отношения к нему окружающих.

Сформулированные вначале задачи ЛОРП по сути дела отражают поэтапный характер психотерапевтического процесса — от изучения личности пациента и пациентом, через осознание, к коррекции нарушенных отношений личности — и фокусируют психотерапевтический процесс преимущественно на когнитивных аспектах. Однако ЛОРП не просто включает в качестве своих задач три плоскости изменений (когнитивную, эмоциональную и поведенческую) — сам процесс психотерапии основан на сбалансированном использовании когнитивных, эмоциональных и поведенческих механизмов.

ЛОРП может реализовываться в *двух формах* — *индивидуальной и групповой*, которые решают общие психотерапевтические задачи (раскрытие и переработку внутреннего психологического конфликта и коррекцию нарушенных отношений личности, обусловивших возникновение и субъективную неразрешимость конфликта, а также фиксирующих его). При этом индивидуальная психотерапия в большей степени ориентирована на исторический (генетический) план личности пациента, но учитывает реальную ситуацию взаимодействия, а групповая — на межличностные аспекты, но обращается и к историческому плану личности пациента.

Цели и задачи любого психотерапевтического направления, ориентированного на личностные изменения, вытекают из представлений о специфике личностных нарушений, что, в свою очередь, определяется личностной концепцией. Именно поэтому в рамках конкретного направления цели и задачи психотерапии формулируются в общем виде как для индивидуальной, так и для групповой психотерапии, но решаются с помощью собственных средств.

Задачи ЛОРП с учетом трех плоскостей ожидаемых изменений более подробно могут быть сформулированы следующим образом [5, 15, 16].

1. **Познавательная сфера** (когнитивный аспект, интеллектуальное осознание). Процесс психотерапии должен помочь пациенту осознать:

В целом задачи интеллектуального осознания в ЛОРП сводятся к трем аспектам: осознание связей «личность–ситуация–болезнь», осознание интерперсонального плана собственной личности и осознание генетического (исторического) плана. Следует подчеркнуть, что первая стадия осознания, которая условно обозначается как «личность–ситуация–болезнь», не имеет определяющего значения для собственного психотерапевтического эффекта. Она скорее создает более устойчивую мотивацию для активного и осознанного участия пациента в психотерапевтическом процессе.

2. **Эмоциональная сфера**. Процесс психотерапии должен помочь пациенту:

В целом задачи ЛОРП в эмоциональной сфере охватывают **4 основных аспекта**: точное распознавание и вербализацию собственных эмоций, а также их принятие; переживание заново и осознание прошлого эмоционального опыта; непосредственное переживание и осознание опыта психотерапевтического процесса и своего собственного; формирование более эмоционально благоприятного отношения к себе.

3. **Поведенческая сфера**. Процесс психотерапии должен помочь пациенту:

В самом общем виде направленность ЛОРП применительно к поведенческой сфере может быть сформулирована как задача **формирования эффективной саморегуляции** на основе адекватного, точного самопонимания и более эмоционально благоприятного отношения к себе.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Таким образом, задачи ЛОРП фокусируются на трех составляющих самосознания — на **самопонимании, отношении к себе и саморегуляции**, а общая цель может быть определена как формирование адекватного самосознания и расширение его сферы. В системе ЛОРП индивидуальная и групповая ее формы решают общие психотерапевтические задачи (раскрытие и переработку внутреннего психологического конфликта и коррекцию нарушенных отношений личности, обусловивших возникновение и субъективную неразрешимость конфликта, а также фиксирующих его), используя свою специфику. При этом индивидуальная психотерапия в большей степени ориентирована на исторический (генетический) план личности пациента, но учитывает и реальную ситуацию взаимодействия, а групповая на межличностные аспекты, но обращается и к историческому плану личности пациента.

Механизмы лечебного действия личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (ЛОРП) лежат в трех основных плоскостях — когнитивной, эмоциональной и поведенческой — и могут быть обозначены как конфронтация, корригирующий эмоциональный опыт и научение [3, 5, 15, 16].

Конфронтация, по мнению большинства авторов, является ведущим механизмом лечебного действия психотерапии, ориентированной на личностные изменения. Конфронтация, понимаемая как столкновение пациента с самим собой, со своими проблемами, конфликтами, отношениями и установками, с характерными эмоциональными и поведенческими стереотипами, осуществляется в основном за счет обратной связи между участниками психотерапевтического процесса. В ходе индивидуальной психотерапии «инструментом» обратной связи выступает психотерапевт, который не столько привносит в нее содержание, сколько отражает различные аспекты психологической реальности пациента, концентрируя внимание на сложностях и противоречиях. Обратная связь в групповой психотерапии является более многоплановой, так как осуществляется между каждым из членов группы и группой как целым. Каждый участник за счет обратной связи получает разнообразную информацию о самом себе: как он воспринимается другими, какие эмоциональные реакции вызывает его поведение у окружающих, насколько адекватно его понимание различных межличностных ситуаций, каковы цели и мотивы его поведения, насколько его актуальное поведение способствует или препятствует достижению этих целей и насколько они реалистичны, какие эмоциональные и поведенческие стереотипы для него характерны, какую связь между его прошлым опытом и актуальным поведением видят другие и проч. Обратная связь дает участнику группы возможность осмыслить и оценить значение собственного Я в типичных для него межличностных ситуациях и, соотнося прошлое и настоящее, понять собственные проблемы и особенности своих отношений. Пациент видит себя как бы в различных зеркалах, которыми являются участники психотерапевтической группы.

Конфронтация пациента с отраженным образом Я, во многом не согласующимся с существующим представлением о себе, способствует осознанию новых аспектов собственной личности и интеграции полученной информации, что приводит к расширению образа Я и его большей адекватности. Однако материал осознания, хотя и относится прежде всего к личности пациента, включает и иные аспекты, связанные с более адекватным пониманием других людей, особенностей их переживаний и поведения, а также определенных общих аспектов функционирования человеческой психики, взаимоотношений и взаимосвязи психических и соматических процессов, межличностного взаимодействия, иными словами, всего того, что можно обозначить как развитие психологической культуры в широком смысле. Очевидно, что групповая психотерапия создает более благоприятные условия для такого осознания, поскольку являет собой реальное эмоциональное взаимодействие, в котором во всей полноте раскрываются психологические особенности каждого участника группы, и представляет более широкие возможности для сопоставления собственных отношений, установок и позиций с отношениями, установками и позициями других людей. Такое сопоставление способствует не только более глубокому пониманию самого себя, но и повышению чувствительности к другим, принятию и уважению ценности и значимости других людей, несмотря на существующие личностные различия, а это, в свою очередь, ведет к улучшению межличностного взаимодействия, снижает напряжение и уменьшает сложности во взаимоотношениях.

Корригирующий эмоциональный опыт (или корригирующее эмоциональное переживание) включает: переживание, анализ своего эмоционального опыта (прошлого, в том числе относящегося к родительской семье, и актуального, связанного собственно с процессом психотерапии) и эмоциональную поддержку.

Эмоциональная поддержка означает для пациента принятие его психотерапевтом (или группой), признание его человеческой ценности и значимости, уникальности его внутреннего мира, готовность понимать его, исходя из его отношений, установок и ценностей.

Конструктивная переработка содержания обратной связи, становление адекватного самопонимания предполагает принятие пациентом новой информации о себе, которая часто

не согласуется с собственными представлениями. Низкая самооценка, эмоционально неблагоприятное отношение к себе препятствуют восприятию пациентом новой информации, обостряя действие защитных механизмов; более позитивная самооценка, напротив, снижает уровень психологической угрозы, уменьшает сопротивление, делает пациента более открытым для новой информации и нового опыта. Это означает, что самооценка и отношение к себе играют чрезвычайно важную роль в становлении адекватного самопонимания и могут как способствовать, так и препятствовать этому процессу. Эмоциональная поддержка оказывает стабилизирующее положительное воздействие на самооценку, повышает степень самоуважения и производит корректирующее эмоциональное воздействие на такой важнейший элемент системы отношений, каким является отношение к себе, практически всегда неадекватное в структуре отношений невротической личности.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Изменение отношения к себе происходит, с одной стороны, под влиянием нового знания о себе, а с другой — в связи с изменением эмоционального компонента этого отношения, которое и обеспечивается в основном за счет эмоциональной поддержки. Принятие пациента психотерапевтом (или группой) способствует развитию сотрудничества, облегчает усвоение пациентом психотерапевтических норм, повышает его активность и ответственность в психотерапевтическом процессе, создает условия для самораскрытия. Аналогом принятия в индивидуальной психотерапии является групповая сплоченность в групповом психотерапевтическом процессе, которая обеспечивает еще более высокий и многоплановый уровень эмоциональной поддержки. Корректирующее эмоциональное переживание связано также с переживанием пациентом своего прошлого и текущего (актуального) опыта. Возникновение в ходе психотерапии различных эмоциональных ситуаций, с которыми пациент не мог справиться в реальной жизни, позволяет в особых психотерапевтических условиях вычленить эти переживания, проанализировать их, пережить заново, переосмыслить и выработать более адекватные формы эмоционального реагирования. Еще один аспект корректирующего эмоционального переживания связан с проекцией эмоционального опыта, полученного в родительской семье, на психотерапевтическую ситуацию. Анализ этих переживаний на основе эмоционального взаимодействия в психотерапевтической ситуации позволяет пациенту в значительной степени переработать эмоциональные проблемы, уходящие корнями в родительскую семью.

Научение в рамках ЛОРП осуществляется как прямо, так и косвенно. Групповая психотерапия более благоприятствует реализации поведенческих механизмов в сравнении с индивидуальной. Группа выступает как модель реального поведения пациента, в которой он проявляет типичные для него поведенческие стереотипы. Она создает условия для выработки навыков полноценного общения и для исследования пациентом собственного межличностного взаимодействия, выявляя в нем конструктивные и неконструктивные элементы, приносящие удовлетворение или вызывающие негативные переживания. Пациент начинает ощущать свою способность к изменениям, которые приносят ему удовлетворение и позитивно воспринимаются другими. Все это создает благоприятные предпосылки для генерализации достигнутых поведенческих изменений и на другие ситуации, в реальной жизни.

Индивидуальная личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия.

Основной задачей ЛОРП является выяснение жизненных отношений, сыгравших болезнетворную роль, лишивших данную личность способности адекватно переработать сложившуюся ситуацию, вызвавших перенапряжение и физическую и психическую дезорганизацию. Психотерапия представляет пограничную зону, в которой сочетается лечение, восстановление и воспитание человека. Будучи системой перевоспитания человека путем взаимодействия врача с отдельным больным и группой лиц, она имеет целью формирование у них правильного отражения действительности и правильного отношения к ней [5, 15, 16].

В течение лечебного курса при использовании этого метода на всех его этапах постоянно осуществляются *два взаимосвязанных психологических процесса* — осознание и реконструкция отношений личности.

1-й процесс — **осознание**, инсайт — заключается в постепенном расширении сферы самосознания больного, связанном с необходимостью понимания им истинных источников собственных невротических расстройств.

2-й — **реконструкция** отношений личности — в соответствии со степенью осознания проявляется в коррекции нарушенных и выработке новых отношений на познавательном, эмоциональном и поведенческом уровнях. Психотерапевт помогает больному осмыслить

связи между способами реагирования в определенных жизненных обстоятельствах, нарушенные значимыми для него отношениями, и возникновением невроза.

В условиях ЛОРП психотерапевт пытается расширить у больного область осознаваемого, чтобы помочь ему уяснить причинно-следственные связи, породившие невроз, вербализовать смутные переживания и уточнить те соотношения, которые сам пациент прежде не соединял в своем сознании. Важно «натолкнуть» больного на связывающие звенья между различными аспектами его поведения и эмоциональными особенностями, раскрывающие уязвимые точки его личности. Полезным в этом процессе является привлечение внимания больного к возможным аналогиям его эмоциональных отношений с психотерапевтом и со значимыми в его жизни лицами.

Самое главное и самое трудное при обсуждении заключается в том, чтобы помочь больному понять, что его невроз был вызван не только обстоятельствами жизни и внешними конфликтами, но и внутренним конфликтом, в основе которого лежат его неадекватные отношения и малосовместимые потребности, вследствие чего он не способен разрешить свои проблемы. Конфликт сопровождается эмоциональным напряжением, дезорганизующим сомато-нервно-психическое функционирование пациента, и вызывающим соответствующую симптоматику. Именно эти взаимосвязи психотерапевт и помогает осознать больному. Уяснение пациентом психологических механизмов болезни не является чисто рациональным, познавательным процессом; в него обязательно должны быть включены достаточно значимые эмоциональные переживания, которые и делают возможной необходимую перестройку личности на основе положительных внутренних ресурсов. Рациональное, интеллектуальное понимание пациентом своих невротических проблем и их причин само по себе малодейственно и к необходимым переменам в личности больного не приводит; оно должно быть завершающим звеном процесса осознания, эмоционально насыщенного в своей сущности [5, 15, 16].

Глубина осознания может быть разноуровневой. 1-й уровень может касаться понимания пациентом некоторых новых представлений о своем дезадаптивном поведении, в частности, в условиях патогенной ситуации. Это осознание может возникнуть в обстановке откровенного общения с другими больными, медперсоналом и психотерапевтом. 2-й уровень отражает осмысление пациентом тех неадекватных отношений (в самооценке, отношении к другим людям и окружающему миру), которые лежат в основе его невротического поведения. На этом уровне осознания больной не только видит неконструктивность своего поведения в прошлом, но и понимает, почему он вел себя таким образом. 3-й уровень глубины понимания пациентом генеза своего невроза (особенно важно это бывает при невротических развитиях, требующих длительной психотерапии) связан с осознанием им нарушений в сфере мотивов и потребностей, лежащих в основе неправильно сформированных в ходе развития личности отношений. При анализе жизненной истории психотерапевту приходится обращать особое внимание пациента на развитие его чувств и форм поведения начиная с детства, когда в силу условий воспитания могла формироваться неадекватность системы его отношений.

Осознание и понимание являются лишь началом психотерапии, вернее — ее условием. Важна реорганизация тех значимых в данной жизненной ситуации отношений личности, дезадаптирующее влияние которых проявляется в целостном функционировании пациента. Недостаточно адекватные вследствие «изъянов» развития личности отношения в определенных жизненных обстоятельствах могут быть не столько условием внешних и внутренних конфликтов, сколько причиной неспособности человека успешно решать эти конфликты. Именно эта неспособность и является основой развития невротических состояний. **Задача психотерапии — путем реорганизации системы отношений сделать личность способной к разрешению трудностей.** В отличие от рациональной и гипносуггестивной психотерапии, подобная психотерапия и может быть названа реконструктивной, так как реконструкция отношений личности — это главная и отличительная ее цель. Достижение этой цели ведет не только к устранению невротической симптоматики, но и к развитию новых, зрелых форм восприятия, переживаний и поведения пациента [5, 15, 16].

Часть III. Направления и методы психотерапии

В ходе реконструкции нарушенных отношений больного происходят два процесса: коррекция неадаптивных позиций и выработка новых, более реалистичных, проверяющихся вначале в условиях терапевтической среды, а затем — во внелечебных ситуациях реальной жизни пациента. Изменение отношений во внутренней структуре личности осуществляется преимущественно с помощью *двух основных психологических механизмов* — идентификации и интернализации. Идентификация (отождествление) отражает довольно поверхностный и нестойкий уровень перемен в системе отношений и поведения пациента. Как правило, она

является следствием удовлетворяющего определенные потребности больного (например, в признании или опеке) контакта с психотерапевтом. Пациент пытается усвоить одобряемые психотерапевтом формы поведения, конкретные суждения или представления. Обычно этот процесс усвоения специфических позиций носит неосознаваемый характер. Идентификация в ряде случаев может быть переходом к более глубокому уровню перемен, который осуществляется с помощью механизмов интернализации и интериоризации. Важным условием этого типа перемен является атмосфера положительного принятия больного психотерапевтом, интенсивность и глубина процесса осознания, конструктивное использование конфронтации в системе психотерапевтических воздействий.

Процесс реконструкции отношений и выработки нового поведения пациента протекает обычно с определенными трудностями, противодействием, сопротивлением больного. Это **сопротивление** — реальный клинический факт, затруднение, возникающее при коррекции неадаптивного поведения пациента. Представляя собой проявление психологической защиты, сопротивление обычно отражает реакцию пациента на болезненное для него прикосновение к зачастую глубоко скрытым или скрываемым тягостным переживаниям, а также на перестройку неадаптивного поведения. Сопротивление больного проявляется в общении с психотерапевтом в различных формах — в уклонении от обсуждения наиболее важных проблем и переживаний, в молчании, в переводе разговора на другую тему, в неясности формулировок проявления своего заболевания, в неприятии реальных фактов, в отрицательной реакции на те или иные методы лечения, в юморе, иногда даже в излишней податливости и согласии с высказываниями психотерапевта без должной их переработки. Степень сопротивления, противодействия психотерапевтическому влиянию в процессе лечения может изменяться. Она повышается при несовместимости установок больного и психотерапевтического стиля психотерапевта, при явном игнорировании устойчивых лечебных ожиданий пациента, при преждевременной интерпретации, при чрезмерных требованиях от него откровенности или активности, при неверии психотерапевта в возможности больного и при внутренней отрицательной позиции (критика без одобрения, ирония) и т.д. Следует отличать сопротивление от резистентности к психотерапии. Последняя может быть обусловлена такими характеристиками больного, как низкая мотивация к лечению вплоть до рентной установки, низкий интеллект или негибкость мышления, психический инфантилизм. Изменения в системе отношений больного, и прежде всего в самооценке, тесно связаны с перестройкой его поведения. Важными являются направленная коррекция малоадаптивных форм поведения и выработка новых, более адекватных достигнутому уровню интеграции внутреннего мира пациента.

Важнейшее значение для успеха ЛОРП имеют взаимоотношения врача и больного, но не в смысле «фрейдовского» переноса. Основную положительную роль играют авторитет врача, его социальная направленность, широта кругозора, знание жизни, такт, умение слушать пациента, сочувственно-благожелательное к нему отношение, не исключающее в необходимых случаях противодействия его социально неприемлемым тенденциям. Роль врача в психотерапевтическом процессе не пассивная. Психотерапия — эмоционально насыщенное воздействие психотерапевта, в котором участвуют, наряду с его словом, и выразительность его мимики, и манера обращения с больным, и влияние всего режима лечебного учреждения [5, 15, 16].

В.Н. Мясищев писал: «Содержательные, выразительные и действенные элементы психотерапии заключаются не только в речи, но и в мимике и в пантомимике, в воспроизведении в связи с речью врача огромного множества ассоциативных связей, насыщенных образами и пронизанных эмоциональными компонентами.

Сухая речь врача-педанта не излечит ни одного больного!!! Воздействие, задевающее, волнующее, потрясающее и вдохновляющее, представляет сложнейшую динамическую систему слов, образов и эмоций, представляет функциональное психологическое и тем самым физиологическое целое, объединяющее динамическую форму ее значительным содержанием» [9].

Хотя в общении с врачом находит известное отражение система жизненных отношений больного, но далеко не полное. Их выяснение происходит в процессе психотерапевтических бесед. В ходе психотерапии уточняются особенности жизненного опыта больного в различные возрастные периоды, отношения его к себе и окружающим, его тягостные и радостные переживания, интересы, система оценок, мотивация своего поведения, понимание жизни и мира в целом и своего места в нем, его мечтания и ожидания, симпатии и антипатии — всего того, что образует внутренний мир человека, — и сопоставление этих данных с реальными условиями его жизни в настоящем и прошлом. Внимание пациента привлекается не только к его субъективным тенденциям и тем внешним обстоятельствам, с которыми они пришли в противоречие. Основная задача заключается в том, чтобы в процессе психотерапии сам больной неврозом уловил взаимосвязи между историей его жизни, сформированными ею отношениями, вытекающими из них неадекватными реакциями на сложившуюся ситуацию, и проявлениями болезни — все те взаимосвязи, которые он до

того не осознавал. Уяснение их является переломным моментом в психотерапии, но достигается оно не сразу. При успешном продвижении в этом направлении больной становится менее напряженным, более откровенным, постепенно начинает критически переосмысливать свои прежние жизненные позиции, иначе оценивать свою ситуацию. Решающим моментом служит завершающая процесс психотерапии перестройка нарушенных отношений больного. При этом речь идет не просто об изменении отношения к данному травмирующему обстоятельству, что само по себе не всегда возможно. Излечение наступает, если удастся изменить систему отношений больного в целом, если изменятся в широком плане его жизненные позиции и установки.

В психотерапевтических беседах используются ободрение, убеждение, переубеждение, отвлечение, разъяснение сущности невроза и его симптомов. При этом больной, так же, как и врач, должен быть активен в поисках понимания патогенеза. У больного должна быть с помощью врача, при его активной деятельности, сформирована правильная, критическая оценка объективной стороны патогенной ситуации [10].

Надо, чтобы больной, критически оценивая свое поведение, намечал пути реконструкции своего пути, и первым шагом в этом направлении является перелом в отношении к декомпенсирующим обстоятельствам жизни. Отсюда намечается тот выход, который нередко и осуществляется в системе нового построения плана жизни. В процессе психотерапевтического перевоспитания осуществляется критическая переделка личности с участием самого больного и оказывается содействие больному в реорганизации той внешней обстановки, которая вызывает картину болезненного состояния. Перспектива перестройки жизни является важнейшим моментом в подъеме настроения и одобрении больного. Подъем настроения определяется перспективой действия, ее реальностью, возможностью осуществления и в связи с этим мобилизацией сил и готовности больного к этим переменам.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Содержательную, а не формальную связь между патогенетическим пониманием невроза и патогенетической психотерапией отражает следующее высказывание В.Н. Мясищева [9, 13]:

«Психотерапия должна основываться на генетическом исследовании личности, ее особенностей, ее характера и особенностей формирования болезненной симптоматики. И только тогда, когда мы свяжем симптом с состоянием личности и с условиями, вызвавшими их возникновение, сможем проводить патогенетически обоснованную терапию».

Условно можно выделить определенную последовательность в поведении врача в процессе индивидуальной ЛОРП. При первой встрече с пациентом он минимально активен, недирективен, способствует искреннему раскрытию эмоциональных переживаний пациента, созданию доверительного контакта. Затем, увеличивая свою активность, приступает к выяснению «внутренней картины болезни», к вербализации пациентом его представлений о болезни, ожиданий от лечения и перспектив выздоровления. Проводя коррекцию концепции болезни у пациента, врач обсуждает с ним данные обследований, помогает понять, что причины невроза кроются не в органических изменениях, и уловить связь эмоциональных факторов с симптоматикой. В этот период психотерапевт предоставляет больному соответствующую информацию и выступает преимущественно в роли эксперта. После уяснения пациентом связи между симптоматикой и провоцирующими патогенными ситуациями содержание бесед существенно меняется. Их предметом становятся уже не симптомы, а психологические проблемы, переживания и отношения больного. Постепенно в процессе обсуждения и переработки этого материала в сознании пациента выстраивается определенная схема из различных звеньев новой концепции болезни (эмоциональные факторы или патогенные ситуационно-личностные позиции или отношения — потребности или мотивы — невротический конфликт — симптоматика). Взаимоотношения с больным углубляются, психотерапевт становится помощником в интенсивной работе пациента над его внутренним миром. На заключительном этапе ЛОРП психотерапевт снова увеличивает свою активность и даже директивность в испытании и закреплении пациентом новых способов восприятия, эмоционального реагирования и поведения [5, 15, 16].

Групповая личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия. Групповая психотерапия, ее механизмы и фазы подробно описаны в разделе 10.2.

Задачи групповой ЛОРП также фокусируются на трех составляющих самосознания [2, 8]: на самопонимании (когнитивный аспект), отношении к себе (эмоциональный аспект), саморегуляции (поведенческий аспект), что позволяет определить общую цель групповой психотерапии как формирование адекватного самосознания и расширение его сферы [1, 14]. Основным механизмом групповой ЛОРП является групповая динамика. Работа происходит в закрытых группах, традиционно включающих 8–12 пациентов и 1–2 терапевтов. Эффективно работающая группа проходит все основные фазы групповой работы, что позволяет достигнуть поставленных целей. Основным методом групповой психотерапии является групповая

дискуссия. Могут применяться также методы, решающие по необходимости тактические задачи.

Можно выделить следующие опорные точки групповой дискуссии, ее основные содержательные моменты [5, 15, 16]:

Список литературы

Часть III. Направления и методы психотерапии

20.8. Краткосрочная групповая личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия В отделении лечения пограничных психических расстройств и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева с целью оптимизации лечебного процесса был разработан краткосрочный вариант групповой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии ЛОРП, представляющий собой модификацию групповой формы патогенетической психотерапии, цель и задачи проведения которой изначально предполагали долговременное вмешательство, и являющийся самостоятельным методом лечения пациентов с невротическими и другими пограничными нервно-психическими расстройствами [2, 3, 7]. Специфика данного метода заключается в использовании в краткосрочном, интегративном по своему содержанию, групповом методе технических приемов КПТ и опытной психотерапии, а также модифицированных техник долгосрочной групповой ЛОРП, что способствует, при сокращении общих сроков лечения, сохранению его эффективности [1, 4, 5].

Продолжительность краткосрочной групповой ЛОРП составляет 4 недели (20 групповых сессий) [6].

Занятия проводятся ежедневно, 5 раз в неделю. Это способствует сохранению в памяти участников впечатлений от прошедшей сессии до начала следующей, что служит интенсификации лечебного процесса, повышению эффективности терапии и сокращению сроков лечения.

Продолжительность одной групповой сессии составляет 90 мин. Поскольку групповые занятия менее 75 мин не позволяют проводить эффективную работу в рамках ЛОРП, а сессии продолжительностью более 2 ч, ведут к утомлению пациентов, что не входит в задачи данного метода.

Численный состав группы 9–11 человек. Ввиду того, что краткосрочная групповая ЛОРП является интенсивной по своему содержанию и эмоциональному накалу, имеется достаточно большой риск выхода из группы в течение первых полутора недель от одного до двух человек, поэтому очень важно, чтобы в ней было достаточное количество пациентов, даже если некоторые из нее покинут группу. Однако не желательно включать в группу более 11 человек, так как в условиях ограничения времени у менее стеничных пациентов не будет возможности обсудить свои проблемы. Вместе с тем численность группы менее 9 участников тоже не желательна, поскольку снижаются коммуникативные возможности группы и повышается риск раннего ухода из группы. Кроме того, при определении численного состава группы, учитывается тот факт, что продолжительность «рабочей фазы» краткосрочного варианта групповой ЛОРП составляет 10 групповых сессий, причем на каждого члена группы отводится одно занятие, плюс одна дополнительная сессия для первого «проработанного» участника.

Краткосрочная групповая ЛОРП ориентирована:

В основе краткосрочного варианта групповой ЛОРП лежат следующие концептуальные положения.

1. Введение ограничения во времени, как терапевтического фактора. Временной лимит способствует увеличению чувства личной ответственности за изменения, позволяет пациентам лучше понимать задачи лечения и определять его приоритеты, поскольку в условиях временного ограничения краткосрочные задачи, такие как разрешение актуальной проблематики, получение эмоциональной поддержки и развитие механизмов саморегуляции, воспринимаются ими как наиболее значимые.

2. Ограничение терапевтических целей. Сужение терапевтического фокуса до актуальной психогенной проблематики больного неврозом, а именно коррекции только тех нарушенных отношений, которые явились причиной манифестации невротической симптоматики, позволяет при сокращении общих сроков лечения сохранить его эффективность.

3. Фокусировка на поведении, чувствах и взаимодействии членов группы в контексте «здесь и сейчас» с обязательным установлением связи между поведением участников в группе и эмоционально значимыми событиями в их жизни в настоящем или прошлом, то есть ситуацией «там и тогда».

4. Активная позиция психотерапевта. В краткосрочном варианте групповой ЛОРП ведущий активно наблюдает за групповым взаимодействием, стимулирует, направляет и объясняет его, с тем, чтобы члены группы быстрее смогли обнаружить и решить общие для них задачи.

Однако активность психотерапевта относительна и должна постепенно снижаться по мере развития группы. На начальных этапах работы группы ведущий инициирует групповые процессы, в дальнейшем акцент делается на следовании психотерапевта за групповыми процессами.

5. Эмоциональное отреагирование как важная часть психотерапевтического процесса. При использовании ограниченного во времени подхода эмоциональные реакции остаются основным инструментом работы.

6. Предгрупповая подготовка и правильный отбор пациентов. Не все пациенты могут извлечь пользу из краткосрочной групповой ЛОРП, поэтому необходим отбор в группу. Кроме того, нужна подготовка потенциальных участников группы к данному виду лечения. Пациенты в группе должны понимать особенности работы в условиях ограничения во времени.

При подборе пациентов для участия в краткосрочной групповой ЛОРП должны учитываться следующие характеристики.

1. Достаточный уровень мотивации к терапии и личностным изменениям.

2. Наличие психологического дискомфорта.

3. Наличие невротических жалоб и эмоционально насыщенной, актуальной на настоящий момент проблематики, связанной с нарушенными отношениями пациента со значимыми другими или неадекватным отношением к самому себе, и допущение причинно-следственной связи между ними.

4. Наличие желания взаимодействовать с другими участниками группы, использовать влияние группы, помогать себе и другим.

5. Способность к эмпатии и идентификации с другими, а также осознанию общности переживаний, что позволяет пациенту быть с другими.

6. Способность к самонаблюдению.

7. Способность выдерживать высокое напряжение и справляться с тревогой.

Часть III. Направления и методы психотерапии

8. Невысокий уровень враждебности и способность пациента адекватно реагировать в ситуации прямой конфронтации.

9. Реалистичные ожидания от процесса психотерапии и позитивные перспективы.

Категория пациентов, которых не следует направлять на краткосрочную групповую психотерапию данного вида:

1) пациенты, отказывающиеся проходить групповую психотерапию;

2) пациенты, которые не могут или не желают соблюдать условия и правила участия в групповом процессе в силу имеющихся у них психических расстройств или жизненных обстоятельств;

3) пациенты, которые не могут устанавливать объектные отношения, необходимые для эффективной групповой работы: лица, переживающие острый психологический кризис, лица с плохим самоконтролем, пациенты с хроническими и психическими расстройствами, социопаты.

Для оптимизации лечебного процесса программа проведения краткосрочной групповой ЛОРП была разделена на два этапа — отборочный и собственно психотерапевтический, и была определена последовательность их применения.

На отборочном этапе большое внимание уделяется вычленению и анализу ситуации, предшествующей манифестации болезненной симптоматики у пациента и выявлению нарушенных отношений личности, которые делают эту ситуацию субъективно неразрешимой, приводя к обострению внутриличностного конфликта. Коррекцией именно этих патогенных отношений ограничены задачи краткосрочной групповой ЛОРП для каждого участника группы.

Психотерапевтический этап имеет фазное течение и свою специфику. Фазы краткосрочной групповой ЛОРП являются короткими по времени, интенсивными по эмоциональному накалу и насыщенными по содержанию, при этом рабочая фаза составляет 50% общего времени. Психотерапевтический этап краткосрочной групповой ЛОРП включает пять фаз.

1. Фаза развития первичной мотивации — 3 групповые сессии (4,5 ч). Цель этого этапа — побуждение членов группы увидеть при уважении имеющихся различий то общее, что присуще всем, для достижения атмосферы взаимного принятия и понимания, в которой каждый смог бы раскрыть свои проблемы и эмоции, не опасаясь, что его осудят и отвергнут другие участники.

2. Фаза конфронтации в краткосрочном варианте ЛОРП является короткой (на нее отводится 3 занятия — 4,5 ч), интенсивной, фрустрирующей и насыщенной содержательно, поэтому требует от пациентов умения адекватно справляться с напряжением, достаточного уровня самоконтроля, способности конструктивно взаимодействовать на этом этапе с другими членами группы, анализировать свое поведение и вербализировать переживаемые чувства.

В первой фазе краткосрочной групповой ЛОРП — фазе развития первичной мотивации — ведущей является тактика поощрения пациентов психотерапевтом, а во второй фазе — фазе конфронтации — более жесткой и интенсивной обратной связи.

3. Фаза групповой сплоченности начинается к началу второй недели, длительность ее составляет 5 групповых сессий (7,5 ч) и характеризуется процессом структурирования группы.

4. Рабочая фаза, продолжительность которой составляет 10 групповых сессий (15 ч). На этом этапе группа активно и целенаправленно функционирует, психотерапевт применяет вспомогательные приемы и техники различных психотерапевтических школ и направлений. Например, наиболее часто используются элементы психодрамы, элементы гештальт-терапии, поведенческой психотерапии. В каждом конкретном случае подбор технических приемов производится индивидуально, в зависимости от характера проблем каждого пациента.

5. Фаза расставания — это фаза завершения психотерапевтического процесса. Ей посвящается заключительное групповое занятие. Тема завершения групповой работы, звучащая с самого начала, становится наиболее значимой к концу группы. На протяжении всего группового процесса она дает участникам возможность работать с ощущением «нехватки времени», поэтому весьма полезно, чтобы психотерапевт напоминал о том, сколько сессий остается до завершения работы, поскольку это обостряет инициативу и чувство личной ответственности. В конце сессии психотерапевт делает акцент на том, что хотя группа и закончена, ее действие будет продолжаться, а позитивный эффект усилится в дальнейшем, когда пациенты будут реализовывать в своей жизни информацию и навыки, полученные в процессе лечения. Преимущества краткосрочной групповой ЛОРП.

1. Организационно-экономические — экономия времени врача, пациентов, материальных средств.

2. Потенциальная возможность ургентной, неотложной психотерапевтической помощи.

3. Предотвращение формирования зависимости от психотерапевта и психотерапии.

4. Повышение ответственности пациента и его активности в достижении психотерапевтических целей.

5. Подкрепление веры пациента в возможность излечить его заболевание и/или разрешить проблемы (напротив, предложение долгосрочной психотерапии может восприниматься больными как продиктованное «тяжестью» заболевания).

6. Удовлетворение потребности пациентов в структурированном характере работы и активности психотерапевта, который, фокусируя внимание на определенных вопросах, помогает их решать.

Недостатки краткосрочной групповой ЛОРП.

1. Высокие требования к отбору пациентов в группу.

2. В связи с интенсивным и фрустрирующим характером фазы конфронтации возможен уход из группы пациентов, не сумевших справиться с напряжением, существует риск досрочного окончания, распада группы.

3. Из-за лимита времени нет возможности для глубинных личностных изменений и коррекции нарушенной системы отношений в целом.

4. Из-за недостатка времени не всегда до конца прорабатываются и выясняются все отношения между пациентами внутри группы и на этапе рабочей фазы некоторые пациенты возвращаются к выяснению отношений с кем-то из участников, что тормозит конструктивную работу.

Часть III. Направления и методы психотерапии

5. Есть риск формирования у психотерапевта чувства вины из-за того, что отведенного для работы времени иногда недостаточно для достижения выраженного лечебного эффекта.

Проведенные исследования доказали, что у больных с разными невротическими расстройствами, как и у больных с другими пограничными нервно-психическими расстройствами, под действием краткосрочной групповой ЛОРП формируются более адаптивные механизмы совладания со стрессом и происходит улучшение социального функционирования, что является дополнительным терапевтическим фактором и критерием эффективности психотерапевтических воздействий.

Таким образом, краткосрочная групповая ЛОРП оказывает позитивное воздействие на основные компоненты отношений личности: когнитивный, эмоциональный и поведенческий, способствуя в первую очередь расширению сферы самосознания, во вторую — улучшению самоотношения, и в третью — приобретению навыков более конструктивного поведения и саморегуляции.

Для закрепления результатов краткосрочной групповой ЛОРП и нивелирования ее недостатков целесообразно после курса интенсивной терапии в стационаре проведение поддерживающей (суппортивной) психотерапии в течение 2–3 мес в условиях оказания амбулаторной помощи. Курс поддерживающей психотерапии позволит пациентам глубже и

систематичнее проработать собственную психологическую проблематику и закрепить позитивные результаты, достигнутые в рамках групповой психотерапии, без отрыва от реальной жизни, а также применять полученные в процессе группового общения навыки для сохранения более активной жизненной позиции [8–11].

Список литературы

Часть III. Направления и методы психотерапии

Глава 21. Когнитивно-поведенческое направление в психотерапии

21.1. Теория и этапы развития когнитивно-поведенческой психотерапии

Из трех основных психотерапевтических направлений именно когнитивно-поведенческое имеет большую доказательную базу, подтверждающую его эффективность при применении в лечении пациентов с широким кругом психических расстройств. Значительное количество исследований стало возможным, поскольку техники и приемы когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ) позволяют ее алгоритмизировать и воспроизводить в рамках научного эксперимента. Это интегративный метод, сочетающий когнитивные и бихевиоральные элементы, сформировавшийся на основе поведенческой психотерапии [1–5].

Поведенческое направление в психотерапии основано на психологии бихевиоризма и использует принципы научения для изменения когнитивных, эмоциональных и поведенческих структур. Поведенческая психотерапия включает широкий круг методов. Развитие методических подходов в рамках этого направления отражает эволюцию целей поведенческой психотерапии от внешнего к внутреннему научению: от методов, направленных на изменение открытых форм поведения, непосредственно наблюдаемых поведенческих реакций (основанных, преимущественно, на классическом и оперантном обусловливании), до методов, направленных на изменение более глубоких, закрытых психологических образований (основанных на теориях социального научения, моделирования и когнитивных подходах). Понятие «поведенческая психотерапия» оформилось между 1950 и 1960 г. Теоретической основой поведенческой психотерапии является психология бихевиоризма.

Бихевиоризм. Это направление в психологии сформировалось в начале XX в.

Основоположником бихевиоризма является Дж.Б. Уотсон, который ввел этот термин и провозгласил необходимость замены традиционного предмета психологии (душевных явлений) на новый (поведение). Значительное влияние на формирование бихевиоризма оказали также эксперименты Э. Торндайка, заложившие основу для его возникновения, а также труды В.М. Бехтерева и И.П. Павлова. Основными приемами бихевиоральной терапии, построенными на теории условных рефлексов, стали угасание, генерализация, разграничение, обратное и скрытое обусловливание.

Методологическими предпосылками бихевиоризма явились принципы философии позитивизма, в соответствии с которыми наука должна описывать только феномены, доступные непосредственному наблюдению. С точки зрения представителей бихевиоризма, психология должна была стать наукой о поведении, поскольку поведение является единственной психологической реальностью, доступной непосредственному наблюдению и обладающей параметрами, которые можно непосредственно измерить и на которые можно воздействовать, и, следовательно, изучать так же, как это принято в естественных науках. Ортодоксальный бихевиоризм, по сути, отождествляет психику и поведение. Поведение понимается при этом как совокупность реакций организма на воздействия внешней среды, на набор фиксируемых стимулов. Человек рассматривается как носитель определенных форм поведения, формирующихся по принципу *стимул–реакция*. Именно поэтому с точки зрения бихевиоризма основные задачи психологии сводятся к следующему: выявление и описание типов реакций; исследование процессов их образования; изучение законов их комбинаций, то есть образование сложных реакций.

Научение. Центральной проблемой бихевиоризма является проблема приобретения индивидуального опыта, или проблема научения (обучения) как приобретения различных умений и навыков. Основная идея поведенческой психотерапии — поведение есть результат научения, поэтому возможно научить любого здорового человеку поведению, тем самым, избавив его от страданий. Теории научения, разработанные бихевиоризмом, послужили основой для развития конкретных методических подходов поведенческой психотерапии. *Научение* — это процесс и результат приобретения индивидуального опыта, знаний, умений и навыков. Научение рассматривается как появление определенных способов поведения в условиях действия конкретных раздражителей, иными словами, научение является систематической модификацией поведения при повторении одинаковой ситуации. Научение выступает в качестве основного методического принципа и главной задачи поведенческой психотерапии (а также важного фактора лечебного действия в других психотерапевтических системах, в частности в групповой психотерапии).

Центральное место в этих теориях занимают процессы классического и оперантного обусловливания и научения по моделям. В соответствии с этим выделяют три типа научения: научение типа S, научение типа R и социальное научение.

Классическое обусловливание. Классическое обусловливание тесно связано с именем выдающегося русского и советского ученого, физиолога, создателя науки о высшей нервной деятельности, лауреата Нобелевской премии по физиологии 1904 г. Ивана Петровича Павлова, который внес основополагающий вклад в теорию классических условных рефлексов, ставшую основой для развития поведенческой психотерапии. Он предположил и доказал, что новые формы поведения могут возникать в результате установления связи между врожденными формами поведения (безусловными рефлексами) и новым (условным) раздражителем. В случае совпадения во времени и пространстве условного (нового) и безусловного (служащего стимулом безусловной реакции) раздражителей, новый раздражитель начинает вызывать безусловную реакцию, что приводит к совершенно новым особенностям поведения. Сформировавшийся таким образом условный рефлекс может в дальнейшем служить базой для формирования условных рефлексов второго и высших порядков.

Основная схема условного рефлекса S–R, где S — стимул, R — реакция (поведение). В классической павловской схеме реакции возникают только в ответ на воздействие какого-либо стимула, безусловного или условного раздражителя.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Формирование условного рефлекса происходит в условиях:

- 1) смежности, совпадения по времени индифферентного и безусловного раздражителей, с некоторым опережением индифферентного раздражителя;
 - 2) повторения, многократного сочетания индифферентного и безусловного раздражителей.
- Можно назвать еще три феномена, связанных с именем И.П. Павлова и используемых в поведенческой психотерапии. Первый — это генерализация стимулов: если сформировалась условная реакция, то ее будут вызывать и стимулы, похожие на условный. Второй — различение стимулов или стимульная дискриминация. Благодаря этому процессу люди научаются различать похожие стимулы. Третий — это угасание. Угасание — постепенное исчезновение условной реакции в результате устранения связи между условным и безусловным стимулами. Угасание связано с тем, что условный стимул продолжает вызывать условную реакцию только в том случае, если хотя бы периодически появляется безусловный стимул. Если же условный стимул хотя бы иногда не подкрепляется безусловным, то сила условной реакции начинает уменьшаться.

Таким образом, И.П. Павлов первым открыл, что респондентное поведение (поведение, которым живое существо автоматически реагирует на предшествующий стимул) может быть классически обусловленным (выученным), а поведение человека можно представить как сложную цепь условных рефлексов, взаимосвязанных и взаимозависимых, предсказуемых и измеримых. Эта перспектива воодушевила многих исследователей на попытки использования теории рефлексов в психотерапевтических целях.

Оперантное обусловливание. Теория инструментального, или оперантного обусловливания связана с именами Эдварда Ли Торндайка (Edward Lee Thorndike) и Берреса Фредерика Скиннера (Burrhus Frederic Skinner). Б.Ф. Скиннер — один из виднейших представителей бихевиоризма — показал, что воздействие окружающей среды определяет поведение человека. Он рассматривает в качестве главного фактора формирования человеческого поведения культуру, содержание которой выражается в определенном наборе комплексов подкреплений. С их помощью можно создавать и модифицировать человеческое поведение в нужном направлении. На таком понимании основаны методы модификации поведения, которые используются не только в психотерапевтической практике, но и в практике, например, воспитательных воздействий.

Термины «инструментальное научение» и «оперантное обусловливание» означают, что реакция организма, которая формируется по методу проб и ошибок, является инструментом для получения поощрения и предполагает оперирование со средой, то есть поведение — есть функция его последствий. Согласно принципу оперантного обусловливания поведение контролируется его результатом и последствиями. Модификация поведения осуществляется за счет влияния на его результаты и последствия.

Теория оперантного обусловливания включает следующие законы. *Закон эффекта* (главный закон оперантного научения) — если поведение приводит к желаемому результату (вознаграждается), вероятность его повторения увеличивается, если же поведение приводит к нежелательному результату, вызывающему неудовольствие, вероятность его повторения ослабевает и исчезает (положительное и отрицательное подкрепление).

Закон упражнения или тренировки — повторение определенного акта способствует научению и облегчает его выполнение в дальнейшем, усиливая связь ситуации с реакцией, а его неповторение ослабляет эту связь.

Закон использования (практики) — акты или ассоциации, которые используются (упражняются, повторяются), тем самым усиливаются (укрепляются), по сравнению с теми, которые не используются.

Закон ассоциативного сдвига — если при одновременном появлении двух раздражителей один из них вызывает позитивную реакцию, то и другой нейтральный стимул, связанный по ассоциации со значимым, приобретает способность вызывать ту же самую реакцию и нужное поведение.

Закон готовности, или установки — предварительная готовность к акту повышает удовлетворение от его выполнения. Научение будет легким, сложным или невозможным, при возможности и желании обучающегося что-то делать. Принуждение и отсутствие возможности деятельности вызывает у обучающегося состояние наказания и неудовольствия (и даже выученной беспомощности).

Закон доминирования элементов — учащиеся склонны реагировать на очень заметные и яркие элементы ситуации научения, и не обязательно на всю ситуацию в целом. Например, на подчеркивания, жирный шрифт, использование цвета, голоса, мимики и жестов, нежели на неоднократные повторения, монотонные объяснения и т.п.

Б.Ф. Скиннер, который признавал существование двух основных типов поведения: респондентного (поведения типа S) и оперантного (поведения типа R), полагал, что главным является именно оперантное поведение, то есть спонтанные действия, для которых не существует первоначального стимула, поддающегося распознаванию. Б.Ф. Скиннер считал, что для животных и человека важны последствия — события, наступающие в результате поведения, в зависимости от которых и складывается определенная тенденция в отношении такого поведения в будущем. Тип научения, когда испытуемый, как правило, неосознанно пробует разные варианты поведения, операнты (от англ. operate — действовать), из которых «отбирается» наиболее подходящий, наиболее адаптивный, получил название *оперантного обусловливания*. По оперантному типу научения происходит формирование множества форм человеческого поведения (умение одеваться, привычка читать книги, сдерживать проявления агрессии, преодолевать застенчивость и т.п.). Реакция, за которой следует позитивный результат, стремится повториться.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Необходимо обратить внимание на соотношение таких понятий, как *позитивное и негативное подкрепление и наказание*, причем следует различать наказание и негативное подкрепление. Позитивное или негативное подкрепление усиливает поведение (поэтому иногда используется просто термин «подкрепление», предполагающий, что целью воздействия является усиление реакции вне зависимости от того, каким будет подкрепление — позитивным или негативным), наказание — ослабляет. Позитивное подкрепление основано на предъявлении стимулов (наград), которые усиливают поведенческую реакцию. Негативное подкрепление заключается в усилении поведения за счет удаления негативных стимулов. Наказание также подразделяют на позитивное и негативное: первое основано на лишении индивида позитивного стимула, второе — на предъявлении негативного (аверсивного) стимула. Таким образом, всякое подкрепление (и позитивное, и негативное) усиливает частоту поведенческой реакции, усиливает поведение, а всякое наказание (и позитивное, и негативное), напротив, уменьшает частоту поведенческой реакции, ослабляет поведение (табл. 21.1).

Таблица 21.1. Виды подкреплений и наказаний

Поведение	Позитивное	Негативное
Подкрепление	Желательное поведение вызывает действие позитивного стимула (животное находит выход из лабиринта и получает пищу; родители хвалят ребенка за успехи в школе, создают ему возможности для развлечений)	Желательное поведение прекращает действие негативного стимула (животное находит выход из лабиринта, где действует электрический ток, и ток выключают; родители перестают постоянно контролировать, критиковать и ругать ребенка, если его успеваемость улучшилась)
Наказание	Нежелательное поведение вызывает действие негативного стимула (животное в лабиринте упирается в тупик и тогда включается ток; родители	Нежелательное поведение прекращает действия позитивного стимула (животное, постоянно получающее пищевое подкрепление в экспериментальной ситуации, перестает его получать при

начинают контролировать, ругать и наказывать ребенка за плохую успеваемость)	неправильном выполнении действия; родители лишают ребенка развлечений за плохую успеваемость)
--	---

Ниже представлены сравнительные характеристики классического и оперантного обусловливания (табл. 21.2).

Таблица 21.2. Характеристики классического и оперантного обусловливания

Классическое обусловливание S–R	Оперантное обусловливание R–S
Научение типа S	Научение типа R
Классическая парадигма Павлова	Оперантная парадигма Скиннера
Реакция возникает только в ответ на воздействие какого-либо стимула	Желательная реакция может появиться спонтанно
Стимул предшествует реакции	Стимул следует за поведенческой реакцией
Подкрепление связано со стимулом	Подкрепление связано с реакцией
Респондентное поведение — поведение, вызванное определенным стимулом, предшествующим поведению	Оперантное поведение — поведение, вызванное подкреплением, следующим за поведением

Оперантное научение по сравнению с классическим имеет свои преимущества: поведение намного устойчивее, оно очень медленно угасает даже при отсутствии подкрепления. Не меньшее значение имеет и тот факт, что обучение при оперантном обусловливании идет быстрее и проще. Это связано с тем, что экспериментатор имеет возможность наблюдать не только за результатом, но и за процессом выполнения действия.

Социальное (викарное) научение. Теория социального или викарного (от англ. vicarious — косвенный, заместительный) научения, также называемая теорией социального когнитивизма или концепцией научения через моделирование, является одной из влиятельных теорий научения (обучения).

Этот тип научения основан на представлениях, согласно которым человек обучается новому поведению не только на основании собственного, прямого опыта (как при классическом и оперантном обусловливании), но и на основании опыта других, на основании наблюдения за другими людьми, то есть за счет процессов моделирования. Именно поэтому этот тип научения также называют моделированием или научением по моделям. Научение по моделям предполагает процесс обучения посредством наблюдения и имитации социальных моделей поведения. Это направление связано, прежде всего, с именем американского и канадского психолога А. Бандуры, представителя медиаторного подхода (А. Бандура называл свою теорию медиаторно-стимульной ассоциативной теорией). Автор теории показал, что одно лишь наблюдение за моделью позволяет формировать новые стереотипы поведения, ранее отсутствовавшие у животного или человека, он делал акцент на значимость мотивации и установок в научении. В дальнейшем это привело к теоретическим обобщениям, получившим название «концепция самоэффективности».

Научение посредством подражания активно используется в поведенческой (бихевиоральной) терапии — пациент наблюдает за поведением других людей или самостоятельно моделирует исполнение определенной роли в проблемной ситуации (наблюдение за моделью).

Правильное выполнение данной техники обеспечивается: выбором аналогичной или близкой по параметрам модельной ситуации, выбором для подражания человека, имеющего общие черты с пациентом (возраст, пол, социальное положение и т.д.), привлекательностью и позитивным характером модели, позитивным результатом действия модели.

Научение с помощью модели обычно носит двухфазный характер, состоящий из фазы усвоения (многократное наблюдение или самостоятельное поведение в искусственно моделируемой ситуации) и фазы реализации (постепенно усложняющееся действие в реальной ситуации).

Научение по моделям оказывает следующее действие:

- наблюдатель видит новое поведение, которого ранее не было в его репертуаре;
- поведение модели усиливает или ослабляет соответствующее поведение наблюдателя;

Часть III. Направления и методы психотерапии

в) поведение модели имеет функцию воспроизведения, то есть может быть усвоено наблюдателем.

Научение через наблюдение (моделирование) — это формирование человеком когнитивного образа определенной поведенческой реакции с помощью наблюдения поведения модели. Такая форма научения избавляет людей от ненужной траты времени проверять адекватность своих поведенческих реакций с помощью проб и ошибок. Наблюдение за поведением позволяет обучаться не менее эффективно, чем если бы человек действовал сам.

Работы А. Бандуры можно рассматривать как переходные от бихевиоральной к когнитивно-поведенческой модели. В настоящее время эти принципы нашли широкое применение в методике тренинга социальных навыков, используемой как в терапевтических, так и в образовательных целях.

Сегодня большую популярность и распространение приобрели когнитивные подходы, где в качестве промежуточных переменных рассматриваются когнитивные процессы. Сторонники этих подходов исходят из того, что между ситуацией и эмоцией (стимулом и реакцией) находятся когнитивные процессы (например, мысль). **Когнитивная психотерапия** развивается, таким образом, как самостоятельное психотерапевтическое направление и самостоятельный лечебный метод, помогающие человеку распознать и изменить свои ошибочные мыслительные процессы, которые служат основной причиной психологических расстройств. Когнитивная психотерапия, основанная на наиболее современных разработках в области научной психологии, исходит из двух фундаментальных представлений о человеке:

- а) как о думающем и активном;
- б) рефлексирующем и способном изменять себя и свою жизнь.

В качестве примера таких подходов можно указать взгляды американских психотерапевтов Аарона Бека и Альберта Эллиса, которые подробно отражены в других главах.

Центральной категорией когнитивной психотерапии является мышление в широком смысле слова. Основной постулат когнитивной психотерапии состоит в том, что именно мышление человека (способ восприятия себя, мира и других людей) определяет его поведение, чувства и проблемы.

В основе КПТ лежат информационные модели психики, описывающие человека как индивида, который способен активно и выборочно усваивать и перерабатывать информацию о себе и окружающей действительности и создавать различные субъективные модели реальности. Между запускающим стимулом и реакцией имеется механизм когнитивной переработки, определяющий формирование и проявление эмоциональных, мотивационных и моторных процессов.

Следует отметить размытость границ между когнитивной и поведенческой психотерапией. Дело в том, что современная поведенческая психотерапия все больше приобретает когнитивную окраску, тогда как практически все разновидности когнитивной психотерапии включают элементы поведенческой.

Концепция патологии (концепция невроза). Будучи психологической основой поведенческой психотерапии и поведенческого направления в медицине, бихевиоризм определяет и их подход к проблеме здоровья и болезни. Согласно этим представлениям здоровье и болезнь являются результатом того, чему человек научился и чему не научился, а личность — это опыт, который человек приобрел в течение жизни. Невроз при этом не рассматривается как самостоятельная нозологическая единица, поскольку здесь, по сути, отсутствует нозологический подход. В центре внимания оказывается не столько болезнь, сколько симптом, который понимается как поведение, точнее, как нарушение поведения. Невротический симптом (невротическое поведение) рассматривается как неадаптивное или патологическое поведение, возникшее в результате неправильного научения. Невроз, с позиции бихевиоризма, есть комплекс неадекватных условных рефлексов, которые постепенно генерализуются и появляются в ответ на любой угрожающий стимул. Так, Дж. Вольпе определяет невротическое поведение как привычку неадаптивного поведения у физиологически нормального организма. Под неврозом Дж. Вольпе понимает обусловленный (то есть выученный) страх, который становится причиной большинства форм неадаптивного поведения. Если удастся найти способы снижения или полного угашения невротического страха, то избавление от него приводит и к устранению привычных поведенческих проявлений, — к излечению.

Британские психологи Ганс Айзенк (Hans Jürgen Eysenck) и Стэнли Ракман (Stanley Jack Rachman) рассматривают невротическое поведение как усвоенные образцы поведения, ставшие в силу каких-либо причин неадаптивными. Ими представляется развитие невроза, прежде всего, фобического как проходящее ряд стадий. На первой стадии происходит событие, закономерно вызывающее сильную эмоциональную реакцию, например, страх. Во временной близости с этим событием происходит изначально нейтральное событие, которое ассоциативно связывается с травмирующим событием первой ситуации и с эмоциональным откликом на нее. Это — вторая стадия. На третьей стадии, если подкрепление не наступает, то есть если первая ситуация не повторяется, происходит угашение эмоциональной реакции, но, если ситуация повторяется, возникает невроз, в котором эмоциональная реакция запускается уже нейтральными, но ассоциированными с травмирующими, событиями-стимулами.

Адаптация, с точки зрения бихевиоризма, является основной целью поведения, поэтому поведение, не обеспечивающее адаптацию, является патологическим. Нарушения поведения в рамках поведенческого направления являются приобретенными, представляют собой усвоенную неправильную реакцию, которая не обеспечивает необходимый уровень адаптации. Эта неадаптивная реакция формируется в процессе «неправильного» научения.

Примером такого «неправильного» научения может быть взаимодействие родителей с ребенком, на которого родители обращают внимание, берут на руки только тогда, когда он что-то делает не так, например, капризничает; или ребенок, испытывающий явный недостаток внешних проявлений любви, внимания, тепла и заботы, получает это в избытке, когда заболевает. Таким образом, потребность ребенка во внимании в полной мере удовлетворяется только тогда, когда он «плохо» себя ведет, иными словами, «плохое», неадаптивное поведение подкрепляется положительно (удовлетворяется значимая потребность).

Часть III. Направления и методы психотерапии

Когнитивная психотерапия исходит из того, что восприятие объекта или события опосредуются мышлением и, только осознав это опосредующее звено, можно понять реакцию человека, прежде всего, ее эмоциональные и поведенческие аспекты. Когнитивные ошибки, связанные с прогнозированием реакции окружающих или исхода событий без достаточных данных; избирательной фокусировкой на информацию, соответствующую представлениям пациента, и игнорированием всего набора фактов; чрезмерными интрапунитивными реакциями без учета ситуации; категорической дихотомической оценкой ситуации и неспособностью признать частичный успех, лежат в основе эмоционального дистресса и психических нарушений. Гипотезы, которые не подвергаются никакой критической проверке и воспринимаются как аксиомы, формируя неправильные представления о мире и самом себе — неадаптивные когниции или автоматические мысли. Сам человек может рассматривать их как обоснованные, разумные, хотя другими они часто могут восприниматься как неадекватные. Автоматические мысли содержат большее искажение реальности, чем обычное мышление и, как правило, мало понимаются человеком. Недостаточно оценивается также и их воздействие на эмоциональное состояние. Автоматические мысли выполняют регулирующую функцию, но поскольку сами содержат значительные искажения реальности, то не обеспечивают и адекватную регуляцию поведения, что приводит к дезадаптации.

В рамках этого подхода предпринята попытка выделить наиболее типичные, часто встречаемые искажения или ошибки мышления. Среди них указывают такие, как фильтрование, поляризованность оценок, чрезмерная генерализация или обобщение, паникерство, персонализация, ошибочное восприятие контроля, уверенность в правоте, ошибочные представления о справедливости и др. Приведем описание некоторых из них.

1. Чтение мыслей. Искажение, при котором пациент, не имея для этого достаточных оснований, считает, что знает, что думают люди. Например: «Она считает, что я неудачник».
2. Предсказание будущего. Пациент предвидит свое ближайшее или отдаленное будущее. Например: «Любые мои попытки знакомства окончатся неудачей» или «Я провалюсь на собеседовании».
3. Катастрофизация. Пациент считает, что то, что произойдет, будет настоящей катастрофой, которую невозможно будет вынести. Например: «Это ужасно, если меня не примут».
4. Наклеивание ярлыков. Пациент глобально оценивает себя или другого человека по отдельным характеристикам. Например: «Я — трус» или «Он — недостойный человек».
5. Девальвация позитива. Пациент приуменьшает значение позитивных достижений или характеристик, оценивая их как тривиальные. Например: «Такого выступления можно ожидать от любого».
6. Негативный фильтр. Пациент концентрируется только на негативных результатах, игнорируя позитивные. Например: «Никто не проявил интереса ко мне. В моей жизни были только провалы».
7. Сверхобобщение. Пациент делает глобальные обобщения на основе единичного случая. Например: «Сегодня мой друг даже не обратил на меня внимания. Я никому не нужен».
8. Дихотомическое мышление. Пациент мыслит в категориях «все или ничего». Например: «Зачем пытаться еще раз, если ничего не получается».
9. Долженствование. Пациент интерпретирует события с позиции долженствования (какими они должны быть), а не с позиции, какими они являются. Например: «Я должен достигнуть этого положения, иначе я — неудачник».
10. Персонализация. Пациент целиком приписывает ответственность за произошедшие события себе, не учитывая, что и другие тоже несут часть ответственности. Например, жена алкоголика, возобновившего потребление: «Я должна была предвидеть этот срыв и принять меры».
11. Обвинение. Пациент считает, что другой человек несет полную ответственность за его чувства и состояние. Например: «Это он виноват в том, что я чувствую себя никчемной».
12. Неадекватные сравнения. Пациент интерпретирует события с использованием стандартов, которые являются недостижимыми для него. Например: «Другие получили при тестировании

более высокие оценки».

13. Ориентация сожаления. Пациент фокусируется больше на прошлых достижениях, чем на настоящем исполнении, которое заслуживает сожаления: «Раньше я мог выступать несколько часов».

14. Что, если? Пациент задает вопросы о возможном развитии событий и никогда не удовлетворен никаким ответом на свой вопрос. Например: «Что, если страхи возобновятся?» или «Что, если наши отношения с мужем вновь разладятся?»

15. Эмоциональное мышление. Интерпретация пациента определяется его чувствами. Например: «Я чувствую тревогу, будущее моего предприятия опасно».

16. Невозможность опровержения. Пациент отвергает любую возможность, которая противоречит его негативной мысли. Например, мысль «Я отвергнут всеми» не позволяет увидеть и принять факты, которые противоречат ей.

17. Фокусирование на оценке. Пациент сфокусирован не на описании событий, окружающих людей или себя, а на оценке. Например: «Я провально справился с последней работой», «Он сыграл партию совсем плохо» и т.д.

18. Прокрастинация — откладывание неприятных дел на потом.

19. Перфекционизм — только идеальный результат является приемлемым, неспособность оценить частичный успех.

20. Магическое мышление — установление причинно-следственных связей между мыслями, действиями и событиями, которые противоречат логике и здравому смыслу, но поддерживаются массовой культурой, к примеру, вера в чудодейственную силу позитивных аффирмаций или трансерфинга реальности.

А. Эллис выделяет два типа когний — **дескриптивные и оценочные**. *Дескриптивные* (описательные) когнии содержат информацию о реальности, информацию о том, что человек воспринял в окружающем мире (чистая информация о реальности). *Оценочные* когнии содержат отношение к этой реальности (оценочная информация о реальности). Дескриптивные когнии связаны с оценочными, но связи между ними могут быть различной степени жесткости. Гибкие связи между дескриптивными и оценочными когниями формируют рациональную систему установок (убеждений), жесткие — иррациональную. У нормально функционирующего индивида имеется рациональная система установок, которую можно определить как систему гибких эмоционально-когнитивных связей. Эта система носит вероятностный характер, выражает, скорее, пожелание или предпочтение. Рациональной системе установок соответствует умеренная сила эмоций. Хотя иногда они и носят интенсивный характер, однако не захватывают человека надолго и поэтому не блокируют его деятельность и не препятствуют достижению целей. Иррациональные установки — это жесткие связи между дескриптивными и оценочными когниями, которые носят абсолютистский характер (типа предписаний, требований, обязательного приказа, не имеющего исключений). Иррациональные установки не соответствуют реальности как по силе, так и по качеству этого предписания. Если человек не может реализовать иррациональные установки, то следствием этого являются длительные, не адекватные ситуации эмоции, которые препятствуют нормальному функционированию индивида. С точки зрения А. Эллиса, эмоциональные расстройства обусловлены именно нарушениями в когнитивной сфере, иррациональными убеждениями или иррациональными установками.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Выявлению иррациональных установок помогает анализ используемых пациентом слов. Обычно с иррациональными установками связаны слова, отражающие крайнюю степень эмоциональной вовлеченности пациента («ужасно», «потрясающе», «невыносимо» и др.), имеющие характер обязательного предписания («необходимо», «надо», «должен», «обязан» и др.), а также глобальных оценок лица, объекта или события. А. Эллис выделил четыре наиболее распространенные группы иррациональных установок, создающих проблемы:

- 1) катастрофические установки — определение как катастрофы любого неуспеха и/или дискомфорта, включая соматического;
- 2) установки обязательного долженствования по отношению к себе по типу: «Я должен быть всегда и во всем успешен», «Я должен полностью оправдывать ожидания других»;
- 3) низкая фрустрационная толерантность — неспособность отсрочить во времени удовлетворение своей потребности, оценка ситуации фрустрации и связанного с ней внутреннего напряжения как непереносимой;
- 4) глобально заниженная самооценка — повышенная чувствительность к критике, даже незначительные промахи или замечания со стороны других приводят к коллапсу самооценки.

Психотерапия. Для поведенческого психотерапевта характерна значительная концентрация на настоящем времени, на настоящих факторах, вызывающих и поддерживающих определенное поведение. С позиций поведенческой психотерапии главным содержанием

работы психотерапевта является обучение клиента адаптивному поведению, которое видоизменяет неадаптивные аспекты его поведения. Не существует какой-либо одной точно описанной формы поведенческой психотерапии. Скорее, речь идет о большой группе часто очень различных методов психокоррекции, которые объединяет общая идея использования в целях терапии достижений экспериментальной психологии поведения.

Поведенческая терапия стремится к тому, чтобы в результате лечения пациент приобрел так называемый коррективный опыт научения, предполагающий приобретение новых умений совладания (копинг-умений), повышение коммуникативной компетентности, преодоление дезадаптивных стереотипов и деструктивных эмоциональных конфликтов. Поведенческая психотерапия направлена, прежде всего, на модификацию поведения, поэтому она ориентирована на действие. Терапия считается незаконченной, если клиент только говорит о возможных действиях. Для представителя поведенческого направления только реализация на уровне поведения прямого действия расценивается как достаточная, свидетельствующая о достижении цели терапии.

В рамках поведенческой психотерапии помощь, которую оказывает психотерапевт клиенту, состоит в том, что он вместе с клиентом анализирует причины и характер поведенческих недостатков, приводящих к страданиям, планирует и осуществляет терапевтические мероприятия, направленные на устранение болезненных особенностей поведения или на формирование новых навыков поведения, отсутствие которых является причиной болезненных состояний. Особое внимание психотерапевта в рамках терапии поведения направлено на контроль достигнутых изменений и обеспечение их длительного и необратимого характера.

Задача поведенческого терапевта заключается в идентификации стимулов, которые вызывают (контролируют) и поддерживают дисфункциональное поведение (этап поведенческого анализа). Изменяя эти стимулы, возможно сформировать и закрепить адаптивное поведение.

В современной поведенческой терапии этот коррективный опыт научения вызывает большие изменения в когнитивной, аффективной и поведенческой сферах функционирования, а не ограничивается модификацией узкого диапазона паттернов ответных реакций в открытом поведении.

Поведенческая терапия требует значительной включенности пациента в процесс лечения. Уровень соучастия клиента в процессе психотерапии, готовность его принять большую или меньшую степень ответственности за результат обговариваются на самом начальном этапе взаимодействия, то есть поведенческая терапия предполагает заключение определенного контракта с пациентом. Контракт может носить как письменный, так и устный характер, что не меняет его сути. Открытая информация о трудностях при реализации тех или иных методов делает выбор пациента более осознанным.

Этапы поведенческой психотерапии, аналогичные этапам научного эксперимента, следующие: определение цели терапии (выделение поведения-мишени); измерение базового уровня поведения-мишени до начала терапии; выявление факторов, влияющих на поведение-мишень (как запускающих стимулов, так и последствий поведения-мишени); формулировка гипотезы (определение того, с помощью каких поддерживающих условий можно изменить в нужном направлении поведение-мишень); проверка гипотезы (проведение терапии, изменение выбранных поддерживающих условий); измерение поведения-мишени после терапии; завершение терапии, если она оказалась успешной, или выдвижение новой гипотезы, если результаты терапии расценены как неуспешные. Цель должна быть сформулирована точно, в исключающих двусмысленное толкование определениях. Такое описание цели позволяет существенно уменьшить искажающие влияния ожиданий самого терапевта при оценке результатов терапии. Точность самих процедур оценки — еще одна дополнительная страховка получения максимально неискаженных данных.

Задача диагностического этапа — определение *мишеней терапии*. Мишень терапии должна быть определена в терминах поведения и считаться установленной только тогда, когда ясно, какой стереотип поведения (фрагмент или сегмент сложного поведения) избран для модификации. Другими словами, мишень воздействия в поведенческой терапии — это *поведение-мишень*, стереотип поведения, который избран для модификации. Модификация поведения может преследовать две различные цели: усиление или уменьшение избранного стереотипа поведения. Поведение-мишень, требующее увеличения, — это адаптивное поведение, которое пациент не проявляет достаточно часто, долго или интенсивно. Например, человек, который редко отстаивает свои права и обращает на себя внимание; ребенок, который редко проявляет спонтанную активность и т.д.

Поведение-мишень, требующее уменьшения, обычно чрезмерно представлено в поведенческом репертуаре человека, настолько, что оно создает для него трудности. Например, человек, постоянно реагирующий агрессией или, наоборот, почти всегда реагирующий тревогой, страхом. Если цель терапии сформулирована как усиление

определенного адаптивного поведения, то с таким поведением-мишенью терапевт работает прямо, используя техники, увеличивающие и укрепляющие это поведение. Если же цель терапии — уменьшение дезадаптивного поведения, то данную цель можно реализовать, используя несколько стратегий. Первая стратегия — это стратегия, направленная прямо на поведение-мишень, преследующая задачу прямо уменьшить его. Вторая стратегия — это стратегия усиления поведения, которое противоположно выбранному поведению-мишени, несовместимо с ним. Такое поведение не может одновременно сосуществовать с поведением-мишенью, например, проявлять агрессивное поведение и приветливо улыбаться, кусать ногти и держать руки сжатыми в кулаки. Третья, самая продуктивная, стратегия — это совмещение двух вышеуказанных, состоящая в одновременном уменьшении дезадаптивного поведения (поведения-мишени) и усилении альтернативного ему адаптивного поведения.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Поведенческий анализ ставит также задачу выявления поддерживающих условий, влияющих на поведение в настоящее время (запускающих стимулов и последствий).

Оценка и измерение являются неотъемлемой и постоянной частью терапии, пронизывающей все ее этапы, и часто невозможно разделить собственно оценку от самой терапии. Оценка как специальная процедура включается с самого начала терапии, продолжается на протяжении всего лечения и завершает терапию оценкой достижения цели.

В качестве наиболее известных поведенческих техник можно привести **систематическую десенситизацию (десенсибилизацию)**. Метод систематической десенсибилизации является одним из первых методов поведенческой психотерапии, разработанным Дж. Вольпе, за основу в котором берется систематическое постепенное уменьшение чувствительности человека к тому, что вызывает у него страх (это могут быть события, ситуации, люди, предметы и т.д.). Систематическая десенсибилизация (десенситизация) чаще всего используется в терапии нарушений поведения, так или иначе связанных с изолированными фобиями (боязнь пауков, змей, мышей, замкнутого пространства и т.д.) или социальными страхами. Метод основан на принципе реципрокного подавления, который может быть сформулирован следующим образом: страх может быть подавлен, если заменяется активностью, которая антагонистична страху. При систематической десенситизации тревога, напряжение, агрессия замещаются позитивно окрашенной реакцией, релаксацией, спокойствием, чувством контроля над событиями и др. Некоторые авторы этой теории называют данный метод техникой замещения.

При систематической десенситизации пациент последовательно, систематически адаптируется к ситуациям, вызывающим страх, напряжение, научаясь адаптивному поведению, сопровождающемуся состоянием, несовместимым с тревогой. Пациент обучается реагировать на эти ситуации другим поведением, а не только тревогой, страхом. В результате он становится десенсиitized, десенсибилизированным по отношению к ним.

Эта техника включает три этапа. На первом этапе пациент овладевает методикой мышечной релаксации. В классическом варианте применяется прогрессивная мышечная релаксация по Э. Джейкобсону, которая основана на постепенном расслаблении 16 групп мышц тела сверху вниз и использует чередование усиления мышечного напряжения и расслабления мышц. Для успешного овладения методикой пациент должен выполнять упражнения самостоятельно в течение дня дважды, затрачивая на каждое упражнение по 15–20 мин.

На втором этапе пациент совместно с психотерапевтом составляет иерархию ситуаций, вызывающих страх. Средняя иерархия должна включать от 10 до 20 стимульных сцен, каждая из которых оценивается по 10- или 100-балльной системе. Стимульные сцены должны быть конкретными и реалистичными. Ситуацию, в которой пациент может испытывать максимальный страх, панику оценивают в 100 баллов, ситуацию, где он полностью расслаблен, спокоен — в 0 баллов. Затем последовательно ранжируются другие ситуации в зависимости от интенсивности тревожных и фобических переживаний.

Третий этап — это собственно десенситизация. Последовательно рассматриваются ситуации (сцены, положения) из списка по мере возрастания тревожных переживаний и ассоциируются с расслаблением. Пациент представляет их 10–15 с, далее следует расслабление в течении 30 с. Обратную связь об увеличении тревоги пациент показывает невербальным сигналом (чаще — поднятием указательного пальца правой руки). Тогда предъявляется контрольная ситуация, ранжированная как нулевая, представляющая сцену расслабления и покоя, и цикл повторяется снова. Рассмотрение повторяется несколько раз, и если у пациента тревога не возникает после трех предъявлений, то переходят к следующей, более трудной ситуации из списка. В течение одного занятия пациенту дается 2–4 положения из списка. Если при переходе к более трудной ситуации у пациента вновь возникает тревога, то продолжают работать и заканчивают сеанс на успешной сцене.

Пациент инструктируется вообразить сцену как можно ярче и живее, как будто он находится в ней реально, сохраняя при этом состояние глубокой релаксации. Для того чтобы облегчить представление сцены, терапевт предлагает пациенту зрительно вспомнить ее, постараться увидеть отдельные ее детали, максимально наполнить цветом и светом, как будто она находится прямо здесь, перед глазами, попробовать вспомнить все запахи и звуки, которые сопровождали ее, оживить те ощущения в теле, которые отмечались при столкновении с этой ситуацией или объектом. Средняя продолжительность сеанса около 30 мин. Врач должен планировать сеанс так, чтобы иметь время на беседу для обсуждения сложностей, которые возникают у пациента. Частота сеансов — в среднем 2 раза в неделю. После того как систематическая десенсибилизация (десенситизация) завершена, клиентам предлагают проверить ее на эффективность.

Клиент учится расслабляться, непосредственно сталкиваясь с тревожными стимулами в реальной жизни (десенсибилизация *in vivo*). Эта техника может применяться и как самостоятельная методика, она — техника **систематической десенситизации *in vivo*** — состоит также из трех этапов. Однако на первом этапе пациент должен овладеть вариантом методики Джекобсона, который получил название *дифференциальной релаксации*. Пациент должен научиться расслаблять только те группы мышц, которые не участвуют в реальном действии, а также расслаблять участвующие в реальном действии группы мышц до степени, которая не мешает совершать действие. На втором этапе также составляется иерархия ситуаций, вызывающих тревогу, страх, напряжение.

Перед проведением третьего этапа (погружение в реальные жизненные ситуации) пациент должен быть проинструктирован об опасности нарушать тренинг согласно установленной иерархии, перепрыгивая через определенные ситуации. Переход к следующей ситуации в списке разрешается, только если пациент будет чувствовать себя уверенно в предшествующей. Нарушение иерархии ситуаций приводит к возобновлению страхов к уже десенситизированным ситуациям. Именно поэтому необходимы частые контакты с врачом, хотя пациент остается основным контролером собственного лечения.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Ряд психотерапевтов придерживается мнения, что систематическая десенситизация может быть не менее эффективной без применения мышечной релаксации.

Систематическая десенситизация в реальной жизни составляет существенную часть программы лечения сексуальных дисфункций, разработанной известным американским гинекологом и сексологом Уильямом Мастерсом (William Howell Masters) и его ассистенткой — сексологом Вирджинией Джонсон (Virginia E. Johnson).

В этой методике сексуальное возбуждение используется как заместитель тревоги, которая сама является поддерживающим фактором сексуальной дисфункции.

При проведении этой техники пациент вовлекается в физический контакт только до уровня, при котором он начинает испытывать страх. Только когда пациент чувствует себя комфортно, он переходит к следующей ситуации из списка. Переход к ней требует, в свою очередь, более активного сексуального поведения. Это становится возможным, если пациент следует правилу: целью терапии является более яркий и приятный физический контакт, а не сексуальное поведение.

В поведенческой психотерапии нередко используют также **имплозивные методики** (от лат. *implosivus* — взрыв, направленный внутрь) «наводнения», «флудинга» (от англ. flooding — затопление, наводнение), или «погружения» (от англ. immersion — погружение), представляющие собой приемы быстрого избавления от иррациональных страхов.

Имплозивный метод саморегуляции базируется на принципе постепенного привыкания к действию стрессового раздражителя. Его используют в лечении фобий, панических атак, вегетососудистой дистонии и других вегетоневрозов, а также в лечении других тревожных расстройств невротического спектра.

В отличие от систематической десенситизации, где соприкосновение с ситуацией, вызывающей страх, происходит постепенно, в имплозивных методиках акцент делается на быстром столкновении с ними, переживаниях сильной эмоции страха, в ряде случаев длительной экспозиции. При применении техник наводнения не используется мышечная релаксация.

Методика наводнения состоит в том, что пациента побуждают столкнуться с реальной ситуацией, вызывающей страх, и убедиться при этом в отсутствии возможных негативных последствий (например, падения в обморок больного с агорафобическим синдромом, смерти от сердечного заболевания у больного с кардиофобическим синдромом или и т.д.). Для этого пациент должен находиться в этой ситуации как можно дольше и испытывать как можно более сильную эмоцию страха.

При применении методики наводнения необходимо соблюдать некоторые условия. Пациенты, имеющие соматическую патологию, которая при интенсивном стрессовом воздействии может способствовать ухудшению состояния, не должны подвергаться лечению с помощью этой методики (например, больные с ишемической болезнью сердца, бронхиальной астмой и др.). Пациент должен быть активным участником лечения. Для этого перед началом терапии он должен получить необходимую информацию о механизмах действия этого метода, о своей роли в преодолении страха, возможных негативных переживаниях, усилении тревоги, паники. Должна быть исключена возможность механизмов скрытого избегания. Так, при столкновении с реальной ситуацией пациент может удаляться от нее, уходя в мир фантазий или в постороннюю активную деятельность (отвлекаться на разговор с окружающими, телефон, компьютерные игры и проч.). Во всех этих случаях пациент удаляется от реальной ситуации, вызывающей страх, и тем самым снижает интенсивность своей тревоги и страха. Пациенту должно быть объяснено, что скрытое избегание и снижение субъективного уровня страха подкрепляет в конечном итоге это избегание. Пациент должен быть также предупрежден о том, что в процессе пребывания в ситуации страха он должен испытать несколько волн прилива страха и оканчивать тренинг, только испытывая снижение уровня страха.

В большинстве случаев при первом столкновении пациента с пугающей ситуацией находится терапевт или его ассистент, что позволяет облегчить эту процедуру для пациента, поддержать его, оказать необходимую помощь при резком усилении тревоги. При выполнении этой техники в воображении пациенту предлагается погрузиться в наиболее страшные для него ситуации в течение максимально длительного периода. Ему нужно максимально вовлечься эмоционально, как можно точнее представить ситуацию или объект зрительно, почувствовать его осязательно, вспомнить звуковые и другие характеристики ситуации или объекта, вызвавшего страх.

Цель импловзивной терапии состоит в том, чтобы вызвать интенсивный страх, который приведет к уменьшению его в реальной ситуации. Угасание страха происходит в результате длительного столкновения с ситуацией, ранее сопровождавшейся данной эмоцией, поскольку теперь эта ситуация не приводит к последствиям, вызывающим страх.

В литературе также описывается **методика вызванного гнева**, которая также основана на реципрокной ингибиции страха и основывается на предположении, что гнев и страх — это эмоции, которые не могут длительно сосуществовать одновременно, так как активизируют различные физиологические структуры. Методика проводится по типу десенсилизации *in vivo*, но когда пациент начинает чувствовать появление страха, его просят представить себе, что в этот момент его оскорбили, или в окружении его произошло нечто такое, что вызвало у него сильный гнев.

Из других методик, близких к наводнению, следует указать на технику **парадоксальной интенции**. По этой методике пациенту предлагается прекратить так называемую борьбу с симптомом и вместо этого умышленно вызывать его произвольно или даже стараться увеличивать его. Методика предполагает кардинальное изменение установки больного по отношению к симптому своей болезни. Вместо установки пассивного типа: «Я не очень хочу, но попробую проверить реальность своих опасений», пациент переводится на иную установку: «Я хочу активно наступать на свой страх. Каждое проявление симптома для меня желательно, так как дает мне возможность проверить реальность моих страхов, проверить себя в действии». Автор метода парадоксальной интенции австрийский психиатр, психолог, философ и невролог Виктор Франкл (Viktor Emil Frankl) предлагал усилить активный характер установки еще и тем, что больной должен как следует разозлиться на свой симптом как на нечто, мешающее получению удовлетворения от жизни. «Пусть я умру сейчас десять раз, но я буду смеяться над своими симптомами». Изменение отношения к своей болезни, изменение представления больного о своих возможностях — важнейшие механизмы действия этой техники.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Как методики систематической десенсибилизации (десенсилизации), так и методики наводнения в современных условиях могут осуществляться с помощью применения виртуальной реальности (от англ. virtual reality, VR), которая может наиболее полно воспроизводить пугающую пациента ситуацию.

В конце 1990-х годов американский психолог из медицинского центра университета Эмори (Атланта, США) Барбара Ротбаум (Barbara Rothbaum) работала с ПТСР. Она создала виртуальные модели мест, значимых для повышения тревожности и страха у ее пациента, ветерана Вьетнамской войны. Вместе с моделями использовалась экспозиционная терапия —

метод, при котором пациент начинает постепенно взаимодействовать с пугающими образами.

В современных условиях у пациентов появилась возможность работать со своими страхами в VR и без специалиста, с помощью игровых компьютерных программ. Несмотря на то что ситуация происходит в воображаемом пространстве, человек может реагировать на нее совершенно реально и, испугавшись, физически отдергивает руку. В такой виртуальной реальности больной может пережить свой страх, одновременно ощущая себя в сравнительной безопасности. Действительно, условия, созданные в VR, являются максимально близкими, но все же неестественными, что способствует угашению страхов и других эмоциональных расстройств.

Недавнее исследование ученых Оксфордского университета показало, что репетиция пугающих ситуаций в виртуальной среде значительно снижает страх в реальности. Для лечения фобий в настоящее время используются популярные среди геймеров аркадные игры, превосходящие привычные варианты по своим техническим характеристикам (звуковым эффектам и изображению) и дающие реальное ощущение присутствия. Страдающим арахнофобией предлагается игра Half-Life, известная обилием насекомых, а пациентам с клаустрофобией рекомендована игра Unreal Tournament с ее узкими лабиринтами. Высокотехнологичная графическая система, моделирующая ситуации, вызывающие страх, хотя и применяется психотерапевтами, однако является весьма дорогостоящей процедурой. Именно поэтому исследования в области компьютерных технологий направлены на поиск решений того, что может заменить клинические программы виртуальной реальности, удешевив и сделав более доступной данную методику. Помимо систематической десенсибилизации и импловизивных методов, в поведенческой психотерапии существуют другие способы угашения нежелательного поведения.

Методика угасания или истребления (от англ. extinction) — это методика, которая использует удаление или прекращение действия всех подкрепителей дезадаптивного поведения-мишени. Исчезновение действия подкрепителей какого-либо специфического вида поведения приводит, в конце концов, к исчезновению этого поведения. Это положение относится как к адаптивному, так и дезадаптивному стереотипам поведения. Методика последовательно реализует это положение в работе с дезадаптивным поведением. Для успешной реализации методики угасания необходимо выполнить ряд условий. Во-первых, надо точно установить, какие виды подкрепления поддерживают данный нежелательный вид поведения. Только тогда их удаление приведет к запланированному результату.

Во-вторых, надо удалить все подкрепляющие факторы и даже, более того, те, которые ранее не подкрепляли поведение, но потенциально могут его поддерживать. Если не выполняется это требование, то угасание не произойдет. В-третьих, необходимо помнить, что после удаления подкрепляющих стимулов всегда будет отмечаться период, в течение которого нежелательное поведение может усиливаться, возрастать как по частоте, так и по силе проявлений. Важную роль в осуществлении этой методики могут выполнять члены семьи.

Методика негативных последствий — это метод лишения человека подкрепляющих стимулов тогда, когда он демонстрирует нежелательное поведение. Подкрепляющими стимулами могут быть: любимые занятия, свободное время, подарки, одобрение и внимание окружающих, успех. Вариантом метода негативных последствий являются негативные реакции окружающих людей на отклоняющееся поведение личности. Самые распространенные и действенные формы негативных реакций — осуждение (особенно групповое), выражение гнева, наказание, штрафные санкции.

В поведенческой психотерапии предпочтительно сочетание методов, направленных на редукцию нежелательного поведения и методов, усиливающих желаемое поведение (табл. 21.3, 21.4).

Таблица 21.3. Методы редукции поведения

Название метода	Описание
Угасание	Отказ в подкреплении, следующий за несоответствующим поведением
Смена стимула	Изменение дискриминационного стимула (удаление или изменение запускающего поведение предшествующего стимула)
Наказание	Предоставление мягкого аверсивного (от лат. <i>aversio</i> — отвращение) стимула, следующего после неадекватного поведения
Выключение позитивного подкрепления (тайм-аут)	Отсрочка положительного подкрепления на короткое время после неадекватного поведения
Сверхкоррекция	Пациент восполняет потерю и вносит дополнительную плату

Дифференцированное положительное подкрепление	Подкрепляется поведение, не совместимое с демонстрируемым
Постепенная подготовка к аверсивному стимулу (десенсибилизация)	Постепенное погружение в психотравмирующую ситуацию в состоянии безопасности и релаксации
Скрытое моделирование, реципрокная ингибция	Представление в воображении избегаемого и противоположного объекта по вызываемой эмоции
Моделирование	Демонстрация поведения для копирования
Ролевая игра	Проигрывание соответствующего поведения, ситуации, конфликта с альтернативными вариантами

Часть III. Направления и методы психотерапии

Таблица 21.4. Методы, усиливающие поведение

Название метода	Описание
Позитивное подкрепление	Предоставление позитивного стимула (награда или приятное событие), следующего за желаемым поведением
Негативное подкрепление	Удаление стимула (аверсивного или угрожающего события), следующего за желаемым поведением
Планируемое игнорирование	Не обращается внимание в случае дезадаптивного характера поведения
Жетонная система	Подкрепляется только желаемое поведение, нежелательное штрафуются
Моделирование	Нахождение кого-либо на подходящую модель желаемого поведения и проигрывание роли <i>in vivo</i>
Тренинг уверенного поведения	Уверенность обладает противообуславливающим характером пассивному поведению
Когнитивные методы	Обучение рациональным, альтернативным способам восприятия действительности и решения проблем

Аверсия (от лат. *aversio* — отвращение) — наказание за неадаптивную реакцию. **Аверсивные методы** относятся к более спорным технологиям борьбы с нежелательным поведением, так как связаны с намеренным усилением страданий клиента. Они обычно применяются в клинической обстановке, а не в процессе консультирования. В основе аверсивного метода лежит воздействие, вызывающее выраженный дискомфорт: боль, страх, отвращение. Как, например, удар током при мысли о еде или провокация рвотного рефлекса при употреблении алкоголя.

При использовании приведенных методик следует иметь в виду, что наказание эффективно лишь в том случае, если оно понятно личности, основано на правилах, используется последовательно и непременно сочетается с позитивным подкреплением альтернативных (одобряемых) реакций. В целом наказание действительно приводит к снижению вероятности отклоняющегося поведения, но при этом оно, к сожалению, не повышает частоту желательных действий.

Методика самоинструктирования основана на слиянии двух терапий. Попытка интеграции когнитивного и поведенческого подходов связана с именем канадского психолога Дональда Мейхенбаума (Donald Meichenbaum). Его работы можно рассматривать как дальнейшее развитие идей А.Р. Лурии и Л.С. Выготского о внутренней речи. Разработанная в 1970-х годах Д. Мейхенбаумом методика самоинструктирования, называемая также методом аутоинструкций или тренингом самоинструктирования (от англ. *self-instructional training, STI*), для достижения адекватной переработки информации и принятия решения («прививка против стресса») представляет собой метод психотерапии, направленный на овладение внутренней речью в виде самовербализации, в рамках которого пациента обучают поэтапному подходу к проблеме и освоению копинг-стратегий для совладания со стрессом.

Для взрослых метод самоинструктирования применяется в комплексе с другими поведенческими техниками (релаксация, ролевой тренинг, стресс-прививочная терапия и т.д.).

На первом этапе с помощью техники самонаблюдения клиент должен осознать, как его внутренний монолог влияет на его поведение. Клиенту следует обратить внимание на то, что часто в его внутренней речи вербализуются установки дезадаптивного характера, концентрирующие внимание индивида на негативных или угрожающих аспектах ситуации, а также на дефиците собственных навыков, например: «Не стоит пытаться, у меня все равно

ничего не получится», «Не такой я человек, чтобы так себя вести». Подобные убеждения имеют ярко выраженный негативный эффект по схеме «самоисполняющегося пророчества»: тревожные ожидания и убежденность в собственной беспомощности приводят к возникновению неадаптивного поведения, что, в свою очередь, убеждает индивида в истинности его негативных установок.

После того как клиент обнаружил связь между негативными самоинструкциями и проблемным поведением, терапевт предлагает ему переформулировать эти инструкции. При этом новые, позитивные самоинструкции не обязательно должны быть истинными с объективной точки зрения. В методе Д. Мейхенбаума имеет значение лишь полезность самоинструкции для клиента.

Сначала клиент повторяет самоинструкции, которые произносит терапевт. Затем он самостоятельно формулирует эти самоинструкции перед началом поведенческого акта. В процессе тренинга эти инструкции постепенно интериорируются, превращаясь в навык, вплетенный в схему действия.

Метод самоинструкций может применяться также для запрещения нежелательных паттернов поведения. Однако прямые запрещающие инструкции используются лишь в крайних случаях. Вместо инструкции-запрета, по возможности, следует использовать инструкцию, активирующую альтернативное или замещающее поведение. Например, человек, склонный к перееданию, может использовать следующую инструкцию: «На работе я есть не буду, займусь лучше делом».

Требования к формулировке самоинструкций:

- 1) использование лексики клиента и привычное для него построение фраз;
- 2) самоинструкция должна быть предельно конкретной и точно описывать желательный поведенческий акт; поставленная задача должна быть выполнимой (слишком сложная инструкция или неуспех в выполнении инструкции уменьшают мотивацию клиента использовать метод).

Часть III. Направления и методы психотерапии

На основе принципов подкрепления и угашения был разработан **«жетонный» метод** психотерапии, когда желаемые формы поведения пациента подкрепляются персоналом выдачей жетонов. В дальнейшем жетоны могут обмениваться на желаемое реальное вознаграждение, такое как просмотр телевизора, участие в экскурсии. Нежелательное поведение приводит к потере жетонов или очков. Специалист заключает с пациентом терапевтический контракт, подробно описывающий вознаграждения за желаемое поведение. В зависимости от контингента желательное поведение может включать выполнение навыков повседневной гигиены и вежливости или сложные социальные взаимодействия. Эта методика может быть включена в систему лечения, в том числе пациентов с тяжелой психической патологией.

Моделирование поведения, ролевая игра — метод, легко применимый в амбулаторных условиях, он ориентирован на проблему, его чаще называют обучением, что привлекает клиентов, избегающих слово «пациент». Он стимулирует к самостоятельному решению проблем, что очень важно для пациентов с пограничными расстройствами, в основе которых нередко лежит инфантилизм. Кроме того, многие приемы КПТ представляют конструктивные копинг-стратегии, помогая пациентам приобрести навыки адаптации в социальной среде.

Тренинг уверенного (ассертивного) поведения. Наиболее трудными областями общения и источником отрицательных эмоций у пациентов с ППР служат следующие моменты: умение за себя постоять, публичные выступления, вступление в контакт, страх неудачи или отвержения, страх отрицательной оценки, адекватное поведение в незнакомой или неформальной обстановке, принятие ответственности за свое поведение.

Вначале тренинг ассертивности был направлен на отстаивание клиентом своих прав, на развитие так называемого оппозиционного поведения. В последнее время его направленность несколько изменилась. Область его применения расширилась в связи с включением в тренинг развития навыков проявления и точной передачи ассертивного поведения там, где это уместно. Таким образом, ассертивное поведение теперь включает выражение как положительных, так и отрицательных чувств. Ассертивному поведению противопоставляется неуверенное и агрессивное поведение, как неадаптивные формы реагирования (табл. 21.5).

Таблица 21.5. Различия неуверенного, агрессивного и уверенного поведения

Поведение	Действие	Невербальное поведение
Неуверенное	<ul style="list-style-type: none"> Не показывать другим, в чем состоят Ваши права. Выглядеть нервным. 	<ul style="list-style-type: none"> Демонстрация неуверенной позы, отсутствие контакта глазами

	<ul style="list-style-type: none"> • Выполнять желания каждого. • Позволить другим делать вещи, которые Вам не нравятся 	
Агрессивное	<ul style="list-style-type: none"> • Игнорировать права других. • Заставлять других чувствовать себя напряженно. • Перекидывать на других ответственность. • Громко говорить 	<ul style="list-style-type: none"> • Демонстрировать напряженную позу. • Выдвигаться вперед. • Таращить глаза. • Трясти кулаками или топтать ногами. • Интонации голоса злые или саркастические
Уверенное	<ul style="list-style-type: none"> • Заявлять свои права. • Говорить четко, голос уверенный и спокойный. • Уважать права других. • Не позволять другим заставлять Вас делать то, чего Вы не хотите 	<ul style="list-style-type: none"> • Поза прямая. • Хороший контакт глазами. • Свободно выражаются все эмоции, их невербальное сопровождение свободно

Тренинг уверенного поведения разрешает эти проблемы и представляет собой сплав следующих когнитивно-поведенческих методов: дискриминационного тренинга, состоящего в обучении пациентов распознавать агрессию, уверенность и пассивное поведение; моделировать различные сложные ситуации; положительного подкрепления уверенного поведения и реакций; десенсибилизации страха и гнева, ингибиторами которых является уверенное поведение; расширению признаков уверенного поведения в реальных жизненных обстоятельствах; осознании собственных прав и прав другого (см. табл. 21.5).

Ассертивный тренинг или тренинг самоутверждения (от англ. assertiveness training) активно применяется в психотерапевтической практике по настоящее время.

Тренинг ассертивности включает четыре этапа.

1. Обучение клиентов выражать эмоции вербально.
2. Обучение клиентов выражать свои эмоции невербально. «Если Вы делаете кому-то комплимент, должны улыбнуться», «Смотрите прямо в глаза, когда настаиваете на том, чтобы человек выполнил ваше поручение». Уместная улыбка, контакт глазами и громкость голоса — это невербальные реакции, способные затормозить тревогу при социальных взаимодействиях.
3. Проигрывание в группе или с психотерапевтом ассертивного поведения в ситуациях, которые в реальной жизни вызывают у пациентов пассивные либо агрессивные формы поведения. После того как уровень тревоги снижается, благодаря ролевому разыгрыванию ассертивных взаимодействий, клиенты становятся ассертивнее в своей способности противостоять реальным жизненным ситуациям. При проведении тренинга ассертивности следует считаться с этическими соображениями и делать упор на развитие социальной компетентности человека, уважая интересы других участников ситуации.
4. Клиенты пробуют применить полученные навыки в жизни, в ситуациях, которые ранее вызывали пассивность либо агрессию. На этом этапе психотерапевт дает конкретные домашние задания. Начиная с более простых и заканчивая более сложными. Начинать надо с ситуаций, вызывающих наименьшую тревогу, по мере успеха и приобретения уверенности двигаясь к более стрессовым ситуациям. Главная задача психотерапевта на этом этапе — никогда не поощрять ассертивное поведение в ситуациях, где велик риск получить наказание. Следуя этому предписанию, обиду или гнев клиенты должны выражать в потенциально опасных ситуациях с минимальной интенсивностью.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Выбор пациентов на тренинг уверенного поведения учитывает специфические ситуации, где оно затруднено; особые обстоятельства, препятствующие уверенному поведению; ситуационные, а не общие проблемы неуверенности; мотивацию к изменениям; согласие на работу в группе и желание самораскрытия; реальные ожидания и постановку конкретных целей. Прежний негативный опыт работы в группе требует больше времени для предварительной подготовки. Примерная программа такого тренинга состоит из 6–9 занятий, проводимых 1–2 раза в неделю по 1,5 ч.

1-е занятие включает короткую (не более 10 мин) лекцию, содержанием которой служит краткий обзор девяти занятий, описывающий смысл игр и упражнений в общей системе

когнитивной реконструкции и поведенческого моделирования, затем участники группы высказывают свои опасения и ожидания, формулируют основную цель (поведение-мишень) пребывания в группе. Проводятся игры и упражнения, направленные на сплочение группы, различение уверенных, агрессивных и пассивных действий, вербального и невербального поведения.

2-е занятие посвящается способам уметь говорить «Нет».

3-е и 4-е — ситуациям обвинения, несогласия; повышению фрустрационной толерантности.

5-е — обучению способам совладания со стрессом.

6-е — умению разрешать проблемы, обучению рациональному и позитивному мышлению.

7-е — принципам ведения спора, дискуссии.

8–9-е — решению индивидуальных проблем.

Считается необходимым поиск альтернатив для агрессивного и пассивного поведения:

спрашивать разрешения, делиться с другими, помогать другим, вести переговоры, развивать самоконтроль, отстаивать свои права, отказывать; обучать различным способам реакции на шутки, умению выйти из конфликта и т.д.

Приобретение уверенности взамен агрессивного и неуверенного поведения, которое желательно увидеть у пациентов (положительная динамика). В процессе тренинга ведущий занятия добивается, чтобы проблемное поведение встречалось реже, а «поведение-мишень», ради которого пациент пришел на занятия, возросло. Этому способствует применение приемов шкалирования, пространственной и графической социометрии, анализ самоотчетов участников группы.

На последнем занятии рекомендуется делать повторные замеры показателей, способных отразить изменения, а также опрашивать пациентов, что удалось им приобрести в результате тренинга, а чего не удалось достигнуть. Сигнал к продолжению психотерапевтической работы давали те пациенты, которые не выполнили своих задач. Тогда тренинг уверенности в себе служит лишь этапом комплексной психотерапевтической программы.

Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ — от англ. cognitive behavioural therapy, CBT). КПТ эффективна при самых различных психических расстройствах и представляет собой краткосрочное, сфокусированное на навыках лечение, направленное на изменение неадаптивных эмоциональных реакций при помощи изменения мыслей, изменения поведения пациента либо изменения того и другого. КПТ является терапией выбора при многих психических расстройствах, интегрирует когнитивные, поведенческие и эмоциональные стратегии для изменений личности, подчеркивает влияние когниций и поведения на эмоциональную сферу и функционирование организма в широком социальном контексте.

Термин «когнитивный» используется потому, что обнаружение специфических нарушений эмоций и поведения нередко зависит от ошибок в познавательном процессе, дефицита в мышлении. В «когниции» входят убеждения, установки, информация о личности и среде, прогнозирование и оценка будущих событий. Пациенты могут неправильно интерпретировать жизненные стрессы, судить себя слишком строго, прийти к неправильным выводам, иметь о себе негативные представления. Когнитивно-поведенческий психотерапевт, работая с пациентом, применяет и использует логические приемы и поведенческие техники для решения проблем совместными усилиями.

КПТ нашла свое широкое применение при лечении невротических и психосоматических расстройств, аддиктивного и агрессивного поведения, нервной анорексии.

Третья волна КПТ. Говоря о КПТ, в литературе часто упоминаются три волны ее развития. Первой волной принято считать непосредственно бихевиоризм, второй волной считается КПТ, совмещающая поведенческую теорию и когнитивизм, третьей волной, начавшейся развиваться в 90-е годы XX в., принято считать подходы, разработанные на базе КПТ, которые больше фокусируются на осознанности и принятии. КПТ третьей волны включает методы, часто не имеющие своей доказательной базы, заимствованные у других направлений психотерапии, а также некоторые практики восточной философии, например медитацию. Если классическая КПТ больше фокусируется на проблемах и негативных паттернах, которые нужно изменить, КПТ третьей волны помогает клиенту принять себя и свои особенности, а в фокус исследования больше входят эмоции, отношения, интеракции, темы ценностей и смыслов, духовность.

Основными течениями третьей волны КПТ являются:

- 1) когнитивная терапия, основанная на осознанности (майндфулнесс) (от англ. Mindfulness Based Cognitive Therapy, MBCT) (Segal Z. et al.);
- 2) терапия, основанная на осознанности редукации стресса (от англ. Mindfulness Based Stress Reduction Therapy, MBSR) (Zinn K.);
- 3) терапия принятия и ответственности (от англ. Acceptance and Commitment Therapy, ACT) (Hayes S., Strosahl K., Wilson K.);
- 4) диалектико-поведенческая терапия (от англ. Dialectical behavior therapy, DBT) (Linehan M.);

5) функционально-аналитическая терапия (от англ. Functional analytic psychotherapy, FAP) (Kohlenberg Tsai);

6) схема-терапия (от англ. Schema Therapy) (Young J.);

7) метакогнитивная терапия (от англ. Metacognitive Therapy) (Wells C.).

В первых трех направлениях концепт Mindfulness является центральным компонентом, в четвертом и пятом — дополнительным.

Разные методы КПТ будут подробно рассмотрены в следующих главах.

Современные технические и инженерные достижения позволяют использовать компьютерные технологии для моделирования ситуаций, воспроизведение которых помогает в расширении возможности экспозиции и формировании толерантности. Во многих странах имеются программы, основанные на использовании виртуальной реальности, для создания обстановки, приближенной к реальным, пугающим пациента ситуациям. В ряде случаев технические возможности позволяют дополнить визуальное изображение акустической, тактильной, ароматической стимуляцией. Создание экспозиций с помощью виртуальной реальности является перспективным направлением, поскольку позволяет формировать персонализированные стратегии терапии, индивидуально подбирать длительность и объем стимуляции, дозированно погружать пациента в заданные терапевтические условия, сопровождая при этом необходимым медицинским наблюдением.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Список литературы

1. Бек Дж. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. СПб.: Питер, 2019. 416 с.
2. Beck A.T., Haigh E.A.P. Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model // Annu. Rev. Clin. Psychol. 2014. Vol. 10. P. 1–24.
3. Beck J.S. Cognitive behavior therapy: basics and beyond. 3rd ed. New York : The Guilford Press, 2021. 414 p.
4. Карачевский А.Б. Психотерапия депрессии: миф или реальность? // Вестник Ассоциации психиатров Украины. 2013, № 3. С. 26–30.
5. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Никитина И.В., Пуговкина О.Д. Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: современное состояние проблемы. Ч. 1 // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. XIX, № 3. С. 92–100.
6. Cuijpers P., Berking M., Andersson G. et al. A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments // Can. J. Psychiatry. 2013. Vol. 58, N. 7. P. 376–385. DOI: <https://doi.org/10.1177/070674371305800702>. PMID 23870719.
7. Wiles N., Thomas L., Abel A. et al. Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: Results of the CoBaT randomised controlled trial // Lancet. 2013. Vol. 381, N. 9864. P. 375–384. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61552-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61552-9).
8. Otte C. Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence // Dial. Clin. Neurosci. 2011. Vol. 13, N. 4. P. 413–421. DOI: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.4>.
9. Hofmann S.G., Asnaani A., Vonk J.J. et al. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses // Cogn. Ther. Res. 2012. Vol. 36. P. 427–440.
10. Simon S.S., Cordás T.A., Bottino C.M. Cognitive behavioral therapies in older adults with depression and cognitive deficits: A systematic review // Int. J. Geriatr. Psychiatry. 2015. Vol. 30, N. 3. P. 223–233.
11. Chu B.C., Harrison T.L. Disorder-specific effects of CBT for anxious and depressed youth: A meta-analysis of candidate mediators of change // Clin. Child Fam. Psychol. Rev. 2007. Vol. 10, N. 4. P. 352–372.
12. Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia / Eds J. Read, R.L. Moshier, R.P. Bentall. Hove, East Sussex: Brunner-Routledge, 2004. 373 p. (На русском: Модели безумия: Психологические, социальные и биологические подходы к пониманию шизофрении / под ред. Дж. Рида, Л.Р. Мошера, Р.П. Бенталла. Ставрополь: Возрождение, 2008. 412 с. Гл. «Когнитивная терапия для людей с психозом». Э.П. Моррисон).
13. Gartlehner G., Wagner G., Matyas N. et al. Pharmacological and non-pharmacological treatments for major depressive disorder: Review of systematic reviews // BMJ Open. 2017. Vol. 7, N. 6. Article ID 014912.
14. Добсон Д., Добсон К. Научно-обоснованная практика в когнитивно-поведенческой терапии. СПб.: Питер, 2021. 400 с.
15. Лихи Р. Преодоление сопротивления в когнитивной терапии. СПб.: Питер, 2021. 352 с.

16. Бек Дж. Когнитивная терапия для сложных случаев: что делать, когда простые решения не работают. СПб.: Диалектика, 2020. 432 с.
17. Сокол Л., Фокс М.Г. Когнитивно-поведенческая терапия: Практическое руководство. СПб.: Диалектика, 2021. 384 с.

Часть III. Направления и методы психотерапии

21.2. Когнитивно-поведенческая психотерапия А.Т. Бека

Термины когнитивная терапия и общий термин когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) (от англ. Cognitive Behavior Therapy, CBT) часто используются как синонимы для описания психотерапии, основанной на когнитивной модели. Термин также используется в качестве обобщающего для группы методов, в которых сочетаются когнитивный подход и набор поведенческих процедур и стратегий.

На протяжении более шестидесяти лет когнитивная модель Аарона Бека обеспечивает научно обоснованный подход к диагностике и лечению психоэмоциональных расстройств. В 1960-х годах произошла настоящая революция в области психического здоровья — инициатором и создателем когнитивной терапии стал А.Т. Бек, работавший тогда старшим преподавателем психиатрии в Пенсильванском университете.

Это направление психотерапии является наиболее широко практикуемым в мире (David S. et al., 2018; Knapp M. et al., 2015) [3]. На сегодняшний день существуют разнообразные формы КПТ, которые имеют общие черты с когнитивной терапией А.Т. Бека, однако концептуализации и акценты в лечении в некоторой степени отличаются. К ним можно отнести рационально-эмотивно-поведенческую терапию А. Эллиса (Ellis A.); когнитивно-поведенческую модификацию (Meichenbaum D.); поведенческую активацию (Lewinsohn P.M., Sullivan J.M., Grosscup S.J., Martell C.R., Addis M.E., Jacobson N.S.); экспозиционную терапию (Foa E.B., Rothbaum B.O.); терапию когнитивной переработки (Resick P.A., Schnicke M.K.); психотерапию когнитивно-поведенческого анализа (McCullough J.P.); диалектическую поведенческую терапию (Linehan M.); терапию, сфокусированную на решении проблем (D'Zurilla T.J., Nezu A.M.); терапию принятия и ответственности С.К. Хайеса (Hayes S.C.); метакогнитивную терапию (Clark D., Wells A.); когнитивную терапию, основанную на осознанности (Segal Z.); схема-терапию (Young J.); терапию эмоциональных схем (Leahy R.L.); функционально-аналитическую терапию (Kohlenberg R.J., Tsai M.); терапию, сфокусированную на сострадании (Guilbert P.) и др.

Как отмечают в своей монографии чета Д. и К. Добсон [14], можно выделить следующие базовые утверждения или принципы, которые свойственны всем формам психотерапии, относящимся к когнитивно-поведенческой группе.

1. Гипотеза доступности предполагает, что содержание и процесс мышления познаваем и может быть оценен. Мысли нельзя назвать бессознательными, предсознательными или по какой-либо причине не доступными осознанию. Когнитивно-поведенческие подходы скорее поддерживают идею о том, что при наличии достаточной тренировки и развитии внимания люди способны научиться осознавать собственный мыслительный процесс.
2. Гипотеза медиации предполагает, что мысли являются своего рода посредниками между эмоциональными и поведенческими реакциями на разные ситуации, в которых мы оказываемся. Когнитивно-поведенческая модель не поддерживает идею о том, что люди эмоционально реагируют на ситуацию или прибегают к какому-либо поведению, не задействуя когнитивные процессы. В рамках этой модели принято считать, что наши толкования ситуации и мысли о ней представляют собой важнейший фактор, определяющий возникающие в данной ситуации чувства. Когниции или мысли влияют и на поведенческие паттерны в разных ситуациях. Так, мы ощущаем тревогу, когда считаем ситуацию опасной. Если у нас возникает мысль об угрозе, повышается вероятность того, что в дальнейшем мы будем пытаться избегать подобных ситуаций или быстрее из них выходить. Эти мысли, а также соответствующие им эмоциональные и поведенческие реакции могут со временем становиться автоматическими.
3. Гипотеза изменений, вытекающая из предыдущих двух, предполагает: раз когниции познаваемы и выполняют медиативную функцию между нашими реакциями на ситуации, мы можем преднамеренно менять формы реагирования на события и сделать свое поведение более функциональным и адаптивным — если разберемся в собственных эмоциональных и поведенческих реакциях. Мы можем научиться систематически применять когнитивные стратегии, помогающие добиваться поставленных перед собой жизненных целей. Когнитивная терапия основана на когнитивной модели, которая утверждает, что мысли, чувства и поведение взаимосвязаны и что люди могут двигаться к преодолению трудностей и достижению своих целей, выявляя и изменяя бесполезное или неточное мышление, проблемное поведение и избыточные эмоциональные реакции (рис. 21.1).

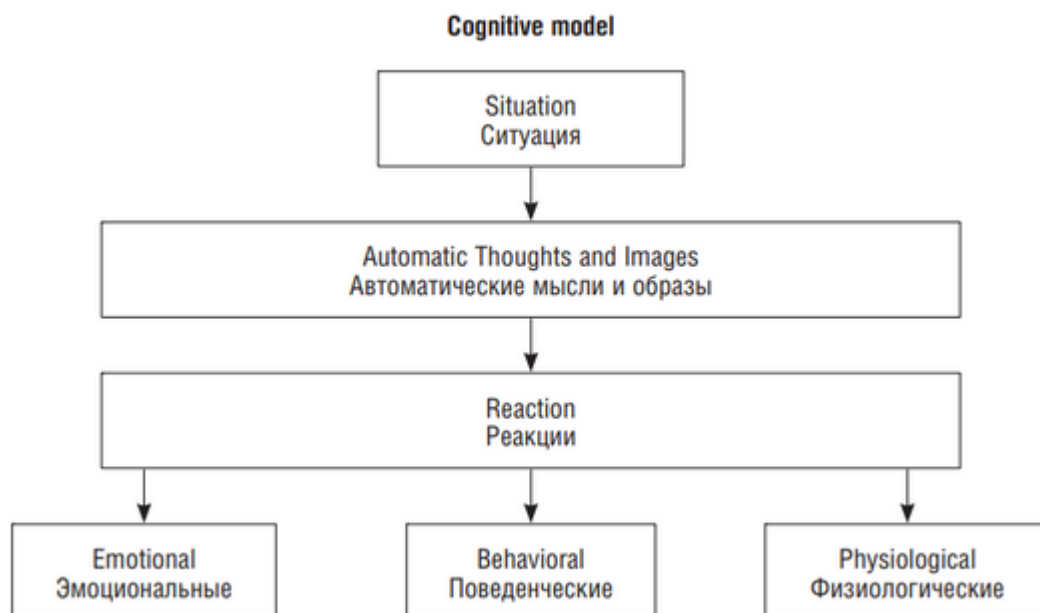


Рис. 21.1. Когнитивная модель

Сформированная таким образом когнитивная модель была развита и применена к другим расстройствам, были показаны различия в содержании убеждений для различных расстройств.

Для наблюдателя со стороны КПТ может показаться обманчиво простой. Когнитивная модель, предположение о том, что мысли могут влиять на эмоции и поведение (а иногда и на физиологию), проста и ясна. Тем не менее опытные терапевты КПТ выполняют несколько задач сразу: установление отношений, социализация и психологическое просвещение клиента, сбор данных, концептуализация пациента, работа над достижением клиентом целей и преодолением препятствий, выработка навыков, построение заключений и получение обратной связи [3]. Со стороны выполнение этих задач выглядит как обычная беседа, но это целая технология, представленная в первую очередь в вербальной форме.

Когнитивная терапия включает работу с терапевтом для развития навыков проверки и изменения убеждений, выявления искаженного мышления, разного отношения к другим и изменения поведения. А.Т. Бек разработал четко структурированную психотерапию для депрессивных расстройств, направленную на решение текущих проблем и изменение дисфункционального (ошибочного и/или непродуктивного) мышления и поведения. С тех самых пор он и другие специалисты успешно адаптировали этот терапевтический подход для работы с поразительно широким спектром расстройств и проблем. Изменения коснулись общего фокуса терапии, применяемых техник и продолжительности лечения, однако теоретические основы подхода остались прежними. Во всех формах когнитивно-поведенческой терапии, возникших из модели А.Т. Бека, лечение основывается на когнитивных формулировках, убеждениях и поведенческих стратегиях, специфичных для определенных расстройств.

Часть III. Направления и методы психотерапии

В основе диагностики в КПТ лежит процесс концептуализации — понимания ситуации конкретного пациента (свойственных лично ему убеждений и поведенческих схем). Прояснив причины, терапевт ищет разные способы достижения когнитивных изменений — модификации системы мышления и поведения пациента, — которые позволят направить его к продолжительным эмоциональным и поведенческим изменениям. Когнитивная концептуализация случая разрабатывается когнитивным терапевтом в качестве модели и руководства для понимания внутренней реальности индивида, выявления областей проблем и дистресса, а также выбора способствующих решению этих проблем изменений и направленных на их достижения вмешательств.

А.Т. Бек родился 18 июля 1921 г. в Провиденсе, штат Род-Айленд, США, и был младшим из четырех детей в семье еврейских иммигрантов из Российской империи. Его отец Гарри Бек (Гершл Бык, 1884–1968) был издателем и уроженцем Проскурова (с 1954 г. Хмельницкий, областной центр на западе Украины), иммигрировавшим в США в 1906 г. Мать, Элизабет Темкин (1889—1963), иммигрировала в США из Любеча (Черниговская обл., Украина) и была общественным деятелем еврейской общины Провиденса (Род-Айленд). Родители поженились в 1909 г. На фотографии А.Т. Бек вместе с родителями и братьями (рис. 21.2).



Рис. 21.2. А.Т. Бек с родителями и братьями

В 1950 г. А.Т. Бек женился на Филлис У. Бек, которая была первой женщиной-судьей апелляционного суда штата Пенсильвания. Вместе они воспитали четверых детей (Рой, Джуди, Дэн и Элис). Дочь А.Т. Бека Джудит стала выдающимся психологом, педагогом и клиницистом по КПТ, написавшим целый ряд монографий в этой области, в том числе базовый учебник (*Cognitive behavior therapy. Basics and Beyond.*, 1993 г.; 2-е издание было выпущено в 2014 г., на русском языке — в 2019 г. Ассоциацией Когнитивно-Поведенческой Психотерапии совместно с издательством «Питер») [1]. Она является соучредителем и президентом некоммерческого института Бека (<https://beckinstitute.org/>), почетным президентом которого являлся А.Т. Бек. В ноябре 2020 г. Дж. Бек презентовала онлайн уже 3-е издание книги *Cognitive behavior therapy. Basics and Beyond*, в данный момент книга переводится и будет выпущена в скором времени на русском языке издательством «Питер» и Ассоциацией Когнитивно-Поведенческой Психотерапии.

А.Т. Бек учился в Университете Брауна, окончив его с отличием в 1942 г. В Брауне он был избран членом общества Фи Бета Каппа, был помощником редактора «Браун Дейли Геральд» и получил стипендию Фрэнсиса Уэйленда, премию Уильяма Гастона за выдающиеся ораторские способности и премию Фило Шермана Беннетта за эссе. А.Т. Бек также учился в Йельской медицинской школе, окончив ее со степенью доктора медицины (MD) в 1946 г. После обучения он начал специализироваться в неврологии, однако из-за нехватки специалистов по психиатрии ему было поручено пройти подготовку и практику в этой области. В дальнейшем он увлекся психоанализом, несмотря на свое первоначальное настороженное отношение к нему.

После прохождения медицинской стажировки с 1946 по 1950 г. А.Т. Бек до 1952 г. работал психиатром в Центре Остина Риггса, частной психиатрической больнице в горах Стокбриджа штата Массачусетс. В то время это был центр психологии личности с необычной междисциплинарной работой между психиатрами и психологами, включая такого специалиста, как Дэвид Рапапорт.

Затем А.Т. Бек прошел военную службу в качестве помощника начальника отделения нейропсихиатрии в армейском госпитале Вэлли-Фордж в вооруженных силах Соединенных Штатов.

По завершению службы Бек был принят на работу на факультет психиатрии Пенсильванского университета (University of Pennsylvania, Penn) в 1954 г. Это старейший частный университет в США, расположенный в Филадельфии (штат Пенсильвания) и основанный в 1740 г. Б. Франклином. Заведующим кафедрой в тот период был Кеннет Эллмейкер Аппель, психоаналитик, который являлся президентом Американской психиатрической ассоциации. Научные труды и усилия К.Э. Аппеля по расширению присутствия психоанализа и его связей с психиатрией оказали большое влияние на научные устремления и карьеру доктора Бека. С этого момента А.Т. Бек начал углубленное обучение психоанализу в Филадельфийском институте Американской психоаналитической ассоциации.

Первое исследование Бека было проведено с Леоном Солом, психоаналитиком, известным необычными для того времени терапевтическими методами, такими как терапия по телефону или назначение пациентам домашних заданий, который также разработал опросники инвентаризации для количественной оценки процессов Эго в очевидном содержании

сновидений (то, что может быть непосредственно сообщено сновидцем). А.Т. Бек и его аспирант разработали новый перечень, который они использовали для оценки «мазохистской» враждебности в отчетах пациентов о своих снах, опубликованный в 1959 г. Уже это исследование А.Т. Бека показало, что темы потери и отвержения тесно связаны с депрессией, а не с инвертированной враждебностью, как предсказывал психоанализ. Развивая работу при финансировании NIMH (от англ. U.S. National Institute of Mental Health — Национальный институт психического здоровья США), А.Т. Бек сформулировал то, что он назвал Шкалой депрессии Бека (от англ. Beck Depression Inventory, BDI), которую он опубликовал в 1961 г. и вскоре начал распространять уже без поддержки К.Э. Аппеля. В другом эксперименте он обнаружил, что пациенты с депрессией искали поощрения или поддержки после ситуаций неодобрения, а не искали страданий и неудач, как предсказывала фрейдистская теория гнева, обращенного на самого себя. В течение 1950-х годов А.Т. Бек придерживался психоаналитических теорий, доминировавших на факультете. Однако испытывал целый ряд сомнений, связанных с результатами собственной практики и целой серии экспериментальных работ. В 1961 г. были жаркие дебаты о том, кого назначить новым заведующим кафедрой психиатрии. А.Т. Бек старался сохранять нейтралитет и вместе с Альбертом Дж. Станкардом выступил против петиции о блокировке одного из кандидатов от психоаналитиков, биомедицинского исследователя Робинса. Однако на должность заведующего все же был назначен А.Дж. Станкард, бихевиорист, специализировавшийся на ожирении и бросивший психоаналитическую подготовку.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Бек попросил творческий отпуск на пять лет и решил заняться частной практикой. Как пишет сам А.Т. Бек о том периоде: «Когда я впервые начал применять для лечения пациентов комплекс терапевтических процедур, который я назвал «когнитивной терапией» (теперь его принято называть «когнитивно-поведенческой терапией»), я совершенно не представлял, куда приведет меня этот подход, так сильно отличавшийся от моего психоаналитического образования...»

В 1962 г. он уже делал заметки о паттернах мыслей при депрессии, подчеркивая то, что может быть замечено и проверено любым человеком и использовано для лечения. Он укрепил новый союз с психиатром А.Дж. Станкардом и расширил свои связи с коллегами-психологами, такими как Сеймур Фешбах и Ирвинг Сигел, таким образом, оставаясь в курсе событий в фундаментально когнитивной психологии, в том числе и в новом Центре когнитивных наук Гарвардского университета. Он был особенно увлечен теорией личных конструкторов Джорджа Келли и схемами Жана Пиаже. Первые статьи А.Т. Бека по когнитивной теории депрессии, опубликованные в 1963 и 1964 гг. в Архивах общей психиатрии (от англ. Archives of General Psychiatry), сохраняли психиатрический контекст психологии Эго, но затем обратились к концепциям реалистического и научного мышления в терминах новой когнитивной психологии.

Записные книжки А.Т. Бека также были заполнены самоанализом, где, по крайней мере, два раза в день в течение нескольких лет он записывал свои собственные «автоматические» мысли, оцениваемые по процентильной шкале убеждений, классифицированные и, в последующем, реструктурированные.

Коллегой по идеям и психологом, который стал самым важным для А.Т. Бека в тот период, являлся Альберт Эллис, чья собственная вера в психоанализ рухнула к 1950-м годам. Он начал представлять на научных конференциях свою «рациональную терапию» к середине 1950-х годов. А.Т. Бек вспоминает, что А. Эллис связался с ним в середине 1960-х годов после двух его статей в Архивах общей психиатрии. Он обнаружил, что А. Эллис разработал богатую теорию и прагматическую терапию, которую он смог в некоторой степени использовать в качестве основы, смешанной с его собственной, хотя ему не нравился технический аспект в практике А. Эллиса, когда он рассказывал пациентам о том, что, по его мнению, происходит, вместо того чтобы помогать клиенту учиться самостоятельно эмпирически. А.Т. Бек и А. Эллис ссылались на аспекты философии стоицизма.

В 1967 г. А.Т. Бек снова вернулся на кафедру психиатрии в Пенсильванский университет со своей монографией о депрессии, опубликованной в этом же году. Как пишет историк Рейчел Рознер: «Когнитивная терапия вышла на рынок как корректирующая психологическая основа экспериментатора — как для него самого, так и для его пациентов, и для его коллег-психиатров».

Разочаровавшись в долгосрочных психодинамических подходах, А.Т. Бек пришел к выводу, что способ, которым его пациенты воспринимали и приписывали смысл своей повседневной жизни, — процесс, известный как познание, был ключом к терапии.

Как писал сам А.Т. Бек: «Основываясь на результатах собственных клинических наблюдений, систематических клинических исследований и экспериментов, я предположил, что в основе психиатрических синдромов депрессии и тревожности лежат нарушения механизмов мышления. Эти нарушения приводили у пациентов к систематическим искажениям в интерпретации определенных аспектов опыта. Выделяя такие искаженные интерпретации и предлагая пациентам альтернативу — то есть более вероятные объяснения происходящего, — я обнаружил, что это приводит к практически незамедлительному улучшению симптоматики. Отработка этих когнитивных навыков помогала пациентам поддерживать достигнутые улучшения».

Эти наблюдения позволили сформулировать концептуальную модель депрессии, в рамках которой убеждения, включенные в когнитивные структуры, названные схемами, играют центральную роль в развитии депрессии и других расстройств. А.Т. Бек изложил свой подход в книге «Депрессия: причины и лечение» в 1967 г. Опираясь на научные работы Г. Хэда, Ф. Бартлетта и Ж. Пиаже, он первым ввел термин «схема» в психотерапию, как базис для основных способов, с помощью которых люди обрабатывают и определяют информацию о себе, мире или будущем. Когнитивные схемы, определяемые как сформированные внутри личности репрезентации стимулов, идей или опыта, управляют системами обработки информации (например, автоматическая обработка более низкого порядка по сравнению с рефлексивной обработкой более высокого порядка). В традиционном бихевиористском подходе, сформированном на модели реактивности, индивид является пассивным получателем широкого спектра внешних и внутренних стимулов и реагирует либо адаптивно, либо дезадаптивно. Более широкая когнитивно-поведенческая модель учитывает индивидуальные цели, побуждения и ожидания, которые активно формируют поведение. Интерактивная модель Бека основана на предположении, что иногда последовательность реакций инициируется целями и побуждениями (проактивно), а иногда событиями (реактивно). В любом случае (проактивном или реактивном) обратная связь формирует взаимодействие.

А.Т. Бек использовал целый ряд различных источников, в том числе работы древнегреческих философов (например, Эпиктета) и великих теоретиков психологии: К. Хорни, А. Адлера, Дж. Келли, А. Эллиса, Р. Лазаруса и А. Бандуры. Работы А.Т. Бека, в свою очередь, расширялись и дополнялись данными современных исследователей и их теоретическими изысканиями. В области психологии основаниями когнитивной терапии являются теории переработки информации человеком, особенно когнитивные теории эмоций, показавшие роль когнитивных переменных в возникновении эмоций разного знака и модальностей. Поскольку эмоции и поведение человека во многом определяются его мышлением (когнициями), то, меняя мышление, можно изменить эмоциональное состояние и повлиять на поведенческую активность человека. В связи с этим главное значение в когнитивной психотерапии придается изменению процесса обработки информации человеком, трансформации мышления пациента. Продукты переработки информации не обязательно отражают реальные события. Когда информация после ее обработки становится неверной, другие системы (например, аффективные, мотивационные, поведенческие) могут функционировать дезадаптивным образом. Ошибки могут привести к другим когнитивным искажениям (например, искажениям в интерпретации, внимании, памяти), чрезмерному или неадекватному аффекту и дезадаптивному поведению. Например, ошибочная или преувеличенная интерпретация угрозы приведет к неуместному или чрезмерному беспокойству и избеганию.

Часть III. Направления и методы психотерапии

К философским предпосылкам, способствовавшим возникновению и развитию когнитивной терапии, по утверждению методологов, стали следующие учения.

1. Учение поздних стоиков (Эпиктет, Марк Аврелий, Сенека и близкий к стоикам Цицерон), заявлявших, что значительную роль в возникновении душевного дискомфорта и тоски играют субъективное мнение и суждения разума (Сенека в письме к Луцилию утверждал: «Все зависит от субъективного мнения... Мы страдаем благодаря нашим мнениям...»).
2. Дедуктивная техника ведения диалога, описанная Сократом.
3. Учение Фрэнсиса Бэкона об ограниченности человеческого разума и о свойственных человеческому мышлению искажениях.
4. Учение Спинозы, согласно которому эмоции являются производными мышления, и чувство можно изменить, если видоизменить связанное с ним убеждение.

А.Т. Бек разделил убеждения разума на три уровня: «Автоматическая мысль», «Промежуточное убеждение» и «Глубинное убеждение или базовое верование». В конкретной ситуации промежуточные и глубинные убеждения человека влияют на особенности восприятия, переработку воспринятой информации, что выражается в

специфичных для ситуации автоматических мыслях. Эти мысли, в свою очередь, влияют на эмоциональные, физиологические и поведенческие реакции.

Автоматические мысли. Это машинальные мысли, прокручивающиеся в голове настолько быстро, что они не успевают отразиться в словах осознанного внутреннего диалога, который человек ведет при принятии решений. Интересной особенностью подобных мыслей является их мимолетный характер. Как отмечал сам А.Т. Бек: «К моему собственному удивлению, я заметил, что даже относительно короткая мысль, проскользнувшая где-то на периферии сознания, может вызвать очень глубокие эмоции. Более того, такие ощущения оказывались произвольными: пациент не мог ни вызывать, ни подавлять их. И хотя эти чувства зачастую были адаптивными и отражали реальную утрату, приобретение, опасность или проступок, они также часто являлись несоразмерными или несоответствующими конкретным обстоятельствам, которые их спровоцировали. Например, склонный к гневу человек может даже нанести какой-то небольшой удар или причинить непропорционально большие неприятности в стремлении строжайшим образом наказать того, кто на него “напал”». Таким образом, по своим характеристикам автоматическая мысль является объектом имплицитной памяти. Несмотря на быстроту прохождения, такие мысли успевают вызвать эмоции и воздействуют на процесс принятия решений, то есть являются автоматически исполняемыми объектами процедурной памяти. Обычно автоматизируются часто повторявшиеся ранее или важные для человека мысли. К таким мыслям относятся, например, имеющие место при взаимодействии с другими людьми: детьми, родителями, супругами, другими родственниками, начальниками, коллегами по работе и т.д. После завершения процесса «автоматизации» мозг больше не занимается обдумыванием мысли, а мгновенно извлекает из памяти (эмоциональной и процедурной) связанные с ней чувства и/или схемы (образы) действий, возникавшие и совершавшиеся в предыдущем опыте. Подобная «автоматизация» может быть полезной, когда необходимо быстро принять решение, но может навредить, если автоматизировалась неправильная или нелогичная мысль. Когда искажение превышает адаптивный уровень, вероятность возникновения субклинического или клинического расстройства возрастает, поэтому в число задач когнитивной психотерапии входит распознавание таких мыслей, возвращение их из неосознанной сферы психики (процедурной памяти), автоматических реакций в область медленного словесного переосмысления, с тем чтобы при использовании правильных контраргументов удалить неверные суждения и перезаписать эти мысли в виде корректных альтернатив с адекватными эмоциями и схемами действий. Основные характеристики автоматических мыслей: После того как мысли автоматизировались, они в большей степени являются не следствием размышлений и рассуждений, а автоматически срабатываемыми объектами памяти, мгновенно вызывающими чувства и/или действия, хотя субъективно они воспринимаются обоснованными (при том, что окружающим представляются нелепыми или даже противоречат очевидным фактам). Примеры: «Если я не получу оценку “хорошо” на экзамене, я умру, мир вокруг меня разрушится, после этого я не смогу ничего сделать, я окончательно стану полным ничтожеством», «Я разрушила жизнь своих детей разводом», «Все, что я делаю, я делаю некачественно, поэтому я отказываюсь от любых сложных дел».

Существует целый ряд приемов выявления автоматических мыслей [1]. Обычно этому помогает описание пациентом феноменов расстраивающей ситуации и возникшими в связи с ней дисфункциональными эмоциональными, физиологическими или поведенческими реакциями. Этому помогает ряд вопросов, в частности: «О чем вы тогда подумали?» Далее можно помочь человеку оценить его мышление двумя способами.

В методике направленного открытия последовательно задаются несколько вопросов, которые помогают дистанцироваться от дисфункциональных когниций (помогают считать когниции просто идеями, необязательно справедливыми — «мысль не есть факт»); оценить их валидность и практическое значение и/или провести декатастрофизацию.

Вот вопросы, которые предлагает Дж. Бек в своем руководстве [1].

Не каждый из этих вопросов подойдет для любой автоматической мысли — иными словами, вы можете каждый раз использовать разные вопросы. Однако эта подборка — полезный ориентир.

Убеждения. Термин «убеждение» используется в качестве общего ярлыка для представления различных конструкторов, связанных со схемой, таких как предположения, ожидания, правила и отношения, влияющие на воспоминания и ассоциации. Некоторые убеждения принимают императивную форму. Объектом может быть Я, другие индивиды или действительность. Они заключены в такие слова, как «надо», «должен» или «следует». Убеждения разделены на два вида: промежуточные убеждения (состоящие из правил, отношений и допущений) и глубинные убеждения (жесткие общие представления о себе, других и мире).

Часть III. Направления и методы психотерапии

Глубинные убеждения влияют на развитие промежуточного класса когнитивных конструктов, который состоит из (часто четко не формулируемых) отношений, правил и допущений.

Приведем несколько примеров.

Промежуточные убеждения не так легко модифицировать как автоматические мысли, но все же они пластичнее глубинных убеждений. Описывая свои убеждения в процессе терапии, люди нередко говорят: «Умом я понимаю, что это мое убеждение иррационально, но я все еще верю в это» или «Чему бы грабли не учили, но сердце верит в чудеса».

Дисфункциональные убеждения могут устраняться в процессе обучения, уступая место более реалистичным и функциональным, а затем их можно развивать и укреплять под воздействием терапии и своих собственных тренировок их применения.

Глубинные убеждения. Представления о себе, других людях и мире формируются у людей с самого детства. Людям необходимо организовать полученный опыт таким образом, чтобы вести себя адаптивно. Из разнообразных опытов взаимодействия с миром и другими людьми делаются определенные выводы, на основе которых и формируются убеждения, нередко весьма отличающиеся по критериям точности и функциональности. Они создают фундамент системы представлений, который глобален, ригиден и обобщен и воспринимается без критики, как истина. Глубинные убеждения — это определенные всеобъемлющие интерпретации, которые так фундаментальны и глубоки, что люди чаще всего не могут их четко сформулировать, даже для себя (табл. 21.6).

Таблица 21.6. Глубинные убеждения и три их основных категории по Дж. Бек [1]

Глубинные убеждения беспомощности (Helpless corebeliefs)	Глубинные убеждения непривлекательности (Unlovable corebeliefs)	Глубинные убеждения никчемности (Worthless corebeliefs)
Я некомпетентен	Я непривлекательный	Я ничего не стою
Я неэффективен	Я нежеланный	Я бесполезен
Я ничего не могу сделать правильно	Я плохой (для других)	Я плохой (для себя)
Я беспомощен	Я некомпетентный	Я ленивый
Я слаб	Я обречен на одиночество	Я токсичный
Я бессилен	Я обречен быть брошенным	Я безнравственный
Я уязвим	Я изгой (обречен быть отвергнутым)	Я беспринципный
Я жертва	Я неполноценен (поэтому другие не будут любить меня)	Я мусор
Я в ловушке	Я другой (отличаюсь в негативном смысле)	Я ничтожество
Я неудачник	Я урод	Я не заслуживаю жизни
Я недостаточно хорош	Я тупой	Я зло

Способы выявления глубинных и промежуточных убеждений.

1. Поиск убеждения в высказанной пациентом автоматической мысли.
2. Предложение пациенту гипотетической ситуации (Если...) в форме предположения с просьбой закончить завершить предложение.
3. Прямой вопрос о наличии у пациента осознанных убеждений, правил или кредо.
4. Применение техники «падающей стрелы», «ступенчатого анализа» и других названий методов раскрытия атрибуции.

5. Выявление общих тем в автоматических мыслях пациента.

6. Предложение пациенту замечать и обнаруживать, проанализировать, а затем рассказать или в качестве домашнего задания написать эссе о своих убеждениях.

7. Анализ ответов пациента на вопросы опросника, выявляющего убеждения — шкалы дисфункциональных отношений (ШДО) Аарона Бека и Арлин Вейсман (от англ. A. Beck, A. Weissman Dysfunctional Attitudes Scale, DAS) или опросник личностных убеждений PBQ (от англ. Personality Belief Questionnaire; Beck A.T.).

Когнитивные искажения. Когнитивное искажение — термин, обозначающий феномен систематических отклонений в восприятии, мышлении и поведении, обусловленных субъективными убеждениями (предубеждениями) и стереотипами, социокультуральными и средовыми причинами, погрешностями в обработке и анализе информации, а также физическими ограничениями и особенностями строения человеческого мозга. Когнитивные искажения возникают на основе дисфункциональных убеждений, внедренных в когнитивные схемы. Они могут быть обнаружены путем анализа автоматических мыслей. Виды когнитивных искажений.

1. Черно-белое мышление (также называют мышлением по схеме «все или ничего», поляризующим или дихотомическим мышлением): оценка ситуаций всего с двух крайних позиций, а не как континуум. Пример: «Если я не добьюсь успеха, значит я неудачник».

Произвольные умозаключения — извлечение выводов в отсутствие подтверждающих фактов или даже при наличии фактов, противоречащих заключению.

Часть III. Направления и методы психотерапии

2. Катастрофизация: вы предсказываете, что даже при наличии более вероятных сценариев развития событий будущее будет негативным. Пример: «Я так расстроюсь, что вообще ничего не смогу делать».

3. Обесценивание или игнорирование позитивного опыта: вы безосновательно говорите себе, что позитивные события, действия и качества не следует учитывать. Пример: «Я хорошо справился с проектом, но это ничего не говорит о моей компетентности; мне просто повезло».

4. Эмоциональное обоснование: пациент думает, что нечто истинно, потому что он так «чувствует», обычно игнорируя или обесценивая доказательства обратного. Аффект служит субъективным сигналом для усиления интерпретации стимулирующей ситуации как жизненно важной (например, касающейся опасности, неудачи, потери или успеха). Пример: «Я знаю, что многие задания на работе выполняю правильно, но все равно чувствую себя неудачником».

5. Навешивание ярлыков: ассоциирование себя или других с определенными шаблонами поведения или негативными типажам. Человек дает себе или другим жесткую общую характеристику, не принимая во внимание доказательства, которые могли бы привести к менее категоричным выводам. Пример: «Я — слабак. Он — пустое место».

6. Преувеличение или преуменьшение: оценка себя, другого человека или ситуации, с тенденцией безосновательно преувеличивать негативные аспекты и/или преуменьшать позитивные. Человек преувеличивает сложность ситуации, одновременно преуменьшая свои возможности с ней справиться. Пример: «Когда меня оценивают средне, это доказывает, что я посредственность. Когда я получаю хорошие оценки, это не доказывает, что я умен».

7. Сверхобобщение — умозаключения, основанные на единичном эпизоде опыта, с последующей их избыточной генерализацией на целую категорию ситуаций.

8. Избирательное абстрагирование — фокусирование внимания индивида на каких-либо деталях ситуации с игнорированием всех остальных ее особенностей.

9. Персонализация — отношение индивида к внешним событиям как к имеющим к нему отношение, когда этого не имеет места в действительности.

10. Долженствование — чрезмерное фокусирование на убеждении «я должен» поступать или чувствовать определенным образом, без оценки реальных последствий такого поведения или альтернативных вариантов. Часто возникает из-за навязанных в прошлом стандартов поведения и схем мышления.

11. Предсказывание — индивид считает, что может точно предсказать будущие последствия определенных событий, хотя он не знает или не учитывает всех факторов, не может правильно определить их влияние.

12. Чтение мыслей — индивид считает, будто точно знает, что по этому поводу думают другие люди, хотя его предположения не всегда соответствуют реальности.

Когнитивные схемы. Это когнитивные образования, части когнитивной системы, включающие глубинные мировоззренческие установки человека по отношению к самому себе и окружающему миру, систему убеждений и зафиксированные в его памяти, имплицитной и эксплицитной ее составляющих, определяющие его актуальное восприятие и категоризацию и тем самым организующие опыт и поведение. Упорядочивая жизненный опыт, люди должны определить, как правильно истолковать его и как реагировать на него соответствующим образом. Роль схем состоит в том, чтобы обрабатывать стимулы в повседневных ситуациях, чтобы придать им смысл и, в зависимости от содержания, задействовать другие системы: мотивационную, аффективную и физиологическую [2]. Ф. Бартлетт в 1932 г. продемонстрировал, что культурно обусловленная схема может исказить воспоминания. Д. Келли в 1955 г. применил понятие личностного конструкта к пониманию и терапии клинических проблем. Хотя А. Эллис явно не использовал этот конструкт в своей теории, он в 1958 г. ввел понятие убеждений с точки зрения придания значения событиям. В 70-е годы XX в. методы модификации поведения и методы когнитивной терапии объединились, дав начало когнитивно-поведенческой терапии, дальнейшая разработка которой представлена в многочисленных работах [15–17]. Хотя когнитивная терапия всегда включала некоторые поведенческие компоненты, сторонники особого подхода А.Т. Бека стремились сохранить и утвердить его целостность как отдельную, стандартизированную форму когнитивно-поведенческой терапии, в которой когнитивные изменения являются ключевым механизмом изменений.

Как может работать когнитивная терапия, можно привести следующий пример. Допустив критичную ошибку или потерпев неудачу, человек может поверить: «Я неудачник и

никчемный человек и ничего не могу сделать правильно, все увидят мои проблемы и будут негативно ко мне относиться». Затем он может сосредоточиться на ошибке (которую он воспринимает как доказательство того, что его убеждение истинно), и его мысли о том, что он «никчемный» и «непривлекательный», скорее всего, приведут к негативным эмоциям (разочарование, печаль, безнадежность). Учитывая эти мысли и чувства, он может затем начать избегать проблем на работе и в отношениях, что является поведением, которое может предоставить ему еще больше доказательств того, что его убеждения верны. В результате любая адаптивная реакция и дальнейшие конструктивные последствия становятся маловероятными, и он может еще больше сосредоточиться на любых ошибках и неудачных стечениях обстоятельств, которые он может совершить, что укрепляет первоначальное убеждение в том, что он «никчемный» и будет терпеть неудачи раз за разом, пока не потерпит полное фиаско. В терапии этот пример можно было бы определить как самореализующееся пророчество или «проблемный цикл», и усилия терапевта и пациента были бы направлены на совместную работу по изучению и изменению этого цикла. Процесс диагностики и оценки чаще всего начинается с интервью. Для него разработано множество структурированных и полуструктурированных форматов, некоторые из которых надо покупать. Целью большинства структурированных интервью является определения диагноза пациента, а не формулирование проблем, на которых ему или ей хотелось бы сосредоточиться в ходе психотерапии. Среди диагностических интервью можно назвать Стандартизированное (структурированное) клиническое интервью DSM-IV (от англ. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition — Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, 4-е изд.) (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders; SCID; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997), Набор интервью для диагностики тревожных расстройств DSM-V (Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-5; ADIS-5; Brown & Barlow, 2014) и Набор интервью для диагностики тревожных расстройств DSM-V (Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-5; ADIS-5; Brown & Barlow, 2014). Структурированные интервью разработаны и для других сфер, например, 5-е издание Индекса тяжести зависимости (Addictions Severity Index-5th Edition; McLellan et al., 1992).

Часть III. Направления и методы психотерапии

Вот минимальный перечень наиболее часто используемых из них:

Некоторые инструменты находятся в свободном доступе. Бесплатные полезные материалы можно найти на сайте: www.phqscreeners.com, в том числе Опросник состояния здоровья-9 (PHQ-9) (от англ. The 9-question Patient Health Questionnaire — Анкета здоровья пациента из 9 вопросов), позволяющий быстро провести скрининг депрессии, и Опросник ГТР-7 (GAD-7) (от англ. Generalized Anxiety Disorder 7 — Генерализованное тревожное расстройство 7). Некоторые инструменты, например, Опросник тревоги Бека-II (BAI; Beck A.T., Steer R.A., 1993) и Опросник депрессии Бека (Beck A.T., Steer R.A., & Brown G.K., 1996) необходимо покупать у компаний, обладающих правами на их публикацию. Более подробную информацию о некоторых из подобных инструментов можно найти на сайте: www.harcourtassessment.com. Полезно иметь под рукой сразу несколько эмпирически проверенных инструментов для работы с проблемами, с которыми к вам чаще всего обращаются. К наиболее распространенным инструментам для измерения тревоги можно отнести Шкалу тревоги Бека (BAI; Beck A.T., Steer R.A., 1993) и Шкалу тревоги Спилбергера STAI (от англ. State-Trait Anxiety Inventory — Инвентаризация тревожности по признакам состояния; Spielberger R.L., Charles D., Gorsuch R., Lushene R., Vagg P.R., Jacobs G.A., 1983). К более специфическим инструментам для оценки степени выраженности симптомов, свойственных конкретным расстройствам, относят, например, Шкалу Йеля-Брауна для обсессивно-компульсивного расстройства (Y-BOCS) (от англ. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale — шкала обсессивно-компульсивных расстройств Йеля-Брауна; Goodman W.K.; Price L.H.; Rasmussen S.A. et al., 1989) и Шкалу для социальной фобии (Mattick R., Clarke C., 1998). Среди полезных инструментов для работы с депрессией стоит назвать Опросник депрессии А.Т. Бека (BDI-II; Beck A.T. et al., 1996) и Опросник безнадежности А.Т. Бека (BHS; Beck A.T., Steer R.A., 1988). Все эти инструменты подходят для многократного использования, в том числе отслеживания результатов лечения. Хотя некоторые из них нужно покупать в коммерческих центрах, многие выложены в Интернете и доступны для свободного использования (см. Antony and colleagues, 2001; Nezu and colleagues, 2000; Ronan and colleagues, 2014).

Ведущим диагностическим инструментарием КПТ является анализ, позволяющий выявить как внешние проявления, так внутренние процессы, способствующие формированию и развитию дискоммуникации и конфликтов. КПТ опирается на теории научения и проясняет модели, построенные человеком на основании полученного им опыта. С точки зрения КПТ, человек обучается шаблонам обработки поступающей информации, ее интерпретации и предписаний, формируемых на их основе. Часть таких моделей становится в силу ряда разных

причин дисфункциональными. К этим причинам относят, например, специфические детско-родительские отношения. Ребенок может не получать достаточного внимания, эмоциональной поддержки, проявлений любви и заботы. Ребенок во многом обучается подкреплением со стороны значимых взрослых. Эмоционально холодная мать (например, находящаяся в депрессии или страдающая расстройством личности) или ее отсутствие могут привести к дефицитам формирования навыков эффективной коммуникации, саморегуляции и социальных компетенций. Система убеждений человека может включать ряд дисфункциональных схем, верований разного уровня, возникших в результате травматичного опыта, значимо влияющих на его восприятие, мышление и поведение. Реализация собственных потребностей от базовых до социальных у такого человека будет вызывать затруднения. Глубинные убеждения непринятия или беспомощности заставят его выстроить систему правил, редуты защит и компенсаторных стратегий, призванных защитить его от новой боли, разочарований и провалов. Однако весь этот арсенал превращается в удушающий кокон для человека, надежно препятствующий реализации его потребности контакта, не защищающий, а отдаляющий его от других и мира.

Для первичного анализа в нашей Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии уже более двадцати лет используется протокол СМЭР (ситуация–мысли–эмоция–реакция). Задачи этого протокола — сбор данных, дескриптивно описанных феноменов активирующего события/триггерной ситуации (суммой первых и вторых сигналов по И.П. Павлову), когнитивной сферы (условно упрощенно обозначенной для клиентов/пациентов в качестве лейбла «Мысли», с описанием как вербального, так и образно-символического мышления, — картинок, образов, «клипов», фрагментов воспоминаний — характеризуется описанием вторых сигналов по И.П. Павлову), и «последствий» по А. Эллису — эмоциональных, физиологических и поведенческих реакций. СМЭР — интегративный диагностический инструмент, опирающийся на формулу необихевиоризма $S \rightarrow O \rightarrow R$ (S — стимул, O — реакция организма/промежуточные переменные, R — реакция) и ее описание, данное А. Эллисом для облегчения коммуникации с пациентами, — $A \rightarrow B \rightarrow C$ [A — активирующее событие (от англ. activating experience), B — личные верования либо способы оценки событий, рациональные и/или иррациональные убеждения (от англ. beliefs — мнение, убеждение), C — эмоциональные или поведенческие паттерны, возникающие вследствие B (от англ. consequences — последствия)]. Это формат сбора линейных «простых» связей (табл. 21.7).

Таблица 21.7. Протокол СМЭР

С	→	М	→	Э	→	Р
Ситуации/ События		Мысли		Эмоции (эмоциональные реакции)		Реакции (физиология и дея- тельность)
					Тело	Поведение

По когнитивной модели А.Т. Бека, используя дневник дисфункциональных мыслей или протокол СМЭР, мы можем выводить как линейные «простые», так, в последующем, и нелинейные связи в форме концептуализации, как системы изучения, обозначения и фиксации в форме когнитивной карты «сложных» связей — диаграммы когнитивной концептуализации Дж. Бек (рис. 21.3).

Часть III. Направления и методы психотерапии

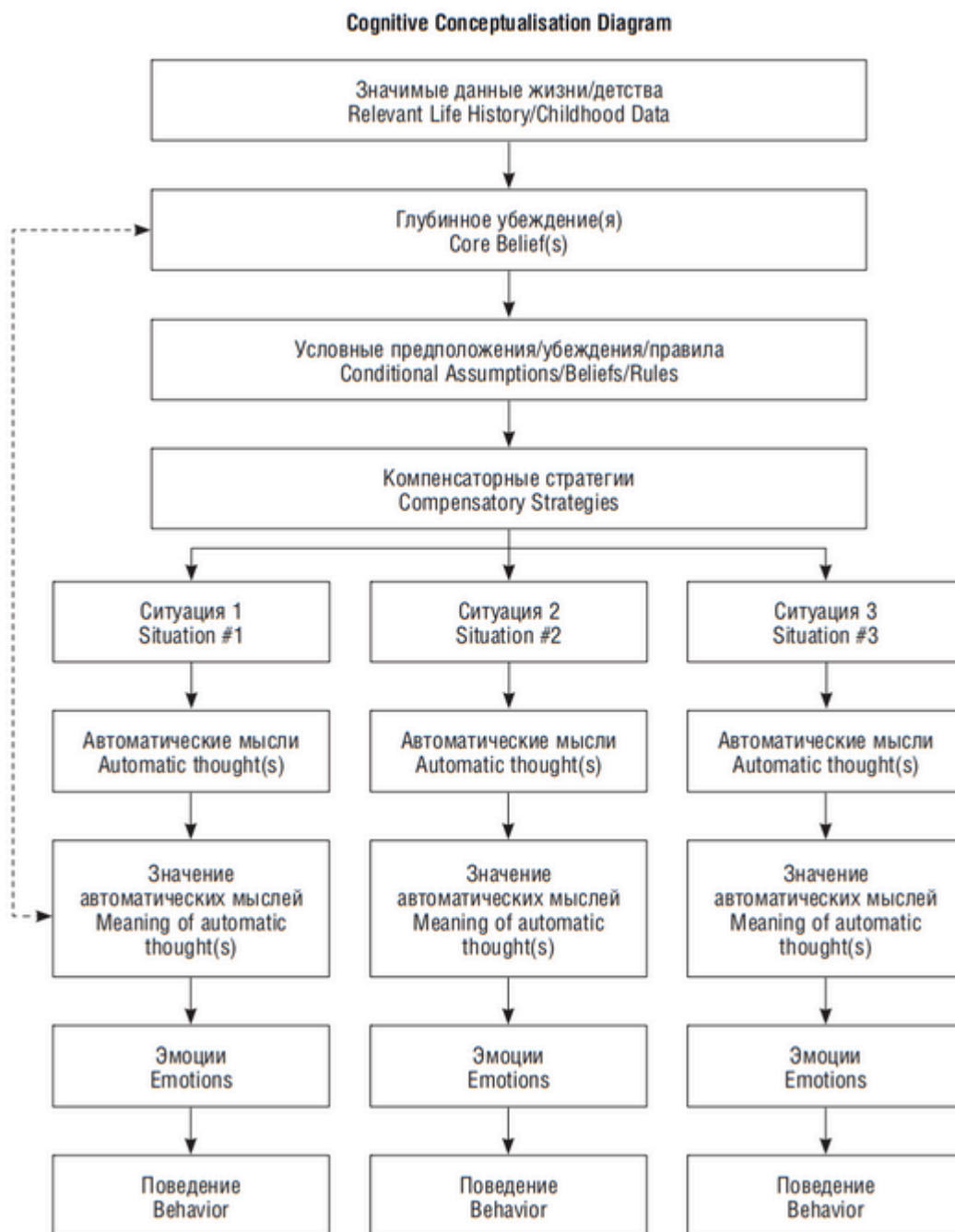


Рис. 21.3. Диаграмма когнитивной концептуализации [1]

Когниции напоминают элементы мозаики. Отдельные кусочки, хоть и важны, не показывают картинку целиком. Мы видим композиции наших клиентов, только когда сложим все части вместе. Для этого необходима процедура когнитивной концептуализации, процесс прояснения и описания когнитивной карты человека, пришедшего за помощью. По словам Дж. Бек, полезно рассматривать терапию как своеобразное путешествие, а концептуализацию — как карту. Вместе с пациентом вы обсуждаете задачи терапии — цель путешествия.

Концептуализация формулируется уже при первом взаимодействии с пациентом и совершенствуется при следующих встречах и продолжает уточнять ее вплоть до завершения терапии. Эта живая, непрерывно развивающаяся и дополняющаяся формулировка помогает ему осуществлять наиболее эффективную и целесообразную терапию. Специалист выдвигает в отношении пациентов определенные гипотезы, основанные на формулировке случая в рамках когнитивной теории и представленной пациентом информации. Он подтверждает, опровергает или изменяет свою гипотезу по мере накопления информации о пациенте, поэтому концептуализация — явление динамическое. В определенные стратегически важные моменты специалисту необходимо напрямую сверять свою гипотезу и формулировку с пациентами. Обычно, если концептуализация верна, пациенты с ней соглашаются, представленная терапевтом картина находит у них отклик и понимание. Основными принципами КПТ, описанными Дж. Бек в ее руководстве [1], считаются следующие.

Принцип 1. КПТ основывается на постоянно развивающейся формулировке проблемы пациента и индивидуальной концептуализации каждого пациента в рамках когнитивного

подхода.

Принцип 2. КПТ предполагает создание крепкого терапевтического альянса и устойчивых терапевтических отношений.

Принцип 3. КПТ подразумевает непрерывное наблюдение за прогрессом клиента.

Принцип 4. КПТ культурологически адаптируется и индивидуализирует лечение под конкретного пациента.

Принцип 5. КПТ делает акцент на позитивном.

Принцип 6. Особое внимание в КПТ уделяется сотрудничеству и активному участию.

Принцип 7. Во втором издании книги КПТ Дж. Бек подчеркивала, что КПТ ориентирована на результат и сфокусирована на проблемах. В третьем издании акцент сделан на то, что КПТ вдохновляет, основывается на ценностях и ориентируется на достижении цели.

Принцип 8. В первую очередь в КПТ делается упор на настоящем. Лечение большинства пациентов предполагает фокус на актуальных проблемах и определенных ситуациях, которые их вызывают.

Принцип 9. КПТ — это образовательная терапия (построенная на научении) и несет в себе просветительскую функцию; ее цель — научить пациента быть терапевтом самому себе; поэтому отдельное внимание уделяется предупреждению рецидивов.

Принцип 10. Для результатов КПТ важное значение имеет время лечения.

Принцип 11. Сессии КПТ структурированы. Вне зависимости от диагноза и стадии лечения эффективность каждой сессии максимизируется, если ее структурировать. Эта структура включает вводную часть (проверку настроения, короткое обсуждение прошедшей недели, совместное построение плана сессии), среднюю часть (обсуждение домашнего задания, актуальных проблем по плану, постановку нового домашнего задания, подведение итогов) и завершающую часть (получение обратной связи). Этот формат делает терапевтический процесс более понятным для пациентов и увеличивает вероятность того, что они смогут заниматься самотерапией после завершения совместной работы.

Принцип 12. КПТ использует направляемые открытия и обучает клиента формировать ответ на их дисфункциональные когниции. КПТ учит пациентов выявлять, оценивать свои дисфункциональные мысли и убеждения и реагировать на них. Десятки и даже сотни автоматических мыслей в день могут влиять на настроение, поведение и/или физиологию пациента (последнее особенно характерно для тревожных расстройств). Терапевты помогают пациентам выявлять ключевые когниции и переходить к более реалистичной, адаптивной точке зрения — что помогает им чувствовать себя лучше эмоционально, применять более функциональные поведенческие стратегии и/или снижать физиологическое возбуждение. Это происходит в ходе направляемого открытия (от англ. guided discovery), когда с помощью вопросов (их еще к месту и не к месту называют «сократовским диалогом») оценивается образ мыслей (при этом не используется переубеждение, спор и чтение лекций). Терапевты также помогают пациентам проводить опыты, которые принято называть поведенческими экспериментами, с помощью которых они могут проверить свои убеждения напрямую (например: «Если я даже посмотрю на фотографию паука, то почувствую тревогу и не смогу нормально думать»). Таким образом, терапевты реализуют принцип совместного эмпиризма. Обычно терапевты не знают заранее, до какой степени верными или ошибочными окажутся мысли пациента — они исследуют их вместе и проверяют спорные убеждения, чтобы сформулировать продуктивные и полезные способы реагирования на них.

Принцип 13. КПТ использует целый ряд техник, которые помогают менять образ мыслей, настроение и поведение. Хотя когнитивные стратегии вроде сократовского диалога и направляемого открытия являются основополагающими для когнитивно-поведенческой терапии, поведенческие и направленные на решение проблем техники также очень важны. Наряду с ними используются и техники, взятые из других подходов и переосмысленные в рамках когнитивной теории. Выбор используемых техник зависит от концептуализации случая конкретного пациента, обсуждаемой проблемы и целей, которых вы хотите достичь на сессии.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Принцип 14. КПТ включает Планы действий (терапевтическая домашняя работа).

В 2014 г. было предложено обновление когнитивной модели, названной Генеративной когнитивной моделью (ГКМ) (от англ. the Generic Cognitive Model, GCM). Она является обновлением модели А.Т. Бека, которая предполагает, что психические расстройства могут быть дифференцированы по характеру их дисфункциональных убеждений. ГКМ включает концептуальную основу и клинический подход для понимания общих когнитивных процессов психических расстройств с указанием специфических особенностей конкретных расстройств. ГКМ представляет собой набор общих принципов, которые могут быть применены ко всему спектру психологических расстройств. Методология ГКМ помогает выйти далеко за рамки

терапии и медицинской модели, формируя системный контекст новой междисциплинарной формы когнитивной модели. Обновленная теоретическая модель обеспечивает основу для решения важных вопросов, касающихся феноменологии расстройств, не объясненных в предыдущих версиях оригинальной модели. Новые дополнения к теории включают непрерывность адаптивной и дезадаптивной функций, двойную обработку информации, активизацию схем и концентрацию внимания. Модель включает теорию режимов, организацию схем, относящихся к ожиданиям, оценке себя, правилам и воспоминаниям. В дополнение к новой теоретической модели описана соответствующая практическая модель, которая является образцом для концептуализации конкретного расстройства и формулировки случая. Фокусировка на убеждениях дифференцирует расстройства и определяет цели лечения.

Согласно ГKM, стимулирующие события первоначально обрабатываются протосхемами, которые функционируют для обеспечения первоначальной оценки стимулов с помощью автоматической системы переработки информации. Протосхемы отслеживают, обнаруживают и извлекают данные из внешней среды и такого субъективного опыта, который может представлять собой жизненно важную проблему (например, для выживания). Протосхемы разделяют события-стимулы на значимые (например, «хорошо для меня» или «плохо для меня») и незначимые категории, придают вероятностный общий смысл и активируют аффективные и поведенческие системы. Заключительная фаза обработки реализуется рефлексивной системой, которая уточняет или корректирует значение или продукт работы автоматической системы. Рефлексивная система содержит более сложные схемы, чем автоматическая система, и включает концепции рассуждений и правила логики, такие как адаптивные установки, способствующие устойчивости и достижению целей (рис. 21.4) [2].

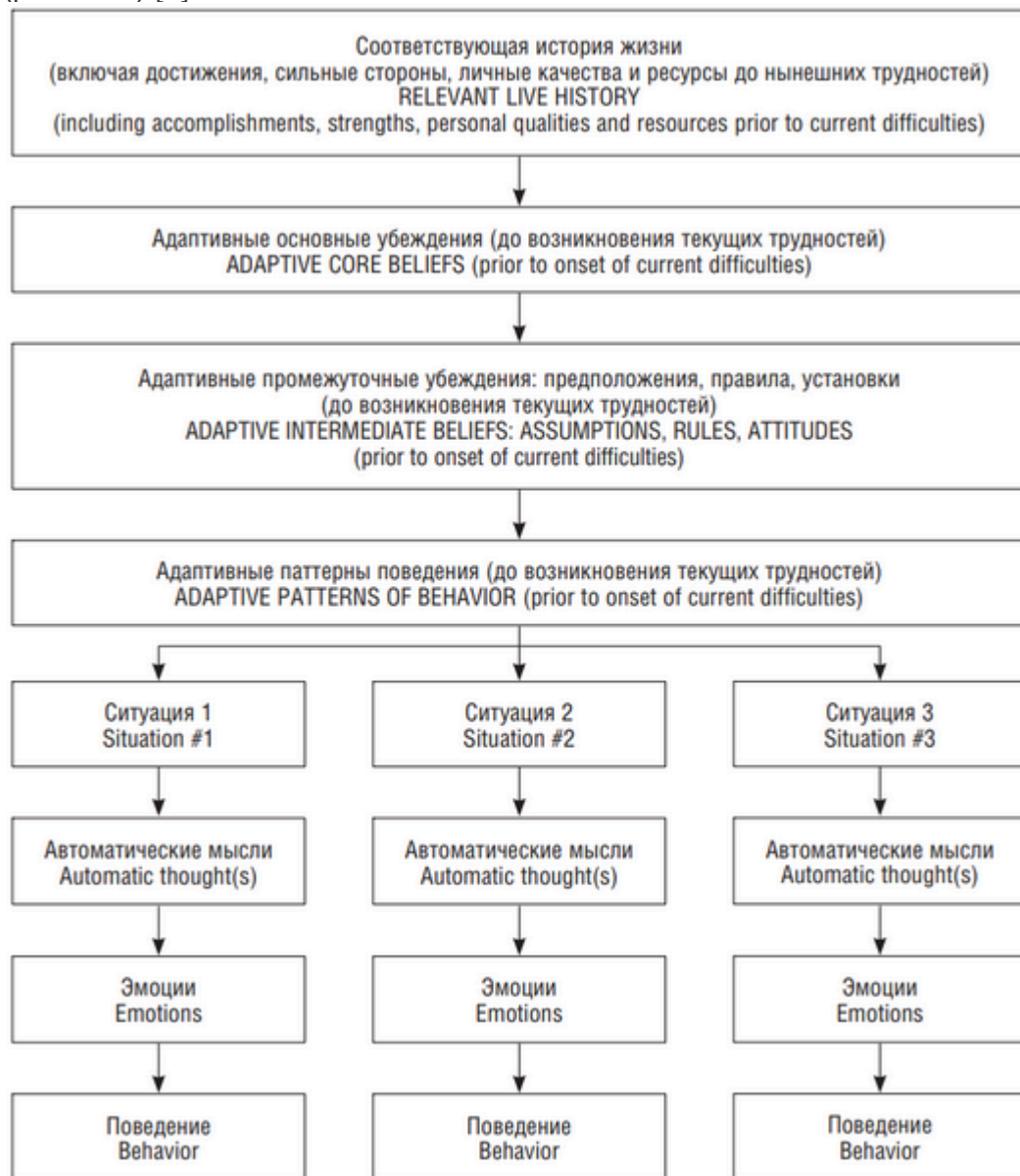


Рис. 21.4. Диаграмма когнитивной концептуализации Strength-Based, основанная на «сильных» сторонах (ДКК-СС), описывает адаптивные мысли, убеждения и опыт, помогающие человеку справляться с трудностями [3]

Диаграмма когнитивной концептуализации Strength-Based, основанная на «сильных» сторонах и качествах, описывает адаптивные мысли, убеждения и опыт, помогающие человеку справляться с трудностями, была описана Дж. Бек несколько лет назад на встрече Международного консультативного комитета Института Бека и официально представлена в третьем издании ее руководства по когнитивно-поведенческой терапии [3]. Она позволяет помочь человеку найти, зарегистрировать и более четко осознать свои свойства и качества, использовавшиеся в преморбиде для адаптации, гармонизации системы отношений, активном функционировании и достижении целей.

Ключевые элементы в когнитивной психотерапии терапии.

1. Сбор данных и концептуализация.
2. Выстраивание рабочего альянса и терапевтических отношений.
3. Согласование плана действий с использованием целей/ценностей/стремлений.
4. Структура сессий и курса с этапами реализации плана.
5. Оценка и изменение мыслей и убеждений.
6. Изменение поведения.
7. Профилактика рецидивов и завершение терапии.

Пациенту и терапевту важно прийти к соглашению о том, над какой проблемой им предстоит работать. Именно решение проблем, а не изменение личностных характеристик или «недостатков» пациента должно быть целью терапии. Терапевт должен обладать большой эмпатией, быть естественным и конгруэнтным (принципы, взятые из гуманистической психотерапии); обладать искренностью, теплотой, высокой степенью активности и целеполагания.

Психотерапевт ведет с пациентом так называемый «сократовский диалог», то есть задает серию вопросов, имеющих следующие цели: прояснить или определить значимые проблемы, помочь в идентификации мыслей, образов, ощущений, связанных с проблемами, исследовать систему значений и смыслов событий, оценить последствия сохранения неадаптивных мыслей и убеждений, ассоциированного с ними эмоционального, физиологического и поведенческого реагирования.

Направляемое открытие: терапевт поощряет пациентов обращаться к фактам, оценивать вероятность, собирать информацию и подвергать все это эмпирической и логической проверке.

Когнитивная терапия в видении А.Т. Бека — это структурированное обучение, эксперимент, тренировки в ментальном и поведенческом планах, призванные помочь пациенту овладеть следующими операциями:

- 1) осознать влияние мыслей на эмоции и поведение;
- 2) обнаруживать свои дисфункциональные автоматические мысли и убеждения;
- 3) формировать адаптивные альтернативы для них;
- 4) регулярно и последовательно тренировать использование альтернативного функционального мышления и поведения.

В процессе лечения психотерапевт помогает пациенту выявить и корректировать автоматические мысли.

Методы выявления и корректировки автоматических мыслей. Выявлению подлежат в первую очередь автоматические мысли, которые являются дисфункциональными — то есть обладают следующими признаками:

Часть III. Направления и методы психотерапии

Функциональные мысли также пригодятся в процессе терапии, особенно для формулировки и последующего закрепления адаптивных мыслей, убеждений и стратегий. Важно отслеживать как вербальные, так и невербальные сигналы клиентов, позволяющие выявлять самые значимые («горячие») когниции. Так же необходимо помочь клиенту научиться отделять свои текущие интерпретации от процесса вспоминания мыслей. Этому способствуют практики фиксации мыслей в различных формах записей и протоколирования.

Записывание мыслей. Терапевт может попросить пациента самого записать на бумаге или электронном носителе произвольно, но лучше в структурированном формате по когнитивной модели, какие мысли у него возникают в голове, когда он сталкивается со своими дисфункциональными реакциями (в эмотивной, физиологической и поведенческой сферах).

Люди, находящиеся в состоянии дистресса, часто не подходят к своим мыслям критически. КПТ дает в руки клиентам такие инструменты, которые позволяют им оценивать их мысли сознательно, особенно если они расстроены или демонстрируют неконструктивное поведение. Для это важно записывать свои мысли. Критика к «внутренней речи» по Л.С. Выготскому на порядок меньше, чем к внешней, тем более зафиксированной на внешнем носителе. Мысли, приходящие в голову в момент формулировки выводов и принятия

решения, желательно записывать строго в порядке их очередности (эта очередность важна, поскольку укажет на удельный вес и важность этих мотивов в принятии решения).

Когнитивная репетиция. Пациент воспроизводит в воображении ситуацию, вызывающую негативные эмоции, одновременно наблюдая за возникающими в голове автоматическими мыслями. При этом он проговаривает вслух и события, и возникающие в связи с ними автоматические мысли. Результаты этого воспроизведения фиксируются в специальном дневнике [2].

Дневник мыслей. Многие специалисты когнитивной психотерапии предлагают своим пациентам кратко записывать свои мысли в дневник (определенной формы или в виде протоколов, как в Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии) в течение нескольких дней, чтобы прояснить, о чем человек чаще всего думает перед возникновением актуальных проблем, сколько времени на это тратит и насколько сильные дисфункциональные реакции испытывает от своих мыслей [2].

Дистанцирование. Суть этого приема состоит в том, что пациент может натренировать метапозицию по отношению к собственным мыслям, то есть стать их наблюдателем, дескриптивно (безоценочно) описывающим и фиксирующим ключевые из них.

Перевод вопросительных предложений в повествовательные. В случае использования клиентом вопросительных форм в описании автоматических мыслей важно определить, являются ли они риторическими или конкретными вопросами. Например, «доколе это будет продолжаться?» может скрывать скрытое требование — «это не должно продолжаться; прекратите это и т.п.», в отличие от конкретного практического вопроса «сколько сейчас время», за которым стоит лишь потребность ориентировки во времени.

Прояснение атрибуции. («Стрелка вниз», «падающая стрела», «ступенчатый анализ» и другие синонимы.) Эта техника используется для выявления ключевых автоматических мыслей и убеждений. Клиенты могут сообщать о мыслях, которые сформулированы не полностью или наблюдаются «провалы» между мыслями или образами. Такие телеграфные мысли трудно оценить, поэтому стоит побуждать клиентов выражать мысли более полно и глубоко, спрашивая об их смысле. Используются вопросы, помогающие раскрыть значения и представления о развитии событий:

Выявление искажений в автоматических мыслях. Для обнаружения когнитивных искажений в автоматических мыслях используется психообразование — прояснения примеров дисфункционального мышления и убеждений, стоящих за ним. Научившись осознавать свои мысли, мы можем проверять их достоверность и функциональность, если только не страдаем тяжелым расстройством психики. Для уточнения функциональна ли это мысль или нет, терапевт может предложить найти аргументы «за» и «против» автоматических мыслей, эмпирически, логически, функционально подтверждающих их обоснованность и полезность для носителя [2]. Эти аргументы также желательно записать на бумагу, чтобы пациент мог перечитывать ее всякий раз, когда ему вновь приходят в голову эти мысли на этапах тренировки альтернатив. Если человек будет делать это последовательно, мотивированно и регулярно, то это поможет сформировать новые функциональные привычки и рефлекс. Очень важно при этом, чтобы пациент был действительно согласен с предлагаемыми аргументами и не испытывал внутренних возражений либо ощущения противоречия своему прошлому опыту и ценностям. Для этих задач могут применяться техники «колонок» или двух таблиц [протоколы Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии (АКПП)]: пациент заполняет специально разграфленный на несколько колонок лист, в первой колонке которого описывает проблемную ситуацию, во второй отмечает возникшее в этой ситуации чувство (например, тревога, тоска или раздражение), в третьей — возникшие в данной ситуации автоматические мысли, в четвертой — аргументы, подтверждающие эти мысли, в пятой — аргументы против (то есть опровергающие и автоматические мысли, и те доводы, которые эти мысли подтверждают) [2].

Пациенту также предлагается взвешивать достоинства и недостатки каждого аспекта своего мышления и поведения. Здесь также необходимо учитывать долговременную перспективу, а не только сиюминутную выгоду.

Построение эксперимента для проверки суждения. Пациенту предлагается представить как он посмотрел бы на ситуацию, не будь он в тревоге/панике; либо как посмотрели бы на ту же ситуацию другие люди; либо что он сказал бы, если бы в той же ситуации оказался бы его друг [2].

Разговор со свидетелями прошлых событий. Это особенно актуально в ситуациях, где память иногда искажается и подменяется фантазиями, или если заблуждение вызвано неверной интерпретацией мотивов другого человека.

Терапевт в работе с пациентом обращается к своему опыту, к художественной и академической литературе, статистике.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Терапевт помогает увидеть логические ошибки и противоречия в суждениях и обучает человека обнаружению и исправлению такого рода алогизмов. Для этого могут применяться следующие техники [2]:

Шкалирование — техника, при которой достигается смягчение крайностей «поляризации» в суждениях пациента при помощи введения градуальности и тренировки континуального мышления в случаях злоупотребления мышлением дихотомическим.

Реатрибуция — техника, при которой представление пациента об ответственности за те или иные действия и их результаты подвергается пересмотру, в результате чего пациент обучается более взвешенному представлению о вкладе различных внешних и внутренних факторов в случившееся.

Намеренное преувеличение — какая-либо идея пациента доводится до крайности и даже до абсурда, что приводит к переоценке дисфункционального умозаключения.

Подсчет вероятности самого худшего варианта развития событий и вероятности того, что этот вариант не произойдет.

Децентрация — смещение персонализированного фокуса внимания. При социофобии пациенты чувствуют себя в центре всеобщего внимания и страдают от этого. Здесь также необходима эмпирическая проверка этих автоматических мыслей.

Декатастрофизация. Часто используется при тревожных расстройствах. Терапевт: «Давайте посмотрим, что было бы, если бы...», «Как долго Вы будете испытывать подобные негативные ощущения?», «Что будет потом? Вы умрете? Мир разрушится? Это испортит Вашу карьеру? Ваши близкие откажутся от Вас?» и т.п. Пациент понимает, что все имеет временные рамки, и автоматическая мысль «этот ужас никогда не кончится» исчезает.

Целенаправленное повторение. Проигрывание желаемого поведения, многократное опробование различных позитивных инструкций на практике, что ведет к усилению самоэффективности. Иногда пациент вполне согласен с правильными аргументами во время психотерапии, но быстро забывает их после сеанса и вновь возвращается к предыдущим «неправильным» доводам, поскольку они многократно записаны у него в памяти, хоть он и понимает их нелогичность. В таком случае правильные аргументы лучше записать на бумагу и регулярно перечитывать. При этом нужно следить, чтобы повторения каждый раз вызывали у пациента позитивные мысли и чувства, чтобы не возникало противоречий на сознательном или подсознательном (несловесном) уровне, чтобы такие противоречия не вызывали нежелательных чувств. Иначе повторение необоснованных аргументов приведет к повторению противоречивых мыслей и эмоций в сознании у пациента, отчего у него могут усиливаться связи с контраргументами и нежелательными чувствами, и повторения в таком случае только приведут к противоположному результату.

Использование воображения. У тревожных пациентов преобладают не столько «автоматические мысли», сколько «навязчивые образы», то есть дезадаптирует скорее не мышление, а воображение (фантазия). Есть целый ряд техник, направленных на воображение.

1. Методика повторения: повторить несколько раз адаптивный вариант мышления, чтобы заменить сформировавшийся стереотип.

2. Метафоры, притчи, анекдоты и художественные образы: терапевт использует такие примеры, чтобы объяснение было более понятным и доходчивым.

3. Модифицирующее воображение: пациент активно и постепенно меняет образ от негативного к более нейтральному и даже позитивному, тем самым понимая возможности своего самосознания и сознательного контроля. Обычно даже после тяжелой неудачи можно найти хоть что-то положительное в произошедшем (например, «я получил хороший урок») и сконцентрироваться на этом.

4. Позитивное воображение: положительный образ заменяет отрицательный и оказывает релаксирующее действие.

5. Конструктивное воображение (десенсибилизация): пациент ранжирует вероятность ожидаемого события, что приводит к тому, что прогноз лишается своей глобальности и неизбежности.

6. Смена ролей. Пациента просят представить, что он пытается утешить друга, оказавшегося в подобной ситуации. Что ему можно было бы сказать? Что посоветовать? Какой совет самый любимый человек мог бы вам дать в такой ситуации?

7. Переоценка ценностей. Часто причиной депрессии являются несбыточные желания или чрезмерно завышенные требования. В таком случае терапевт может помочь пациенту взвесить цену достижения цели, цену проблемы и решить, стоит ли бороться дальше или будет разумнее вообще отказаться от достижения этой цели, отбросить неисполнимое желание, отложить, уменьшить запросы, поставить перед собой для начала более реалистические задачи, попытаться более комфортно устроиться с тем, что есть, или найти что-то замещающее. Это актуально в тех случаях, когда цена решения проблемы выше, чем страдания от самой проблемы. Однако в других случаях, возможно, будет лучше напрячься и решить проблему, особенно если откладывание решения только усугубляет ситуацию и доставляет человеку все больше страданий.

8. Откладывание. Если пациент не в состоянии отказаться от своих несбыточных целей и желаний, но мысли о них бесполезно расходуют его время и доставляют ему проблемы, то можно предложить пациенту отложить эти цели и мысли о них на длительный срок до наступления какого-либо события, которое сделает его несбыточную сегодня мечту более достижимой. Например, если пациент имеет какую-то псевдо-изобретательскую идею, но не может ее реализовать сегодня и ни за что не хочет от нее отказываться, а только бесполезно тратит время и силы, то можно попробовать предложить ему хотя бы отложить осуществление и обдумывание этой идеи до пенсионного возраста, когда у него будет больше свободного времени и денег. Это «откладывание» может потом значительно смягчить удар от осознания нереальности его псевдо-изобретения.

9. План действий на будущее. Пациент и терапевт совместно разрабатывают для пациента реалистический «план действий» на будущее с конкретными условиями, действиями и сроками выполнения, записывают этот план на бумагу. Например, если случится катастрофическое событие, то пациент будет выполнять некоторую последовательность действий в обозначенное для этого время, а до того, как данное событие случится, пациент не будет терзать себя понапрасну переживаниями.

Часть III. Направления и методы психотерапии

10. Выявление альтернативных причин поведения. Если все «правильные» аргументы изложены и пациент с ними согласен, но продолжает думать или действовать явно нелогичным образом, то следует поискать альтернативные причины такого поведения, о которых сам пациент не подозревает или предпочитает умалчивать. Например, при навязчивых мыслях сам процесс обдумывания часто приносит человеку большое удовлетворение и облегчение, поскольку позволяет хотя бы мысленно вообразить себя «героем» или «спасителем», разрешить в фантазиях все проблемы, наказать в мечтах врагов, исправить в придуманном мире свои ошибки и т.д. Человек поэтому снова и снова прокручивает такие мысли уже не ради реального решения, а ради самого процесса обдумывания и удовлетворения, постепенно этот процесс затягивает человека все глубже, как своего рода наркотик, хоть человек и понимает нереальность и нелогичность такого мышления.

К наиболее распространенным техникам когнитивно-поведенческой терапии относятся также [4]:

Эффективность терапии. Поисковый запрос по ключевым словам «когнитивно-поведенческая терапия» в базе данных PsycINFO показывает почти экспоненциальный рост исследований в этой сфере с 1980 г. по настоящее время. На сегодняшний день более 2000 исследований продемонстрировали эффективность КПТ в работе с рядом психических расстройств, психологических проблем и соматических заболеваний с психологической составляющей [3].

Когнитивная психотерапия эффективна в лечении очень широкого спектра заболеваний [1] — в РКИ подтвердили ее эффективность в лечении депрессии, тревожных расстройствах и фобиях всех видов [8]: генерализованном тревожном расстройстве, паническом расстройстве, социофобии, ипохондрическом расстройстве [4], ПТСР, обсессивно-компульсивном расстройстве, расстройства вследствие употребления ПАВ, расстройств приема пищи, проблем в отношениях с партнером, мигренях и хронических болях, при личностных расстройствах и многих других.

В сочетании с приемом медикаментов когнитивная психотерапия может успешно применяться при лечении БАР и шизофрении [1]. КПТ при шизофрении может способствовать смягчению симптомов и улучшению связанных с ними аспектов — самоуважения, социального функционирования и осознания своего состояния; снижению дистресса, испытываемого пациентами, страдающими психозом, и улучшению качества их жизни [12]. Опубликованный в 1998 г. метаанализ показал преимущества КПТ перед лечением антидепрессантами: антидепрессивный эффект при применении КПТ был выражен сильнее [5]. В том же метаанализе сравнивался риск рецидива у пациентов после курса КПТ или терапии антидепрессантами и был сделан вывод, что в среднем только у 29,5% пациентов, получавших КПТ, имели место рецидивы против 60% у пациентов, получавших антидепрессанты [4].

В 2013 г. в журнале The Canadian Journal of Psychiatry был опубликован метаанализ исследований, выявленных путем систематического поиска в библиографических базах данных: PubMed, PsycINFO, Embase и Кокрановской библиотеке. Метаанализ охватил 115 исследований и показал, что КПТ является эффективным средством лечения депрессии у взрослых [6].

В том же году в журнале The Lancet были опубликованы результаты исследования, показавшего, что у пациентов, которым не помогло лечение антидепрессантами, КПТ,

используемая в дополнение к терапии данными препаратами, уменьшила симптомы депрессии и способствовала улучшению качества жизни [7].

Систематический обзор, данные которого опубликованы в базе данных BMJ Open (Британский медицинский журнал) в 2017 г., показал, что только КПТ подкреплена надежными доказательствами эффективной терапии депрессии, аналогичной использованию антидепрессантов второго поколения (45,5% против 44,2%; ОР 1,10; 95% ДИ 0,93–1,30). Все остальные сравнения немедикаментозных методов лечения с антидепрессантами второго поколения либо приводили к неубедительным результатам, либо имели существенные методологические недостатки [13].

Метаанализ, опубликованный в 2007 г., показал эффективность КПТ при лечении депрессии и тревоги у детей и подростков [11]. Метаанализ 2014 г. обнаружил, что КПТ эффективна у пожилых людей с депрессией и когнитивным дефицитом [10].

В 2012 г. рабочая группа кафедры психологии Бостонского университета выпустила фундаментальный систематический обзор метаанализов [9] различных исследований, который на данный момент является самым полным научным материалом на тему эффективности КПТ. На основе 269 исследований ученые сделали вывод о высокой эффективности КПТ в работе с тревожными расстройствами и расстройствами настроения, фобий, бессонницы, а также о существенной эффективности в снижении уровня стресса на рабочем месте.

Работа фон Брахель и ее коллег 2019 г., например, показала, что состояние амбулаторных пациентов с целым рядом психических расстройств, проходивших курс лечения КПТ, продолжало улучшаться в течение 5–20 лет после окончания терапии — результат более высокий, чем у пациентов, получавших только медикаментозное лечение [3].

В последнее десятилетие Институт Бека представил инновацию в сфере психического здоровья — когнитивную терапию, направленную на восстановление, — КТ-В, СТ-Р (от англ. Recovery-Oriented Cognitive Therapy). Она сформировалась как подход, являющийся альтернативой медикаментозной модели лечения пациентов, у которых были диагностированы серьезные психические расстройства. Адаптированная традиционная КПТ дает теоретическую основу когнитивной модели в отношении концептуализации пациентов, планирования и осуществления их лечения. Когнитивная терапия, направленная на восстановление, имеет дополнительный акцент на когнитивной формулировке адаптивных убеждений клиента и его поведенческих стратегий, а также на факторах, способствующих повышению настроения. Этот метод делает упор скорее не на симптомы и психопатологию, а на достоинства, личные качества, навыки и ресурсы клиента. Одним из важных отличий между КПТ и когнитивной терапией, направленной на восстановление, являются временные ориентиры. В традиционной КПТ делается акцент на обсуждение проблем, возникших на прошедшей неделе, и для их решения применяются методики КПТ. В когнитивной терапии, направленной на восстановление, центром внимания являются устремления клиента, ориентированные на будущее, их значимость и шаги, которые он может предпринимать от недели к неделе на пути к своим целям. Стандартные методики КПТ используются для преодоления трудностей и препятствий, с которыми сталкиваются клиенты, когда предпринимая эти шаги [3].

1 ноября 2021 г. А.Т. Бек ушел из жизни в своем доме в Филадельфии, окруженный членами своей семьи. Однако его богатейшее наследие остается с нами, и еще многим поколениям психотерапевтов предстоит развивать те основы и перспективы, которые удалось заложить и развить этому удивительному человеку и ученому.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Список литературы

1. Бек Дж. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. СПб.: Питер, 2019. 416 с.
2. Beck A.T., Haigh E.A.P. Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model // Annu. Rev. Clin. Psychol. 2014. Vol. 10. P. 1–24.
3. Beck J.S. Cognitive behavior therapy: basics and beyond. 3rd ed. New York : The Guilford Press, 2021. 414 p.
4. Карачевский А.Б. Психотерапия депрессии: миф или реальность? // Вестник Ассоциации психиатров Украины. 2013, № 3. С. 26–30.
5. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Никитина И.В., Пуговкина О.Д. Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: современное состояние проблемы. Ч. 1 // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. XIX, № 3. С. 92–100.
6. Cuijpers P., Berking M., Andersson G. et al. A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments // Can. J. Psychiatry. 2013. Vol.

- 58, N. 7. P. 376–385. DOI: <https://doi.org/10.1177/070674371305800702>. PMID 23870719.
7. Wiles N., Thomas L., Abel A. et al. Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: Results of the CoBaT randomised controlled trial // *Lancet*. 2013. Vol. 381, N. 9864. P. 375–384. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61552-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61552-9).
8. Otte C. Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence // *Dial. Clin. Neurosci.* 2011. Vol. 13, N. 4. P. 413–421. DOI: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.4>.
9. Hofmann S.G., Asnaani A., Vonk J.J. et al. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses // *Cogn. Ther. Res.* 2012. Vol. 36. P. 427–440.
10. Simon S.S., Cordás T.A., Bottino C.M. Cognitive behavioral therapies in older adults with depression and cognitive deficits: A systematic review // *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2015. Vol. 30, N. 3. P. 223–233.
11. Chu B.C., Harrison T.L. Disorder-specific effects of CBT for anxious and depressed youth: A meta-analysis of candidate mediators of change // *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.* 2007. Vol. 10, N. 4. P. 352–372.
12. Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia / Eds J. Read, R.L. Moshier, R.P. Bentall. Hove, East Sussex: Brunner-Routledge, 2004. 373 p. (На русском: Модели безумия: Психологические, социальные и биологические подходы к пониманию шизофрении / под ред. Дж. Рида, Л.Р. Мошера, Р.П. Бенталла. Ставрополь: Возрождение, 2008. 412 с. Гл. «Когнитивная терапия для людей с психозом». Э.П. Моррисон).
13. Gartlehner G., Wagner G., Matyas N. et al. Pharmacological and non-pharmacological treatments for major depressive disorder: Review of systematic reviews // *BMJ Open*. 2017. Vol. 7, N. 6. Article ID 014912.
14. Добсон Д., Добсон К. Научно-обоснованная практика в когнитивно-поведенческой терапии. СПб.: Питер, 2021. 400 с.
15. Лихи Р. Преодоление сопротивления в когнитивной терапии. СПб.: Питер, 2021. 352 с.
16. Бек Дж. Когнитивная терапия для сложных случаев: что делать, когда простые решения не работают. СПб.: Диалектика, 2020. 432 с.
17. Сокол Л., Фокс М.Г. Когнитивно-поведенческая терапия: Практическое руководство. СПб.: Диалектика, 2021. 384 с.

Часть III. Направления и методы психотерапии

21.3. Метакогнитивная терапия

Метакогнитивная терапия (МКТ) (от англ. Metacognitive therapy, МСТ) — это психотерапия, направленная на изменение метакогнитивных убеждений, которые закрепляют состояния беспокойства, руминаций и фиксации внимания. МКТ основана на теории саморегуляции исполнительских функций S-REF А. Велса и Дж. Мэттьюса (от англ. The Self-Regulatory Executive Function theory) [5, 6]. Для большинства из нас эмоциональный дискомфорт является временным состоянием, поскольку мы обучаемся гибким способам обращения с негативными идеями (например, мыслями и убеждениями), которые производит наш разум. Метакогнитивный подход основан на той идее, что люди попадают в ловушку эмоционального нарушения, поскольку их метакогниции вызывают особый паттерн реагирования на внутренние переживания, что поддерживает эмоции и усиливает негативные идеи. Обсуждаемый паттерн называется когнитивно-аттензивным синдромом CAS (от англ. Cognitive Attentional Syndrome) и заключается в ригидной самофокусировке внимания, персеверативном стиле мышления в виде тревожных руминаций, беспокойства, фиксированной стратегии внимания и мониторинга опасности (угроз), а также супрессии мыслей и других непродуктивных стратегий саморегуляции или поведенческих копинг-стратегий [1].

Цели и задачи МКТ состоят в том, чтобы сначала выяснить, что пациенты думают о своих собственных мыслях и о том, как работает их разум (так называемые метакогнитивные убеждения), затем показать пациенту, как эти убеждения приводят к бесполезным реакциям на мысли, которые служат для непреднамеренного продления или ухудшения симптомов, и, наконец, предоставить альтернативные способы реагирования на мысли, чтобы уменьшить симптомы. В клинической практике МКТ чаще всего используется для лечения тревожных расстройств [2], таких как социальное тревожное расстройство, ГТР, ипохондрия, обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) и ПТСР, а также депрессии [4], хотя модель была разработана для трансдиагностики (то есть она фокусируется на общих психологических факторах, которые, как считается, поддерживают все психологические расстройства). Специальный выпуск журнала *Cognitive Therapy and Research* за 2015 г. был посвящен результатам исследований МКТ. Клинические испытания (включая рандомизированные контролируемые исследования) показали, что МКТ приводит к клинически значимым

улучшениям в целом ряде расстройств психического здоровья (хотя по состоянию на 2014 г. общее число изученных субъектов невелико), и метаанализ пришел к выводу, что необходимы дальнейшие исследования, прежде чем можно будет сделать убедительные выводы относительно ее эффективности. Метаанализ 2018 г. подтвердил эффективность МКТ в лечении различных психологических жалоб с депрессией и тревогой, показав высокий уровень эффекта. И в 2020 г. исследование показало превосходящую эффективность МКТ по сравнению с КПТ в лечении депрессии. В 2018–2020 гг. тема исследования в журнале «Frontiers in Psychology» осветила растущую экспериментальную, клиническую и нейропсихологическую доказательную базу МКТ [8].

Метакогниции (метапознание), по-гречески означающее «после» (мета) «мысль» (познание), относится к способности человека осознавать и контролировать свои собственные мысли и внутренние психические процессы. Метакогниции — это способность человека распознавать и понимать, как он думает, в отличие от познания, которое означает, что конкретно он думает; поэтому метапознание — это мышление о мышлении [3]. Метакогниции — это часть сферы мышления, которая несет ответственность за регулирование и оценку мышления. Область метакогнитивных исследований сформировалась в контексте психологии развития, нейропсихологии и исследований памяти, но только с недавних пор в ней стали плодотворно работать в направлении понимания природы психологических расстройств. Мышление можно сравнить с большим оркестром, в котором много музыкантов и музыкальных инструментов. Для того чтобы оркестр сыграл увертюру приемлемо, нужны партитура и дирижер. Метакогниции — это партитура и дирижер, стоящий за мышлением, это когниция, примененная по отношению к когниции. Это функция позволяет отслеживать, оценивать и контролировать процессы и продукты сознания и осознания. Метакогниция описывает ряд взаимосвязанных факторов, который составляет любые знания и когнитивные процессы, — процессы, вовлеченные в интерпретацию, мониторинг и контроль когниции.

Метакогницию можно эффективно разделить на знание, переживания и стратегии.

«Метакогнитивное знание» включает убеждения и теории, которые имеют люди по поводу своего мышления. Например, такое знание состоит из убеждений касательно конкретных типов мыслей и их убеждений в отношении эффективности памяти или силы концентрации. Человек может быть убежден во вредности некоторых мыслей. Религиозный человек может верить, что некоторые его мысли являются греховными и он будет за них наказан. Это примеры метакогнитивных убеждений о важности мыслей. Подобные убеждения влияют на то, как человек реагирует на свои мысли, как он организует свое мышление.

Согласно метакогнитивной теории психического расстройства есть два типа метакогнитивного знания [5, 7]: 1) эксплицитные (декларативные) убеждения и 2) имплицитные (процедурные) убеждения.

Эксплицитное знание — это такое знание, которое может быть выражено вербально.

Например: «Беспокойство может вызвать сердечный приступ», «Раз у меня есть плохие мысли, значит, я умственно неполноценен», «Если я сфокусируюсь на опасности, то смогу избежать вреда».

Имплицитное знание не поддается прямому высказыванию. Его можно рассматривать, как правила или программы, которые управляют мышлением, такие как факторы, контролирующие распределение внимания, поиск в памяти и использование эвристики в формировании суждений. План, или программа, переработки могут быть косвенно выведены из оценочных стратегий, таких как метакогнитивное профилирование [5]. Имплицитное или процедурное знание представляет «мыслительные умения», которыми обладает индивид.

Часть III. Направления и методы психотерапии

В дополнение к этим двум типам метакогнитивного знания в МКТ есть две широкие тематические области. Индивидуальные расстройства демонстрируют некоторую содержательную специфику в этих сферах. Эти широкие области — позитивные и негативные метакогнитивные убеждения. Позитивные метакогнитивные убеждения имеют отношение к выгоде, или преимуществу, получаемому в результате выполнения когнитивных активностей, составляющих CAS. Примеры позитивных метакогнитивных убеждений: «Полезно концентрировать внимание на угрозе», «Беспокоясь о будущем, я могу избежать опасности». Негативные метакогнитивные убеждения — это убеждения, имеющие отношение к неконтролируемости, значению, важности и опасности мыслей и когнитивных переживаний. Примеры таких убеждений: «Я не контролирую свои мысли»; «Когда я беспокоюсь, то могу нанести вред своей психике»; «Если у меня есть мысли о насилии, я могу действовать в соответствии с ними против своей воли»; «Неспособность запомнить имена — симптом опухоли головного мозга».

В МКТ метакогнитивные убеждения оказывают решающее влияние на способ реагирования индивидов на негативные мысли, убеждения, симптомы и эмоции. Они являются движущей

силой, стоящей за токсичным стилем мышления, который ведет к длительному эмоциональному страданию.

Позитивные метакогнитивные убеждения — это убеждения о пользе беспокойства, руминации, мониторинг угроз и других аналогичных стратегий. Вот их некоторые примеры: «Если я буду беспокоиться, то подготовлюсь к тому, что случится»; «Сосредоточившись на опасности, я уберегу себя от нее»; «Я должен помнить всё, тогда я буду знать, сам ли виноват в случившемся»; «Если я проанализирую, почему так себя чувствую, то найду ответы»; «Я должен контролировать свои мысли, иначе я совершу что-нибудь плохое».

На первый взгляд подобные убеждения могут показаться разумными. Для того чтобы показать их ошибочную и искаженную природу, метакогнитивный терапевт использует их в диспуте вместе с функциональными вопросами для их рефрейминга.

Вторая область метакогнитивных убеждений касается негативной значимости и важности внутренних когнитивных событий, таких как мысли и обыкновенные убеждения. Есть два крупных подкласса негативных метаубеждений: первый касается неконтролируемости мыслей, а второй — их опасности, важности и значимости. Эти метаубеждения ведут к устойчивости CAS вследствие отказов от попыток контроля и того, что они ведут к негативным и угрожающим интерпретациям ментальных событий. Эти убеждения могут распространяться на эмоциональные переживания или состояния.

Вот несколько примеров: «Я не контролирую свое беспокойство/руминацию»; «Беспокойство может принести вред здоровью»; «Я могу сойти с ума из-за психологического стресса»; «Дурные мысли обладают силой — они могут заставить делать меня дурные вещи»; «Иногда мысли могут приводить к тому, что плохое случается»; «Мои мысли могут превратить меня в кого-то, кем я не хочу быть»; «Неконтролируемые мысли — симптом сумасшествия»; «Если я убежден, что плохой, то должен быть плохим»; «Чувство тревоги означает, что я в опасности»; «Мысль о чем-то может привести к тому, что подуманное сбудется».

В целом МКТ базируется на том принципе, что различные расстройства сохраняются, поскольку такое состояние мышления, как CAS, оказывает влияние на эмоциональные переживания и знания. Он поддерживает негативное представление о своем Я у индивида и восприятие угроз различными особыми способами.

CAS связан с активизацией негативных и позитивных метакогнитивных убеждений. Отделение метакогнитивного уровня от обычного когнитивного уровня означает, что возможно переживать внутренние события, такие как мысли, убеждения и эмоции, в когнитивном или метакогнитивном режиме. Это открывает ряд возможностей для лечения, сфокусированного на устранении CAS, изменении метакогнитивных убеждений и разработке альтернативных способов переживания внутренних событий и отношения к ним.

Базовая предпосылка традиционной КПТ, такой как теория схем А.Т. Бека или рационально-эмоционально-поведенческая терапия А. Эллиса, состоит в том, что ошибки, или искажения, мышления вызывают психическое расстройство. Оба этих подхода отдают центральную роль дисфункциональным убеждениям. МКТ в целом согласуется с этим подходом, с его основополагающими принципами, что делает ее видом когнитивной терапии. Значимые для МКТ убеждения — это не обыкновенные когниции КПТ и рационально-эмоционально-поведенческой терапии касательно мира социального и физического Я, а убеждения о мышлении (метакогнитивные убеждения). От предыдущих подходов ее отличает идентификация конкретного стиля мышления и типов убеждений, не указываемых этими двумя теориями в качестве причины расстройства. Данный стиль мышления не имеет отношения к когнитивным искажениям, таким как абсолютистские стандарты или черно-белое мышление. Стиль, который интересует МКТ, — это CAS, который характеризуется избыточным количеством устойчивого вербального мышления и заикливания в форме беспокойства и руминаций. Он сопровождается специфическими ошибками внимания, при которых внимание замыкается на угрозе.

Традиционный КПТ-подход к психическому расстройству утверждает, что не сами события вызывают психологические проблемы, а способ, которым эти события интерпретируются. КПТ работает со значениями, которые люди приписывают своим переживаниям. Она предполагает, что проблема заключается в ошибочных и искаженных взглядах на себя и на мир. Она изменяет содержание мысли и убеждение человека в обоснованности этого содержания. МКТ, напротив, имеет дело со способом мышления и предполагает, что проблема заключается в негибких и рекуррентных стилях мышления как реакциях на негативные мысли, чувства и убеждения. Она фокусируется на устранении безуспешных стилей переработки и предполагает, что любые проблемы с когнитивными темами (содержанием) возникают исключительно на метакогнитивном уровне. Например, КПТ-терапевт возьмется за проблему пациента с депрессией и убеждением «я бесполезен», спросив: «Чем вы можете это подтвердить?». Напротив, МКТ-терапевт спросит: «Какой смысл в оценке вашей ценности?»

Часть III. Направления и методы психотерапии

В подходах КПТ и МКТ содержание мыслей и убеждений определяет тип переживаемого расстройства. Мысли об опасности приводят к тревоге; мысли о потере и самообесценивании приводят к печали. МКТ постулирует, что это содержание не приводит к расстройству, поскольку такие мысли бывают у большинства людей и для большинства эта эмоция носит временный характер. Эмоциональное расстройство — это проблема, связанная с невозможностью выйти из состояния дистресса. Оно либо хроническое, либо рекуррентное. Эмоциональное расстройство вызывается метакогнициями, которые приводят к стилям мышления, замыкающим индивида в длительных и повторяющихся состояниях негативной саморефлексии. По сути, МКТ имеет дело с факторами, ведущими к устойчивому мышлению и неверно направленному копингу.

В КПТ предполагается, что ошибочные интерпретации событий, вызывающие психическое расстройство, проистекают из убеждений, но рассматриваемые в ней убеждения принадлежат к обыкновенной когнитивной сфере. Это, например, такие убеждения, как «Мир опасен» или «Я неадекватен». В МКТ эти убеждения рассматриваются как продукты метакогниций, которые приводят к паттернам внимания и мышления, постоянно генерируют эти идеи или замыкаются на них. Следовательно, терапия должна нацеливаться на изменение метакогниций и паттернов мышления как на причину стабильных негативных убеждений или «обыкновенных когний». Убеждения или схемы КПТ рассматриваются терапевтами МКТ не как стабильные сущности (смыслы), которые необходимо устранить, а как продукты мыслительных процессов.

МКТ вводит разграничение между когницией и метакогницией и фокусирует терапевтическую работу преимущественно на последней. С точки зрения МКТ в КПТ не проводят четкого различия между когницией и метакогницией. Для примера А. Уэллс берет цитату А.Т. Бека: «Проинтервьюировав эту мать с депрессией, я нашел, что ее мышление контролировалось ошибочными идеями о себе и об окружении. Несмотря на противоречившие этому факты, она была убеждена, что была плохой матерью...» И Уэллс отмечает, что «здесь депрессивное мышление объясняется наличием негативных убеждений о собственной несостоятельности. А.Т. Бек полагает, что мышление пациентки контролировалось ее ошибочными идеями о своей несостоятельности. Однако убежденность в своей несостоятельности необязательно контролирует мышление человека. Если взять всех людей, убежденных в этом, разве все они будут страдать от депрессии? Согласно когнитивной теории, должны, но маловероятно, что это правда. МКТ смотрит на эту ситуацию по-другому. Она предполагает, что у большинства людей есть мысли или убеждения о собственной несостоятельности, но они реагируют на эти мысли по-разному, в зависимости от своих метакогниций, поэтому метакогнитивные знания или убеждения контролируют последующее мышление, а не обыкновенные когниции». Следует отметить, что в когнитивной терапии А.Т. Бека и КПТ в целом, метакогниции, то есть мысли о мыслях относят также к мыслям, когнициям, а не к отдельным сущностям или специально выделяемым категориям когниций, но обращают внимание на направленность этих мыслей не на внешние процессы, а на внутренние, когнитивные процессы. А. Велс же делает акцент на принципиальном, на его взгляд, — отличии и разделении когниций, метакогниций и ими инициированных процессов. Как он разъясняет, большинство людей в какой-то момент жизни считают себя «неудачниками», но одни в результате удваивают свои усилия и пытаются добиться успеха, а другие застревают в негативных мыслях, постоянно размышляют о собственных неудачах и слабостях. Следовательно, есть некий механизм, отвечающий за существование этих различных когнитивных и эмоциональных паттернов реагирования. А. Уэллс полагает, что таким механизмом служат метакогниции, тот аспект когниций, который контролирует способ мышления и поведения индивида как реакцию на мысль, убеждение или эмоцию. «В том случае с депрессивной матерью, — который описывает А.Т. Бек, — мы можем предположить, что ее мышление контролировалось метакогнитивными убеждениями, возможно, с похожим содержанием: *“Если я думаю о своих неудачах и анализирую, почему они произошли, я становлюсь более хорошей матерью”*. К сожалению, мыслительный процесс руминации, вытекающий из этого метакогнитивного убеждения, не приводит к удовлетворительным ответам, и пациентка будет настойчиво продолжать думать о том, что неудачница». А. Уэллс предлагает гипотезу, что лечение не должно тратить усилия на исследование и тестирование реалистичности индивидуальных мыслей и убеждений пациента, а должно сфокусироваться на изменении того, как индивид реагирует на эти идеи. Фокус вмешательства смещается с оценки свидетельств за и против когнитивных продуктов (например, «Я — неудачник») на когнитивные процессы и метакогниции, их вызывающие. Единственное исключение делается для случая, когда продукты сами являются метакогнициями, например в форме беспокойства о беспокойстве (например, «Беспокоиться вредно для меня»).

В рамках теории S-REF возникновение любого психологического расстройства связывается с активацией стиля мышления, который называется CAS (рис. 21.5).

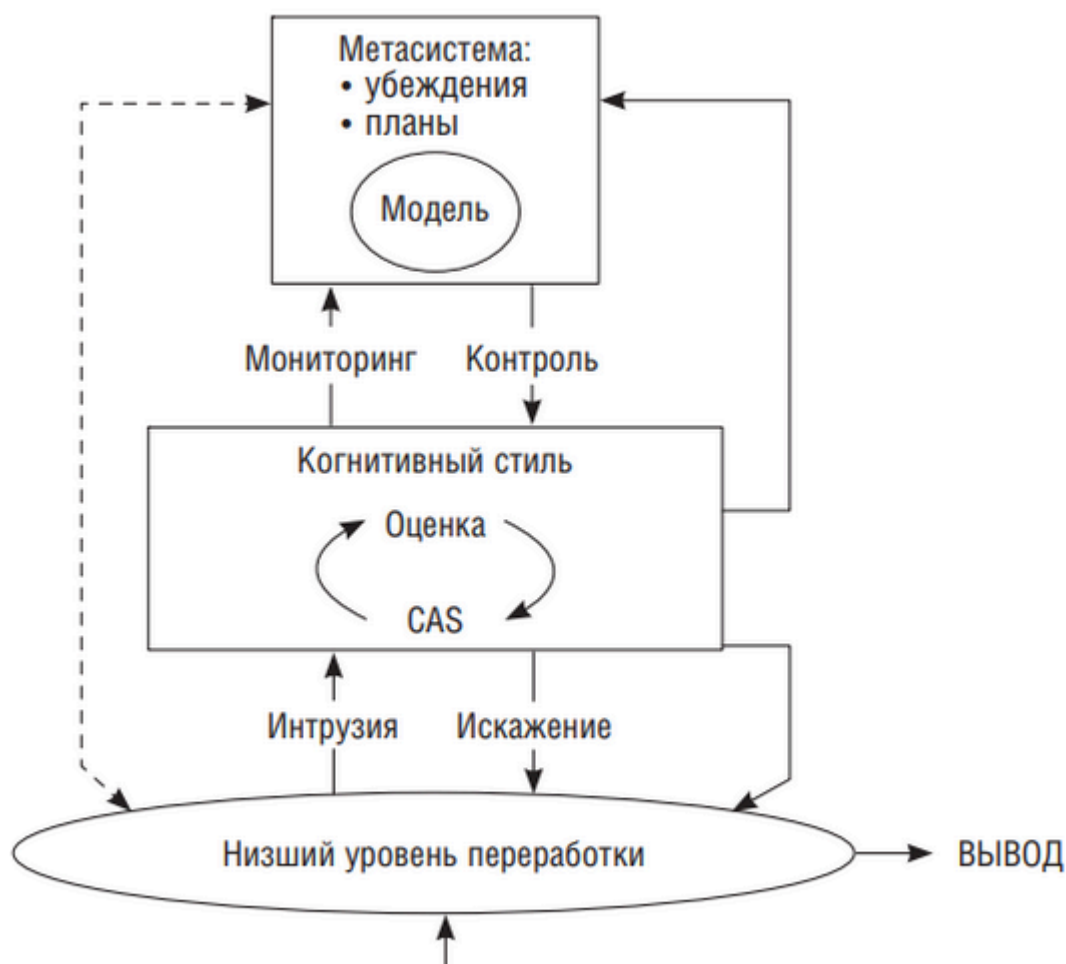


Рис. 21.5. S-REF-модель психологического расстройства с метакогнициями [5]. CAS — когнитивно-аттензивный синдром (Cognitive Attentional Syndrome)

В метакогнитивной модели симптомы вызваны набором психологических процессов, называемых синдромом когнитивного внимания. Он включает три компонента: 1) преобладание вербальной активности концептуального характера в форме беспокойства и руминаций; 2) мониторинг угроз — тенденция удерживать внимание на источниках угрозы; и 3) совладающее поведение (копинг-поведение), нарушающее саморегуляцию или приобретение новой информации, которая может изменить ошибочное представление. Все три компонента связаны с метакогнитивными убеждениями пациентов, такими как вера в то, что эти процессы помогут решить проблемы, хотя все они наоборот в конечном счете имеют следствие в виде непреднамеренного продления дистресса. Особое значение в модели имеют негативные метакогнитивные убеждения, касающиеся неконтролируемости и опасности некоторых мыслей. Используется предположение, что когнитивные исполнительные функции играют определенную роль в том, как человек может сосредоточиться и переориентироваться на определенные мысли и ментальные режимы. Эти ментальные режимы можно классифицировать как объектный режим и метакогнитивный режим, что относится к различным типам отношений, которые люди могут иметь к своим мыслям. Все CAS, метакогнитивные убеждения, ментальные режимы и исполнительная функция вместе составляют модель саморегулируемой исполнительной функции (S-REF — метакогнитивная модель).

Часть III. Направления и методы психотерапии

По своей сути CAS представляет собой ответ личности на внутренние события и является специфической констелляцией когнитивного и поведенческого копинг-стилей. Хотя волевой компонент этого стиля не является нарушенным, осознание личностью возможностей контроля или волевого усилия над такими процессами как беспокойство и руминация, равно как и представления о таких возможностях, являются зачастую неполными или ошибочными. Запуск этих процессов может быть и рефлекторным, однако же продолжительная обработка информации в форме беспокойства или руминации имеет возможности волевого контроля.

Беспокойство состоит из длинных цепочек мыслей, с помощью которых человек ищет ответы на вопросы о том, как справиться с потенциальной угрозой либо избежать ее. Описать такое мышление можно следующим образом: запускают его мысли типа «Что если со мной произойдет неприятность?», за которыми следует развернутый внутренний диалог, в ходе которого человек пытается найти решения. Руминация представляет собой концептуально сходный процесс, но он обычно ориентирован на прошлое, и в ходе его человек пытается найти причины неудачи, а также пытается понять свои ощущения печали и утраты, а также справиться с ними.

Следующий аспект CAS — это мониторинг угрозы, он подразумевает удержание внимания на источниках угрозы. Таковые могут быть внутренними, как в случае телесных ощущений при паническом расстройстве и впечатлений от себя в рамках социальной фобии, но также могут быть и внешними, такими как отслеживание признаков загрязнения или инфекции при обсессивно-компульсивном расстройстве или сканирование окружения на предмет потенциальных источников опасности при посттравматическом стрессовом расстройстве. Третьим конституирующим компонентом CAS являются иные формы копинга (или саморегуляторного поведения), включающие избегание, использование ПАВ для контроля мыслей и эмоций, а также и более прямые попытки подавления мыслей. Эти стратегии могут помочь краткосрочно облегчить страдание, но они не могут обеспечить стратегическое решение и полноценное избавление. В действительности они опасны даже обратными результатами, в частности тем, что укрепят стресс и внесут в него свой дополнительный вклад. Например, подавление мыслей не обладает постоянной эффективностью и может привести к формированию страха потери контроля.

МКТ — это, ограниченная по времени терапия, которая обычно проводится за 8–12 сеансов. Терапевт использует различные варианты обсуждения с пациентом, чтобы выявить его метакогнитивные убеждения, опыт и стратегии. Затем терапевт делится метакогнитивной моделью с пациентом, проясняя на примерах механизмы того, как возникают и поддерживаются его конкретные симптомы.

Важной составляющей МКТ является обучение осознанности — без нее не обходится почти ни одна новая школа КПТ. В контексте МКТ осознанность понимается как отстраненное наблюдение за процессом возникновения мыслей без какого-либо побуждения отреагировать на них оценкой, контролем, подавлением, обдумыванием, анализом и прочими внутренними реакциями. Обычно один этот выученный простой навык может дать колоссальный эффект людям, которые постоянно беспокоятся из-за тех или иных мыслей. Например, людям с обсессивно-компульсивным расстройством это сразу помогает преодолеть одну из трех ключевых метакогнитивных ошибок: смешивать мысли и реальность («если я так думаю, то, скорее всего, так и есть», «мысли материализуются»), мысли и поступки («думать об этом это то же самое, что совершать это»), мысли и физические объекты («люди с плохими мыслями оставляют в помещении после себя плохую ауру»). Людям с депрессией — останавливать руминации (трудноконтролируемые непродуктивные рассуждения, направленные на поиск причин депрессии и выхода из нее, которые только усиливают депрессивное состояние). Людям с генерализованным тревожным расстройством — останавливать беспокойство (мысли о возможных опасностях и проблемах в ближайшем и отдаленном будущем и попытки предвидеть все исходы и способы решения этих «катастроф»).

Затем терапия переходит к использованию методов, адаптированных к трудностям пациента, направленных на изменение того, как пациент относится к мыслям. Различные поведенческие и когнитивные эксперименты используются для того, чтобы бросить вызов метакогнитивным убеждениям (например, «Вы верите, что если будете слишком сильно волноваться, то сойдете с ума — давайте попробуем волноваться как можно больше в течение следующих 5 мин и посмотрим, будет ли какой-либо эффект») и таким стратегиям, как техника тренировки внимания и отстраненная осознанность (это отличная стратегия от различных других техник осознанности).

Важнейшей терапевтической стратегией при этом является развитие состояния безоценочного произвольного внимания/осознанности (detached mindfulness). Данный конструкт возникает в теории саморегуляции переработки информации при эмоциональных расстройствах [5] и рассматривается как метакогнитивное состояние, которое способствует повышению психологической гибкости при психических расстройствах. Безоценочное произвольное внимание/осознанность состоит из целой системы элементов, включающих необходимую активацию метакогнитивного познания, метакогнитивного мониторинга и контроля, супрессии (блокировки) когнитивных процессов, гибкости/ригидности внимания, когнитивной фиксированности/децентрации внимания, что формируется как осведомленность по поводу автоматической и произвольной смены потока внутренних явлений, в первую очередь мыслей. В таком состоянии личность «когнитивно децентрирована». Мысли рассматриваются как объекты психики, отделенные от реальности, а не как факты реальности, не требующие проверки (как это происходит при тревожных

расстройствах). А. Уэллс предложил техники достижения состояния detached mindfulness. Эти техники изменяют стиль мышления и характер отношений личности с собственными мыслями и эмоциями. Состояние беспристрастного произвольного внимания используется для содействия метакогнитивным и когнитивным изменениям в убеждениях, применяется в качестве обычной формы МКТ в череде разных стратегий лечения.

В качестве примера приведем несколько техник detached mindfulness. Одно упражнение озвучивается следующим образом: «Очень важно понимать разницу между состоянием беспристрастного внимания и попыткой «не думать» свои мысли. Попытки не иметь мыслей — форма активной фиксированности на них, так как вы пытаетесь оттолкнуть их прочь. Это бесполезно. Это становится понятно, если пытаетесь «не мыслить о мысли» (не думать мысль). Давайте попробуем. Я хочу, чтобы следующие три минуты вы не думали о синем кролике. Не позволяйте себе ни одной мысли, связанной с синим кроликом. Марш отсюда! Что вы сообщите? Сейчас попробуем состояние беспристрастного произвольного внимания и посмотрим, что произойдет. В следующие три минуты позвольте своим мыслям свободно странствовать, и если у вас появились мысли о синем кролике, я хочу, чтобы вы понаблюдали за ним расслабленно и пассивно, как за частью общей панорамы мыслей. Попробуйте сделать это».

Часть III. Направления и методы психотерапии

Аналогично проводится техника «Тигр». В данном упражнении участники с целью получения опыта беспристрастного произвольного внимания направляются на непроизвольное наблюдение за направлением мысленных образов, как за движущимся автомобилем. Первоначально используются нейтральные образы, потом — автоматические интрузивные. Нейтральный стимул — образ тигра. Инструкция озвучивается так: «Для того чтобы сделать возможным обучение произвольному полному вниманию, мне бы хотелось, чтобы вы вообразили себе образ тигра. Не делайте никаких попыток повлиять на поведение тигра или изменить его. Просто внимательно наблюдайте за ним. Он может двигаться, но не прилагайте усилий для его движений, он может щуриться, но не прилагайте усилий, чтобы он щурился, он может меняться, но не способствуйте этому, — внимательно наблюдайте, как мысленный образ меняется с течением времени, но не делайте ничего, чтобы повлиять на него, лишь пассивно наблюдайте за тигром». Терапевт вместе с пациентом анализирует производимые тигром передвижения и спрашивает, вызвал ли он эти движения.

Далее техники усложняются, например, техника тренировки внимания разработана для повышения метакогнитивного мониторинга, снижения персеверативной категориальной активности. Внимание состоит из трех составляющих: избирательность (селективность) внимание (selective attention), переключение внимания (attention switching), распределение внимания (divided attention). Реализация техники длится около 15 мин: 8 мин посвящается избирательности внимания, 5 мин — быстрому переключению внимания, 2 мин — распределению внимания на высоком уровне в течение всей процедуры. Несколько звуков предъявляются непосредственно в кабинете консультирования, дополнительные звуки, различимые как внешние, раздаются неподалеку от комнаты и далеко от нее. В целом рекомендуется использовать 6–8 звуков как мишени внимания. Техника также применяется с серией звуков, предъявляемых в консультационном кабинете и имеющих разный источник относительно участника (слева, справа, впереди, позади). В инструкции к технике тренировки внимания подчеркивается, что цель процедуры не в том, чтобы сдерживать мысли, а чтобы практиковать обучение сосредоточению внимания. Когда внутренние явления (мысли, ощущения) становятся навязчивыми, пациентов просят не реагировать на них, а рефокусировать внимание по инструкции. Обычно пациентов просят практиковаться каждый день, но не использовать технику в качестве отвлечения внимания или копинг-стратегии. Мы позволяем не пытаться избавиться от мыслей, а буквально «дать им спокойно возникнуть», не стараться их изменить, а просто «наблюдать» процесс их возникновения в мышлении. Это позволяет произвольно управлять вниманием, децентрироваться и отнестись к интрузивным мыслям как к объектам — внутренним явлениям в рамках психической деятельности, которые могут возникнуть, но при этом не являются фактами реальности. Несмотря на то что в основном МКТ сосредоточена на работе с мышлением, не обходятся вниманием и поведенческие реакции на мысли. Опять же, есть некоторые отличия от работы с поведением в КПТ. Убеждения о мыслях могут толкать человека к выученным неэффективным формам поведения. Например, считая, что беспокойство о ближайших событиях спасает от катастроф, человек может просматривать огромное количество информации, чтобы подготовиться к худшему. Или, полагая, что не стоит доверять своим воспоминаниям, он может уточнять что-то у близких, чтобы убедиться, что не произошло чего-то ужасного. И МКТ нацелена на введение в жизнь человека не просто более здорового

поведения, а именно такого, которое сможет показать несостоятельность некоторых установок о мыслях.

Список литературы

1. Kowalski J., Dragan M. (May 2019). Cognitive-attentional syndrome — the psychometric properties of the CAS-1 and multi-measure CAS-based clinical diagnosis // Compr. Psychiatry. 2019. Vol. 91. P. 13–21. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2019.02.007>. ISSN 0010-440X. PMID 30884400.
2. Normann N., van Emmerik A.A.P.; Morina N. The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: a meta-analytic review // Depress. Anxiety. 2014. Vol. 31, N. 5. P. 402–411. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.22273>.
3. Toneatto T. A metacognitive therapy for anxiety disorders: Buddhist psychology applied // Cogn. Behav. Pract. 2002. Vol. 9. P. 72–78.
4. Teasdale J.D. Metacognition, mindfulness, and the modification of mood disorders // Clin. Psychol. Psychother. 1999. Vol. 6. P. 146–155.
5. Wells A., Matthews G. Attention and Emotion: A Clinical Perspective. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1994.
6. Wells A., Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model // Behav. Res. Ther. 1996. Vol. 34, N. 11–12. P. 881–888. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00050-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00050-2). PMID 8990539.
7. Wells A. Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression. The Guilford Press, 2011. 316 p.
8. Wells A. Breaking the cybernetic code: understanding and treating the human metacognitive control system to enhance mental health // Front. Psychol. 2019. Vol. 10. P. 2621. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02621>. PMC 6920120. PMID 31920769.

Часть III. Направления и методы психотерапии

21.4. Диалектическая бихевиоральная (поведенческая) терапия

Диалектическая бихевиоральная (поведенческая) терапия (ДБТ) — это метод помощи людям с пограничным расстройством личности, хронической суицидальностью и самоповреждением. Метод психотерапии — диалектическая поведенческая терапия, изначально разработан Маршей Линехан [35] для лечения людей с хронической суицидальностью, повторными суицидальными попытками и диагнозом «пограничное расстройство личности» (ПРЛ) (Диагноз ПРЛ из DSM-5 соответствует диагнозу «эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип» из МКБ-10).

ДБТ была разработана в 1980-х годах, когда не существовало методов помощи с подтвержденной в исследованиях эффективностью для людей с суицидальным и самоповреждающим поведением. Сама М. Линехан прошла обучение когнитивно-поведенческой терапии — методу, показавшему свою эффективность в лечении широкого круга психических расстройств. Однако, как и многие другие клиницисты, М. Линехан столкнулась с затруднениями при попытке помочь людям с комплексными поведенческими проблемами и суицидальностью. У этих пациентов зачастую было множество неотложных жизненных проблем, а ход терапии постоянно нарушался многочисленными эмоциональными и поведенческими кризисами. Такие препятствия не были предусмотрены в стандартных психотерапевтических протоколах, как правило, предназначенных для терапии только одного клинического расстройства в хорошо контролируемой среде. Это и послужило причиной для разработки на основе когнитивно-поведенческой терапии самостоятельного специализированного метода — ДБТ [7].

Первые версии ДБТ были сосредоточены в первую очередь на помощи женщинам с хронической суицидальностью и повторными суицидальными попытками [41]. Однако, поскольку суицидальное поведение не выделяется в классификациях в качестве самостоятельного расстройства, для проведения исследований эффективности нового метода предотвращения суицида необходимо было выбрать диагностическую категорию. М. Линехан и ее коллеги остановились на ПРЛ [33].

Это связано с тем, что показатели распространенности суицидального поведения и несуицидального самоповреждения среди людей с ПРЛ довольно высоки. По разным данным, примерно три четверти клиентов с ПРЛ совершили хотя бы один акт самоповреждения за свою жизнь [15, 48], а частота гибели от суицида среди клиентов с ПРЛ составляет от 9 до 15% [8, 48–50, 66]. По оценке Р.Н. Soloff и соавт. [63], 75% клиентов, отвечающих критериям ПРЛ, пытались покончить жизнь самоубийством — в среднем по 3,4 попытки на человека.

Таким образом, женщины с ПРЛ стали первой популяцией пациентов, на которых была исследована терапия, описанная в первом руководстве по ДБТ, изданном в 1993 г. [36] (на русском языке опубликовано в 2008 г. под названием «Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности»). Впоследствии показания к ДБТ были расширены и

сейчас включают ПРЛ и различные формы поведенческих нарушений, связанных с импульсивностью или нарушением регуляции эмоций (суицидальное поведение, самоповреждение, зависимости, рискованное поведение, булимия и приступообразное переедание, агрессивное и конфликтное поведение).

Управление суицидальным риском. Рискованное и суицидальное поведение, характерное для целевой популяции пациенток, поставило перед создателями ДБТ непростую дилемму. С одной стороны, во времена создания ДБТ [35] общепринятый порядок оказания медпомощи в США предполагал госпитализацию всех пациентов с суицидальным риском. С другой стороны, доступные в стационаре методы помощи (медикаментозное лечение, кратковременные психотерапевтические вмешательства) характеризовались неудовлетворительной эффективностью у пациентов с хронической суицидальностью [13, 28, 53]. Пациенты с ПРЛ часто вскоре после выписки нуждались в повторной госпитализации (так называемая «проблема вращающейся двери») или совершали повторные суицидальные попытки [22, 47, 52, 69]. Это заставило ряд авторов предполагать, что стационарное лечение недостаточно для формирования у пациентов с ПРЛ способности справляться с вызовами повседневной жизни, а в ряде случаев наоборот может приводить к усугублению имеющихся проблем [31, 37]. По этой причине ДБТ была разработана как амбулаторная терапия, направленная на обучение пациентов навыкам саморегуляции и решения проблем при столкновении с реальными жизненными трудностями [36]. Однако при этом ДБТ имеет высокую структурированность, значительный (больший, чем в обычной психотерапии) контакт пациента со специалистами, предусматривает процедуры регулярной оценки суицидального риска, круглосуточную возможность кризисного контакта со специалистом по телефону, а также использует алгоритмы, регламентирующие, в каких случаях показана госпитализация [41, 42]. ДБТ стала первым видом психотерапии с подтвержденной эффективностью, использующим стандартизированный протокол оценки и управления суицидальным риском и имеет инструменты для управления частыми и разнообразными поведенческими, психоэмоциональными и межличностными кризисами, типичными для популяции клиентов с ПРЛ [20].

Исследования эффективности ДБТ. Диалектическая бихевиоральная (поведенческая) терапия стала первым направлением в психотерапии, эффективность которого в работе с ПРЛ была подтверждена в контролируемых клинических испытаниях. С тех пор были проведены многочисленные исследования, которые показали эффективность ДБТ не только для ПРЛ и суицидальности, но и для широкого спектра других расстройств и проблем, включая импульсивное поведение, зависимости от ПАВ, приступообразное переедание и булимию, хроническое нарушение регуляции эмоций, ПТСР, депрессии, поведенческие нарушения у детей и подростков. На сегодняшний день опубликовано несколько десятков рандомизированных клинических испытаний, подтверждающих эффективность ДБТ [14, 30, 40, 45, 54, 70, 71], об эффективности ДБТ свидетельствуют и метаанализы [17, 19, 65]. Первое рандомизированное клиническое исследование ДБТ ($N = 44$ женщины с суицидальным, самоповреждающим поведением и ПРЛ) было проведено в 1991 г. В течение первых 6 мес из 12-месячного периода наблюдения у пациентов ДБТ, по сравнению с контрольной группой, отмечалось меньшее число суицидальных попыток, эпизодов самоповреждающего поведения и выраженности гнева, а также были выше показатели социальной адаптации. Пациентки, проходившие курс ДБТ, проводили меньше дней в стационаре, чем пациентки из группы контроля [33]. Как показало другое исследование, по сравнению с терапией не-поведенческого направления (гуманистической, психодинамической), которую проводили признанные эксперты в психотерапии, стандартная программа ДБТ показала значимо большее снижение выраженности гнева, чувства безысходности, суицидальных мыслей и проявлений суицидального поведения, а также снижение числа госпитализаций (включая экстренные) [34]. Более того, после прохождения курса ДБТ у пациентов отмечалось снижение числа суицидальных попыток и числа обращений в отделения неотложной помощи и травмпункты вдвое, при этом количество госпитализаций сократилось на 73%. Эти результаты сохранялись даже при катамнестическом наблюдении длительностью в 12 мес. Хотя изначально ДБТ создавалась как метод амбулаторной помощи, были также исследованы варианты применения ДБТ-программы в стационаре. М. Bohus и его коллеги получили позитивные результаты при проведении 12-недельной ДБТ в стационаре для женщин с ПРЛ и суицидальным поведением [10]. Среди пациентов, получавших ДБТ, было больше случаев уменьшения самоповреждающего поведения, чем среди клиентов, получавших стандартное медикаментозное лечение (62% против 31%). Опубликованы также данные компонентного анализа ДБТ, в рамках которого на выборке из 99 женщин с ПРЛ и суицидальным поведением сравнивались разные варианты программы ДБТ: стандартная комплексная ДБТ, а также сокращенные форматы («только тренинг навыков» и «только индивидуальная терапия») [39]. Во всех группах терапевты использовали стандартизированный протокол оценки и управления суицидальным риском (от англ. Linehan Risk Assessment and Management Protocol, LRAM). Во всех трех группах отмечалось уменьшение числа

суицидальных попыток и снижение суицидальной идеации, а также уменьшалась нагрузка на кризисные центры (горячая линия психологической помощи). При этом комплексная программа ДБТ и «только тренинг навыков» оказались более эффективными, чем «только индивидуальная терапия» в сокращении несуицидального самоповреждения. Комплексная программа ДБТ характеризовалась также меньшей частотой досрочного прерывания терапии и большим снижением числа госпитализаций по сравнению с «только тренингом» и «только индивидуальной терапией». Данные проведенного недавно метаанализа показывают большую эффективность диалектической поведенческой терапии по сравнению с применяемой обычно терапией в снижении тяжести выраженности симптомов пограничного расстройства личности (SMD $-0,60$, 95% CI от $-1,05$ до $-0,14$; 3 исследования, 149 участников), самоповреждающего поведения (SMD $-0,28$, 95% CI от $-0,48$ до $-0,07$; 7 исследований, 376 участников) и в улучшении психосоциального функционирования (SMD $-0,36$, 95% ДИ от $-0,69$ до $-0,03$; 6 исследований, 225 участников) [67].

Часть III. Направления и методы психотерапии

Сложности при разработке ДБТ. Создание ДБТ было сопряжено с несколькими вызовами. Как мы уже указывали выше, изначально М. Линехан стремилась применить стандартную когнитивно-поведенческую терапию для помощи пациенткам с хронической суицидальностью. Поведенческая терапия направлена на то, чтобы помочь пациентам почувствовать себя лучше, изменив их поведение: внешнее (поступки) и скрытое (эмоции, мысли). Однако многие пациенты с ПРЛ и суицидальностью интерпретировали эти усилия со стороны терапевта как недостаток понимания: «если бы специалист действительно понимал величину и тяжесть моего страдания, то ему было бы очевидно, что для меня перемены к лучшему невозможны». При попытке применения терапевтических интервенций, направленных на изменение мышления, эмоций и действий клиента, суицидальные пациенты с ПРЛ, как правило, уже страдавшие от выраженного чувства собственной неадекватности и «неправильности», нередко реагировали усилением самообвинения («я неправильно думаю, чувствую, действую», «раз терапевт говорит, что мне нужно измениться, значит со мной что-то глубоко не так»), обострением эмоциональных и поведенческих кризисов. Пациенты отказывались продолжать терапию, конфликтовали и писали жалобы на специалистов, а их симптомы обострялись [21]. Столкнувшись с этим затруднением, создатели метода попробовали применить полностью противоположный подход — клиент-центрированную гуманистическую терапию [56] — и сосредоточились на поддержке и безусловном принятии. Однако это также воспринималось пациентами как обесценивание [26]. Пациенты говорили, что и сами знают, что их жизнь невыносима, и им не нужен психотерапевт, чтобы подтвердить им это — они просили о помощи в решении конкретных проблем. Таким образом, М. Линехан и ее коллеги пришли к выводу, что терапевтические методы, полностью сфокусированные на изменении поведения, либо исключительно на принятии, были недостаточными для помощи этой группе пациентов. Авторы предположили, что для успешной терапии тяжелых случаев ПРЛ необходимо одновременно проявлять принятие, в полной мере признавая страдание пациентов и значительность жизненных проблем, с которыми им приходится сталкиваться, и в то же время использовать разнообразные терапевтические инструменты, чтобы научить пациента выбираться из невыносимых и затруднительных жизненных ситуаций и начать вести такую жизнь, которой они хотят жить. Это сочетание принципов изменения и принятия не противопоставляются, а используются как взаимодополняющие, легло в основу диалектического мировоззрения в ДБТ. В дальнейшем диалектическая философия и диалектические приемы ведения дискуссии были использованы в данном методе для содействия более сбалансированному и гибкому терапевтическому подходу.

Биосоциальная теория ПРЛ. Концептуализация эмоциональных и поведенческих нарушений в ДБТ опирается на предложенную М. Линехан биосоциальную модель ПРЛ [18]. Используя в качестве отправной точки модель регуляции эмоций Дж. Гросса [24], М. Линехан предположила, что люди с ПРЛ страдают от нарушения функционирования системы регуляции эмоций, возникающего в результате сочетания биологической эмоциональной уязвимости и дефицита навыков саморегуляции [33, 36]. С этой позиции проблемные формы поведения, указанные в диагностических критериях ПРЛ (суицидальные попытки и угрозы, самоповреждение, злоупотребление ПАВ, переживание, рискованное поведение и т.д.), можно рассматривать либо как дисфункциональные способы регулирования чрезмерно сильных эмоций, либо как следствие недостаточной регуляции. Например, клиентка с ПРЛ, испытывая интенсивное чувство вины, может прибегнуть к самоповреждению как к средству получить облегчение. Или же клиенту с интенсивным гневом может быть трудно успокоиться, и поэтому гнев может проявляться неуправляемо, включая крики, угрозы или физическую агрессию. Таким образом, с точки зрения М. Линехан, нарушение регуляции эмоций является

основной характеристикой ПРЛ, поэтому именно регуляция эмоций была избрана в качестве центральной мишени ДБТ.

Биосоциальная модель, как следует из названия теории, предполагает, что причиной нарушения регуляции эмоций при ПРЛ является сочетание биологической эмоциональной уязвимости и систематического инвалидирующего (то есть не принимающего, осуждающего, указывающего на неадекватность) воздействия среды. В частности, модель вводит понятие «эмоциональной уязвимости», указывающее, что люди с ПРЛ обладают высокой повышенной чувствительностью к эмоциональным стимулам, испытывают более интенсивные эмоции, а при стрессе восстанавливаются к базовому эмоциональному состоянию медленнее, чем люди без ПРЛ [18]. С другой стороны, влияние среды проявляется в том, что дисфункциональное, обесценивающее окружение не позволяет эмоционально чувствительному ребенку научиться эффективно опознавать и регулировать свои эмоции. Людям с ПРЛ часто советуют контролировать свои эмоции и решать свои проблемы, но не учат, как именно это делать [36]. Дисфункциональная среда может показывать людям с формирующимся ПРЛ, что только через эскалацию своих эмоциональных проявлений (в том числе через суицидальные угрозы) они могут получить поддержку от окружающих. Такая среда не учит людей доверять собственному личному опыту, мыслям и эмоциям, а скорее способствует усвоению представлений о собственной неадекватности и побуждает инвалидировать себя, что приводит к дальнейшему нарушению регуляции эмоций.

Биосоциальная модель М. Линехан имеет много косвенных подтверждений, указывающих на смешанное происхождение ПРЛ в результате как наследственной предрасположенности к эмоциональной нестабильности и импульсивности, так и негативных воздействий среды [11, 27, 60, 62, 68]. Однако необходимо отметить, что исследования, направленные на прямую проверку биосоциальной модели, подтверждают ее лишь частично, не по всем пунктам. В частности, D. Gill и W. Warburton [23] на материале из 250 взрослых испытуемых подтвердили связь нарушения регуляции эмоций с такими характеристиками, как эмоциональная уязвимость в детстве и история инвалидации со стороны родителей. Однако, хотя авторы и зафиксировали влияние каждого из этих факторов по отдельности, они не обнаружили предполагаемого биосоциальной моделью эффекта синергии между инвалидацией и эмоциональной уязвимостью. Опубликованный недавно метаанализ экспериментальных исследований ПРЛ (31 исследование, $N = 1675$) подтвердил сформулированные М. Линехан предположения об избыточной эмоциональной чувствительности у людей с ПРЛ и медленном восстановлении эмоционального состояния до базового уровня, но повышенная интенсивность эмоциональных реакций не была обнаружена [12]. Таким образом, имеющиеся данные позволяют исследователям предполагать, что хотя биосоциальная модель ПРЛ имеет значительную ценность в нашем понимании особенностей регуляции эмоций при ПРЛ, она имеет свои ограничения и нуждается в дальнейшем усовершенствовании и уточнении [11, 12, 23]. Полученные данные открывают также перспективы к дальнейшему совершенствованию терапевтического протокола ДБТ, позволяя фокусировать терапевтические интервенции на подтверждаемых экспериментально патологических механизмах и отбрасывая менее эффективные стратегии [12, 18].

Бихевиоризм и теория социального научения. С самых ранних этапов разработки ДБТ основывалась на теоретических концепциях, включавших радикальный бихевиоризм [61], теорию социального научения [12] и социальную поведенческую модель личности [64]. Радикальный бихевиоризм утверждает, что любое поведение управляется внешними стимулами и может быть объяснено без необходимости рассматривать внутренние психические состояния или сознание. Теория социального научения и социальная поведенческая модель личности расширяют принципы бихевиоризма, интегрируя как поведенческие, так и когнитивные теории обучения. В частности, теория социального научения утверждает, что люди могут приобретать поведение посредством наблюдения, имитации и моделирования [6, 12]. Социальная поведенческая модель личности предполагает, что внутренние переживания человека можно объяснить с помощью наблюдаемого поведения.

Философия, основанная на принятии. Как мы писали выше, ориентированные на изменение подходы, такие как стандартная поведенческая терапия, воспринимались пациентами с суицидальностью и ПРЛ как избыточно директивные, инвалидирующие, и их применение приводило к частым конфликтам в терапии и преждевременному прерыванию лечения. С точки зрения биосоциальной модели это объясняется тем, что пациент с ПРЛ зачастую может воспринимать попытки психотерапевта инициировать терапевтические изменения как непонимание, инвалидацию и осуждение. Соответственно, для успешной терапии ПРЛ необходимо создание в рамках терапии подчеркнуто поддерживающей и принимающей среды — в большей степени, чем в стандартной когнитивно-поведенческой терапии. По этой причине М. Линехан обратилась к поиску методов и инструментов, которые были бы сосредоточены исключительно на принятии. В результате ДБТ (независимо от «основанной на осознанности программы снижения стресса», разработанной примерно в то

же время Дж. Кабат-Зинном [29]) стала одним из первых подходов психотерапии, которые использовали осознанность и созерцательные практики в клиническом контексте.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Практики осознанности (mindfulness), используемые в ДБТ как клиентом, так и терапевтом, сфокусированы на том, чтобы научиться отказываться от представлений, какой «должна» быть реальность, и вместо этого обрести свободу через принятие своего опыта и настоящего момента без попытки его изменить [41, 55]. Первые попытки интегрировать осознанность в ДБТ подразумевали поощрение клиентов к практике медитации. Однако большинству пациентов с ПРЛ и суицидальностью медитация давалась очень трудно: они не выдерживали долгого сидения на одном месте или приходили в состояние эмоционального кризиса [42]. Кроме того, в то время медитация не была широко распространенным компонентом психотерапии и поэтому воспринималась как странная и угрожающая практика для людей с клиническими расстройствами [41]. Вместо медитации требовался лишенный мистики или религиозного компонента подход, которому можно было бы сравнительно легко обучить клиентов. В итоге в ДБТ практики осознанности были преобразованы в поведенческие навыки, которым могли овладеть как пациенты, так и терапевты: так называемые базовые навыки осознанности, сфокусированные на управлении вниманием и мышлением, а также навык радикального принятия и навыки валидирующей коммуникации и самовалидации. Для каждого навыка были разработаны специальные упражнения, позволяющие встраивать их применение в повседневную жизнь. Таким образом, осознанность в ДБТ — это, с одной стороны, набор поведенческих паттернов, который реализует терапевт в ходе взаимодействия с клиентом, создавая принимающую и доброжелательную среду, а, с другой стороны, и клиент в ходе терапии обучается навыкам осознанности как посредством прямого инструктирования в группе тренинга навыков, так и наблюдая за терапевтом и перенимая у него опыт.

Диалектика. Используемые в ДБТ основные принципы: принятие (осознанность) и изменение (бихевиоризм) при поверхностном рассмотрении как будто противоречат друг другу. На ранних этапах создания программы это вызывало некоторое смятение и дезориентацию у пациентов и у терапевтов: все-таки ДБТ-программа направлена на изменение поведения или на принятие пациента таким, какой он есть. Решением этого противоречия стала диалектическая философия, которую М. Линехан использовала как концептуальную рамку нового подхода, позволяющую реализовывать оба противоположных принципа одновременно. Диалектика, диалектическое мышление описывает прогресс как синтез или интеграцию противоположностей. С точки зрения диалектики, кажущиеся противоположности могут быть одновременно истинными или, по крайней мере, содержать «зерно истины» [36]. Соответственно, терапевты, работающие в ДБТ-подходе, учатся диалектическому взгляду на реальность, на пациента и терапию. Диалектика помогает ДБТ-терапевтам видеть сторону пациента, сохраняя при этом приверженность терапевтической позиции.

Другим основанием для использования диалектики стал тот факт, что у пациентов с ПРЛ нередко отмечается крайне поляризованное мышление, суждения по принципу «все или ничего», что способствует эмоциональной и поведенческой дисрегуляции [13]. Соответственно, в рамках ДБТ не только терапевт использует диалектическое мировоззрение как концептуальную рамку, но и пациент обучается диалектическому мышлению, способу смотреть на вещи с разных сторон, интегрируя и синтезируя как будто противоречащие друг другу факты.

Компоненты программы. Стандартная комплексная ДБТ содержит четыре основных компонента: индивидуальную терапию, тренинг навыков (обычно в групповом формате), дистанционный коучинг, а также встречи консультативной команды терапевтов. Сессии индивидуальной терапии проводятся еженедельно и длятся 1 ч. Структура сессий индивидуальной терапии в ДБТ похожа на структуру сессии когнитивно-поведенческой терапии: в начале сессии терапевт с пациентом оценивают прошедшую неделю, ставят повестку на сессию. Затем терапевт проверяет домашнее задание, которое пациент выполнил за неделю; далее следует основная часть сессии, в рамках которой терапевт с пациентом формулируют цели, обсуждают конкретные поведенческие проблемы, проводят анализ дисфункционального поведения. Терапевт вместе с пациентом разрабатывают решения для имеющихся эмоциональных и поведенческих проблем, используя при этом различные инструменты когнитивно-поведенческой терапии (когнитивное реструктурирование, экспозиция, управление последствиями), практики осознанности, а также широкий арсенал навыков ДБТ. Кроме того, важной задачей индивидуальной терапии является оценка суицидального риска и предотвращение суицида, для чего используется специальный протокол LRAMP (от англ. Linehan Risk Assessment and Management Protocol). Особенностью

индивидуальной терапии в ДБТ является также широкое использование терапевтом специальных коммуникативных стратегий, направленных на создание и поддержание терапевтического альянса, укрепление мотивации пациента и уменьшение противостояния между терапевтом и пациентом: стратегии валидации, диалектические и стилистические стратегии, а также стратегии принятия обязательств.

Тренинг навыков проводится, как правило, в групповом формате (2 тренера, 5–9 участников группы). Предназначение тренинга — формирование у пациента навыков эмоциональной и поведенческой саморегуляции. Навыки, приобретенные на тренинге, затем используются в индивидуальной терапии для решения поведенческих и эмоциональных проблем. Занятия тренинга навыков, как и сессии индивидуальной терапии, проводятся еженедельно, но длятся по 2,5 ч. Каждое занятие тренинга состоит из двух частей: в течение первого часа проводится короткая практика осознанности и проверка домашнего задания, а в оставшиеся 1,5 ч тренеры преподают участникам новый материал в соответствии с 48-недельной программой тренинга навыков. Эта часть включает как лекционный материал, так и различные демонстрации и упражнения. В конце каждого занятия участники получают домашнее задание по практике навыков на неделю.

Задача дистанционного коучинга в ДБТ — поддержка пациента в кризисных ситуациях, повышение мотивации к использованию навыков в повседневной жизни, генерализация навыков эффективного поведения, полученных на индивидуальных консультациях и на тренинге. Дистанционный коучинг может осуществляться путем прямых звонков на телефон терапевта, либо путем обмена сообщениями в мессенджерах. Как правило, дистанционный коучинг доступен пациентам круглосуточно семь дней в неделю. Коучинг не является «терапией по телефону» — это высоко структурированное, ограниченное по времени взаимодействие, в среднем звонок длится около 10 мин. Во время коучинга терапевт инструктирует пациента, какие навыки из изученных на тренинге тот может применить прямо сейчас, чтобы не поддаться импульсу к суицидальному поведению, самоповреждению или употреблению ПАВ. Терапевт заранее ориентирует клиента на правила дистанционного коучинга и на ситуации, когда он требуется. На время своего отпуска основной терапевт ищет замену среди специалистов своей ДБТ-команды, кто мог бы осуществлять коучинг клиента вместо него.

Четвертый компонент стандартной ДБТ — консультативная команда терапевтов. Команда обычно состоит из 3–8 ДБТ-специалистов. Задача команды — координация действий индивидуальных терапевтов, обмен опытом и тренировки навыков. Участники команды специалистов обмениваются информацией о клинических случаях, которые они ведут совместно, и совместно принимают клинические решения. Таким образом, каждый клиент является клиентом не отдельного терапевта, а целой команды. Помимо принятия клинических решений, задача команды — профилактика эмоционального выгорания специалистов при работе с клиентами с суицидальным риском и экстремальными формами коммуникации. Наконец, в рамках команды ДБТ-специалисты совместно отрабатывают и тренируют профессиональные навыки. Встречи команды структурированы в соответствии со специальным протоколом, проводятся еженедельно и длятся 1–1,5 ч.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Адаптации ДБТ. В большинстве исследований оценивалась эффективность стандартной 12-месячной программы ДБТ, включающей описанные выше четыре компонента терапии. Однако в последние два десятилетия были также разработаны различные новые варианты адаптации программы ДБТ. Адаптации ДБТ, как правило, создаются, чтобы сделать ДБТ подходящей и доступной для новых популяций клиентов: детей, подростков, клиентов с зависимостью от ПАВ, клиентов с коморбидным ПТСР, клиентов с расстройствами пищевого поведения (РПП). Ряд адаптаций ДБТ также продемонстрировал свою эффективность в многочисленных клинических исследованиях.

В частности, РКИ применения ДБТ у подростков с самоповреждающим поведением показало высокую эффективность в снижении самоповреждения и суицидальных мыслей по сравнению со стандартной терапией; данные результаты сохранялись на протяжении 1 года наблюдения [46]. Проведенное многоцентровое исследование применения ДБТ у подростков ($N = 173$) с высоким риском суицида показало значительное преимущество диалектической поведенческой терапии по сравнению с индивидуальной и групповой поддерживающей терапией в снижении повторных попыток самоубийства, эпизодов несуйцидальных самоповреждений и общей выраженности самоповреждающего поведения после завершения курса терапии. У подростков, получавших ДБТ, значительно снижалось число эпизодов самоповреждающего поведения к моменту завершения терапии и в течение последующих 12 мес катамнестического наблюдения [44]. Была показана также

эффективность адаптации ДБТ для детей препубертатного возраста с деструктивным расстройством дисрегуляции настроения [51].

Эффективность также показала адаптация ДБТ для зависимостей от ПАВ. В исследовании U. Whiteside [72] среди 157 пациентов с алкогольной зависимостью, завершивших лечение, 73,2% сохраняли абстиненцию к концу программы, а показатели их эмоциональной регуляции улучшались. При этом улучшение не зависело от начальной тяжести как употребления алкоголя, так и степени эмоциональной дисрегуляции. В другом исследовании также было показано сокращение употребления алкоголя и улучшение эмоциональной регуляции у пациентов с алкогольной зависимостью [43]. Были проведены также исследования по изучению применения программы ДБТ при наркотической зависимости при ПРЛ [38] и при расстройствах пищевого поведения в сочетании с зависимостью от ПАВ [16], которые показали также хорошие результаты.

Исследования адаптации ДБТ для расстройств пищевого поведения (приступообразное переедание и булимия) показали снижение частоты эпизодов переедания как после окончания терапии, так и при последующем наблюдении [32, 57, 58, 59].

В последнее десятилетие были разработаны также два разных показавших клиническую эффективность протокола ДБТ, адаптированных для помощи людям с коморбидными ПРЛ и ПТСР: «ДБТ-продолжительная экспозиция» [25] и «ДБТ-ПТСР» [9]. Это стало важным усовершенствованием метода, поскольку до появления этих протоколов ДБТ оставалась низкоэффективной для клиентов с ПТСР.

Таким образом, ДБТ — это метод со значительной поддержкой научными данными, свидетельствующими о его эффективности в предотвращении суицида, уменьшении суицидального поведения и преднамеренного самоповреждения, злоупотребления ПАВ, а также булимии, приступообразного переедания и прочих форм поведенческих расстройств у людей с нарушением регуляции эмоций или ПРЛ.

В России диалектическая поведенческая терапия появилась лишь в 2015 г. — существенно позже, чем другие методы когнитивно-поведенческой терапии, такие как когнитивная терапия А.Т. Бека, схема-терапия, терапия принятия и ответственности. Это связано, во-первых, с более сложной организацией процесса подготовки специалистов (обучение ДБТ рассчитано не на отдельных профессионалов, а на целые терапевтические команды), а, во-вторых, с тем, что при изучении ДБТ необходимо уже владеть основами когнитивно-поведенческой терапии. К счастью, на сегодняшний день обучение ДБТ уже доступно в России. Подготовлены и уже помогают клиентам почти 200 специалистов, и их число стремительно растет. Это вселяет надежду, что все большее число людей с хроническим суицидальным поведением, самоповреждением и ПРЛ в нашей стране сможет получать эффективную, основанную на научных данных помощь. Более подробно основные принципы и содержание метода представлено в литературе [1–5].

Список литературы

1. Fonagy P. Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient // *Int. J. Psychoanal.* 1991. Vol. 72. Pt 4. P. 639–656.
2. Fonagy P, Allison E. The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship // *Psychotherapy.* 2014. Vol. 51, N. 3. P. 372–380.
3. Fonagy P., Bateman A.W. Adversity, attachment, and mentalizing // *Compr. Psychiatry.* 2016. Vol. 64. P. 59–66.
4. Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., Target M. *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of Self.* London: Karnac Books, 2002. 592 p.
5. Baron-Cohen S., Wheelwright S., Hill J. et al. The «Reading the Mind in the Eyes» test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high functioning autism // *J. Child Psychol. Psychiatry.* 2001. Vol. 42. P. 241–251.
6. Gratz K.L., Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale // *J. Psychopathol. Behav. Assess.* 2004. Vol. 26. P. 41–54.
7. Fonagy P., Luyten P., Moulton-Perkins A. et al. Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire // *PLoS One.* 2016. Vol. 11, N. 7. Article ID e0158678.
8. Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J.D.A. The 20-Item Toronto Alexithymia Scale — IV: Reliability and factorial validity in different languages and cultures // *J. Psychosom. Res.* 2003. Vol. 55. P. 277–283.
9. Bateman A.W., Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial // *Am. J. Psychiatry.* 1999. Vol. 156, N. 10. P. 1563–1569.
10. Bateman A.W., Constantinou M.P., Fonagy P., Holzer S. Eight-year prospective follow-up of mentalization-based treatment versus structured clinical management for people with borderline personality disorder // *Personal Disord.* 2021. Vol. 12, N. 4. P. 291–299.

11. Antonsen B.T., Kvarstein E.H., Urnes O. et al. Favourable outcome of long-term combined psychotherapy for patients with borderline personality disorder: Six-year follow-up of a randomized study // *Psychother. Res.* 2017. Vol. 27, N. 1. P. 51–63.
12. Kvarstein E.H., Pedersen G., Urnes O. et al. Changing from a traditional psychodynamic treatment programme to mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder — does it make a difference? // *Psychol. Psychother.* 2015. Vol. 88, N. 1. P. 71–86.
13. Warrender D.J. Staff nurse perceptions of the impact of mentalization-based therapy skills training when working with borderline personality disorder in acute mental health: A qualitative study // *Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 2015. Vol. 22, N. 8. P. 623–633.
14. Thomsen M.S., Ruocco A.C., Uliaszek A.A. et al. Changes in neurocognitive functioning after 6 months of mentalization-based treatment for borderline personality disorder // *J. Pers. Disord.* 2016. Vol. 31, N. 3. P. 306–324.
15. Edel M.A., Raaff V., Dimaggio G. et al. Exploring the effectiveness of combined mentalization-based group therapy and dialectical behaviour therapy for patients with borderline personality disorder: A pilot study // *Br. J. Clin. Psychol.* 2017. Vol. 56, N. 1. P. 1–15.
16. Blankers M., Koppers D., Laurensen E.M.P. et al. Mentalization-based treatment versus specialist treatment as usual for borderline personality disorder: Economic evaluation alongside a randomized controlled trial with 36-month follow-up // *J. Pers. Disord.* 2021. Vol. 35, N. 3. P. 373–392.
17. Weijers J., Ten Kate C., Eurelings-Bontekoe E. et al. Mentalization-based treatment for psychotic disorder: protocol of a randomized controlled trial // *BMC Psychiatry.* 2016. Vol. 16. P. 191.
18. Beck E., Bo S., Gondan M. et al. Mentalization-based treatment in groups for adolescents with borderline personality disorder (BPD) or subthreshold BPD versus treatment as usual (M-GAB): Study protocol for a randomized controlled trial // *Trials.* 2016. Vol. 17, N. 1. P. 314.

- все мышление и поведение человека (как в норме, так и при патологии) подчиняется причинно-следственным законам, при этом причины носят отчасти наследственный характер, а отчасти обусловлены превратностями судьбы;
- мышление и поведение относительно строго мотивированы (детерминированы) всем предшествующим развитием и индивидуальной историей личности, ее прошлыми и актуальными психическими травмами, при этом сами мотивы чаще всего принадлежат бессознательному (скрыты от осознания пациентов);
- в бессознательном ничего не забывается и не стирается, все хаотически перемешано (включая фантазийные и реальные образы и события), не связано с причинно-следственными отношениями и существует в неопределенном времени, что приводит к высокой мобильности «вложений» (материала пациентов);
- симптом в психоанализе не несет практически никакой прагматической информации о реальной причине психического расстройства — он лишь указывает на ту или иную степень психического дискомфорта или дезадаптации личности, вплоть до полной утраты связи с реальностью;
- перенос, вытеснение, сопротивление, рационализация, отрицание, идентификация, интроекция, проекция и другие феномены, так же как и анализ сновидений и ошибочных действий, остаются ключевыми понятиями и механизмами, которые неизбежно проявляются при любой терапии и должны адекватно учитываться и интерпретироваться;
- одной из наиболее существенных задач психотерапии является инсайт пациента, когда он (не без помощи аналитика, но и без его прямого участия) обретает способность устанавливать эмоциональные или смысловые связи между образами, событиями или переживаниями, о которых ранее даже не задумывался и не подозревал;
- несмотря на свою значимость, инсайт (когнитивный или эмоционально-аффективный) не является главной задачей терапии, которая не ограничивается тезисом «сделать бессознательное сознательным» — это лишь еще одна отправная точка для движения в сторону изменений;
- наиболее сложной и протяженной частью терапии является проработка.

1. Сандлер Дж., Дэр К., Холдер А. Пациент и психоаналитик: основы психоаналитического процесса: пер. с англ. М.: Когито-центр, 2007. С. 38–54.
2. Основы психоанализа: учебник для вузов / под ред. М.М. Решетникова. М.: Юрайт, 2020. 317 с.
3. Решетников М.М. Чему нам учиться у запада и чего нам стоило бы избежать // *Психоаналитический вестник.* 2005, № 13. С. 220–243.
 - связь между психогенными факторами и возникновением, развитием и сохранением невротических расстройств;
 - какие ситуации вызывают напряжение, тревогу, страх и другие негативные эмоции, провоцирующие появление, фиксацию и усиление симптоматики;
 - связь между негативными эмоциями и появлением, фиксацией и усилением симптоматики;

- особенности своего поведения и эмоционального реагирования в различных ситуациях, их повторяемость, степень адекватности и конструктивности;
- как воспринимается его поведение другими, как реагируют окружающие на те или иные особенности поведения и эмоциональное реагирование и как оценивают их, какие последствия имеет такое поведение;
- существующее рассогласование между собственным образом Я и восприятием себя другими;
- собственные потребности, стремления, мотивы, отношения, установки, а также степень их адекватности, реалистичности и конструктивности;
- характерные защитные психологические механизмы;
- внутренние психологические проблемы и конфликты;
- более глубокие причины переживаний, способов поведения и эмоционального реагирования начиная с детства, а также условия и особенности формирования своей системы отношений;
- собственную роль, меру своего участия в возникновении, развитии и сохранении конфликтных и психотравмирующих ситуаций, а также того, каким путем можно было бы избежать их повторения в будущем.
- получить эмоциональную поддержку со стороны психотерапевта или группы, пережить положительные эмоции, связанные с принятием, поддержкой и взаимопомощью;
- пережить в рамках психотерапевтического процесса те чувства, которые он часто испытывает в реальной жизни, воспроизвести те эмоциональные ситуации, которые были у него в реальной жизни и с которыми он не мог справиться;
- пережить неадекватность некоторых своих эмоциональных реакций;
- научиться искренности в чувствах к себе и другим людям;
- стать более свободным в выражении собственных позитивных и негативных эмоций;
- научиться более точно понимать и принимать, а также вербализовать собственные чувства;
- раскрыть свои проблемы с сопутствующими им переживаниями (зачастую ранее скрытыми от самого себя или искаженными);
- модифицировать способ переживаний, эмоционального реагирования, восприятия себя самого и своих отношений с другими;
- произвести эмоциональную коррекцию своих отношений.
- увидеть собственные неадекватные поведенческие стереотипы;
- приобрести навыки более искреннего, глубокого и свободного общения;
- преодолеть неадекватные формы поведения, проявляющиеся в процессе психотерапии, в том числе связанные с боязнью субъективно сложных ситуаций;
- развить формы поведения, связанные с сотрудничеством, ответственностью и самостоятельностью;
- закрепить новые формы поведения, в частности те, которые будут способствовать адекватной адаптации и функционированию в реальной жизни;
- выработать и закрепить адекватные формы поведения и реагирования на основе достижений в познавательной и эмоциональной сферах.
- знакомство членов группы;
- обсуждение ожиданий пациентов, их страхов и опасений, их переживаний в связи с началом работы группы и взаимодействия с другими ее участниками;
- выработка психотерапевтических групповых норм и групповой культуры, принятие ее участниками группы;
- переживание и обсуждение группового напряжения, связанного с рассогласованием между ожиданиями пациентов и групповой реальностью, поведением психотерапевта и тем, что происходит в группе;
- нарастание сопротивления и агрессии в отношении психотерапевта, соотнесение этих переживаний с прошлым жизненным опытом, вскрытие истинных чувств к психотерапевту, их осознание, понимание их причин и переработка, создание групповых норм в отношении психотерапевта;
- вскрытие проблем, связанных с самостоятельностью, ответственностью и активностью, отношения к авторитетам; формирование адекватного отношения к болезни и лечению, активной мотивации к участию в работе группы;
- доминирование интеракционной проблематики, анализ групповой динамики с выходом на проблематику отдельных пациентов — собственно «рабочая фаза» групповой психотерапии, в ходе которой решаются ее основные задачи (коррекция отношений и установок неадекватных реакций и форм поведения, закрепление и генерализация позитивных изменений);
- обсуждение результатов лечения, подведение итогов.

1. Абабков В.А., Бабури И.Н., Васильева А.В. и др. Алгоритм краткосрочной психотерапии, направленной на разрешение внутриличностных и межличностных конфликтов у больных с невротическими расстройствами: Методические рекомендации. СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2012.
2. Исурина Г.Л. Динамика индивидуально-психологических показателей больных невротизмом в процессе групповой психотерапии // Клинико-психологические исследования групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях: Сборник научных трудов НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Л., 1979. Т. 90. С. 71–76.
3. Исурина Г.Л. Механизмы психологической коррекции личности в процессе групповой психотерапии в свете концепции отношений // Болезнь и здоровье, психотерапия и сопереживание. 2-е изд., перераб. и доп. / Под общ. ред. Н.Г. Незнанова; авт.-сост. А.В. Васильева, Т.А. Караваева. СПб.: Алеф-Пресс, 2019. С. 395–419.
4. Кайдановская Е.В. и др. Клинико-психологические критерии эффективности групповой психотерапии при невротизме и методы ее определения // Клинико-психологические исследования групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях: Сборник научных трудов НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Л., 1979. Т. 90. С. 84–89.
5. Караваева Т.А., Васильева А.В., Исурина Г.Л., Александров А.А. Персонализированный подход в личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии: мишени и стратегии // Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы: Сборник методических рекомендаций / Сост. Н.В. Семенова; под общ. ред. Н.Г. Незнанова. Вып. 4. СПб.: КОСТА, 2021. С. 169–203.
6. Карвасарский Б.Д. Невротизм. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1990. 576 с.
7. Карвасарский Б.Д. Общепсихиатрическое значение проблемы невротических расстройств // Болезнь и здоровье, психотерапия и сопереживание. 2-е изд., перераб. и доп. / Под общ. ред. Н.Г. Незнанова; авт.-сост. А.В. Васильева, Т.А. Караваева. СПб.: Алеф-Пресс, 2019. С. 164–178.
8. Карвасарский Б.Д., Мурзенко В.А. Групповая психотерапия при невротизме // Болезнь и здоровье, психотерапия и сопереживание. 2-е изд., перераб. и доп. / Под общ. ред. Н.Г. Незнанова; авт.-сост. А.В. Васильева, Т.А. Караваева. СПб.: Алеф-Пресс, 2019. С. 388–394.
9. Карпова Э.Б., Исурина Г.Л., Журавлев А.Л. Психологическая концепция отношений В. Н. Мясищева: основы и содержание // Психологический журнал. 2020. Т. 41, № 2. С. 5–14. DOI: <https://doi.org/10.31857/S020595920008488-2>
10. Мясищев В.Н. Психотерапия как основной метод лечения невротизма // Научная конференция, посвященная 50-летию института (1908–1958). Л.: Изд. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1959. Т. 20. С. 277–285.
11. Мясищев В.Н. Личность и невротизм. Л.: Изд-во ЛГУ, 1960. 426 с.
12. Мясищев В.Н. Психогенез и психотерапия: Реферат // Конференция, посвященная вопросам психогенеза, психотерапии и психогигиены, Ленинград, 21–24 марта 1946 г.: Тезисы докладов. Л., 1946. С. 3–5.
13. Мясищев В.Н. О генетическом понимании психоневротизма // Болезнь и здоровье, психотерапия и сопереживание. 2-е изд., перераб. и доп. / Под общ. ред. Н.Г. Незнанова; авт.-сост. А.В. Васильева, Т.А. Караваева. СПб.: Алеф-Пресс, 2019. С. 8–38.
14. Патент № 2279899 С2 Российская Федерация, МПК А61М 21/00. Способ лечения больных с невротическими расстройствами: № 2004119506/14: заявл. 25.06.2004: опубл. 20.07.2006 / В.А. Абабков, Е.В. Кайдановская, Б.Д. Карвасарский и др.; заявитель Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева.
15. Психотерапия: учебник / под ред. А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой, Н.Г. Незнанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 864 с. DOI: <https://doi.org/10.33029/9704-6485-4-VKN-2022-1-864>.
16. Психотерапия: учебник. 4-е изд. / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2012. 672 с.
 - на коррекцию нарушенной системы отношений личности пациента, но не в целом, как в классическом варианте, а только тех патогенных отношений личности, неадекватность которых привела к усилению внутриличностного конфликта в настоящем, и которые делают актуальную ситуацию субъективно неразрешимой;
 - на изменения в личностном функционировании, а именно на коррекцию неадекватных установок (изменения познавательного характера), на принятие самого себя (изменения аффективного характера) и на усвоения действий, приносящих удовлетворение (изменения поведенческого характера);
 - на изменения в межличностном функционировании, а именно на изменение социальной перцепции (на познавательном уровне), на достижение чувства удовлетворения в отношениях с людьми (на аффективном уровне), приобретение социальных навыков и улучшение социального функционирования (на поведенческом уровне);

- на улучшение самочувствия, то есть на достижение симптоматического улучшения у пациентов.
1. Александров А.А., Бараш Б.А., Исурина Г.Л. и др. Личностно-ориентированная интегративная психотерапия: Методические рекомендации. СПб., 1992.
 2. Гарфилд С. Практика краткосрочной психотерапии. 2-е изд. СПб.: Питер, 2002. 256 с. (Серия: Практикум по психотерапии). SBN 5-318-00691-4.
 3. Групповая психотерапия / под ред. Б.Д. Карвасарского, С. Ледера. М.: Медицина, 1990. 384 с.
 4. Исурина Г.Л. Механизмы психологической коррекции личности в процессе групповой психотерапии в свете концепции отношений // Групповая психотерапия. М., 1990. С. 89–121.
 5. Исурина Г.Л. Возможности создания интегративной модели психотерапии // Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии: Сборник материалов Всероссийской юбилейной научно-практической конференции. М., 2013. С. 13.
 6. Мизинова Е.Б., Караваева Т.А., Мастакова О.А. и др. Краткосрочная динамическая групповая психотерапия невротических расстройств: Методические рекомендации. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011. 25 с.
 7. Патент № 2279899 С2 Российская Федерация, МПК А61М 21/00. Способ лечения больных с невротическими расстройствами: № 2004119506/14: заявл. 25.06.2004: опубл. 20.07.2006 / В.А. Абабков, Е.В. Кайдановская, Б.Д. Карвасарский и др.; заявитель Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева.
 8. Рудестам К. Групповая психотерапия. СПб.: Питер Ком, 1999. 384 с. (Серия: Мастера психологии).
 9. Рутан Дж., Стоун У. Психодинамическая групповая психотерапия: пер. с англ. А. Копытина. 3-е междунар. изд. СПб.: Питер, 2002. 397 с.
 10. Ташлыков В.А., Кратохвил С. Групповая психотерапия при неврозах: стили руководства психотерапевтическими группами (сравнительное исследование в СССР и ЧССР) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1983, № 11. С. 1712–1716.
 11. Ялом И. Групповая психотерапия: теория и практика: пер. с англ. М.: Апрель-Пресс; Изд-во Института психотерапии, 2005. 368 с.
1. Бек Дж. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. СПб.: Питер, 2018. 416 с.
 2. Лихи Р. Техники когнитивной психотерапии. СПб.: Питер, 2019. 656 с.
 3. Психотерапия: учебник / под ред. А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой, Н.Г. Незнанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 864 с.. DOI: <https://doi.org/10.33029/9704-6485-4-VKN-2022-1-864>.
 4. Психотерапия: учебник для вузов / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2012. 672 с.
 5. Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. Базисное руководство по психотерапии. СПб.: Речь, 2001. 784 с.
- рефлексорность;
 - свернутость и сжатость;
 - неподвластность сознательному контролю;
 - быстротечность;
 - персевераторность и стереотипность.
 - Погрузиться в процесс направляемого открытия и помочь пациентам развить более адаптивный и основанный на реальности взгляд на проблему.
 - Придумать вместе с пациентом поведенческие эксперименты, которые будут проверять их предсказания тогда, когда это возможно.
 - «Каковы доказательства того, что Ваша мысль верна? Каковы доказательства обратного?»
 - «Как еще можно посмотреть на эту ситуацию?»
 - «Что самое плохое может случиться и как Вы справитесь в таком случае? Что самое хорошее может случиться? А какой вариант развития событий самый реалистичный?»
 - «Какие последствия имеет Ваша убежденность в правильности автоматической мысли? К чему приведет изменение образа мыслей?»
 - «Если бы (друг или член семьи) попал в такую же ситуацию и у него возникла та же автоматическая мысль, что бы Вы ему посоветовали?»
 - «Что вам стоит сделать?»
 - Отношение: «Совершать ошибки ужасно».
 - Правило: «Избегай ситуаций, где можешь совершить ошибку».
 - Предположение: «Если я допущу ошибку, то меня обесценят и отвергнут. Я этого не вынесу».
 - клиническое интервью;
 - структурированное диагностическое интервью;

- настройка:
 - шкала Депрессии Бека (от англ. Beck Depression Inventory, BDI, BDI-1A, BDI-II),
 - шкала Тревоги Бека BAI (Beck Anxiety Inventory),
 - шкала Безнадежности Бека BHS (от англ. Beck Hopelessness Scale),
 - шкала Бека для суицидальных мыслей/идеаций BSSI (от англ. Beck Scale for Suicide Ideation);
 - личность:
 - шкала дисфункциональных отношений (ШДО) Аарона Бека и Арлин Вейсман (от англ. A. Beck, A. Weissman Dysfunctional Attitudes Scale, DAS);
 - история:
 - история семьи,
 - анамнез жизни и анамнез расстройства;
 - самоотчеты.
 - искажают реальность;
 - связаны с неконструктивными и/или физиологическими реакциями;
 - приводят к неконструктивному поведению;
 - являются помехой чувству благополучия клиентов и способности предпринимать шаги в направлении достижения своих целей.
 - Что эта ситуация для вас значит?
 - К чему это может привести?
 - Что последует за этим?
 - Что плохого в том, что...?
 - Что наихудшее может произойти вследствие этого?
 - Если это будет так, то что тогда?
 - Что это говорит о вас?
 - Как это охарактеризует вас?
 - экспозиция;
 - поведенческие эксперименты;
 - когнитивный континуум;
 - техника круговых диаграмм;
 - ролевые игры и репетиции;
 - тренинг ассертивного поведения;
 - техника «действуй как будто»;
 - диалоги Сократа или сократовские вопросы;
 - рефрэйминг;
 - использование метафор;
 - планирование и отслеживание видов деятельности;
 - навыки декомпозиции — разделение проблемы, представляющей значительные трудности для пациента, на меньшие части, что облегчит решение этой проблемы;
 - навыки решения проблем;
 - упражнения на релаксацию;
 - техники осознания и управления вниманием: осознанного отвлечения (осознанной дистракции); переключения и концентрации внимания: тренинг переключения внимания (от англ. attention switching training), тренинг тренировки внимания (от англ. attention training), тренинг избирательности внимания (от англ. selective attention training), тренинг распределение внимания (от англ. divided attention training), тренинг внимательности (от англ. mindfulness training);
 - техника последовательного приближения — составление иерархии сложных заданий и последовательное осуществление каждого из них, что позволяет пациенту постепенно приблизиться к цели;
 - составление списка выполненных пациентом похвальных дел.
1. Бек Дж. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. СПб.: Питер, 2019. 416 с.
 2. Beck A.T., Haigh E.A.P. Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model // Annu. Rev. Clin. Psychol. 2014. Vol. 10. P. 1–24.
 3. Beck J.S. Cognitive behavior therapy: basics and beyond. 3rd ed. New York : The Guilford Press, 2021. 414 p.
 4. Карачевский А.Б. Психотерапия депрессии: миф или реальность? // Вестник Ассоциации психиатров Украины. 2013, № 3. С. 26–30.
 5. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Никитина И.В., Пуговкина О.Д. Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: современное состояние проблемы. Ч. 1 // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. XIX, № 3. С. 92–100.
 6. Cuijpers P., Berking M., Andersson G. et al. A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments // Can. J. Psychiatry. 2013. Vol. 58, N. 7. P. 376–385. DOI: <https://doi.org/10.1177/070674371305800702>. PMID 23870719.

7. Wiles N., Thomas L., Abel A. et al. Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: Results of the CoBaT randomised controlled trial // *Lancet*. 2013. Vol. 381, N. 9864. P. 375–384. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61552-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61552-9).
8. Otte C. Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence // *Dial. Clin. Neurosci.* 2011. Vol. 13, N. 4. P. 413–421. DOI: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.4>.
9. Hofmann S.G., Asnaani A., Vonk J.J. et al. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses // *Cogn. Ther. Res.* 2012. Vol. 36. P. 427–440.
10. Simon S.S., Cordás T.A., Bottino C.M. Cognitive behavioral therapies in older adults with depression and cognitive deficits: A systematic review // *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2015. Vol. 30, N. 3. P. 223–233.
11. Chu B.C., Harrison T.L. Disorder-specific effects of CBT for anxious and depressed youth: A meta-analysis of candidate mediators of change // *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.* 2007. Vol. 10, N. 4. P. 352–372.
12. Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia / Eds J. Read, R.L. Moshier, R.P. Bentall. Hove, East Sussex: Brunner-Routledge, 2004. 373 p. (На русском: Модели безумия: Психологические, социальные и биологические подходы к пониманию шизофрении / под ред. Дж. Рида, Л.Р. Мошера, Р.П. Бенталла. Ставрополь: Возрождение, 2008. 412 с. Гл. «Когнитивная терапия для людей с психозом». Э.П. Моррисон).
13. Gartlehner G., Wagner G., Matyas N. et al. Pharmacological and non-pharmacological treatments for major depressive disorder: Review of systematic reviews // *BMJ Open*. 2017. Vol. 7, N. 6. Article ID 014912.
14. Добсон Д., Добсон К. Научно-обоснованная практика в когнитивно-поведенческой терапии. СПб.: Питер, 2021. 400 с.
15. Лихи Р. Преодоление сопротивления в когнитивной терапии. СПб.: Питер, 2021. 352 с.
16. Бек Дж. Когнитивная терапия для сложных случаев: что делать, когда простые решения не работают. СПб.: Диалектика, 2020. 432 с.
17. Сокол Л., Фокс М.Г. Когнитивно-поведенческая терапия: Практическое руководство. СПб.: Диалектика, 2021. 384 с.
 - «Если я буду беспокоиться, то подготовлюсь к тому, что случится». — Возможно ли подготовиться без беспокойства? Возможно ли беспокоиться обо всем, что может случиться? Дает ли беспокойство взвешенный взгляд на будущее или искаженный?
 - «Сосредоточившись на опасности, я уберегу себя от нее». — Откуда вы знаете, на какой опасности сосредоточиваться? Это опасность, которую вы видите, или опасность, которую вы не видите, которая застигнет вас врасплох? Может ли быть так, что, сосредоточившись на опасности, вы будете меньше защищены, так как забудете об обычных вещах?
 - «Я должен помнить все, тогда я буду знать, сам ли виноват в случившемся». — Возможно ли помнить все? Как знание того, что вы виноваты, поможет вам почувствовать себя лучше и отпустить ситуацию? Можете ли вы оставить прошлое позади, не обвиняя себя?
 - «Если я проанализирую, почему так себя чувствую, то найду ответы». — Как давно вы анализируете? Сколько еще времени это займет? Что, если ответом будет — закончить анализ? Что если нет другого ответа, кроме как изменить образ мышления?
 - «Я должен контролировать свои мысли, иначе я совершу что-нибудь плохое». — Откуда вы знаете, какие именно мысли следует контролировать? Можете ли вы контролировать все свои мысли? Может ли контролирование мыслей препятствовать выяснению правды о них?
1. Kowalski J., Dragan M. (May 2019). Cognitive-attentional syndrome — the psychometric properties of the CAS-1 and multi-measure CAS-based clinical diagnosis // *Compr. Psychiatry*. 2019. Vol. 91. P. 13–21. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.02.007>. ISSN 0010-440X. PMID 30884400.
2. Normann N., van Emmerik A.A.P.; Morina N. The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: a meta-analytic review // *Depress. Anxiety*. 2014. Vol. 31, N. 5. P. 402–411. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.22273>.
3. Toneatto T. A metacognitive therapy for anxiety disorders: Buddhist psychology applied // *Cogn. Behav. Pract.* 2002. Vol. 9. P. 72–78.
4. Teasdale J.D. Metacognition, mindfulness, and the modification of mood disorders // *Clin. Psychol. Psychother.* 1999. Vol. 6. P. 146–155.
5. Wells A., Matthews G. Attention and Emotion: A Clinical Perspective. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1994.
6. Wells A., Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model // *Behav. Res. Ther.* 1996. Vol. 34, N. 11–12. P. 881–888. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00050-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00050-2). PMID 8990539.

7. Wells A. Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression. The Guilford Press, 2011. 316 p.
8. Wells A. Breaking the cybernetic code: understanding and treating the human metacognitive control system to enhance mental health // Front. Psychol. 2019. Vol. 10. P. 2621. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02621>. PMC 6920120. PMID 31920769.
1. Ван Дейк Ш. ДПТ: доступно о методе. 2020. М.: Научный мир, 2020. 228 с.
2. Кернер К. Проведение Диалектической поведенческой терапии. Диалектика, 2019. 288 с.
3. Линехан М.М. Диалектическая поведенческая терапия: Руководство по тренингу навыков. Диалектика, 2020. 880 с.
4. Линехан М.М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. Диалектика, 2020. 592 с.
5. Ратус Дж.Х., Миллер А.Л. Диалектическая поведенческая терапия для подростков: Руководство по тренингу навыков. Диалектика, 2021. 544 с.
6. Bandura A. Social Learning Theory. Engelwood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1977.
7. Beck A.T., Freeman A., Davis D.D. Cognitive Therapy of Personality Disorders. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2004.
8. Black D.W., Blum N., Pfohl B., Hale N. Suicidal behavior in borderline personality disorder: Prevalence, risk factors, prediction, and prevention // J. Pers. Disord. 2004. Vol. 18, N. 3. 226–239. DOI: <https://doi.org/10.1521/pedi.18.3.226.35445>.
9. Bohus M., Dyer A.S., Priebe K. et al. Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial // Psychother. Psychosom. 2013. Vol. 82, N. 4. P. 221–233.
10. Bohus M., Haaf B., Simms T. et al. Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial // Behav. Res. Ther. 2004. Vol. 42. P. 487–499.
11. Bortolla R. et al. A comprehensive evaluation of emotional responsiveness in borderline personality disorder: a support for hypersensitivity hypothesis // Borderline Personality Disord. Emot. Dysregul. 2019. Vol. 6. P. 8 DOI <https://doi.org/10.1186/s40479-019-0105-4>.
12. Bortolla R. et al. Emotional reactivity in bpd emotional reactivity in borderline personality disorder: Theoretical considerations based on a meta-analytic review of laboratory studies // J. Pers. Disord. 2020. Vol. 34, N. 1. P. 64–87.
13. Calati R. Psychological interventions in suicide. P. 329–348 // Understanding Suicide. From Diagnosis to Personalized Treatment / Ed. P. Courtet. Cham: Springer, 2016. Vol. XI. 457 p.
14. Clarkin J.F., Levy K.N., Lenzenweger M.F., Kernberg O.F. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study // Am. J. Psychiatry. 2007. Vol. 164, N. 6. P. 922–928.
15. Clarkin J.F., Widiger T.A., Frances A. et al. Prototypic typology and the borderline personality disorder // J. Abnorm. Psychol. 1983. Vol. 92, N. 3. Article ID 263275. DOI: <https://doi.org/10.1037/0021-843X.92.3.263>.
16. Courbasson C., Nishikawa Y., Dixon L. Outcome of dialectical behaviour therapy for concurrent eating and substance use disorders // Clin. Psychol. Psychother. 2012. Vol. 19, N. 5. P. 434–449.
17. Cristea I.A., Gentili C., Cotet C.D. et al. Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis // JAMA Psychiatry. 2017. Vol. 74, N. 4. P. 319–328. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4287>.
18. Crowell S.E., Beauchaine T.P., Linehan M.M. A biosocial developmental model of borderline personality disorder: Elaborating and extending Linehan's theory // Psychol. Bull. 2009. Vol. 135. P. 495–510.
19. DeCou C.R., Comtois <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.03.009>
20. . Epub 2018 Mar 22.
19. Dimeff L.A., Koerner K. (Eds). Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice: Applications across Disorders and Settings. New York: Guilford Press, 2007.
20. Dimeff L., Linehan M.M. DBT in a nutshell // Calif. Psychol. 2001. Vol. 34. P. 10–13.
21. Forte A., Buscajoni A., Fiorillo A. et al. Suicidal risk following hospital discharge: A review // Harv. Rev. Psychiatry. 2019. Vol. 27, N. 4. P. 209–216. DOI: <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000222>.
22. Gill D., Warburton W. An investigation of the biosocial model of borderline personality disorder // J. Clin. Psychol. 2014. Vol. 70, N. 9. P. 866–873. DOI: <https://doi.org/10.1002/jclp.22074>. Epub 2014 Mar 1.
23. Gross J.J. The emerging field of emotion regulation: An integrative review // Rev. Gen. Psychol. 1998. Vol. 2, N. 5. P. 271–299.
24. Harned M.S., Schmidt S.C., Korslund K.E., Gallop R.J. Does adding the dialectical behavior therapy prolonged exposure (DBT PE) protocol for PTSD to DBT improve outcomes in public mental health settings? A pilot nonrandomized effectiveness trial with benchmarking // Behav. Ther. 2021. Vol. 52, N. 3. P. 639–655. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.08.003>. Epub 2020 Sep 1. PMID: 33990239; PMCID: PMC8124086.

25. Heard H.L., Linehan M.M. Dialectical behavior therapy: An integrative approach to the treatment of borderline personality disorder // *J. Psychother. Integr.* 1994. Vol. 4, N. 1. P. 55–82.
26. Herman J.L., van der Kolk B.A. Traumatic antecedents of borderline personality disorder // *Psychological Trauma* / Ed. B.A. van der Kolk. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1987. P. 111–126.
27. Iglesias C., Saiz P.A., Garcia-Portilla P., Bobes J. Antipsychotics (P. 313–327) // *Understanding Suicide. From Diagnosis to Personalized Treatment* / Ed. P. Courtet P. Cham: Springer, 2016. Vol. XI. 457 p.
28. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. Delta Trade Paperbacks, 1991.
29. Koons C.R., Robins C.J., Tweed J.L. et al. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder // *Behav. Ther.* 2001. Vol. 32, N. 2. P. 371–390.
30. Krause T.J., Lederer A., Sauer M. et al. Suicide risk after psychiatric discharge: study protocol of a naturalistic, long-term, prospective observational study // *Pilot Feasibil. Stud.* 2020. Vol. 6. Article No.145.
31. Kröger C., Schweiger U., Sipos V. et al. Dialectical behaviour therapy and an added cognitive behavioural treatment module for eating disorders in women with borderline personality disorder and anorexia nervosa or bulimia nervosa who failed to respond to previous treatments. An open trial with a 15-month follow-up // *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry.* 2010. Vol. 41, N. 4. P. 381–388. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.04.001>. Epub 2010 Apr 14. PMID: 20444442.
32. Linehan M.M. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method // *Bull. Menninger Clin.* 1987. Vol. 51, N. 3. P. 261–276.
33. Linehan M.M., Armstrong H.E., Suarez A. et al. Cognitive-behavioral treatment of chronically suicidal borderline patients // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1991. Vol. 48. P. 1060–1064.
34. Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press, 1993.
35. Linehan M.M., Wilks C.R. The course and evolution of dialectical behavior therapy // *Am. J. Psychother.* 2015. Vol. 69, N. 2. Article ID 97110. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.97>.
36. Linehan M.M., Armstrong H.E., Suarez A. et al. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1991. Vol. 48. P. 1060–1064. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810360024003>.
37. Linehan M.M., Comtois K.A., Murray A.M. et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2006. Vol. 63, N. 7. P. 757–766.
38. Linehan M.M., Dimeff L.A., Reynolds S.K. et al. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder // *Drug Alcohol Depend.* 2002. Vol. 67, N. 1. P. 13–26.
39. Linehan M.M., Korslund K.E., Harned M.S. et al. Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: A randomized clinical trial and component analysis // *JAMA Psychiatry.* 2015. Vol. 72, N. 5. P. 475–482.
40. Linehan M.M., Schmidt H., Dimeff L.A. et al. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence // *Am. J. Addict.* 1999. Vol. 8, N. 4. P. 279–292.
41. Lungu A., Linehan M. Chapter 18 — Dialectical behavior therapy: Overview, characteristics, and future directions // *The Science of Cognitive Behavioral Therapy.* 2017. P. 429–459. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803457-6.00018-0>.
42. Maffei C., Cavicchioli M., Movalli M. et al. dialectical behavior therapy skills training in alcohol dependence treatment: Findings based on an open trial // *Subst. Use Misuse.* 2018. Vol. 53, N. 14. P. 2368–2385. DOI: <https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1480035>.
43. McCauley E., Berk M.S., Asarnow J.R. et al. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: A randomized clinical trial // *JAMA Psychiatry.* 2018. Vol. 75, N. 8. P. 777–785. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1109>
44. McMain S.F., Links P.S., Gnam W.H. et al. A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder // *Am. J. Psychiatry.* 2009. Vol. 166, N. 12. P. 1365–1374.
45. Mehlum L., Ramberg M., Tormoen A.J. et al. Dialectical behavior therapy compared with enhanced usual care for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: Outcomes over a one-year follow-up // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2016. Vol. 55, N. 4. P. 295–300. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.01.005>.
46. Olsson M., Wall M., Wang S. et al. Short-term suicide risk after psychiatric hospital discharge // *JAMA Psychiatry.* 2016. Vol. 73, N. 11. P. 1119–1126. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.2035>.
47. >Oumaya M., Friedman S., Pham A. et al. Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: Literature review // *Encephale.* 2008. Vol. 34, N. 5. P. 452–458.

- DOI: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.10.007>. Epub 2008 Feb 20.
48. Paris J. Suicidality in borderline personality disorder // *Medicina* (Kaunas). 2019. Vol. 55, N. 6. P. 223. DOI: <https://doi.org/10.3390/medicina55060223>.
 49. Paris J., Brown R., Nowlis D. Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital // *Compr. Psychiatry*. 1987. Vol. 28, N. 6. P. 530–535.
 50. Perepletchikova F., Nathanson D., Axelrod S.R. et al. Randomized clinical trial of dialectical behavior therapy for preadolescent children with disruptive mood dysregulation disorder: Feasibility and outcomes // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2017. Vol. 56, N. 10. P. 832–840.
 51. Perry J.C., Cooper S.H. Psychodynamics, symptoms, and outcome in borderline and antisocial personality disorders and bipolar type II affective disorder // *The Borderline: Current Empirical Research* / Ed. T.H. McGlashan. Michigan: American Psychiatric Press in Ann Arbor, 1985. P. 21–41.
 52. Pompili M., Giordano G., Lamis D.A. Antidepressants and suicide risk: A challenge. P. 291–302 // *Understanding Suicide. From Diagnosis to Personalized Treatment* / Ed. P. Courtet. Cham: Springer, 2016. Vol. XI. 457 p.
 53. Priebe S., Bhatti N., Barnicot K. et al. Effectiveness and cost-effectiveness of dialectical behaviour therapy for self-harming patients with personality disorder: A pragmatic randomised controlled trial // *Psychother. Psychosom*. 2012. Vol. 81, N. 6. P. 356–365.
 54. Robins C.J. Zen principles and mindfulness practice in dialectical behavior therapy // *Cogn. Behav. Pract.* 2002. Vol. 9, N. 1. P. 50–57.
 55. Rogers C. *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. London: Constable, 1951. Safer D.L., Jo B. Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: Comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy // *Behav. Ther.* 2010. Vol. 41, N. 1. P. 106–120.
 56. Safer D.L., Joyce E.E. Does rapid response to two group psychotherapies for binge eating disorder predict abstinence? // *Behav. Res. Ther.* 2011. Vol. 49, N. 5. P. 339–345.
 57. Safer D.L., Telch C.F., Agras W.S. Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa // *Am. J. Psychiatry*. 2011. Vol. 158, N. 4. P. 632–634.
 58. Silverman J., Pinkham L., Horvath T. et al. Affective and impulsive personality disorder traits in the relatives of patients with borderline personality disorder // *Am. J. Psychiatry*. 1991. Vol. 148. P. 1378–1385.
 59. Skinner B.F. *About Behaviorism*. New York: Knopf, 1974.
 60. Skodol A.E., Siever L.J., Livesley W.J. et al. The borderline diagnosis II: Biology, genetics, and clinical course // *Biol. Psychiatry*. 2002. Vol. 51. P. 951–963.
 61. Soloff P.H., Lis J.A., Kelly T. et al. Self-mutilation and suicidal behavior in borderline personality disorder // *J. Pers. Disord.* 1994. Vol. 8, N. 4. P. 257–267.
 62. Staats A.W., Staats C.K. *Complex Human Behavior: A Systematic Extension of Learning Principles*. Washington, DC: American Psychological Association, 1963.
 63. Stoffers J.M., Völlm B.A., Rucker G. et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012. Vol. 8. CD005652. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>.
 64. Stone M.H. Long-term follow-up of narcissistic/borderline patients // *Psychiatr. Clin.* 1989. Vol. 12, N. 3. P. 621–641.
 65. Storebo O.J., Stoffers-Winterling J.M., Völlm B.A. et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2020. Vol. 5. CD012955. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>. PMID: 32368793; PMCID: PMC7199382.
 66. Torgersen S., Lygren S., Oien P.A. et al. A twin study of personality disorders // *Compr. Psychiatry*. 2000. Vol. 41, N. 6. P. 416–25. DOI: <https://doi.org/10.1053/comp.2000.16560>.
 67. Tucker L., Bauer S.F., Wagner S. et al. Long-term hospital treatment of borderline patients: A descriptive outcome study // *Am. J. Psychiatry*. 1987. Vol. 144. P. 1443–1448.
 68. Turner R.M. Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder // *Cogn. Behav. Pract.* 2000. Vol. 7, N. 4. P. 413–419.
 69. Verheul R., Van Den Bosch L.M., Koeter M.W. et al. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands // *Br. J. Psychiatry*. 2003. Vol. 182, N. 2. P. 135–140.
 70. Whiteside U. A brief personalized feedback intervention integrating a motivational interviewing therapeutic style and DBT skills for depressed or anxious heavy drinking young adults. Doctoral dissertation. University of Washington, 2011.

Часть III. Направления и методы психотерапии

21.5. Схема-терапия

Схема-терапия является интегративным научно обоснованным методом психотерапии, выросшим из «семьи» когнитивно-поведенческой терапии, но включившим идеи

психоаналитической терапии, теории привязанности, теории объектных отношений, транзактного анализа, гештальт-терапии и других направлений. Это хорошо структурированный, высокоэффективный и динамично развивающийся метод. Он разработан американским психотерапевтом Джеффри Янгом в 90-х годах прошлого века. Деятельность Дж. Янга была посвящена разработке стратегий оказания помощи пациентам с затяжными аффективными расстройствами, которые согласно его исследованию, имели опыт переживания травматических событий в детском возрасте и коморбидные личностные расстройства. Основная цель схема-терапии — уменьшить влияние ранних дезадаптивных схем на жизнь человека и помочь ему осознать и научиться удовлетворять свои базовые эмоциональные потребности здоровыми способами, а также научиться выдерживать фрустрацию при невозможности удовлетворения потребности. Данное направление принадлежит ко «второй волне» когнитивно-поведенческой терапии, поскольку упор в процессе работы делается на контенте, а не на контексте или процессе ментальных репрезентаций [12]. Недавнее обогащение схема-терапии техниками осознанности и стратегиями терапии принятия и ответственности (Acceptance and Commitment Therapy) в рамках развития направления контекстуальной схема-терапии приближает ее к другим направлениям КПТ «третьей волны» [12]. Отличительная черта метода состоит в том, что он помогает разрешить проблему на трех уровнях: когнитивном, поведенческом и эмоциональном (экспериментальном).

Показания для применения схема-терапии. Схема-терапия была разработана для лечения сложных психических расстройств, которые не отвечают на традиционную когнитивно-поведенческую терапию. К таким нарушениям относят резистентные аффективные расстройства и расстройства личности. Существуют исследования, показывающие эффективность схема-терапии для лечения резистентных тревожных расстройств, обсессивно-компульсивного расстройства, расстройств пищевого поведения, ПТСР и комплексного посттравматического стрессового расстройства (к-ПТСР), сексуальных нарушений. Как известно, при тяжелых личностных расстройствах частота преждевременного прерывания терапии (drop-out) очень высока. Доказано, что в схема-терапии пациенты значительно реже прерывают лечение до его окончания (около 10%) по сравнению с другими психотерапевтическими методами лечения личностных расстройств [2]. В настоящее время схема-терапия расширила свои показания и может быть использована для оказания помощи людям, не имеющим психической патологии, а желающим улучшить качество жизни и обрести эмоциональное благополучие. В рамках схема-терапевтической работы возможно идентифицировать пережитые в раннем детстве негативные ситуации, когда потребности ребенка не были удовлетворены, и/или травматический опыт, который лежит в основе проблем в настоящем. Воздействия, сфокусированные на переработке пережитого негативного опыта (экспериментальные техники), позволяют скорректировать ранние дезадаптивные когнитивные схемы и укоренившиеся дисфункциональные копинг-стратегии.

Основные понятия схема-терапии. В схема-терапии выделяют три основных понятия: базовые эмоциональные потребности, ранние дезадаптивные схемы и режимы.

Базовые эмоциональные потребности — набор важных эмоциональных «ингредиентов», необходимых для психологически благополучного развития ребенка. Системное неудовлетворение эмоциональных потребностей в детском возрасте приводит к формированию ранних дезадаптивных схем. На сегодняшний день в схема-терапии выделяют пять групп эмоциональных потребностей: 1) потребность в надежной привязанности (включая безопасность, понимание, принятие, заботу, поддержку, руководство, стабильность); 2) потребность свободно выражать свои чувства, переживания и нужды; 3) потребность в автономии, компетентности и чувстве идентичности; 4) потребность в спонтанности и игре; 5) потребность в реалистичных границах и обучении самоконтролю. В настоящее время исследовательской группой под руководством Арно Арнц [3] ведется обсуждение и исследования по включению двух дополнительных потребностей: 1) потребность в справедливости (fairness); 2) потребность в самосогласованности (self-coherence). Подробнее с описанием базовых эмоциональных потребностей можно ознакомиться по ссылке: <https://www.schema-therapy.ru/emotionalneeds>.

Ранние дезадаптивные схемы — это устойчивые структуры (наподобие черт характера), которые сформировались в детстве в результате недостаточного удовлетворения важных эмоциональных потребностей ребенка и/или психотравматического опыта. Формируются в возрасте от 0 до 12 лет, но продолжают свое развитие в течение жизни, находя все новые подтверждения в жизненном опыте. Схема включает ряд компонентов — когниции (убеждения, мысли, жизненные правила), эмоции, телесные ощущения, воспоминания. В настоящее время выделено 18 ранних дезадаптивных схем. Кроме того, в последние годы ведется изучение «позитивных схем», то есть устойчивых структур психики, развивающихся при достаточном удовлетворении эмоциональных потребностей в детстве и составляющих основу психологического благополучия человека.

Восемнадцать ранних **дезадаптивных схем** сгруппированы в пять категорий или доменов. Каждый домен соответствует определенным неудовлетворенным потребностям развития.

Домен «нарушение связи и отвержение»: 1) Эмоциональная депривация (Emotional Deprivation), 2) Покинутость/Нестабильность (Abandonment/Instability), 3) Недоверие/Ожидание жестокого обращения (Mistrust/Abuse), 4) Дефективность/Стыд (Defectiveness/Shame), 5) Социальная изоляция/Отчужденность (Social Isolation/Alienation).

Часть III. Направления и методы психотерапии

Домен «нарушенная автономия»: 6) Зависимость/Беспомощность (Dependence/Incompetence), 7) Уязвимость (Vulnerability to Harmful Illness), 8) Спутанность/Неразвитая идентичность (Enmeshment/Undeveloped Self), 9) Неуспешность (Failure).

Домен «нарушенные границы»: 10) Привилегированность/Грандиозность (Entitlement/Grandiosity), 11) Недостаточность самоконтроля/Дисциплина (Insufficient Self-Control and Self-Discipline).

Домен «направленность на других»: 12) Покорность (Subjugation), 13) Самопожертвование (Self-Sacrifice), 14) Поиск одобрения/Стремление к признанию (Approval-Seeking/Recognition-Seeking).

Домен «сверхбдительность и подавление эмоций»: 15) Негативизм/Пессимизм (Negativity/Pessimism), 16) Подавление эмоций (Emotional Inhibition), 17) Жесткие стандарты/Придирчивость (Unrelenting Standards/Hypercriticalness), 18) Пунитивность (Punitiveness). В настоящее время исследовательской группой под руководством А. Арнца [3] вносится предложение на основе двух новых базовых эмоциональных потребностей выделить и эмпирически проверить наличие трех дополнительных дезадаптивных когнитивных схем: «Нехватка согласованной идентичности» (Lack of a Coherent Identity), «Нехватка осмысленного мира» (Lack of a Meaningful World) и «Несправедливость» (Unfairness).

Выделяют также 14 **позитивных схем**, которые были разработаны и описаны John Philip Louis и George Lockwood. Они включают следующие понятия: 1) Эмоциональная наполненность (Emotional fulfillment); 2) Успех (Success); 3) Способность эмпатически учитывать позицию других людей (Empathic Consideration); 4) Базовое здоровье и безопасность/Оптимизм (Basic Health and Safety/Optimism); 5) Эмоциональная открытость и спонтанность (Emotional Openness and Spontaneity); 6) Самосострадание (Self-Compassion); 7) Здоровые границы/Развитое Я (Healthy Boundaries/Developed Self); 8) Социальная принадлежность (Social Belonging); 9) Здоровый самоконтроль/Самодисциплина (Healthy Self-Control / Self-Discipline); 10) Реалистичные ожидания (Realistic Expectations); 11) Самостоятельность суждений (Self-Directedness); 12) Здоровый интерес к себе/Забота о себе (Healthy Self-Interest/Self-Care), 13) Стабильная привязанность (Stable Attachment); 14) Здоровая способность полагаться на себя/Компетентность (Healthy Self-Reliance / Competence).

Подробнее с описанием дезадаптивных и позитивных схем можно ознакомиться по ссылке: <https://www.schema-therapy.ru/schemes>.

Режимы. Отражают сиюминутное состояние, которое возникает в результате активации когнитивной схемы тем или иным триггером. Режимы могут быстро и часто сменять друг друга, что объясняет быструю смену эмоций у пациентов с ПРЛ. Существует *четыре группы режимов*: детские режимы, дисфункциональные критикующие (родительские) режимы, дисфункциональные копинговые режимы, здоровые режимы.

Детские режимы включаются в ответ на ущемление базовых эмоциональных потребностей при активации дезадаптивных когнитивных схем и включают такие режимы как: Уязвимый Ребенок (Vulnerable Child), Сердитый Ребенок (Angry Child), Разъяренный Ребенок (Enraged Child), Импульсивный Ребенок (Impulsive Child), Недисциплинированный Ребенок (Undisciplined Child).

Дисфункциональные критикующие (родительские) режимы отражают интернализованное негативное поведение значимых других по отношению к пациенту в его детстве. Они включают три режима: Требовательный Критик (Demanding Critic), Карающий Критик (Punitive Critic), Внушающий Вину Критик (Guilt-Inducing Critic).

Дисфункциональные копинговые режимы представляют собой стратегии защиты от активации схем. Выделяют три основные группы копинговых режимов.

- *Капитуляция* (Surrender Coping Modes): Послушный Капитулянт (Compliant Surrender); Беспомощный Капитулянт (Helpless Surrender).
- *Избегание* (Avoidance Coping Modes): Отстраненный Защитник (Detached Protector), Отстраненный Самоутешитель (Detached Self-soother), Гневный Защитник (Angry Protector), Избегающий Защитник (Avoidant Protector).
- *Гиперкомпенсация* (Overcompensatory Coping Modes): Самовозвеличиватель (Self-Aggrandiser), Перфекционист-гиперконтролер (Perfectionistic Overcontroller), Арпеппор

(Bully and Attack), Ищущий Внимания и Одобрения (Attention and Approval Seeker). *Здоровые режимы* связаны с позитивными и адаптивными мыслями и поведением. К ним относят: Счастливый Ребенок (Happy Child), Здоровый Взрослый (Healthy Adult), Хороший Родитель (Good Parent).

В настоящее время исследовательской группой под руководством А. Арнца [3] ведется работа по созданию обновленной версии опросника режимов (от англ. Schema Modes Inventory-3 — Опросник схема-режимов, версия 3-я) и разработке уточненной научно обоснованной классификации режимов.

Подробнее с описанием режимов можно ознакомиться по ссылке: <https://www.schema-therapy.ru/modes>.

Концептуализация случая. На основании понимания истории развития и жизни клиента, диагностики выраженных дезадаптивных схем и специфического набора режимов, находящихся в определенном взаимодействии друг с другом и приводящим к возникновению тех или иных психологических проблем, схема-терапевт создает индивидуальную концептуализацию случая каждого пациента. Концептуализация становится некой «картой», объясняющей механизмы развития и поддержания психологических проблем пациента, а также позволяющей выстроить осмысленный терапевтический план. Для каждого режима существуют определенные задачи и техники. Сам Дж. Янг так говорил о значимости концептуализации для практики схема-терапии: «Я всегда чувствовал, что без концептуализации случая лечение выстроить невозможно, что это необходимый этап успешной работы. Если вы не знаете, каким было детство вашего пациента, каково ему было в подростковом возрасте, вы не сможете помочь ему; для эффективной работы недостаточно знать лишь свойственные ему схемы и режимы, нужно понять, откуда возникли проблемы пациента».

Часть III. Направления и методы психотерапии

Техники схема-терапии. В схема-терапии выделяют четыре группы интервенций:

- интервенции, сфокусированные на эмоциях (экспериментальные техники): работа с образами в воображении, рескриптинг, работа на стульях, сторителлинг и другие креативные интервенции;
- когнитивные интервенции: дневники, выявление когнитивных искажений, списки «за»/«против», флеш-карты и др.;
- прерывание поведенческих паттернов: экспозиция, поведенческие эксперименты, поведенческие домашние задания, тренинг навыков, в том числе ассертивности и т.д.;
- терапевтические отношения: ограниченное родительство, эмпатическая конфронтация и установление границ.

Экспериментальные техники. Экспериментальная работа — работа с эмоциями с целью получения нового эмоционального опыта и модификации глубинных убеждений пациента на его основании. Работа с болезненными воспоминаниями, направленная на коррекцию дисфункциональных выводов, которые пациенты сделали в результате травматического опыта.

Рескриптинг в воображении. Более 20 тыс. лет назад люди начали пытаться воздействовать на психику с использованием воображения. Первое упоминание техник, похожих на современный рескриптинг, находят в описании практик древнегреческих жрецов [1]. Современные направления психотерапии, такие как гештальт, КПТ, схема-терапия, включают рескриптинг в свою практику. Как психотерапевтическая техника, рескриптинг необходим для модификации эмоционально насыщенных воспоминаний и образов (ночные кошмары, интрузивные образы и проч.).

Технология проведения рескриптинга

- Человека просят представить болезненное воспоминание максимально ярко, будто это происходит с ним прямо сейчас.
- Затем человек представляет, что третья фигура (сам пациент, терапевт, фантастический герой) появляется в критический момент и меняет ход событий.
- При этом «заботящаяся» фигура (являющаяся примером Здорового Взрослого режима):
 - понимает и удовлетворяет потребности;
 - выражает подавленный ответ (например, атакует вместо замирания);
 - меняет значение травматических событий.

Чаще всего ранний детский опыт является объектом рескриптинга, но терапевт может также работать и с травматичными эмоциональными воспоминаниями из взрослой жизни

пациента. В обоих случаях меняется не содержание самих воспоминаний, а образ в целом переписывается так, чтобы это помогло пациенту удовлетворить в нем свои базовые эмоциональные потребности. Другими словами, проводя рескриптинг, мы подвергаем конфронтации схемы и дезадаптивные режимы, меняя *значение* воспоминания и *выводы*, которые человек из них сделал [12]. Основной целью рескриптинга в воображении, которую преследует терапевт и фигура Здорового Взрослого, является выявление и валидация эмоций и потребностей Уязвимого Ребенка, чтобы пациент мог пережить этот опыт удовлетворения своих потребностей. Рескриптинг можно использовать для оспаривания режимов Требовательного и Карающего Критика. В процессе этой работы на место негативных посланий, возникших в результате влияния травматического опыта, могут прийти новые, более адаптивные послания [12].

Работа со стульями. Метод работы со стульями был изобретен Ф. Перлзом, основателем гештальт-терапии, но затем с успехом стал применяться в разных психотерапевтических направлениях, в том числе в рамках схема-терапии. В его основе лежит подтвержденная многими исследованиями идея о том, что разговор со своими внутренними частями или режимами носит терапевтический характер. «Отсаживание» режима на стул преследует цель «отделения» от себя дисфункционального режима, стимулируя ощущения его как более эго-дистонного, а также развивая способность наблюдать за своими внутренними процессами из Здорового Взрослого режима.

Работа со стульями применяется для:

- идентификации режимов;
- озвучивания мыслей и убеждений, имеющих отношение к разным режимам;
- демонстрации концептуализации;
- распознавания эмоций детских режимов;
- преодоления дисфункциональных режимов;
- установления связи с Уязвимым Ребенком;
- укрепления здоровых режимов.

Существуют несколько вариантов психотерапевтического диалога со стульями. Первый тип называется «пустой стул» — пациенту предлагают сесть на стул, а на другом стуле представить себе тот или иной дисфункциональный режим. Работа на нескольких стульях также используется в схема-терапии, чтобы помочь пациентам увидеть взаимодействующие и конфликтующие друг с другом режимы. Каждому режиму выделяется свой стул, и пациент перемещается между этими стульями, расположенными по кругу. На каждом стуле пациент озвучивает тот или иной режим, выражая «его» мысли и эмоции, что дает возможность обнаружить конфликтующие позиции и скрытые эмоции. Затем терапевт может провести терапевтическую работу с различными режимами, например, успокоить и поддержать Уязвимого Ребенка, помочь Сердитому Ребенку выразить свой гнев или обратиться к Импульсивному Ребенку, проявив эмпатию, но с удержанием реалистичных границ. Требовательному Критику можно противопоставить Здорового Взрослого путем постановки целей и выстраивания границ, а с Карающим Критиком можно вступить в конфронтацию и либо «обезвредить» его, либо хотя бы отодвинуть, чтобы пациент, находящийся в режиме Уязвимого Ребенка, почувствовал себя защищенным.

Терапевтические отношения в схема-терапии. В схема-терапии терапевтические отношения являются важным психотерапевтическим инструментом, позволяющим не только установить доверительный контакт, необходимый для осуществления психотерапевтической работы, но и оказывающим терапевтическое, эмоционально корректирующее воздействие сам по себе.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Ограниченное родительство. Данная техника базируется на предположении о том, что схемы и режимы возникают у человека тогда, когда не удовлетворяются его базовые эмоциональные потребности. Суть ограниченного родительства заключается в том, что терапевт в некоторой степени принимает на себя роль «хорошего» родителя и реализует ее в рамках возложенных на него профессиональных обязательств [4]. Таким образом, терапевт выстраивает контакт и выполняет различные интервенции, направленные на то, чтобы позволить пациенту почувствовать тепло, понимание, эмпатию, безопасность, надежную связь, защиту, признание собственной значимости, свободу самовыражения, а также разумные ограничения.

Таким образом, задачами ограниченного родительства становятся:

- реализация до некоторой степени нереализованных эмоциональных потребностей из детского возраста пациента (от англ. emotionall corrective experience — эмоционально корректирующий опыт);
- демонстрация такого поведения терапевта, которое служит антидотом к детским переживаниям пациента;
- выбор отношений с пациентом на основании концептуализации случая и в зависимости от того, в каком режиме находится пациент;
- формирование стабильных и безопасных отношений;
- выделение позитивных аспектов поведения пациента, развитие понимания своих сильных сторон;
- интернализация через данный опыт пациента режима Здорового Взрослого.

Эмпатическая конфронтация — это естественное продолжение ограниченного родительства и своего рода стратегия изменения дисфункциональных копинговых режимов. В рамках данной техники практикуется бережное, но решительное и настойчивое взаимодействие пациентом, направленное на конфронтацию с проблемным копинговым поведением, мешающим пациенту удовлетворять важные для него потребности в текущей жизни. Уже налаженные на предыдущем этапе терапевтические отношения дают возможность терапевту аккуратно с эмпатией конфронтировать с соответствующим проблемным поведением. Обращаясь к копинговым режимам, терапевт вместе с пациентом изучают, как формировались эти способы совладания, пытаются понять, какие потребности они удовлетворяют, а какие нет, выясняют, каковы будут преимущества и недостатки, если продолжать действовать таким же образом, какие могут быть альтернативные более здоровые стратегии поведения.

Таким образом, эмпатическая конфронтация используется:

- на этапе хорошего альянса;
- при работе с копинговыми режимами, учитывая их важность для пациента в раннем возрасте;
- при поведении, которое мешает коммуникации, терапевтическому процессу, удовлетворению важных эмоциональных потребностей.

Конфронтация осуществляется с поведением, не с человеком.

Виды схема-терапии

Индивидуальная схема-терапия. Наиболее распространенный подход среди существующих видов схема-терапии, когда терапевт работает один на один с пациентом. Как правило, проводится с частотой 1 раз в нед. Относится к долгосрочной терапии. Средний протокол лечения включает 40 сессий. В практическом применении при работе в индивидуальной схема-терапии выделяют 3 фазы: 1) диагностика, установление терапевтических отношений, построение концептуализации; 2) изменение схема-режимов с помощью экспериентальных, когнитивных и поведенческих техник; 3) стимулирование автономии пациента.

Групповая схема-терапия. Групповая схема-терапия была разработана Дж. Фаррелл и А. Шоу, ее эффективность доказана на различных выборках пациентов (амбулаторных, проходящих лечение в стационаре, находящихся на дневном стационаре). В групповой схема-терапии используются терапевтические факторы экзистенциально-гуманистического подхода (Ялом И.) и расширяется понятие «ограниченного родительства», присутствующего в индивидуальной схема-терапии, до «семейного» родительства, способствующего коррекции эмоционального опыта замещающими родителями (терапевтами) и замещающими сиблингами (члены группы). Групповая схема-терапия теоретически и концептуально соответствует модели индивидуальной схема-терапии. Основные различия находятся в адаптации стандартных схема-терапевтических интервенций (работа с воображением и ролевые игры с режимами) к работе группы. В этой модели 2 равных терапевта рассматриваются как необходимое условие установления адекватной привязанности с пациентами.

Схема-терапия супружеских пар. Схема-терапия пар позволяет партнерам получить доступ и переработать ключевые эмоции, связанные с ранними дезадаптивными схемами и мешающими построению близких удовлетворяющих отношений. В ходе терапии партнеры учатся активировать здоровые режимы при коммуникации друг с другом. Схема-терапия пар может применяться как в парах, испытывающих сложности во взаимоотношениях, так и в дополнение к индивидуальной терапии, когда партнер объединяется с терапевтом, чтобы помочь исцелить ранние дезадаптивные схемы. В индивидуальной схема-терапии терапевт практикует ограниченное родительство, чтобы стать «безопасной базой» для пациента, и терапевтические сессии становятся «безопасным убежищем». В терапии пар специалист работает с парой, чтобы помочь каждому партнеру стать основной «безопасной базой» для другого, а отношения в паре становятся «безопасным убежищем». Нередко в схема-терапии

пар проводятся дополнительные индивидуальные сессии с каждым из партнеров для более глубокого понимания индивидуальных схем и режимов. На совместных сессиях присутствие партнера может мгновенно активировать ранние дезадаптивные схемы, вызывая быстрые и интенсивные эмоциональные реакции. Терапевт помогает каждому партнеру быстро идентифицировать схемы, копинг стратегии и режимы, возникающие при взаимодействии друг с другом, и создать корректирующий эмоциональный опыт для каждого партнера в паре.

Схема-терапия детей и подростков. Схема-терапия детей и подростков, помимо общих необходимых аспектов, таких как работа с ранними дезадаптивными схемами, базовыми эмоциональными потребностями и режимами, также включает особый подход к терапевтическим отношениям, основанный на теории привязанности. Мы фиксируем внимание на эмоциональных состояниях ребенка, важных для понимания потребностей моментах биографии, обеспечиваем адекватное возрасту психообразование и схема-коучинг для родителей. Многие техники и психообразование проводится в игровой форме с задействованием игрушек, комиксов и прочих соответствующих возрасту технологий.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Научная обоснованность и эффективность схема-терапии. На сегодняшний день накоплено большое количество РКИ, а также метаанализов, доказывающих эффективность схема-терапии для различного спектра психологических проблем и расстройств.

Christopher D.J. Taylor, Penny Bee и Gillian Haddock в 2017 г. провели крупный обзор 835 научных статей, написанных в период с 1990 по январь 2016 гг., демонстрирующих эффективность схема-терапии для разных видов расстройств.

Применение схема-терапии при пограничном расстройстве личности. В 2006 г. было проведено мультицентровое исследование, направленное на сопоставление эффективности схема-терапии и психотерапии, сфокусированной на переносе (от англ. Transference Focused Therapy) [7]. В исследовании приняли участие 86 человек, которые наблюдались в течение 3 лет. Более значительное улучшение по 6 критериям ПРЛ (от англ. The Borderline Personality Disorder Severity Index — Индекс тяжести пограничного расстройства личности) было отмечено у пациентов из группы схема-терапии. Выздоровление спустя 3 года лечения было отмечено у 45,5% пациентов в группе схема-терапии, что почти в два раза больше по сравнению с группой, получавшей терапию, основанную на переносе (23,8%). При этом доля пациентов, покинувших терапию (drop-out), составила 0% при лечении схема-терапией и 25% при использовании терапии, сфокусированной на переносе [8].

Также схема-терапия оказалась более экономичным методом, за счет меньшего общего количества сессий.

Исследование применения схема-терапии на группе из 62 пациентов с ПРЛ [9] показало, что 42% исследуемых перестали соответствовать диагностическим критериям этого расстройства после 1,5 лет терапии.

Групповая схема-терапия при пограничном расстройстве личности. В 2009 г. проведено исследование, сопоставившее эффективность групповой схема-терапии в сравнении с общепринятым лечением (от англ. Therapy asusual — терапия обычная) на выборке в 32 пациента с ПРЛ [6]. Терапия включала 30 сессий по 90 мин в течение 8 мес. Существенно больший эффект показала схема-терапия, 94% пациентов по окончании лечения и через 6 мес после терапии не соответствовали диагностическим критериям ПРЛ (по DIB-R).

M.F. VanVreeswijk и соавт. применял краткосрочную групповую схема-терапию (20 сессий) на 63 амбулаторных пациентах с различными личностными расстройствами и/или длительно протекающими резистентными расстройствами оси I по DSM-IV (хроническая депрессия, тревожные расстройства), которые уже до этого проходили медикаментозное лечение, КПТ или интерперсональную терапию по стандартным протоколам. Из всех обследованных 53,2% показали значимое снижение выраженности симптоматических проявлений, коррелировавшее с выраженностью дезадаптивных схем и режимов [5].

Схема-терапия в стационарах. Схема-терапия также может применяться во время госпитализации. Внутрибольничное исследование применения схема-терапии показало высокую удовлетворенность ее результатами в группе из 31 пациента с тяжелым ПРЛ [11]. В 2014 г. было проведено совместное немецкое, голландское и американское исследование применения схема-терапии для 92 пациентов с тяжелым ПРЛ, госпитализированных в психиатрическую клинику в связи с суицидальным или самоповреждающим поведением [10]. В результате курса индивидуальных и групповых занятий отмечено значимое снижение тяжести симптомов.

В исследовании R. Younan, J. Farrell, T. May 6 пациентов с комплексной травмой получали внутрибольничный интенсивный четырехнедельный терапевтический курс, включавший 60 ч групповой и 4 ч индивидуальной схема-терапии. Показатель drop-out составил 11%.

Отмечено значимое улучшение в отношении выраженности психиатрических симптомов, уровня самооценки и качества жизни наряду с редукцией наиболее дезадаптивных схем. *Схема-терапия при личностных расстройствах кластера C (DSM-IV)*. L.L. Bamelis, S.M. Evers, P. Spinhoven и A. Arntz провели рандомизированное контролируемое исследование сравнения эффективности схема-терапии, терапии, ориентированной на разъяснение (от англ. clarification-oriented therapy) — разновидность клиент-центрированной терапии для личностных расстройств, и общепринятого лечения для выборки в 323 пациента с расстройствами личности кластера C (DSM-IV), а также параноидным, гистрионным и нарциссическим расстройствами. Значимое улучшение состояния наступило у 81% пациентов в группе, проходившей схема-терапию, и в 61% и 51% в двух других группах [1]. *Схема-терапия при других психических расстройствах*. Получены предварительные результаты эффективности схема-терапии для лечения:

- антисоциального расстройства личности;
- расстройств пищевого поведения;
- хронической депрессии;
- посттравматического стрессового расстройства и комплексного ПТСР;
- обсессивно-компульсивного расстройства;
- агорафобии и панического расстройства;
- диссоциативного расстройства идентичности;
- психотических нарушений;
- зависимости от ПАВ.

Схема-терапия подростков. В совместном голландско-американском исследовании J. Roelofs и соавт. показана эффективность групповой схема-терапии для подростков с расстройствами личности. Показано снижение психопатологической симптоматики и выраженности дисфункциональных схем, улучшение качества жизни и рост адаптивных моделей поведения после годового курса групповой схема-терапии в сочетании с индивидуальной терапией и отдельными групповыми занятиями для родителей, которые также дали положительную обратную связь об эффекте лечения.

Схема-терапия пожилых людей. Экспертная оценка динамики выраженности дезадаптивных схем на протяжении жизни человека открывает перспективы развития нового направления — схема-терапия в гериатрической популяции. A.C. Videler и соавт. показали, что краткосрочная групповая схема-терапия значительно снизила выраженность клинической симптоматики, дезадаптивных схем и схема-режимов у 31 пациента в возрасте 60–78 лет с проявлениями личностных расстройств и/или хроническими аффективными расстройствами.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Экономическая обоснованность метода. В 2016 г. был проведен анализ экономической эффективности лечения пациентов с ПРЛ разными методами психотерапии.

Обзор данных научной литературы по базам NHSEED, PubMed и PsycINFO показал, что наиболее высокий показатель «затраты–эффективность» для этого контингента при диалектической бихевиоральной терапии, на втором месте — схема-терапия, затем когнитивно-бихевиоральная терапия.

Таким образом, схема-терапия является динамично развивающимся интегративным, научно обоснованным направлением психотерапии. С момента своего появления в 1990-е годы модель неоднократно претерпевала изменения; работы по эмпирической проверке и уточнению лежащих в ее основе теоретических конструктов ведутся по сей день. Кроме того, во всем мире продолжают исследования, нацеленные на изучение эффективности схема-терапии для различных личностных расстройств, расстройств аффективного спектра, тревожных расстройств, обсессивно-компульсивного расстройства, расстройств пищевого поведения, ПТСР и к-ПТСР, а также применение схема-терапии в группе психически здоровых людей для решения психологических проблем и повышения эмоционального благополучия. Исследователи изучают разные форматы, протоколы с различной длительностью терапии, при которой схема-терапия может быть эффективной. Метод схема-терапии вызывает большой интерес как у научного сообщества, так и у психотерапевтов-практиков и клиентов, при этом он находится в постоянной трансформации в соответствии с появлением все большего объема научных и практических данных о нем.

Список литературы

1. Arntz A. Schema therapy for cluster C personality disorders // The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice / Eds M. van Vreeswijk, J. Broersen, M. Nadort. Chichester: Wiley-Blackwell, 2012. P. 397–414. DOI: <https://doi.org/10.1002/9781119962830.ch30>.

2. Arntz A., Jacob G. Schema Therapy in Practice: An Introductory Guide to the Schema Mode Approach. Wiley-Blackwell, 2013.
3. Arntz A., Rijkeboer M., Chan E. et al. Towards a reformulated theory underlying schema therapy: Position paper of an international workgroup // Cogn. Ther. Res. 2021. Vol. 45. P. 1007–1020. <https://doi.org/10.1007/s10608-21-10209-5>.
4. Arntz A.R., Jacob G.A. Schema Therapy in Practice: An Introductory Guide to the Schema Mode Approach. Wiley-Blackwell, 2012.
5. Edwards D., Arntz A. Schema therapy in historical perspective // The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice / Eds M. van Vreeswijk, J. Broersen, M. Nadort. Chichester: Wiley-Blackwell, 2012. P. 3–26. DOI: <https://doi.org/10.1002/9781119962830.ch1>.
6. Farrell J.M., Shaw I.A., Webber M.A. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial // J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry. 2009. Vol. 40, N. 2. P. 317–328. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.01.002>.
7. Giesen-Bloo J., van Dyck R., Spinhoven P. et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy // Arch. Gen. Psychiatry. 2006. Vol. 63, N. 6. P. 649–658. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.649>. PMID: 16754838.
8. Jacobi F., Grafiadeli R., Volkmann H. et al. Krankheitslast der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Krankheitskosten, somatische Komorbidität und Mortalität // Nervenarzt. 2021. Vol. 92. P. 660–669. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01139-4>.
9. Nadort M., van Dyck R., Smit J.H. et al. Three preparatory studies for promoting implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder in general mental health care // Behav. Res. Ther. 2009. Vol. 47, N. 11. P. 938–945. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.004>.
10. Reiss N., Lieb K., Arntz A. et al. Responding to the treatment challenge of patients with severe BPD: Results of three pilot studies of inpatient schema therapy // Behav. Cogn. Psychother. 2014. Vol. 42, N. 3. P. 355–67. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1352465813000027>. Epub 2013 Mar 5. PMID: 23458343.
11. Reiss N., Vogel F., Nill M. et al. Behandlungszufriedenheit von Patientinnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung bei stationärer Schematherapie [Treatment satisfaction of patients with borderline personality disorder in inpatient schema therapy] // Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 2013. Vol. 63. N 2. P. 93–100. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0032-1323707>. Epub 2013 Feb 13. PMID: 23408304. [Article in German]
12. Roediger E., Stevens B., Brockman R. Contextual Schema Therapy: An Integrative Approach to Personality Disorders, Emotional Dysregulation and Interpersonal Functioning. Oakland, Calif: New Harbinger Publications, 2018. 321 p.

Часть III. Направления и методы психотерапии

21.6. Психотерапия эмоциональных схем Р. Лихи

Кропотливая многолетняя работа профессора Роберта Лихи, автора *терапии эмоциональных схем*, дала нам возможность осознанно работать в когнитивно-поведенческом подходе не только с рациональной, но и с эмоциональной сферой не менее продуктивно, конструктивно и деликатно, как это принято в традиционной когнитивно-поведенческой модели.

Р. Лихи является профессором, клиническим психологом со степенью PhD, клиническим профессором психологии отделения психиатрии в медицинском колледже Вейл Корнелл в Нью-Йорке, директором Американского института когнитивной терапии. Ведущая тема его многочисленных исследований — индивидуальные различия в эмоциональной регуляции. Доктор Р. Лихи является экспертом международного уровня в области когнитивно-поведенческой психотерапии, одним из признанных современных лидеров этого направления. В свое время он возглавлял американскую Ассоциацию поведенческой и когнитивной терапии, Международную ассоциацию когнитивной психотерапии и Академию когнитивной терапии. В 2014 г. Академия когнитивной терапии наградила его почетной премией Аарона Бека. Большой клинический, исследовательский и методологический опыт профессора помогает в его разносторонней деятельности как практикующего специалиста, востребованного во всем мире лектора, ведущего обучающих программ, руководителя института и талантливого писателя. Р. Лихи — автор нескольких сотен научных статей, более двух десятков книг и соавтор многих коллективных монографий, включая недавние работы: «Планирование терапии и интервенции при депрессии и тревожных расстройствах» (второе издание) и «Эмоциональная регуляция в психотерапии».

Почти каждый человек переживал грусть, тревогу или гнев, но не у каждого бывает сильная депрессия, генерализованное тревожное или паническое расстройство. Что способствует тому, что эмоция сохраняется, а потом развивается в психическое заболевание? Помимо биологических и социальных факторов, важную роль также играет интерпретация эмоций

самим человеком, какое значение он им придает, и стратегии, используемые им для совладания с эмоциями. Р. Лихи описывает пути от болезненных эмоций к психопатологии и другие — от болезненных эмоций к адаптивным жизненным стратегиям. Работа с эмоциональной сферой расширяет возможности КПТ и спектр выбора клиентов, помогая им принимать самих себя вместе со своими сложными, порой противоречивыми эмоциями. Научение тому, чтобы признавать и принимать болезненные эмоции и формировать их переносимость, толерантность к фрустрации в терапии эмоциональных схем, означает расширение возможностей человека, рост его самоофективности и более глубокого осмысления себя и жизни. Терапия эмоциональных схем предполагает решение главной задачи — «не пытаться свести жизнь к попытке проживания только положительных эмоций, пресловутому рафинированному и сконцентрированному счастью, а развивать свою способность чувствовать все, проживая жизнь во всей ее полноте и разнообразии». Как подчеркивает профессор Р. Лихи, эмоции возникли, чтобы предупреждать нас об опасности и сообщать о наших потребностях. Терапия эмоциональных схем рассматривает такие трудные для проживания человеком эмоции, как грусть, тревогу, ревность и зависть в качестве универсального опыта. Сложно представить человека, который прожил жизнь, не испытав их. Это предполагает, что трудные эмоции встречаются каждому, и что неприятный опыт и дискомфортные ощущения являются частью наполненной и насыщенной жизни. Модель эмоциональных схем признает, что эмоции и рациональность часто борются друг с другом и состоят в диалектическом напряжении. Хотя важно и то и другое. Главная идея этой терапии — признание и принятие факта, что жизнь дана нам во всей полноте с разными событиями, которые способствуют проживанию всего спектра эмоций, а не только условно положительных, что жизненные трудности ранят, лишают нас иллюзий и способствуют адаптации. Не бывает привязанности без потерь, нет обретения смысла без возможности утратить иллюзии и стремления без фрустрации.

Эмоции дают нам информацию о нас самих. Эмоции не только показывают нам, что нам нужно, но и позволяют нам действовать в соответствии с нашими потребностями. Целью терапии является более полная жизнь, в которой дискомфортные эмоции имеют свое место, распознаются как часть человеческого существования и как эмоции, которые могут отражать ценности, важные для человека. Нет «хороших» и «плохих» эмоций, так же как нет «хорошего» и «плохого» голода или возбуждения. Это признание, что эмоции универсальны, служит для нормализации, подтверждения и поощрения принятия широкого спектра эмоций, а не для суждения, подавления или избегания эмоций. Вместо того чтобы рассматривать терапию как попытку «чувствовать себя хорошо», модель эмоциональной схемы помогает пациенту развить способность чувствовать все. Важно принять эмоции как часть опыта наполненной жизни, научиться выражать их конструктивным образом, признать, что эмоции имеют сигнальную функцию и что их необходимо использовать в качестве руководства для достижения ценностей и смыслов, которые важны для человека.

Если бы люди могли жить только в комфорте и благополучии, человечество бы уже вымерло. Наши предки, как пишет Р. Лихи, ежедневно сталкивались со смертью и боролись за жизнь: хищники подстерегали их, соседи нападали и истребляли. Жизнестойкость была, вероятно, обычным человеческим качеством, иначе первобытные люди просто не выжили бы. Однако этого не произошло. Они справлялись с трудностями и продолжали свой род.

Терапия эмоциональных схем основана на эволюционной модели, согласно которой эмоции и способы их выражения развивались, потому что помогали защищать живых существ, ими обладавших. Приняв, что это имеющая смысл часть жизни, человеку легче сделать следующий шаг — согласиться с той высокой ценой, которую порой приходится за нее платить. Например, изначально страх был нашим другом. Потому что он защищал нас от опасности. Человек, который на заре своего существования был охотником и собирателем, боялся хищных животных, которые сильнее, проворнее и яростнее его самого. Для того чтобы продлить свою жизнь и дать начало новым поколениям, был необходим страх, который побуждал человека принимать необходимые меры предосторожности. С эволюционной точки зрения страх — необходимая и очень полезная эмоция для безопасного продолжения жизни. Однако, как и любая эмоция, страх нужен, только когда он соизмерим с реальной опасностью. Эмоции не являются «психопатологией» или «аномалиями», или признаками «болезни». Эмоции — это генетически заданная, универсальная адаптация к вызовам в эволюционно релевантном окружении.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Эволюционная модель эмоций обращается к ряду проблематичных представлений об эмоциях (например, эмоциональных схем). Если происхождение эмоций эволюционное и адаптивное, это может их нормализовать, смягчить чувство вины, помочь людям понять, почему они чувствуют то, что чувствуют, а также подтвердить и принять то, что эмоции

имеют смысл, что это естественные реакции. Однако эволюционная модель не предполагает, что люди не способны изменить свои эмоциональные реакции, которые вызывают определенные ситуации, или модифицировать их, когда они активизировались. Скорее эволюционная модель — первый шаг, чтобы помочь пациентам признать: они переживают естественные реакции, а используя множество техник, доступных в терапии эмоциональных схем, могут их перенастроить, изменить свои эмоциональные реакции.

В терапии эмоциональных схем, как и в когнитивно-поведенческой терапии, считается, что возникновение эмоций обусловлено реакцией на определенные ситуации, потерю вознаграждения, негативные раздражители, когнитивные искажения или физиологические процессы. Другими словами, активация эмоций происходит в результате воздействия на организм множества разных факторов, лежащих в основе разнообразных когнитивно-поведенческих моделей. Однако у каждого человека свое отношение к эмоциям, способам их выражения и регуляции. Индивидуальное отношение человека к своим эмоциям, а также непродуктивные копинг-стратегии (например, тревога, жалобы, избегание, злоупотребления) либо адаптивные стратегии поведения (например, переосмысление, решение проблем, активация поведения, принятие) представлены в его персональных «эмоциональных схемах». Исходя из своего отношения к эмоциям, каждый человек использует собственные стратегии регуляции. В терапии эмоциональных схем эмоции представляют собой самостоятельный объект познания, а их трактовка, оценка и регуляционные стратегии имеют большое значение для выявления различных форм психопатологии.

Терапия эмоциональных схем использует предположение, что возникновение эмоций связано с объективной реакцией организма на опасность и одновременно является ответом на когнитивные искажения. Несмотря на то что в рамках когнитивно-поведенческого подхода был сделан значительный вклад в концептуализацию эмоций, заслуга терапии эмоциональных схем в том, что данное направление считает приоритетной задачей помогать людям признавать свои эмоции, справляться с ними и преодолевать страх перед их выражением. Стратегия избегания эмоций базируется на ошибочном понимании смысла и значения эмоций, что приводит к использованию непродуктивных способов их выражения, либо к отстранению как к средству уберечься от невыносимых эмоциональных переживаний. Для каждого случая терапия эмоциональных схем предлагает свои варианты решения проблемы, помогая пациенту изменить отношение к способам выражения и регуляции эмоций.

Модель эмоциональных схем предполагает, что представления человека о длительности, подконтрольности, переносимости, понятности, нормальности и других характеристиках эмоций влияет на то, будет ли он тревожиться по поводу испытываемой эмоции или способен выдерживать ее как временный внутренний опыт. Эта модель помогает пациентам распознавать, как конкретные интерпретации и суждения об эмоциях способны ускорить последовательность неадаптивных копинг-стратегий, которые парадоксальным образом поддерживают негативные представления об эмоциях. Любая категория эмоциональных схем приводит к трудностям в выдерживании эмоционального опыта. Встревоженный человек может быть необъективен при определении угрозы в своем окружении («Самолет упадет», «Надо мной посмеются», «Партнер меня бросит»), подобный процесс происходит и во внутреннем опыте. Для многих людей с тревожными или депрессивными расстройствами само переживание тревоги является угрожающим. Человек с паническим расстройством верит, что нарастание его тревоги — знак того, что у него будет сердечный приступ или он сойдет с ума. Это нужно немедленно проконтролировать. Женщина в состоянии депрессии, оставшись одна, чувствует грусть, верит, что грусть невыносима и является знаком того, что жить на свете не стоит. Она верит, что должна немедленно избавиться от этой эмоции, и поэтому все время думает, пытаясь понять, что происходит. Женщина с обсессивно-компульсивным расстройством верит, что нарастание у нее тревоги и наплыв мыслей, когда она касается «зараженной» поверхности, — признаки того, как невыносимо это действие. В каждом случае опыт переживания тревоги рассматривается как угрожающий, ужасный и предвещающий рост опасности. И в каждом случае данный опыт подобен сигнализации, срабатывающей на дым. Это ложная тревога. Пациент с негативными схемами эмоций думает, что дымовая сигнализация — это пожар. Сам сигнал опасен. Такова форма мышления: «Если я тревожусь, значит, должна быть опасность» [3].

Модель эмоциональных схем — это социальная когнитивная модель индивидуальной теории эмоций и эмоциональной регуляции (и в этом ее отличие от предшествующих моделей). Она старается описать содержание мышления и убеждений, схемы и модели, характеризующие интерпретацию эмоций человеком и его представления о том, как эти эмоции регулируются. Модель эмоциональных схем в некоторой степени схожа с общей моделью схем, предложенной А.Т. Беком и его коллегами, но в ней схемы касаются природы эмоций. Модель эмоциональной схемы опирается на эти социальные когнитивные факторы, поскольку они связаны с тем, как люди могут различаться в своих предсказаниях

долговечности, негативного воздействия и интенсивности эмоций, игнорируя при этом факторы, которые могут смягчать эмоциональные реакции. В отличие от схема-терапии, предложенной Дж. Янгом и его коллегами, фокус внимания терапии эмоциональных схем направлен на представления человека о своих эмоциях и стратегии его взаимодействия с ними. Терапия эмоциональных схем является метаэмоциональной (метакогнитивной по отношению к эмоциям), поскольку обращается к убеждениям об эмоциях и к тому, как они воздействуют на их носителя. Она использует наблюдающий и дескриптивный подход, чтобы замечать и принимать эмоцию как «событие» и фактическую данность, нежели пытаться ее избежать или подавить. Использование осознания и принятия подчеркивает важную связь между эмоциями и ценностями. Терапия эмоциональных схем поощряет клиентов использовать свои смыслы, ценности и достоинства, чтобы помогать принятию и проживанию трудных эмоциональных переживаний, извлечению из них значимого опыта, расширению репертуара выбора, а также возможности обогащать свою жизнь способностью восприятия, проживания и переносимости разных состояний.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Смена жесткой оценочности и догматики веры на «позитив» через принятие разнообразия и мультимедийности опыта жизни, развитие своей возможности контакта и проживания всей гаммы эмоций становится более ценным и осознанным выбором. Эта модель способствует восприятию и принятию всех эмоций как части сложной человеческой природы, в том числе обычно гонимых и осуждаемых, таких как тревога, гнев, возмущение, ревность и зависть. Люди часто страдают и нуждаются в помощи в связи с беспокоящими их эмоциями. Наши эмоции определяются нашим восприятием переживаний, то есть значением, которое мы им придаем.

Существует много теорий эмоций, которые сильно отличаются друг от друга. Эмоции рассматривались как наследственно обусловленные реакции на эволюционно значимые факторы окружения (Darwin Ch., Nesse R.M., Ellsworth P.C.; Tooby J., Cosmides L.); как электрохимические процессы, возникающие в разных участках головного мозга (Davidson R.J., McEwen B.S.); как последствия «иррационального» мышления (Clark D.A., Beck A.T.; Ellis A., Harper R.A.); как результат оценки угрозы или стрессора (Lazarus R., Folkman S.); как определение способности к обработке информации (модель инфузии аффекта; Forgas J.P.); как контейнирование информации о потребностях и мыслях, относящихся к этим потребностям (эмоционально-фокусированная модель; Greenberg L.) или как первичные явления, то есть предшествующие когниции (Zajonc R.B.). Дж. Гросс предположил, что регуляция эмоций может происходить в нескольких точках общей цепочки событий. Он рассматривает стратегии регуляции эмоций, «сосредоточенные на предшествующем событии» и «сосредоточенные на реакции», то есть стратегии, направленные на то, чтобы справиться с проблемой, и на совладание с проблемой после того, как возникла эмоция. Каждая из этих и многих других моделей внесла значительный вклад в наше понимание важности эмоций в повседневной жизни и развитии психопатологии. Модель эмоциональных схем расширяет наше понимание эмоций, предполагая, что важнейшие аспекты эмоционального опыта включают индивидуальную интерпретацию и оценку эмоций, а также стратегию их контроля у отдельного человека. С этой точки зрения эмоция не только опыт, но объект опыта. Хотя эмоции развились в ходе эволюционной адаптации и могут быть универсальным опытом, индивидуальные интерпретации, оценки и реакции тоже социально сконструированы.

В своих работах профессор Р. Лихи ссылается на механизм каузальной атрибуции и теорию атрибуции, описанную Ф. Хайдером [9]. Фриц Хайдер, австрийский психолог, создатель теории атрибуции, определил ее как метод оценки того, как люди объясняют происхождение своего поведения и поведения других. Теория атрибуции занимается изучением того, как люди интерпретируют события и как это сказывается на их мышлении и поведении [10, 11]. Ф. Хайдер высказал предположение, что люди придерживаются убеждений о себе и других относительно природы причин поведения, интенциональности и организации личности. Ф. Хайдер заметил, что обычный человек сам по себе является «психологом», использующим модели атрибуции и оценки, определяющие черты и личные качества. Эта «наивная психология», как ее называли, стала основой области социального познания. Как предположил Ф. Хайдер, люди концептуализируют эмоции на основе своих теорий причин, продолжительности и воздействия. Теория эмоций и социальная когнитивная теория объединились, чтобы определить несколько факторов, которые влияют на то, как люди видят эмоциональное воздействие событий. «Прогнозирование воздействия» относится к тенденции прогнозировать эмоциональные реакции в будущем без достаточного внимания к факторам, которые могут повлиять на них в будущем, что приводит к чрезмерному

прогнозированию или недооценке влияния событий на эмоции человека. Таким образом, люди предсказывают, как они будут себя чувствовать в случае потери работы, основываясь на ограниченной информации.

Были определены пять процессов, которые имеют непосредственное отношение к прогнозированию.

1. Фокализм — переоценка конкретных деталей, исключение другой информации. Человек может сосредоточиться на образе одиночества после развода, не признавая другие возможные события и переживания.

2. Смещение воздействия — тенденция предсказывать, что эмоция будет более негативной (или позитивной), чем оказывается. Люди могут полагать, что последствия развода будут крайне негативными, а последствия продвижения по службе — исключительно позитивными.

3. Долговечность — форма предвзятого отношения, когда человек считает, что эмоция будет продолжаться в течение длительного времени. Таким образом, человек, который получает повышение по службе, может поверить, что он будет счастлив годами.

4. Пренебрежение устойчивостью — тенденция игнорировать способность человека справляться с негативными событиями и учитывать другие факторы, которые могут смягчить эмоциональное воздействие события. Например, индивид, предвидящий последствия развода, может не учитывать влияние новых отношений.

5. Дисконтирование времени — акцент на настоящие события или эмоции в предсказании будущего, так что текущие эмоции становятся якорем или основой, на которой предсказываются будущие эмоции.

Люди оценивают свои эмоции и теории о регуляции эмоций. Эти оценки и теории регулирования усугубляют эмоциональное расстройство. Например, люди с отрицательными эмоциональными схемами полагают, что их эмоции будут иметь длительную продолжительность, выйдут из-под контроля, будут обостряться, опасны, не имеют смысла, являются уникальными для себя, не могут быть выражены или подтверждены, и что «противоречивые» эмоции не могут быть выносимы. Эти убеждения приводят к чувству вины, избеганию, уходу, попыткам подавить эмоции, размышлениям и беспокойству, злоупотреблению ПАВ и ощущению, что эмоции выходят из-под контроля.

Модель эмоциональных схем — это не модель личности «*per se*», а модель представлений об эмоциях и стратегиях совладания с ними. Подобно метакогнитивной модели, предложенной А. Уэллсом, она предполагает, что у отдельных людей происходит метаэкспериментальная обработка собственных эмоций. Вместо того чтобы сосредоточиться на схематическом содержании навязчивых мыслей (например, бросая вызов мысли «Я — неудачник»), метакогнитивный подход предполагает, что оценка и контроль навязчивых мыслей приводят к обсессивно-компульсивному расстройству и другим психическим нарушениям. Безопасное поведение, стратегии подавления мыслей, избыточный самоконтроль и вера, что мысли не контролируемы, часто являются результатом дисфункциональной оценки.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Модель эмоциональных схем подобна метакогнитивной модели в своем предположении, что негативная оценка эмоций и стратегий их контроля вносят вклад в развитие и сохранение психопатологии.

Терапия эмоциональных схем также опирается на эмоционально фокусированную терапию Д. Гринберга [6] с ее подчеркиванием эмоционального опыта, экспрессии, выражения оценки первичных и вторичных эмоций; с рассмотрением эмоций как относящихся к потребностям и ценностям; с утверждением, что эмоции могут нести в себе значение, подобно идее Р.

Лазаруса о «центральных темах отношений». Однако терапия эмоциональных схем является конкретно метаэмоциональной (метакогнитивной), потому что обращается к представлениям об эмоциях и к тому, как они воздействуют. Данный акцент — не только процесс выражения по К. Роджерсу, подтверждение и безоценочное позитивное отношение, но также внутренняя теория эмоций. Это напоминает подход Дж. Готтмана, Л. Катца и С. Хувена.

Модель эмоциональной схемы опирается на метакогнитивную модель, подчеркивая негативную интерпретацию внутреннего опыта (например, эмоций), но отличается от метакогнитивной модели А. Уэллса в созданной им метакогнитивной терапии.

Во-первых, эмоции отличаются от мыслей и включают физические ощущения, склонность к действиям и межличностное функционирование.

Во-вторых, модель эмоциональной схемы (и связанное с ней лечение — терапия эмоциональных схем) фокусируется на взаимосвязи между эмоциями и основными ценностями, так что болезненные эмоции часто могут быть прямым результатом важных ценностей, которые поддерживает пациент.

В-третьих, терапия эмоциональных схем уделяет значительное внимание роли валидации и терапевтических отношений как важных факторов в вопросах привязанности, возникающих

при обмене эмоциями.

В-четвертых, терапия эмоциональных схем опирается непосредственно на эволюционную психологию и адаптивную функцию эмоций, чтобы помочь пациентам нормализовать свой опыт.

Наконец, в-пятых, терапия эмоциональных схем связывает нынешние неадаптивные интерпретации эмоций с опытом социализации пациента и с текущими межличностными отношениями.

Эмоциональная схема — совокупность имплицитных интерпретаций, ожиданий, формирующихся у человека в отношении собственных эмоций и эмоций других людей, то, что человек думает о собственных эмоциях и об эмоциях других, то, какие поведенческие и межличностные стратегии он применяет в ответ на собственные эмоции и эмоции других. Эмоциональные схемы связаны с депрессией, тревогой, ПТСР, разногласиями в семьях и расстройствами личности.

Деадаптированные эмоциональные схемы проявляются как потребность подавлять или контролировать негативные эмоции, когда они воспринимаются непонятными, слишком продолжительными, постыдными, опасными и не присущими другим людям.

Процесс нормализации эмоций предполагает, что негативные эмоции могут быть приняты и адекватно выражены, они носят временный характер, отражают для человека связь с тем, что ценно.

Терапия эмоциональных схем предполагает, что у людей есть внутренние теории эмоций и их регулирование. В данной терапии акцент делается на прояснении и модификации теории эмоций конкретного человека с использованием оценки или сократовского диалога, проверочных тестов, поведенческих экспериментов и других вмешательств, помогающих нормализовать эмоцию, пережить, связать эмоции с ценностями и найти адаптивные способы их выражения и оценки. В социализации пациента, соответственно, в модели терапии терапевт отмечает, что сама по себе эмоция не может быть проблемой; таковой скорее является оценка, страх и потребность в избегании эмоции с помощью проблематичных стратегий контроля. Все люди иногда грустят, но лишь некоторые впадают в депрессию. Все тревожатся, но только у некоторых развивается ГТР. У всех бывает иррациональный страх заражения, но лишь у некоторых начинается ОКР.

Модель эмоциональных схем опирается на семь тем.

1. Болезненные и трудные эмоции универсальны.
2. Эмоции возникли, чтобы предупреждать нас об опасности и сообщать о наших потребностях.
3. Стоящие за эмоциями убеждения и стратегии (схемы) определяют влияние конкретной эмоции на рост или сохранение самой себя либо других эмоций.
4. Проблематичные схемы включают катастрофизацию эмоции, мысли о том, что она не имеет смысла и что ее необходимо, как постоянную или неконтролируемую, постыдную, свойственную данному человеку, все время держать при себе.
5. Стратегии контроля эмоций, такие как попытки их подавить, игнорировать, нейтрализовать или устранить, употребляя ПАВ либо переедая, помогают утвердить негативное убеждение, что эмоции — невыносимый опыт.
6. Выражение эмоций и их адекватная оценка полезны, поскольку способствуют их нормализации и универсализации, улучшают понимание, дифференцируют разные эмоции, ослабляют вину и стыд, укрепляют представление о том, что эмоции — выносимый эмоциональный опыт [1].
7. Научение тому, чтобы признавать болезненные эмоции и формировать толерантность к фрустрации, в терапии эмоциональных схем может пониматься как часть модели расширения возможностей человека, то есть как рост самоофективности и более глубокое осмысление жизни.

Модель эмоциональных схем — это когнитивная модель оценки своих и чужих эмоций. В данной модели схемы представляют собой интерпретации, атрибуции и другие когнитивные оценки эмоций, а также стратегии эмоционального регулирования, способные оказаться полезными или бесполезными. Эта модель отражает множество влияний: когнитивную теорию А.Т. Бека [7], метакогнитивную теорию А. Уэллса, эмоционально-ориентированную теорию Гринберга [6], модели осознанности, модель Готтмана, терапию принятия и ответственности и диалектико-поведенческую терапию. Однако, несмотря на это, модель эмоциональных схем является социально-когнитивной моделью оценки. Эта модель теории эмоций показывает, как люди реагируют, когда они сами (или другие) переживают либо выражают эмоции. Теория описывает эмоциональные схемы пациентов, используя модель LESS или то, что за ней последовало, LESS II. Каждая шкала состоит из 14 измерений, отражающих представления о длительности, контроле, понятности, консенсусе, вине/стыде и другие оценки, интерпретации, а также стратегии — принятия, руминации или обвинения. Исследование эмоциональных схем подтверждает мнение, что убеждения связаны с широким

спектром психопатологии, включая депрессию, тревогу, злоупотребление психоактивными веществами, дисгармонию семейных отношений и расстройства личности.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Существует эмпирическое подтверждение модели эмоциональных схем в отношении тревоги, депрессии и иных форм психопатологии. Из 14 измерений эмоциональных схем 12 в значительной степени коррелируют со шкалами опросника депрессии Бека (BDI-II) и опросником тревожности Бека (BAI). В отдельном исследовании пошаговый множественный регрессионный анализ показал, что вина/стыд, руминации, контроль и обесценивание — лучшие предикторы депрессии по BDI-II. В другом исследовании — отношения между тревогой, психологической гибкостью и эмоциональными схемами — множественный регрессионный анализ показал, что тревожность лучше всего предсказывают показатели веры в контроль, психологическая гибкость и длительность.

Терапия эмоциональных схем начинается со сбора информации еще до первого сеанса или на первой встрече со специалистом. В Американском институте когнитивной терапии под руководством Р. Лихи пациент заполняет солидный комплект форм самоотчета, включающий общую информацию (история терапии и употребления ПАВ, прием лекарств сейчас и раньше, жалобы на данный момент и т.п.).

Пациенты заполняют следующие формы:

- Опросник депрессии Бека-II (BDI-II);
- Опросник тревожности Бека (BAI);
- Шкала эмоциональных схем-II Лихи (LESS II);
- Шкала позитивных и негативных синдромов (PANAS);
- Опросник метакогниций-30 (MCQ-30);
- Опросник стратегий эмоциональной регуляции (ERSQ);
- Опросник избегания опыта и активности-II (AAQ-II);
- Шкала дисфункциональных отношений (DAS);
- Шкала эмоциональных схем в отношениях (RESS);
- Опросник стилей родительского поведения (MOPS);
- Опросник «Опыт близких отношений», пересмотренный (ECR-R);
- Компактная шкала самосострадания (SCS-SF);
- Клинический многоосевой опросник Миллона-II (MCMI-II).

Блок тестов-опросников пациент получает по электронной почте до первой сессии, поэтому клиницист заранее видит разнообразную информацию о его психиатрических нарушениях (включая расстройства личности), тяжести симптомов, удовлетворенности отношениями, стратегиях регуляции эмоций, его понимании эмоций, историю эмоциональной социализации и о воздействии этих процессов на психологическое благополучие.

Сначала пациенту дается LESS II — опросник из 28 тем и по 14 параметрам эмоциональных схем. Он позволяет оценить как пациент думает и реагирует на свои отрицательные эмоции. Кроме того, ему могут быть предоставлены дополнительные опросники, основанные на LESS II (в зависимости от того, какая эмоция интересует). Например, LESS-Тревога и LESS-Гнев содержат те же 14 измерений, что и LESS II, но сосредоточены на том, как пациент думает о конкретных эмоциях и как на них реагирует. У некоторых пациентов могут оказаться дисфункциональными схемы, касающиеся грусти и тревоги, при этом они могут считать, что их гнев оправдан, имеет смысл и находится под контролем. Несмотря на то что это можно интерпретировать как проблематичный взгляд на гнев, клиницист захочет понять, является ли дисфункциональным такой взгляд пациента на свою эмоцию в межличностных отношениях. Ниже представлены измерения LESS II (14 измерений Шкалы эмоциональных схем-II Лихи (LESS II)).

Первое измерение — инвалидация — относится к представлению о том, что другие не понимают чувства респондента и не заботятся о них.

Второе измерение — непонятность — относится к представлению человека о том, что его эмоции не являются бессмысленными и хаотичными, не приходят из ниоткуда.

Третье измерение — вина и стыд — относится к представлению о том, что человек не должен чувствовать то, что он чувствует; чувства рассматриваются как недостаток характера, слабость или нежелательные качества личности.

Четвертое измерение — упрощенный взгляд на эмоцию — относится к непереносимости смешанных чувств или эмоциональной амбивалентности.

Пятое измерение — обесценивание — отражает веру в то, что эмоции не имеют отношения к ценностям человека.

Шестое измерение — потеря контроля — относится к вере в то, что эмоции нужно контролировать, а в некоторых случаях подавлять. Если позволить себе чувствовать тревогу или грусть, это приведет к тому, что эмоция выйдет из-под контроля.

Седьмое измерение — бесчувственность — относится к тому, что человек верит, что не испытывает интенсивных или сильных (либо вообще любых) эмоций, его эмоциональный опыт слаб и не действует на него.

Восьмое измерение — чрезмерная рациональность — отражает веру в то, что человек должен быть рациональным, а не эмоциональным; эмоциональности следует избегать, заменяя ее рациональностью и логическим мышлением.

Девятое измерение — длительность — отражает веру в то, что эмоция будет длиться бесконечно и станет невыносимой.

Десятое измерение — низкий консенсус — отражает веру в то, что у других людей не бывает аналогичных эмоций, что в эмоциональном опыте человека есть что-то уникальное; в результате он чувствует себя одиноким в мире и дефектным из-за того, что у него другой опыт.

Одиннадцатое измерение — руминации — отражает веру в то, что человек должен продолжать испытывать негативные чувства, сосредоточиться на их значении или отсутствии такового, часто снова и снова или без конца.

Двенадцатое измерение — неприятие чувств — отражает веру в то, что человек не может позволить себе некоторые виды эмоций, что их надо избегать или устранять.

Тринадцатое измерение — низкая степень выражения чувств — отражает веру в то, что человек не способен открыто выражать эмоции: говорить о них, делиться ими или демонстрировать их невербально (например, плакать). Это отличается от инвалидации, относящейся к уверенности в том, что другие не понимают ваши эмоции и не беспокоятся о них: человек может выражать эмоцию, но чувствует, что ее не одобряют.

Четырнадцатое измерение — обвинение — вера в то, что эмоции, которые есть у человека, возникают вследствие действия или бездействия других людей.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Также используется форма самоотчета, которая оценивает то, как пациент видит отклик партнера на свои эмоции, — опросник RESS с подзаголовком «Как мой партнер обращается с моими эмоциями».

Терапевт может использовать другие шкалы эмоциональных схем, которые подходят к основной эмоциональной проблеме пациента. Например, LESS II можно модифицировать для оценки схем одиночества, зависти, ревности, отчаяния и других эмоций.

Терапевт, использующий терапию эмоциональных схем, следует структурированному подходу к оценке текущих убеждений об эмоциях, развивая концепцию того, как эти убеждения поддерживают отрицательное настроение, как эти эмоциональные схемы связаны с неадаптивными стилями совладания и как эмоциональные схемы могут быть изменены. На первичном интервью и затем в процессе терапии специалисту необходимо прояснить то, как пациент с детства и по настоящее время реагирует на свои эмоции, какие стратегии их регулирования использует. Какие эмоции ему трудно выносить. Как пациент справлялся с этими эмоциями в детстве или в подростковом возрасте. Терапевту нужно расспросить пациента о конкретных стратегиях, включая избегание ситуаций, вызывающих эмоции («Что Вы старались не делать, потому что это вызывает эмоции?»), — настоячивых жалобах, криках, вспышках гнева, химических зависимостях, переедании, поиске утешения и других вариантах. Терапевт эмоциональных схем интересуется представлениями пациента о длительности, контроле и принятии эмоций, а также о других измерениях эмоциональных схем, оцениваемых по LESS II.

После первичной оценки и интервью клиницист приступает к работе с пациентом над формированием концептуализации в рамках терапии эмоциональных схем. Признавая важность стандартной диагностической процедуры, клиницист может захотеть оценить и то, как представления и проблематичные стратегии эмоциональной регуляции влияют на эти стандартные диагностические категории. Например, какой вклад вносят в формирование химической зависимости вера в длительность и контроль? Как представления о неспособности получить одобрение, неконтролируемость эмоций и отсутствие толерантности к смешанным чувствам влияют на ПРЛ?

Цели первых встреч с пациентом — прояснить его теорию эмоций и эмоциональной регуляции; связать ее с историей эмоциональной социализации; исследовать, как эти представления поддерживаются в актуальных межличностных отношениях; исследовать следствия проблематичной эмоциональной регуляции и стратегий избегания, развить понимание того, как представления и эмоциональные стратегии пациента поддерживают или отягощают депрессию, тревогу, злоупотребление веществами и трудности в отношениях.

План терапии пациента начинается с оценки и продолжается ею. Он также будет включать социализацию пациента в модели терапии, идентификацию конкретных проблематичных измерений эмоциональных схем, идентификацию триггеров эмоции, изучение полезных и бесполезных стратегий эмоциональной регуляции; прояснение ценностей пациента и определение целей, которых ему хотелось бы достичь; пересмотр роли пассивности и изоляции; назначение пациенту поведенческой активации и экспозиции, помощь в развитии широкого спектра навыков эмоциональной регуляции (когнитивной реструктуризации, формирования толерантности к дискомфорту, преодоления экспериенциального избегания, практики страха и эмоциональной отстраненности).

После проведения первичной оценки и интервью наступает начальный этап собственно терапии. Он включает помощь пациенту в понимании того, что такое эмоциональные схемы, как они влияют на сохранение тревоги, депрессии и иных психических расстройств; как представления об эмоциях приводят к проблематичным копинг-стратегиям, как эти представления усвоены и как их трансформация, а также изменение стратегий может позитивно влиять на функционирование пациента. Понимание собственной теории эмоций — важный компонент терапии эмоциональных схем. Признавая данные схемы как «теории» или «индивидуальные конструкции», пациент способен прийти к осознанию того, что некоторые теории необязательно соответствуют реальности, а новые теории могут быть более адаптивными.

Благодаря концептуализации пациент часто впервые в жизни понимает, что его представления о собственных эмоциях определялись проблематичным опытом социализации, который и направил его курсом вредных стратегий ради удовлетворения потребностей или преодоления эмоций. Эти паттерны сохранились в личных отношениях, на работе, в заботе о себе и в других сферах; они могли привести к переживанию невозможности более осмысленной жизни. Концептуализация может стать одним из самых подтверждающих видов опыта, имеющегося у пациента. В ходе работы над ней и ее согласовании человеку становится ясно, что кто-то другой понимает, что в его эмоциях есть смысл, он может говорить о них и не декомпенсироваться, а также что существует план изменений, построенный на основе этой концептуализации, и есть выход даже из давно сложившейся ситуации.

Выявление проблемных стратегий преодоления

Адаптивные и неадаптивные стратегии. Ключевым элементом терапии эмоциональных схем является связь между убеждениями об эмоциях и стратегиями регуляции эмоций. Пациенты, которые, впадая в депрессию или остаются в ней, часто реагируют на грусть пассивностью и изоляцией, еще больше отсекая себя от возможности положительного опыта и чувства собственной эффективности. Другие могут считать, что им нужно полагаться на друзей или семью, чтобы регулировать свои эмоции, обращаясь к другим с отчаянным поиском поддержки. В опыте каждого человека были и определенные адаптивные стратегии регуляции эмоций, в том числе решение проблем, принятие, когнитивная перестройка, внимательность, отвлечение и поведенческая активация. Тем не менее многие пациенты будут использовать дезадаптивные стратегии, такие как подавление мыслей, подавление эмоций, избегание, чрезмерный поиск уверенности, злоупотребление ПАВ, жалобы, руминации, обвинения и другие дисфункциональные формы поведения. Эти проблемные стратегии еще больше усиливают чувство безнадежности, подтверждая негативные убеждения об эмоциях, и тем самым побуждают пациента усиливать эти стратегии.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Часто наиболее эффективный способ помочь пациентам изменить свои убеждения в эмоциях — это решить их проблемные стратегии борьбы с эмоциями. Терапевт может спросить: «Когда Вы чувствуете себя расстроенным (беспокойным, грустным, одиноким, пустым), что вы делаете дальше, чтобы справиться с этим чувством?»

Человек, обратившийся за помощью, может считать, что проблема заключается в ситуации («реальности») либо в испытываемых им эмоциях. Например, мужчина, сидящий один в своей квартире, может думать, что он один, и в этом проблема. А то, что он один, значит, что ему должно быть одиноко и грустно, поскольку такое положение вещей закреплено в стереотипах и культурно-историческом контексте окружающего социума. В результате он боится возникновения таких чувств и упорно избегает пребывания в одиночестве, цепляясь за саморазрушительные отношения. В его ожиданиях и представлениях быть одному автоматически означает включение негативных мыслей вроде: «Наверное, я один потому, что я неприятный человек», «Я никому не нужен», «Я всегда буду одиноким». В этой трактовке ситуации реальность одиночества «должна» приводить к депрессии. В отличие от представления, что такая ситуация должна привести к грусти и одиночеству, он может считать, что большая проблема — говорить себе о том, что он одинок. Таким образом, более

традиционные техники когнитивной терапии способны помочь направить мужчину в сторону оценки тенденции к свержению генерализации, катастрофизации, навешиванию ярлыков и занятию предсказаниями. Возможно, не надо менять ситуацию (или избегать ее), а скорее развивать более адаптивные способы ее рассмотрения.

При этом с тех пор, как ощущения грусти, одиночества, пустоты и отчаяния активизировались, этот человек может начать использовать их проблематичные «решения». Сюда входят такие стратегии, как попытка подавления, игнорирования, нейтрализации или устранения эмоций с помощью ПАВ или переживания. Или он будет снова и снова думать на тему, «как мне решить эту проблему самостоятельно». Веря, что трудные эмоции можно устранить мгновенно, он думает, что такое решение — единственное. Однако решения сами стали проблемами вместе с проблематичными схемами.

Так как применяемые стратегии контроля эмоций снижают их интенсивность лишь на время, эмоции возвращаются, подтверждая, что проблема сложнее, чем мужчина думал. Он может активизировать использование таких стратегий, как навязчивые мысли или алкоголь, но эмоции все равно возвращаются. Тогда уже мысль об их возвращении заставляет его еще больше тревожиться и сильнее бояться своих чувств, а грусть, тревога и отчаяние усиливаются [3].

В отличие от проблематичных стратегий контроля эмоций, используемых этим одиноким мужчиной в своей квартире, терапевт эмоциональных схем помогает усвоить наличие и разнообразие стратегий, которые не подавляют эмоции, а учат думать и действовать, принимая их как данность. Например, терапевт может предложить этому человеку принять эмоцию как «фоновые помехи», звук или песню «на заднем плане», пока он занимается другими делами. Наблюдая за эмоцией (как он наблюдал бы за фоновым шумом), он учится принимать ее как временный опыт, при этом делая выбор в пользу другого опыта. Таким образом, пациент может использовать практики осознанности, тренировки внимания и осознанного наблюдения за течением как мыслей, так и эмоций из метапозиции, не осуждая их и не вовлекаясь, воспринимая их как временные данности с принятием самого факта их наличия и одновременно с дистанцией позиции наблюдателя и «недеятеля».

Такая созерцательная безоценочная позиция позволяет пациенту наблюдать, как эмоция приходит и уходит. Кроме того, переключение на другие дела может послужить подкреплением такой практики и вознаграждением за ее регулярное использование: прослушивание музыки, различные упражнения, чтение, тренировки, общение с друзьями, планирование. Все это может происходить, пока эмоция «играет на заднем плане». Таким образом, пока мужчина находится в своей квартире с болезненными эмоциями на заднем плане, он способен выполнять упражнения, активизирующие позитивные эмоции. Приняв факт наличия своих эмоций, он перестанет подавлять переживание одиночества и скорее признает, что его жизнь достаточно велика, чтобы вмещать весь спектр чувств, в том числе от таких ситуаций.

Терапия эмоциональных схем подчеркивает важность валидации со стороны терапевта и самовалидации со стороны пациента. Например, пациент, жалующийся на чувство одиночества, грусти и безнадежности, когда он один в своей квартире. Терапевт, который использует валидацию, может сказать: «Я понимаю, что Вы можете подумать, что Ваше одиночество будет длиться бесконечно, и что это очень вас расстраивает». Валидация — это не то же самое, что «согласие». Терапевт не говорит: «Ваше одиночество будет длиться вечно», а скорее уточняет: «Ваши мысли имеют смысл и, учитывая эти мысли, будет также важно понять, что Вы будете чувствовать разочарование». Проверка правильности является попыткой быть точным отражением того, чем являются мысли и чувства пациента. Это также отражает то, что происходит внутри пациента, оно также предлагает пространство для возможности проявления других переживаний, других значений и других эмоций. Валидация — точка опоры между эмпатией (распознавание чувств другого человека) и состраданием (чувствование вместе с другим человеком или за него, когда страдание другого человека не безразлично, вызывает проявление доброты). К. Роджерс описал безоценочное отношение и безусловное принятие как способность терапевта показывать понимание и принятие чувств пациента и, таким образом, создавать эмоционально безопасное окружение для изменений. В модели эмоциональных схем валидация содержит безоценочное отношение, но идет дальше, включая рассмотрение того, что для человека значит отсутствие одобрения и последствия его неполучения.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Подтверждение не просто включает регистрацию высказанного («Я вижу, что Вы расстроены»). Это отклик на услышанное: услышаны и чувство, и значение (при этом учитывается ситуация, в которой находился человек). Это подобно процессу, когда плачущего ребенка берут на руки, — возникает связь и демонстрируется забота. Подтверждение дает

говорящему почувствовать: «Вы меня услышали. Вы понимаете, что я чувствую. Вам не все равно».

Валидация создает безопасную эмоциональную обстановку, потому что к чувствам говорящего относятся уважительно, значение сказанного улавливается, когда говорящий чувствует, что он не один.

Валидация помогает пациентам понять, что они могут выражать свои эмоции, что их эмоции не будут длиться бесконечно, что другие люди испытывают те же эмоции, что их эмоции не выходят из-под контроля, что их эмоции имеют смысл, что они могут проживать смешанные эмоции, и что они могут принять эмоции, которые они испытывают. Кроме того, валидация связана с меньшим количеством руминаций и меньшим чувством вины, а также с более низким уровнем депрессии и тревоги. Вопреки основанным на катарсисе теориям эмоций, имеет значение не просто их выражение, но и когнитивные компоненты валидации.

Например, человек понимает, что он может выражать эмоции, но они не выйдут из-под контроля и не будут длиться бесконечно долго. Выражение эмоций без валидации может приводить к разочарованию и приводить к увеличению интенсивности экспрессии эмоций. Если человек выражает эмоции, а другие игнорируют или высмеивают это проявление, то это может привести к большей депрессии, большому беспокойству и большому гневу.

Выражение с поддержкой валидации помогает человеку поверить, что его эмоции имеют смысл, и что другие могут чувствовать то же самое. Поскольку руминации часто являются стратегией для определения эмоций, валидация может привести к короткому замыканию в этой повторяющейся фиксации мыслей или чувств. Валидация выполняет важные цели. По иронии судьбы некоторые люди не хотят валидировать кого-то, кто жалуется; они утверждают, что это будет только поощрять постоянные жалобы, как сделало бы банальное согласие с их доводами или позицией. Если человек выражает некомфортные чувства в надежде на то, что его услышат и подтвердят тягостность его переживаний, и эта попытка будет завершена валидацией, то дальнейшее выражение уже будет ненужным. Это не отличается от принципа теории привязанности: продолжающиеся крики младенца, оставшиеся без ответа, ведут к большому количеству плача. Утешение младенца, когда он плачет, «завершает систему».

Терапия эмоциональных схем подчеркивает валидацию не только как ценный компонент терапевтических отношений, но и как мощный инструмент для изменения эмоциональных схем и устранения проблемных стратегий регуляции эмоций. Терапевт, работающий с эмоциональными схемами, часто комментирует, что эмоции пациента имеют смысл, что убеждения пациента (если они верны) будут неприятными, что другие могут чувствовать то же самое, и что важно быть услышанным и понятым.

В некоторых случаях пациенты лишают себя ресурсов, часто говоря, что у них нет права чувствовать то, что они испытывают, что они «просто жалуются» или что они «слабые» и «отталкивающие» из-за эмоций, которые они имеют. Это самоуничижение является еще одной стратегией контроля эмоций; оно основано на убеждении, что «если я высмею свои чувства, они уйдут». Это самообвинение может напоминать нарушение валидации, которую они получили от своих пренебрежительных родителей. Дж. Готтман и его коллеги предположили, что родители различаются представлениями и ценностями относительно эмоционального опыта и выражения эмоций; они описывают это как философию метаэмоций. Так, некоторые родители рассматривают опыт своих детей и выражение ими неприятных эмоций (гнев, грусть или тревога) как негативные события. Подобные эмоции нужно подавлять или избегать, вынося только позитивные или нейтральные. Эти взгляды на эмоции передаются детям при взаимодействии, в котором родитель перегружен эмоциями ребенка, игнорирует или критикует их. Например, игнорирующий родитель может сказать: «Это не так важно. Ты справишься»; критичный родитель: «Ты себя ведешь как большой ребенок. Пора вырасти»; перегруженный родитель: «У меня своих проблем хватает, чтобы еще заниматься твоими». Во всех трех приведенных случаях эмоции ребенка обесцениваются, игнорируются и маргинализуются.

Терапия эмоциональных схем признает важность раннего опыта эмоциональной социализации. Вместе с ДБТ, теорией ментализации, моделью, стоящей за терапией, основанной на сострадании, она признает отсутствие эмоционального одобрения недостатком отзывчивости и сострадания при возникновении проблемных убеждений о себе и других. Если другие подходы показывают значение отсутствия поддерживающего окружения, модель эмоциональных схем фокусируется на представлениях об эмоциях и иных факторах, которые активируются в результате такого опыта, то есть на социально-когнитивном аспекте отсутствия валидации. Например, с тех пор как терапевт идентифицировал проблематичные негативные взгляды пациента на эмоции («Я не могу получить одобрение», «Мои эмоции постыдные», «Мои эмоции не такие, как у других»), он вместе с пациентом может думать о том, как эти взгляды на эмоции были усвоены в детстве. Терапевт может спросить: «В детстве как реагировала ваша мать (отец), когда Вы были огорчены?» или «Будучи огорчены, Вы обратились бы к отцу или матери?»

Пациенты, сообщающие о негативных эмоциональных схемах, часто описывают неодобряющее эмоциональное окружение. Типичны следующие ответы:

«Мой отец был дистанцированным. Будто никогда не находился рядом, а если и находился, был холодным, словно мы ему не интересны».

«Моя мать всегда разговаривала по телефону или уходила, чтобы пообщаться с друзьями. Я чувствовал, что мешаю ей».

«Я всегда беспокоилась за мать: у нее были проблемы с отцом, и она сердилась. Моим эмоциям места не находилось, я должна была утешать ее».

«Моя мать была педиатром, и когда я говорила ей о своих проблемах, она заставляла меня чувствовать себя виноватой, отвечала: "Ты знаешь, что твои проблемы не идут ни в какое сравнение с проблемами детей, которых я лечу на работе?"»

Часть III. Направления и методы психотерапии

Эти обесценивающие и игнорирующие комментарии по-прежнему болезненны для пациентов, когда они их вспоминают.

Самоинвалидация не дает шанса принять свои эмоции, не позволяет нормализовать эмоции, добавляет самокритику, последующую депрессию и беспокойство к новой смеси эмоциональных проблем, с которыми приходится бороться. Лица, которые лишают себя опоры на принятие, могут стыдиться того, что раскрывают свои «недостойные» эмоции и мысли; они могут попытаться избавиться от «неправильных» эмоций, удерживая их в тайне, опасаясь, что они будут унижены и отвергнуты. Психотерапевт знает об этих механизмах и помогает решить проблему нежелания пациента делиться своими мыслями и чувствами деликатно и без спешки: «Я могу понять, что иногда кажется естественным держать свои эмоции при себе, скрывать свои мысли. Может быть много причин, почему люди держат что-то при себе. Вы можете считать себя не готовым; возможно, потребуется время, чтобы понять, что Вы чувствуете и думаете; или Вы можете быть обеспокоены тем, как я могу реагировать. Интересно, были ли у вас мысли о сдерживании эмоций — желание сохранить это при себе и не рисковать делиться такими вещами». Эта проверка страха перед раскрытием позволяет пациенту понять, что терапевт понимает и принимает нежелание, открыт для обсуждения того, на что это может быть похоже, и с чем это может быть связано. Ключевым элементом является то, что пациент ориентирован на поведение и опыт, которые могут вызывать дискомфорт, страх или беспокойство. Это включает воздействие с предотвращением ритуалов при лечении ОКР, длительное лечение ПТСР, поведенческую активацию при лечении депрессии, воздействие интероцептивных стимулов при лечении панического расстройства и столкновение с иерархией вызывающих страх стимулов в лечение специфической фобии. Дискомфорт, разочарование и даже отвращение (в некоторых случаях) являются средством для достижения цели, то есть неприятные эмоциональные переживания — это экспериментальные инструменты, которые продвигают пациента вперед. Однако многие пациенты приходят на терапию с целью избавления от дискомфорта и устранения разочарования. В результате некоторые из них либо не будут выполнять упражнения последовательно и вовлеченно, либо будут преждевременно уходить из терапии. Модель эмоциональной схемы предполагает, что терапия может быть более продуктивно ориентирована на цели личной эффективности. Оказывая помощь пациентам в достижении большего контроля над способностью участвовать в трудных задачах, она даст им возможность достичь более полного смысла в жизни и достижения желаемых целей. Скорее эта модель предполагает, что развитие способности переносить сложные эмоции как средство достижения цели будет более полезным, чем сосредоточение внимания на снижении неприятных эмоций.

Дисфункциональные варианты поиска валидации. Активный поиск признания и одобрения — обычная проблема пациентов, о которых пишут, что у них «эмоциональная дисрегуляция». Им характерно:

1. Экспрессивное поведение. Крики — частые реакции на представление «Вы меня не слышите». К разочарованию людей, которые кричат все громче, их, как правило, игнорируют. Это еще сильнее укрепляет их веру в то, что они не достойны принятия, признания и поддержки.
2. Повторяющиеся попытки установить отношения с людьми, выказавшими равнодушие.
3. Прямое избегание отношений и изоляция.
4. Ипохондризация и «бегство в болезнь» — избыточная концентрация внимания на соматических жалобах (реальных или воображаемых симптомах различных дисфункций или заболеваний).
5. Некоторые пациенты заменяют валидацию, не получаемую от других, фантазиями об идеальном или захватывающем мире.

6. Сексуальное отыгрывание — использование сексуальных отношений для получения признания, подтверждения своей ценности и одобрения.
7. Интеллектуализация и отрицание эмоциональных потребностей.
8. Аддиктивное поведение в качестве компенсаторной стратегии. Использование пищи, игры, «запойных» покупок, алкоголя или наркотиков для отвлечения от страдания из-за инвалидации и компенсации своего состояния за счет «успокоения» при помощи вышеперечисленных злоупотреблений.
9. Комппульсивная забота о других, особенно обратное родительство.

Пять шагов валидации. Р. Лихи предлагает следующие четыре шага для валидации: перефразирование, сочувствие, нахождение правды и исследование. И пятый шаг — это использование «микронавыков».

Перефразирование сказанного другим человеком предполагает, что слушатель повторяет говорящему услышанное, не вмешиваясь и не интерпретируя. Например: «Итак, ты говоришь, что твой начальник относится к тебе несправедливо, ты работаешь хорошо и тебе надо платить больше, чем сейчас». Перефразирование также требует обратной связи, чтобы убедиться в том, что слушатель все понял правильно: «Я правильно тебя услышал?» *Сочувствие* включает идентификацию эмоций, транслируемых говорящим. Не выводы, а их непосредственное отражение такими, какие они есть: «Создается впечатление, что из-за этой ситуации Вы чувствуете себя сердитым и фрустрированным». Тонко валидирующий человек не предлагает других эмоций («Вам, наверное, еще и грустно»), потому что это не отражение сказанного. Терапевту стоит помнить: некоторые люди пережили опыт с неодобряющими родителями или партнерами, которые часто им говорили, что они чувствуют «на самом деле». А это опыт отсутствия одобрения. Важно пользоваться ровно той информацией, которую дает говорящий. Здесь слушателю опять следует спросить об обратной связи: «Верно ли я описал ваши чувства или возможно что-то упустил?»

Часть III. Направления и методы психотерапии

Далее одобрение предполагает *нахождение правды* в праве иметь чувства — с учетом событий и их интерпретации говорящим: «Я понимаю, что вас это делало рассерженным и фрустрированным, потому что Вы тратите много времени и усилий, а Ваша зарплата это не отражает. Вы сердитесь, потому что это кажется нечестным по отношению к Вам». И снова слушатель не должен выходить за пределы того, что ему говорят. Надо избегать интерпретаций и выводов вроде: «Да, звучит так, будто говорит Ваша мама, и поэтому Вы сердитесь». Такие интерпретации могут звучать пренебрежительно и снисходительно, подсказывая говорящему: «У Вас нет точности взгляда. Вы реагируете слишком сильно, потому что у Вас такой плохой опыт с матерью». Подобные предположения могут быть исследованы позже, после того как валидация была осуществлена, а высказанные слишком рано, они дают опыт отсутствия подтверждения и отдаляют говорящего.

Наконец, слушатель *исследует* иные мысли, чувства и воспоминания, которые могут быть у говорящего, чтобы открыть ему этот опыт: «У Вас есть другие мысли и чувства, связанные с этим?» или «Можете рассказать мне еще о своем опыте?» Исследовательские вопросы «открытия» и «приглашения» оформляют для говорящего сцену, чтобы он поделился своим опытом со слушателем, играющим безоценочную и недирективную роль в слушании и принятии услышанного.

В ходе одобрения говорящий не пытается изменить слушателя или научить его лучшим способам копинга. Это произойдет позже или вообще не произойдет. Некоторые терапевты могут вмешаться слишком рано, не помогая пациентам чувствовать себя услышанными, принятыми и понятыми. Так, если в приведенной выше ситуации терапевт начал интерпретировать гнев: «Вы сердитесь не на начальника, а на свою мать», пациент воспринял бы это как еще один критический и игнорирующий ответ со стороны начавшего работать с ним слушателя. Действительно, этот слушатель вел бы себя как мать пациента. Или если терапевт чересчур быстро устраивает «рациональную дискуссию»: «Каковы доводы за и против того, что к Вам относятся несправедливо?» или «Может ли так быть, что Вы занимаетесь персонализацией и чтением мыслей?» Тогда пациент может подумать, что терапевт доминирует, критикует, контролирует. Это представление может еще сильнее его отдалить.

Цель валидации в терапии — установить эмоционально безопасную обстановку, чтобы пациент со своей уязвимостью доверял терапевту.

Микронавыки — важный, но необязательный аспект валидации. Общее терапевтическое поведение включает участие, задавание вопросов, фокусировку, конфронтацию, отражение и другие навыки, которые облегчают активное слушание и улучшение терапевтического альянса. Подходящий темп, рефлексивное слушание, внимание к невербальному поведению,

открытые вопросы, эмпатическое отражение и обобщение — все это полезно для эффективной валидации.

Кроме вышеописанных микронавыков Р. Лихи приводит пример умелого терапевта, который наблюдая за пациентом, может практиковать «терапевтический подход Шерлока Холмса». Терапевт может заметить, как пациент одет и ухожен (крайне тщательно, небрежно, аскетично, провокативно), интонацию голоса, выражение лица, тенденцию смотреть вниз или в сторону, сомнения в речи, положение тела, неуместный смех, долгие вздохи и иные ключи, контекстуально помогающие валидации.

В терапии эмоциональных схем терапевт признает, что его собственные эмоции также являются источником информации об опыте пациента. Это может принять две формы: «Что я чувствую, когда это слышу?» или «Что бы я чувствовал, если бы был этим человеком?»

По словам Р. Лихи: «Некоторым терапевтам нравится думать, что терапия — это рациональные реакции, “правильное” поведение и решение проблем. Иногда так бывает с менее опытными специалистами, сформировавшими лояльность одной из школ психотерапии и ставшими “истинно верующими”. Но реальные истории жизни, которые рассказывают пациенты, решаются и рассматриваются в перспективе не так просто. Теории, диагностические категории и техники — не то же самое, чтобы понять человека. Я берусь утверждать, что мы никогда полностью не поймем другого; не узнаем по-настоящему, каково для него произошедшее. Понимание своего несовершенства при исполнении роли слушателя может стать первым шагом к подтверждению трудности, которую испытывают пациенты, чтобы почувствовать себя понятыми. Ведь стараться — это все, что мы можем делать как слушатели. Создание для пациента эмоционально безопасной обстановки не равнозначно решению проблемы. Да, решить проблему важно или даже необходимо. Но терапевтическое отношение — это скорее о том, что о пациенте заботятся, его ценят и принимают, помогают расти. Это касается потребности в привязанности, особенно в случае людей, которые не получали подтверждения или пережили абюз. Когда пациенты взывают к нам, важно, чтобы они были услышаны».

Х. Кохут признавал, что неизбежная часть терапевтических отношений заключается в обнаружении пациентом, что терапевт не может быть абсолютно эмпатичным или подтверждающим то, что он чувствует. Х. Кохут называл это «провалами эмпатии» и предлагал обращаться с ними как с важной частью терапии.

Для пациента, имеющего долгую историю переживания нехватки валидации, новый подобный опыт с терапевтом может добавить отчаяния и привести к преждевременному завершению терапии.

Для того чтобы предусмотреть неизбежное переживание пациента по поводу того, что его не понимают, терапевт может сказать нечто вроде: «Возможно, временами я не полностью понимаю Ваши чувства и опыт так, чтобы Вы почувствовали себя понятым. Это происходит потому, что между двумя людьми есть ограничения для полного взаимопонимания или из-за каких-то моих упущений. И это может фрустрировать. Однако сможем ли мы договориться обсуждать такое непонимание, если оно возникнет? Готовы ли Вы дать мне знать, если почувствуете, что я по-настоящему не понимаю, что Вы имеете в виду?»

Изучение затрат и преимуществ стиля совладания. После того как терапевт произвел оценку пациента и описал модель эмоциональных схем, он в каждой сессии будет сосредотачиваться на понимании эмоций, беспокоящих человека, и способах, с помощью которых представления об эмоциях и стратегии эмоциональной регуляции поддерживают или усугубляют проблематичный копинг. Терапевт может помочь пациенту изучить компромиссы своих стратегий выживания. «Каковы затраты и выгоды от переедания в то время, когда Вы испытываете беспокойство, и Вы одиноки? Одна пациентка охарактеризовала преимущества как отвлечение от чувства беспокойства, чувства контроля над получением того, что она хотела, и получения краткосрочного облегчения. Расходы — это чувство неконтролируемости, самокритика, прибавка в весе и необходимость решать свои проблемы. «Таким образом, преимущества являются краткосрочными. Интересно, могли бы мы найти другие способы справиться с Вашими эмоциями, которые могли бы иметь долгосрочные выгоды?»

Часть III. Направления и методы психотерапии

Пациенты, которые обычно полагались на дезадаптивные стратегии, могут не осознавать, что реагирование на эмоцию — это выбор, а не безусловный рефлекс. Например, пациент, который размышляет о том, почему он или она плохо себя чувствует, может поверить, что это автоматический ответ, на который не влияет умышленное намерение. «Я просто заикливаюсь на вещах» — это общий ответ. Терапевт может указать, что есть выбор: «Если бы ваш босс позвонил вам по телефону, Вы бы сказали ему, что не можете сейчас говорить, потому что размышляете?» Предположение, что существуют альтернативные способы

справиться с ситуацией, включая улучшение момента, решение проблем и признание того, что все сложно, но стремление к продуктивному поведению может дать большую надежду.

Связывание эмоциональных схем с неадаптивным совладанием. Терапевт может предположить, что убеждения в отношении эмоций могут привести к проблематичным действиям. «Я заметил, что Вы указали на то, что Вы верите, что Ваши эмоции выйдут из-под контроля, будут длиться долго, и что Вы не сможете принять их. Если бы у Вас не было этих убеждений относительно Ваших эмоций, я бы хотел узнать, не будете ли Вы использовать эти стратегии контроля эмоций реже». Это может быть первый случай, когда пациент осознает, что неадекватное преодоление является прямым следствием его убеждений об эмоциях. «Если бы Вы полагали, что Ваши эмоции были временными, и Вы могли бы принять некоторый дискомфорт, Вы бы с большей вероятностью перенесли эмоцию и смогли пройти через нее?»

Верования и стратегии в отношении эмоций определяют влияние эмоций. Модель эмоциональной схемы предполагает, что убеждения человека относительно продолжительности, управляемости, терпимости, сложности, понятности, нормальности и других измерений эмоций будут влиять на то, станет ли человек беспокоиться о наличии эмоции или способен выдержать эмоцию и опыт как временное внутреннее явление. Эта модель помогает пациентам осознать, как конкретные интерпретации и суждения об эмоциях могут ускорить последовательность дезадаптивных стратегий преодоления, которые поддерживают негативные убеждения об эмоциях.

Подобно модели когнитивной терапии, которая идентифицирует когнитивные предубеждения, модель эмоциональных схем поощряет пациента рассмотреть, что следует из конкретных представлений об эмоциях, и решить, как разные представления и стратегии могут стать более адаптивными. Техники КПТ могут помочь идентифицировать и модифицировать *пять измерений эмоциональных схем*: о понятности и контролируемости эмоций, о том, насколько они вызывают вину и стыд, а также принимаются.

Разные техники когнитивной терапии (например, преимущества и недостатки определенного представления, свидетельства за и против него, сбор данных, техника двойных стандартов), поведенческий эксперимент и экспериенциальные упражнения как на сессиях, так и в промежутках между ними используются, чтобы поработать со всеми пятью измерениями. Терапевт эмоциональных схем использует индукцию и дублирование; беспристрастную осознанность; техники, способствующие психологической гибкости; прояснение ценностей (связывание болезненных эмоций с высшими ценностями; техники позитивной психологии; техники ДБТ; терапию, сфокусированную на сострадании. Применение данных техник с целью помочь модифицировать пять типов проблематичных представлений об эмоциях увеличивает способность пациентов переносить и использовать эмоциональный опыт, позволяет им разорвать связи между эмоциональными схемами и проблемными копинг-стратегиями. Таким образом, широкий спектр техник может использоваться для работы с представлениями о понятности, длительности, контроле, вине/стыде и принятии эмоции внутри более глобальной и интегративной модели эмоциональных схем.

Мишенями терапии эмоциональных схем выступают представления об эмоциях как непонятных, длящихся неопределенно долго, выходящих из-под контроля, вызывающих вину, или постыдных, неприемлемых. Каждое из данных измерений эмоциональных схем связано со страхом эмоционального опыта, избеганием, навязчивыми мыслями, самокритикой и другими проблематичными стратегиями копинга. Применение разнообразных когнитивных и поведенческих техник, подробно описанных в руководствах Р. Лихи и взятых им из широкого спектра подходов [когнитивная терапия, активация поведения; терапия принятия и ответственности (от англ. Acceptance and commitment therapy, АСТ); ДБТ; терапия, сфокусированная на сострадании; эмоционально-фокусированная терапия], помогает пациентам развить более качественное и полезное понимание их эмоционального опыта. Они помогают обнаружить, что эмоции могут быть временным и переносимым опытом, что их можно использовать для признания потребностей, которые, вероятно, не удовлетворены, а также относиться к эмоциям более принимающим и продуктивным способом.

С точки зрения расширения возможностей данный подход предполагает развитие эффективного инструментального поведения и самоэффективности. Он включает следующие аспекты: ориентацию на будущее, ориентацию на цель, решение проблем, личную ответственность, личную отчетность, инвестирование в дискомфорт, откладывание удовольствия, настойчивость, планирование, риск, продуктивность, научение и трудности, а также гордость за сделанное. Вот определение этих аспектов.

- Ориентация на будущее — работает на будущую награду.
- Ориентация на цель — устанавливает ясные цели и поддерживает сосредоточение на них.
- Решение проблем — рассматривает фрустрацию как возможность решить проблему.

- Личная ответственность — задает стандарты поведения (например, стандарты того, что правильно и нравственно) и формирует восприятие человека как ответственного за свои действия.
- Личная отчетность — позволяет оценивать себя соответственно вышеназванным стандартам и рассматривать себя как ответственного за результат, когда это уместно.
- Инвестирование в дискомфорт — рассматривает дискомфорт как необходимую инвестицию в личный прогресс.
- Откладывание удовольствия — готовность отложить удовлетворение, чтобы получить награду позже; другими словами, готовность «делать вклад» в будущее.

Если пациент ищет полного удовлетворения и абсолютного счастья, ему нужно помочь признать свои негативные эмоции, такие как скука, разочарование, гнев, ревность и зависть. В терапии эмоциональных схем эмоции не делятся на плохие и хорошие — любые эмоции достойны того, чтобы их пережить. В задачи терапии эмоциональных схем не входит избавление пациента от грусти, злости, тревоги или страха. Цель данного подхода — помочь человеку принять все свои эмоции и научиться с ними жить. Метод «сделать ненормальное нормальным» помогает увидеть, что жизнь интересна и многогранна и стоит того, чтобы ее познавать. Человек, избегающий болезненных эмоций, может сказать: «Я не хочу больше влюбляться, потому что не хочу страдать». Это означает жизнь без любви и обязательств — пустую жизнь. Здесь можно задать вопрос: «Есть ли смысл в страданиях?» Серьезные обязательства часто связаны со страданиями; нельзя прожить жизнь, не испытав разочарований, крушения надежд и не столкнувшись со смертью. Терапия эмоциональных схем помогает пациентам увидеть смысл в болезненных чувствах (экспозиционные упражнения), без которых, как это ни странно, жизнь будет тусклой, одинокой и неинтересной. Терапевт способен помочь пациенту преодолеть экзистенциальный перфекционизм, отказаться от идеи рационального ума и принять жизнь с ее неоднозначностью. Осознав, чего не хватает в личных и деловых взаимоотношениях, пациент может понять, над чем ему работать. Терапевт же помогает научиться преодолевать трудности на этом пути («Отныне я человек, который не боится трудностей»). Задача не в том, чтобы жить легкой и беззаботной жизнью, а в том, чтобы наполнить ее смыслом.

Часть III. Направления и методы психотерапии

В терапии эмоциональных схем считается важным научить человека делать то, чего он не хочет, но что необходимо для достижения результата. Способность справляться со своими эмоциями — одновременно и цель, и средство работы. Цель терапии — научить выдерживать и переносить дискомфорт. Любая дискомфортная ситуация несет определенный смысл, учит стойкости и сопротивляемости невзгодам, воспитывает силу характера и волю. Терапия эмоциональных схем не ставит перед пациентом недостижимых целей и не склонна превращать терапевтический процесс в гонку за достижениями. Напротив, эмоционально-ориентированный терапевт призывает видеть пользу даже в недостатках. Учиться сталкиваться с трудностями, терпеть периодические неудачи и смиряться с собственным несовершенством — в этом и заключается истинная работа над собой. Терапия эмоциональных схем подробно освещается в многочисленных трудах Р. Лихи [1–5, 8].

Список литературы

1. Лихи Р. Не верь всему, что чувствуешь. Как тревога и депрессия заставляют нас поверить тому, чего нет. СПб.: Питер, 2021. 656 с.
2. Лихи Р. Техники когнитивной психотерапии. СПб.: Питер, 2019. 656 с.
3. Лихи Р. Терапия эмоциональных схем. СПб.: Питер, 2019. 448 с.
4. Лихи Р. Победы депрессию прежде, чем она победит тебя. СПб.: Питер, 2020. 288 с.
5. Лихи Р. Свобода от тревоги. Справься с тревогой, пока она не расправилась с тобой. СПб.: Питер, 2017. 400 с.
6. Гринбергер Д., Падески К.А. Разум рулит настроением. Измени свои мысли, привычки, здоровье, жизнь. СПб.: Питер, 2019. 416 с.
7. Фримен А., Бек А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. СПб.: Питер, 2018. 416 с.
8. Leahy R.L. Emotional Schema Therapy: Distinctive Features. 2019.
9. Heider F. The Psychology of Interpersonal Relations. New York: Wiley, 1958.
10. Kelley H.H. Attribution Theory in Social Psychology. Nebraska Symposium on Motivation. Lincoln, 1967. Vol. 15. P. 192–238.
11. Kelley H.H. The processes of causal attribution // Am. Psychol. 1973. Vol. 28. P. 107–128.

Часть III. Направления и методы психотерапии

21.7. Терапия принятия и ответственности

Терапия принятия и ответственности (иногда переводят как «приверженности») — АСТ (от англ. Acceptance and commitment therapy) [АСТ — обычно произносится как слово «акт», получившее второй смысл — действие (от англ. act)], — метод психотерапии, относящийся к когнитивно-поведенческому направлению психотерапии. Это модель поведенческой терапии, направленная на снижение стратегии избегания контакта с опытом (мыслями, чувствами, действиями, ощущениями) и когнитивной спутанности, с одной стороны, и побуждение пациента развивать поведение, направленное на реализацию персональных ценностей (жизненных смыслов) [14, 15], с другой. У АСТ имеются разные формы, в том числе версия под названием FACT (от англ. focused acceptance and commitment therapy — терапия, сфокусированная на принятии и ответственности).

АСТ основана в 1986 г. С.К. Хайесом. Первое задокументированное использование этого термина относится к 1991 г. Первоначально этот подход был назван всеобъемлющим дистанцированием. Это психотерапевтический метод, который разработан вместе со своей исследовательской программой, теорией реляционных фреймов RFT (от англ. relational frame theory) [9]. АСТ разрабатывается в рамках прагматической философии, называемой функциональным контекстуализмом. И АСТ, и теория реляционных фреймов основаны на концепции радикального бихевиоризма Б.Ф. Скиннера. В рамках теории реляционных фреймов язык рассматривается как выученное поведение, направленное на построение и реагирование на отношения между объектами и событиями, основанное на социальных поправках. Одно из допущений АСТ в том, что причина человеческих страданий заключается в особенностях использования языка.

АСТ относится к достаточно условно выделяемой когнитивно-поведенческой терапии третьей волны (в настоящее время сам С.К. Хайес, как и многие другие терапевты, критикует это название «третья волна»). Согласно классификации С.К. Хайеса, которой он придерживался до конца первого, начала второго десятилетия XXI в., первая волна началась в 1920-х годах на основе классического (респондентного) обусловливания И.П. Павлова и оперантного обусловливания Б.Ф. Скиннера, которое коррелировало с подкрепляющими последствиями. Вторая волна возникла в 1970-х годах и включала когнитивную терапию в форме иррациональных убеждений, дисфункциональных убеждений или депрессогенных атрибуций [20]. В конце 1980-х годов эмпирические ограничения и философские опасения второй волны привели к появлению теории АСТ С.К. Хайеса, изменившей фокус аномального поведения с содержания или формы на контекст, в котором оно происходит [20]. Жесткие представления людей о себе, их отсутствие сосредоточенности на том, что важно в их жизни, и их борьба за изменение ощущений, чувства или мысли, которые доставляют беспокойство, только усугубляют страдания [13].

С.К. Хайес описал третью волну в своем обращении к президенту АВСТ (от англ. Association for Behavioral and Cognitive Therapies — Ассоциация поведенческой и когнитивной терапии) следующим образом: «Основанная на эмпирическом, ориентированном на принципы подходе, третья волна поведенческой и когнитивной терапии особенно чувствительна к контексту и функциям психологических явлений, а не только к их форме, и, таким образом, имеет тенденцию подчеркивать контекстуальные и эмпирические стратегии изменения в дополнение к более прямым и дидактическим. Эти методы лечения, как правило, направлены на создание широкого, гибкого и эффективного репертуара, а не на устранение узко определенных проблем, и подчеркивают актуальность вопросов, которые они исследуют, как для терапевтов, так и для клиентов. Третья волна переформулирует и синтезирует предыдущие поколения поведенческой и когнитивной терапии и переносит их в вопросы, проблемы и области, ранее рассматривавшиеся в основном другими традициями, в надежде улучшить как понимание, так и результаты» [10].

АСТ, диалектическая поведенческая терапия DBT (от англ. Dialectical behavior therapy), функциональная аналитическая психотерапия FAP (от англ. Functional analytic psychotherapy), когнитивная терапия на основе осознанности (майндфулнесс) MBCT (от англ. Mindfulness-based cognitive therapy) и другие подходы, основанные на принятии и осознанности, были сгруппированы С.К. Хайесом под названием «третья волна когнитивно-поведенческой терапии» [21, 23]. Однако эта классификация подверглась критике, и не все с ней согласны [5, 16]. Например, Д. Дозуа и А.Т. Бек утверждали, что «новой волны» не существует и что существуют различные расширения когнитивной терапии. Например, схематическая терапия Дж. Янга появилась после когнитивной терапии А.Т. Бека, но Дж. Янг не назвал свои инновации «третьей волной» или «третьим поколением» когнитивно-поведенческой терапии. В отличие от традиционной когнитивно-поведенческой терапии АСТ предлагает не изменять свои мысли, переживания, чувства, а замечать их и принимать, даже если они неприятны, заняв позицию наблюдателя. Ведущий посыл АСТ заключается в том, что психологические страдания обычно вызываются избеганием опыта, когнитивной запутанностью и возникающей в результате психологической ригидностью, которая приводит к неспособности предпринимать действия в соответствии со своими основными ценностями. Целью АСТ

является не устранение сложных чувств, а в большей степени присутствие в том, что преподносит жизнь, с «движением к ценному поведению». АСТ приглашает людей быть открытыми разным чувствам и состояниям, включая дискомфортным и неприятным, чтобы научиться не реагировать на них слишком остро и не избегать ситуаций, в которых они возникают. Терапевтический эффект описывается авторами «позитивной спиралью, где лучшее понимание своих эмоций ведет к лучшему пониманию истины» [14, 15]. В АСТ «истина» измеряется через понятие «работоспособность», или то, что работает, чтобы сделать еще один шаг к тому, что имеет значение (например, ценности, смысл). АСТ основана на шести принципах, которые могут быть представлены в виде гексафлекса («танец в шестиугольнике», рис. 21.6, 21.7). Каждый принцип может реализоваться разными способами.

Часть III. Направления и методы психотерапии



Рис. 21.6. Модель гексафлекса из шести принципов («танец в шестиугольнике»), способствующих психологической гибкости



Рис. 21.7. Модель гексафлекса с шестью принципами, способствующими психологической ригидности

Определение принципов АСТ

Разделение (когнитивное распутывание). В отличие от классической когнитивно-поведенческой терапии, в АСТ практикуется иное отношение к негативным мыслям и переживаниям. Проходящий терапию проводит «разделение» со своими негативными мыслями, беря по отношению к ним «дистанцию», как бы смотря на них со стороны. Иногда для этого используются популярные метафоры: психотерапевт предлагает представить свой разум в качестве автобуса, наполненный пассажирами — мыслями, которые пытаются указать

водителю, куда ехать. Другой вариант дистанцирования — упражнение, в котором предлагается повторение навязчивой мысли про себя снова и снова, пока она не станет больше похожей на набор звуков. Такие примеры известны психотерапии и практикующим психотерапевтам уже давно, но в АСТ разделение и сам процесс дистанцирования позиционируется как важный и специфический процесс. По мнению Роберта Зеттле, отличия АСТ от «комплексного дистанцирования» главным образом концептуальные, а не технические, и были нужны в том числе для того, чтобы дистанцироваться от радикальных представлений Б.Ф. Скиннера [31].

Принятие. Это принятие и исследование неприятного переживания или ощущения, позволяющее прочувствовать его и пронаблюдать его динамику — изменение тревоги или боли. При этом переживание исследуется безоценочно, замечается его сила, то, как оно ощущается в теле, как проживается эмоционально. Во время этого не делаются попытки его оценочно обозначать, сдерживать или пытаться останавливать. Предлагается позволить нежелательным личным переживаниям, таким как мысли, чувства и побуждения приходить и уходить, не борясь с ними.

Контакт с настоящим моментом (присутствие в моменте). Фокусировка на настоящем моменте, на ощущениях из внешнего мира. Это достаточно подробно описанный во многих методах и школах психотерапии процесс (от гештальта до майндфулнесса). Одно из упражнений на поддержание контакта заключается во внимательном поедании пищевого продукта (например, изюма) с наиболее полным погружением в процесс рассмотрения его внешнего вида, изучение запаха, осознанным тактильным ощущением его поверхности и переживанием его вкуса (как достаточно популярное упражнение «майндфулнесс изюминки»). Использование осознанности в АСТ объединяет ее с другими методиками психотерапии «третьей волны», таким как МВСТ (от англ. Mindfulness based cognitive therapy — когнитивная терапия, основанная на майндфулнессе), ДБТ (от англ. Dialectical behavior therapy — Диалектическая поведенческая терапия) и FAP (от англ. Functional analytic psychotherapy — Функциональная аналитическая психотерапия) [23].

Позиция наблюдателя (наблюдающее Селф). Занятие позиции наблюдателя позволяет ощутить течение мыслей, чувств, переживаний и понять, что личность не отождествляется с ними, а также легче переживать неприятные состояния.

Ценности. Выбор самим человеком ценности, того, что он считает значимым и наиболее важным. В АСТ рекомендуется следовать своим ценностям и действовать в соответствии с ними, даже если в этом процессе психологическое состояние оказывается некомфортным или неблагоприятным.

Проактивность (мотивированное поведение). Характеризует действия человека, направленные на реализацию своих ценностей. С.К. Хайес подразделяет техники АСТ на три категории: техники осознанности, техники принятия и техники, связанные с ценностями.

Описание признаков ригидности. *Когнитивное спутывание* означает тенденцию человека застревать в ловушке содержания того, что он думает. Это приводит к преобладанию мышления над другими способами поведенческой регуляции. Под «думанием» в АСТ понимается любое произвольно возникающее символическое или сравнительное мышление, включающее, например, слова, догадки, мысли, знаки и образы.

Концептуализация «Селф» означает привязку к нарративу, истории, рассказываемой самому себе, что способствует застреванию в этом нарративе, касающегося прошлого или будущего и затмевающего настоящее. Это в свою очередь приводит к недостатку ясности или контакта с ценностями и смыслами, а также избеганию проживания настоящего с получением опыта. Концепция АСТ заключается в том, что психологические страдания обычно вызываются избеганием опыта, когнитивной запутанностью и возникающей в результате психологической ригидностью, которая приводит к неспособности предпринять необходимые поведенческие шаги в соответствии с основными ценностями [3]. В качестве простого способа обобщения модели, в АСТ считается, что суть многих проблем связана с концепциями, представленными в аббревиатуре FEAR [24], где F (от англ. fusion) — слияние с вашими мыслями, E (от англ. Evaluation) — оценка опыта, A (от англ. avoidance) — избегание вашего опыта, R (от англ. reason) — обоснование вашего поведения.

И здоровая альтернатива — **ДЕЙСТВОВАТЬ (АСТ):**

A (от англ. accept) — примите свои мысли и эмоции;

C (от англ. choose) — выберите ценное направление;

T (от англ. take action) — предпринимать действия.

С.К. Хайес выделяет три категории техник АСТ: техники осознанности, техники принятия и техники, связанные с ценностями [1]. Целью АСТ является не устранение сложных чувств, а скорее присутствие в том, что приносит жизнь, и «движение к ценному поведению» [20].

Терапия принятия и приверженности приглашает людей открыться неприятным чувствам, научиться не реагировать на них слишком остро и не избегать ситуаций, когда они вызываются. Его терапевтический эффект направлен на то, чтобы стать позитивной спиралью, где лучшее понимание своих эмоций ведет к лучшему пониманию истины [20]. В АСТ

«истина» измеряется через понятие «работоспособность» или то, что работает, чтобы сделать еще один шаг к тому, что имеет значение (например, ценности, смысл). АСТ учит принимать негативный опыт, неприятные эмоции, «просто замечать» и принимать свои личные события, особенно ранее нежелательные. АСТ направлена на то, чтобы помочь человеку прояснить свои личные ценности и принять меры в соответствии с ними, привнося больше позитивной энергии и смысла в процессе жизни, повышая психологическую гибкость [13].

Часть III. Направления и методы психотерапии

Ассоциация контекстуальной поведенческой науки занимается исследованиями и разработками в области АСТ, в теории реляционных фреймов и контекстуальной поведенческой науки в целом. По состоянию на 2021 г. в ней насчитывалось более 9000 членов по всему миру, примерно половина из которых находилась за пределами США. На веб-сайте Ассоциации контекстуальной поведенческой науки указано, что по состоянию на январь 2021 г. было проведено более 850 РКИ АСТ, более 280 метаанализов/систематических обзоров и 60 медиационных исследований литературы АСТ [11].

В 2006 г. было известно только о 30 РКИ, оценивающих АСТ [12], но в 2011 г. их число примерно удвоилось [27].

Итоги метаанализа 2008 г. показали, что фактические данные все еще слишком ограничены, чтобы АСТ можно было считать доказательным лечением, и вызвали методологические опасения по поводу исследовательской базы [23]. По метаанализу 2008 г. на тот момент эмпирические основания АСТ были недостаточны по сравнению с исследованиями классической КПТ в те же годы. Вместе с тем это исследование отмечает умеренный эффект от АСТ.

Метаанализ 2009 г. показал, что АСТ была более эффективной, чем плацебо и «лечение как обычно» (традиционный вариант) для большинства проблем (за исключением тревоги и депрессии), но не более эффективным, чем КПТ и другие традиционные методы лечения [24]. Метаанализ 2012 г. был более позитивным, по его результатам АСТ превзошел КПТ за исключением лечения депрессии и тревоги [28].

Обзор, проведенный в 2015 г., показал, что АСТ лучше, чем плацебо и типичное лечение тревожных расстройств, депрессии и зависимости [2]. Его эффективность была аналогична традиционным методам лечения, таким как КПТ [2]. Авторы предположили, что сравнение КПТ с предыдущим метаанализом 2012 г., возможно, было скомпрометировано включением неслучайных исследований с небольшими размерами выборки. Они также отметили, что методологии исследований улучшились со времени тех, что были применены в метаанализе 2008 г. [2].

Обзор 2017 г., обобщающий результаты 36 рандомизированных контролируемых испытаний, показал, что АСТ эффективна для лечения тревоги и депрессии, при этом ее эффективность приблизительно равна эффективности классических методов КПТ [19].

Метаанализ 2017 г. показал, что АСТ может быть эффективна для преодоления страданий от хронической боли (было замечено значимое увеличение принятия боли и психологической гибкости, которую развивают практики АСТ [9].

Акцент АСТ на постоянном осознании настоящего момента, ценных направлениях и целенаправленных действиях аналогичен другим психотерапевтическим подходам, включая такие как гештальт-терапия, терапия Морита и другие [6, 16, 29]. С.К. Хайес и его коллеги сами заявили в своей книге, где описана АСТ, что «многие или даже большинство техник в АСТ были заимствованы из других источников — из движения за человеческий потенциал, восточных традиций, поведенческой терапии, мистических традиций, и тому подобное» [14]. К. Уилсон, С.К. Хайес и М. Берд подробно исследовали совместимость между АСТ и 12-шаговым лечением зависимостей и утверждали, что в отличие от большинства других психотерапевтических методов оба подхода могут быть имплицитно или явно интегрированы из-за их широкой общности [30]. Оба подхода поддерживают принятие в качестве альтернативы непродуктивному контролю. АСТ подчеркивает безнадежность полагаться на неэффективные стратегии для контроля личного опыта, точно так же 12-шаговый подход подчеркивает принятие бессилия перед зависимостью. Оба подхода поощряют широкую переориентацию жизни, а не узкий фокус на отказе от употребления ПАВ, и оба придают большое значение долгосрочному проекту построения осмысленной жизни, соответствующей ценностям клиентов. АСТ и 12-шаговый подход поощряют прагматическую полезность культивирования трансцендентного самоощущения (высшей силы) в рамках нетрадиционной, индивидуализированной духовности. Наконец, они оба открыто принимают парадокс о том, что принятие является необходимым условием для перемен, и оба поощряют осознание ограничений человеческого мышления [30].

В некоторых опубликованных эмпирических исследованиях в области клинической психологии утверждается, что АСТ не отличается от других вмешательств [16]. С. Хофманн

утверждал, что АСТ похожа на гораздо более старую терапию Морита и на другие старые холистические и гуманистические методы лечения, и что терапевтические методы АСТ не исходят из специфичной для этой терапии (теория реляционных фреймов и контекстуальная наука) [17].

Метаанализ, проведенный L. Öst в 2008 г., продемонстрировал, что АСТ еще не квалифицируется как «эмпирически подтвержденное лечение», методология ее исследования была менее строгой, чем КПТ, а средний размер эффекта — умеренным [23]. Сторонники АСТ оспорили эти выводы, показав, что разница в качестве, описанная в обзоре L. Öst, была обусловлена большим количеством финансируемых исследований в группе сравнения КПТ [8].

В связи с распространением АСТ возник ряд проблем, как теоретических, так и эмпирических. Одной из основных теоретических проблем было то, что ведущие авторы этого метода и соответствующих теорий человеческого поведения, теории реляционных фреймов и функционального контекстуализма, рекомендовали свой подход как пресловутый святой грааль психологической терапии [26]. Позже, в предисловии ко второму изданию «Терапии принятия и приверженности», авторы пояснили, что «АСТ была создана не для того, чтобы подорвать традиции, из которых она произошла, и не претендует на то, чтобы быть панацеей» [15].

Психолог Дж.К. Койн в сообщении в блоге 2012 г., в котором обсуждались «разочарования и затруднения в брендинге психотерапии как подтвержденные доказательствами» [4], сообщил о фальсификации данных в ходе клинического испытания АСТ, которое якобы продемонстрировало, что АСТ эффективна в предотвращении повторной госпитализации психотических пациентов. Дж.К. Койн объяснил, что, когда он указал на эти недостатки, веб-сайт APADivision 12 (<https://div12.org/>) изменил рейтинг АСТ с «убедительных доказательств» на «скромную исследовательскую поддержку» данной терапии для лечения психоза, но он посчитал, что даже этот сниженный уровень одобрения был слишком сильным, и пришел к выводу: «Независимо от того, является ли АСТ эффективнее других методов лечения, как иногда утверждают ее сторонники, или же вопрос о том, эффективна ли она при психозах, остается спорным» [4].

Часть III. Направления и методы психотерапии

В 2016 г. У. О'Донохью и соавт. процитировали сообщение в блоге Дж.К. Койна в статье «Разработка, производство и отчетность о слабых и псевдотестах» и добавили, что, хотя «без сомнения, есть довольно хорошие исследования АСТ», они рассмотрели несколько испытаний АСТ, которые были «ослаблены и, таким образом, облегчены для прохождения», а также они перечислили более 30 способов, по которым такие испытания АСТ были «слабыми или псевдотестами» [22]. Опираясь на концепции философии науки К. Поппера и его критику психоанализа как невозможного для фальсификации, У. О'Донохью и его коллеги утверждали, что такие ослабленные испытания АСТ дают ложноположительные результаты, и вместо этого они выступали за строгое тестирование К. Поппера [22].

В учебнике «Системы психотерапии: транстеоретический анализ» содержится критика поведенческой терапии третьей волны, включая АСТ, с точки зрения других систем психотерапии [25].

Психолог Дж.У. Кантер сказал, что С.К. Хайес и его коллеги «утверждают, что эмпирической клинической психологии мешают ее усилия по облегчению человеческих страданий и представили контекстуальную поведенческую науку для устранения основных философских, теоретических и методологических недостатков в этой области. Она представляет собой множество хороших идей, но иногда ее перспективы затемняются чрезмерной пропагандой терапии принятия и ответственности и теории реляционных фреймов, а также снижением эффективности более ранних методов когнитивных и поведенческих изменений в отсутствие четкой логики и эмпирической поддержки» [18]. Тем не менее Дж.У. Кантер пришел к выводу, что «идеи контекстуальной поведенческой науки, теории реляционных фреймов и терапии принятия и ответственности заслуживают серьезного рассмотрения со стороны научного сообщества и имеют большой потенциал для формирования действительно прогрессивной клинической науки для руководства клинической практикой» [18].

В 2012 г. АСТ оказалась примерно такой же эффективной, как стандартная КПТ, при этом некоторые метаанализы показали небольшие различия в пользу АСТ, а другие — нет. Например, в метаанализе, опубликованном Ф. Руисом в 2012 г., были рассмотрены 16 исследований, сравнивающих АСТ со стандартной КПТ [28]. АСТ не удалось отделить от КПТ по величине эффекта для беспокойства, однако были обнаружены скромные преимущества АСТ по сравнению с КПТ для лечения депрессии и повышения качества жизни. Автор действительно обнаружил разделение между АСТ и КПТ по «первичному результату» — гетерогенному классу из 14 отдельных показателей результата, которые были объединены в

анализ размера эффекта. Этот анализ, однако, ограничен крайне неоднородным характером переменных результатов, используемых в нем, что имеет тенденцию к увеличению числа, необходимого для лечения, чтобы воспроизвести заявленный размер эффекта. Более ограниченные показатели, такие как депрессия, тревога и качество жизни, снижают этот показатель, делая анализ более клинически значимым, и по этим показателям АСТ не превзошел КПТ. Клиническое исследование 2012 г., проведенное Е. Форманом и соавт., показало, что КПТ А.Т. Бека дает лучшие результаты, чем АСТ [7].

Список литературы

1. Хайес С., Смит С. Перезагрузи мозг. Решение внутренних конфликтов. СПб.: Питер, 2014.
2. A-Tjak J.G.L., Davis M.L., Morina N. et al. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems (PDF) // *Psychother. Psychosom.* 2015. Vol. 84, N. 1. P. 30–36.
3. Cookson C., Luzon O., Newland J., Kingston J. Examining the role of cognitive fusion and experiential avoidance in predicting anxiety and depression // *Psychol. Psychother.* 2020. Vol. 93, N. 3. P. 456–473.
4. Coyne J.C. Troubles in the branding of psychotherapies as «evidence supported» // *plos.org*. PLOS, 2012 October 22. Archived from the original on 4 March 2016. Retrieved 4 May 2016.
5. Dozois D.J.A., Beck A.T. Cognitive therapy // *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy: Understanding and Applying the New Therapies* / Eds J.D. Herbert, E.M. Forman. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2011. P. 26–56.
6. Dougher M.J. This is not B.F. Skinner's behavior analysis: A review of Hayes, Strosahl, And Wilson's *Acceptance and Commitment Therapy* // *J. Appl. Behav. Anal.* 2002. Vol. 35, N. 3. P. 323–336.
7. Forman E.M., Shaw J.A., Goetter Elizabeth M. et al. Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing acceptance and commitment therapy and standard cognitive behavior therapy for anxiety and depression // *Behav. Ther.* 2012. Vol. 43, N. 4. P. 801–811.
8. Gaudiano B.A. Öst's (2008) methodological comparison of clinical trials of acceptance and commitment therapy versus cognitive behavior therapy: Matching apples with oranges? // *Behav. Res. Ther.* 2009. Vol. 47, N. 12. P. 1066–1070.
9. Harris R. Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy // *Psychother. Aust. J.* 2006. Vol. 12, N. 4.
10. Hayes S.C. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies // *Behav. Ther.* 2004. Vol. 35, N. 4. P. 639–665.
11. Hayes S.C. State of the ACT Evidence. Association for Contextual Behavioral Science. URL: <https://contextualscience.org>. Retrieved 2021-08-02.
12. Hayes S.C., Luoma J.B., Bond F.W. et al. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes // *Behav. Res. Ther.* 2006. Vol. 44, N. 1. P. 1–25.
13. Hayes S.C., Smith S.X. *Get out of your mind & into your life: The new acceptance & commitment therapy* // *A New Harbinger Self-Help Workbook*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, 2005.
14. Hayes S.C., Strosahl K., Wilson K.G. *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. 1st ed. New York: Guilford Press, 1999.
15. Hayes S.C., Strosahl K.D., Wilson K.G. *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2012.
16. Hofmann S.G., Asmundson G.J.G. Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? // *Clin. Psychol. Rev.* 2008. Vol. 28, N. 1. P. 1–16.
17. Hofmann S.G. Acceptance and commitment therapy: new wave or Morita therapy? // *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 2008. Vol. 15, N. 4. P. 280–285.
18. Kanter J.W. The vision of a progressive clinical science to guide clinical practice // *Behav. Ther.* 2013. Vol. 44, N. 2. P. 228–233.
19. Kohlenberg R., Hayes S., Tsai M. Radical behavioral psychotherapy: Two contemporary examples // *Clin. Psychol. Rev.* 1993. Vol. 13, N. 6. P. 579–592.
20. Leahy R.L. (Ed.). *Contemporary Cognitive Therapy: Theory, Research, and Practice*. New York: Guilford Press, 2004.
21. Martell C.R., Addis M.E., Jacobson N.S. *Depression in Context: Strategies for Guided Action*. New York: W.W. Norton, 2001. P. 197.
22. O'Donohue W., Snipes C., Soto C. The design, manufacture, and reporting of weak and pseudo-tests: The case of ACT // *J. Contemp. Psychother.* 2016. Vol. 46, N. 1. P. 37–40.
23. Öst L.-G. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis // *Behav. Res. Ther.* 2008. Vol. 46, N. 3. P. 296–321.
24. Powers M.B., Vörding M.B.Z., Emmelkamp P.M.G. Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review // *Psychother. Psychosom.* 2009. Vol. 78, N 2. P. 73–80.
25. Prochaska J.O., Norcross J.C. *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*. 8th ed. Stamford, CT: Cengage Learning, 2014. P 310–312.

26. Routier C.P. Relational frame theory (RFT) and acceptance and commitment therapy (ACT): Emperor's tailors or knights of the holy grail? // *Acta Comportament*. 2007. Vol. 15, N. 3. P. 45–69.
27. Ruiz F.J. A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies // *Int. J. Psychol. Psychol. Ther.* 2010. Vol. 10, N. 1. P. 125–62.
28. Ruiz F.J. Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence (PDF) // *Int. J. Psychol. Psychol. Ther.* 2012. Vol. 12, N. 3. P. 333–358.
29. Steven C. Hayes — Interview about ACT (Video). Los Mochis, Sinaloa, Mexico: Centro Integral de Psicología. 24 July 2017. Archived from the original on 2021-12-21. Retrieved 5 August 2021 — via YouTube.
30. Wilson K.G., Hayes S.C., Byrd M.R. Exploring compatibilities between acceptance and commitment therapy and 12-step treatment for substance abuse // *J. Rational-Emotive Cognitive-Behavior Ther.* 2000. Vol. 18, N. 4. P. 209–234.
31. Zettle R.D. The evolution of a contextual approach to therapy: From comprehensive distancing to ACT // *Int. J. Behav. Consult. Ther.* 2005. Vol. 1, N. 2.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Глава 22. Экзистенциально-гуманистическое направление в психотерапии

22.1. Экзистенциальная психотерапия

Несмотря на тот факт, что история экзистенциальной психотерапии начинается с 20-х годов XX в. и насчитывает уже почти 100 лет, четкая дефиниция этого направления терапии до сих пор не определена и вызывает дискуссии у специалистов. Термин «экзистенциальный» происходит от позднелатинского *existentia* — существование. В основе экзистенциального подхода в психотерапии лежит понимание клиента как существующего в мире. Прилагательное «экзистенциальный» относится к соответствующему мировоззрению, а экзистенциальной терапией называется психотерапевтический подход [29]. Экзистенциализм — это одно из ответвлений философской мысли, которая является основным, наряду с феноменологией, источником экзистенциализма, ведет свое начало от работ Серена Кьеркегора и Карла Ясперса. Следует отметить ключевые труды так называемых «поздних» экзистенциальных философов. Это такие фигуры, как Мартин Хайдеггер, Жан-Поль Сартр и Габриэль Марсель. Из отечественных ученых значимы работы Николай Бердяева и Льва Шестова. Экзистенциальная философия занимается природой человеческой сущности, ее существованием в современном мире, а также смыслом этого бытия для отдельного человека, она сосредоточена на непосредственных переживаниях индивида, его существовании и переживании этого существования. Особое влияние на экзистенциализм оказала феноменология Эдмунда Гуссерля.

Целый ряд клиницистов и психоаналитиков, проявивших интерес к взаимосвязи экзистенциальных концепций и психотерапии, оказали особое влияние на становление и развитие экзистенциальной психотерапии: это Людвиг Бинсвангер, Медард Босс, Эжен Минковски, Генри Элленбергер, Ульрих Соннеман, Людвиг Лефабр, Адриан ван Каам. Труды представителей «гуманистической психологии» (К. Роджерс, Л. Мамфорд, К. Голдстейн, Ф. Перлз, Ш. Бюлер, А. Маслоу, О. Хаксли) и так называемого «гуманистического психоанализа» (О. Ранк, К. Хорни, Э. Фромм, Х. Кайзер) также легли в основу этого подхода [28]. Наиболее значимые наши современники, чьи работы фактически являются источниками экзистенциальной психотерапии как направления — Ролло Мэй, Джеймс Бюдженталь, Рональд Д. Лэйнг, Виктор Франкл, Альфред Лэнгле, Ирвин Ялом, Алис Хольцкей-Кунц, Эмми ван Дорзен, Эрнесто Спинелли, Кирк Шнайдер, Римантас Кочюнас.

Единая задача как философа, так и психотерапевта — снятие подавления, ознакомление индивида с тем, что тот на самом деле всегда знал [43]. Именно поэтому многие ведущие экзистенциальные мыслители и клиницисты (А. Камю, Ж.-П. Сартр, М. Унамуно, М. Бубер, О. Хаксли, Дж. Бюдженталь, да и сам И. Ялом) философской аргументации предпочитают литературную форму. Эту же традицию можно обнаружить еще в работах Зигмунда Фрейда [22]. Мы также можем встретить экзистенциальные идеи, принципы и высказывания в произведениях великих писателей (Франц Кафка, Лев Толстой, Федор Достоевский). Р. Мэй писал, что сейчас экзистенциализм стал своего рода стилем жизни, побуждающим человека использовать и принимать свою тревогу конструктивным образом [15].

Определение экзистенциальной психотерапии. Прежде чем дать некоторые определения направления, необходимо указать на специфические трудности, вытекающие из самой природы метода. Подчеркивается, что многие психотерапевты, в частности Л. Бинсвангер, склонны отвергать всякие попытки систематизировать экзистенциальный подход [29]. Утверждается также, что этот подход представляет собой прежде всего философию, отношение, способ мышления, анализ и чувство; и поэтому достаточно сложно

объяснить стратегию действий консультанта [15]. Говорится, что экзистенциальная психотерапия скорее философия психотерапии, чем система [30]. Р. Кочюнас [16] приводит слова Э. ван Дорцен-Смит (E. Van Deurzen-Smith): «экзистенциальная психотерапия является только маленькой репетицией жизни» [2].

Одним из ключевых отличий экзистенциального подхода от других направлений психотерапии является именно ее взаимосвязь с экзистенциальной философией. Общеизвестно, что основу любой психотерапии, как практического метода, составляет та или иная философия. Огромное количество литературы посвящено связи философии и психоанализа, многие философы критически переосмысливали психоаналитические теории, а психоаналитики, начиная с самого З. Фрейда, рассматривали в своих работах философские проблемы. Идеи позитивизма лежат в основе когнитивно-поведенческого направления терапии и т.д. Однако есть существенное отличие. До возникновения экзистенциального направления первоначально формировалась именно психотерапия как специфическая область практической деятельности, и только позднее сами психотерапевты, как, например, З. Фрейд или профессиональные философы, пытались расширить поле применения и понимания того или иного психотерапевтического подхода, переосмысливая его с точки зрения философии. В экзистенциальной психотерапии сложилась прямо противоположная ситуация. Изначально существовала именно экзистенциальная философия. А психиатры/психотерапевты, ознакомившись с ее идеями, на основании этой философии попытались создать новый метод терапии, используя уже имеющиеся философские подходы, доктрины, методы (феноменологический, например). Именно поэтому образование экзистенциального терапевта начинается и основывается на изучении экзистенциальной философии. Этим отличием объясняется достаточно необычный и/или специфический язык и философская терминология, присутствующая во многих работах экзистенциальных психотерапевтов, зачастую затрудняющая их восприятие для неподготовленного читателя, пусть даже и специалиста.

В разнообразных определениях также обнаруживается различное понимание места экзистенциальной терапии среди других психотерапевтических направлений. Психотерапевтическая энциклопедия [31] дает следующее определение: «Собирательное понятие для обозначения психотерапевтических подходов, в которых делается упор на «свободную волю», свободное развитие личности, осознание ответственности человека за формирование собственного внутреннего мира и выбор жизненного пути». На наш взгляд данное определение не проводит важной дифференциации экзистенциального и гуманистического направлений. С. Паттерсон, Э. Уоткинс пишут, что в основе экзистенциального подхода в психотерапии лежит понимание клиента как существующего в мире [29]. Прилагательное «экзистенциальный» относится к соответствующему мировоззрению, а экзистенциальной терапией называется психотерапевтический подход. Э. ван Дорцен-Смит дает более развернутое описание процесса терапии, которое позволяет лучше понять ее особенности: «Экзистенциальный подход в консультировании сосредоточивается на исследовании особого способа видения жизни, мира и себя самой. Цель состоит в том, чтобы помочь личности установить, что же является для нее имеющим значение, так чтобы она могла начать чувствовать себя в большей гармонии с собой, а, следовательно, более настоящей и живой. Прежде чем личность может переделать свой образ жизни в соответствии со своими приоритетами, она должна рассмотреть свои собственные предубеждения и предположения, стоящие на пути индивидуального развития. Многие из того, что всегда принималось как само собой разумеющееся, должно быть подвергнуто переоценке в свете поиска правды о жизни» [14]. Э. ван Дорцен-Смит в одном из своих выступлений приводит идею М. Хайдеггера, в которой наше переживание мира сравнивается с преломлением светового луча в линзе, в результате чего возникают различные цвета спектра. Каким образом мы переживаем наш мир? Наше восприятие является таким своеобразным кристаллом. В зависимости от нашего состояния мы подбираем (ловим) сообщения, настроения и атмосферу. Мы меняем тон (оттенки) и в свою очередь влияем на мир. Мы интерпретируем значения. Мы ищем глубоко ощущаемый опыт, связь, участие. Мы резонируем. И этот резонанс каждый раз может быть различным. У нас нет какой-то объективной реальности, такой, какая она есть. Мы каждый раз преломляем ее по-разному. И проблема в том, если говорить о клинических проявлениях, что это преломление становится застывшим, неизменным. Ситуация меняется, а клиент все время видит ее одинаково. Он видит, условно говоря, только часть спектра. Задача психотерапевта совместно с клиентом исследовать этот процесс, понять, что заставляет его именно так переживать окружающий мир.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Э. Спинелли [36] продолжает эту мысль: «Если и есть у экзистенциальной терапии какая-либо наивысшая цель, то состоит она ... в том, чтобы предлагать людям способы исследования, конфронтации, прояснения и переоценки их понимания жизни, проблем, встречаемых ими на всем протяжении жизни, и ограничений, налагаемых на возможности, присущие бытию в мире... То, что в других подходах относится к категории невротических или психотических защитных механизмов, экзистенциальными психотерапевтами понимается более корректно — как блокировки, налагаемые взаимоотношениями и препятствующие аутентичной жизни; блокировки, вызванные желанием человека уклониться от той неотвратимой тревоги, которую возможности аутентичной жизни вносят в его/ее обычный способ бытия или мировоззрение». В этом определении вновь звучит понятие «исследование» — ключевое для экзистенциального подхода, и в этом контексте конфронтационное с традиционной медицинской моделью терапии, в которой под исследованием понимается некое изучение самого пациента, его расстройства, осуществляемое специалистом, а не совместный процесс постепенного понимания способов проживания жизни конкретного человека.

Нами было предложено следующее определение, базирующееся на подходе И. Ялома: экзистенциальная психотерапия — динамическая теория, в которой основной акцент делается на встрече клиента с главными, базовыми вопросами, данностями своей жизни и на противостоянии универсальным экзистенциальным беспокойствам [2]. Отдавая должное медицинской модели психотерапии, мы, тем не менее, считаем, что экзистенциальная психотерапия выходит за рамки данной модели и при ее описании, например, термин «клиент» может употребляться наряду с термином «пациент» [3]. Экзистенциальная традиция подчеркивает ограниченность и трагичность человеческого существования. Она выросла из желания помочь людям разрешить основные дилеммы современности, такие как изоляция, отчужденность, бессмысленность и страх смерти.

Экзистенциальная психотерапия (от англ. *existential therapy*) — одно из направлений гуманистической психологии, которое ставит своей задачей справиться с отчаянием человека и фокусируется на базисных проблемах существования индивидуума. В настоящее время выделяют ряд очень разных психотерапевтических подходов, обозначающих одним и тем же термином «экзистенциальная терапия». Она также объединяет гуманистический и экзистенциальный подходы. Более четкое определение говорит, что экзистенциальная психотерапия выросла из идей экзистенциальной философии и психологии, которые сосредоточены не на изучении проявлений психики человека, а на самой его жизни в неразрывной связи с миром и другими людьми (тут-бытие, бытие-в-мире, бытие-вместе). Согласно Г. Эллиенбергу, экзистенциальная психотерапия — это приложение некоторых экзистенциальных понятий к психотерапии (<http://ru.wikipedia.org>).

Р.Д. Лэйнг принадлежит определение, которое в полной мере может быть отнесено и к экзистенциальной терапии: «Психотерапия должна оставаться постоянной попыткой двух людей восстановить полноту человеческого бытия путем взаимоотношений между ними» [24]. Акцент на полноте бытия через установление отношений без подчеркивания кто именно из этих людей является клиентом/пациентом, а кто терапевтом характерен для философии этого подхода.

В 2014–2015 гг. Международная федерация экзистенциальных терапевтов сформировала рабочую группу для выработки *дефиниции экзистенциальной терапии*. В результате был составлен девятистраничный документ, в котором отмечается, что данная версия является лишь текущей, и совместный поиск продолжается. Подчеркивается, что «экзистенциальная терапия — это философский подход к консультированию или психотерапии, ... характеризующийся подчеркнутым вниманием к связанности, спонтанности, гибкости и свободе от доктрин и догм. В силу этих ключевых качеств многим экзистенциальным терапевтам попытка закрепить определение экзистенциальной терапии представляется противоречивой». «В целом, экзистенциальная терапия состоит из совместного исследования жизни и опыта клиентов и пациентов. Первичное внимание уделяется природе и качеству терапевтических отношений "здесь и сейчас", а также исследованию отношений клиентов и их контекстных переживаемых миров вне консультаций. Опираясь на прочные философские основы, экзистенциальная терапия фокусируется на самом состоянии человека с множеством аспектов — от трагического до удивительного, от ужасного до прекрасного, от материального до духовного. Более того, человеческий опыт признается неотделимым от плана существования, "бытия-в-мире", в котором все мы постоянно и неизбежно участвуем». «Цель экзистенциальной терапии — прояснить путь, на котором каждая уникальная личность, с учетом некоторых неизбежных ограничений и определяющих факторов, выбирает, создает и поддерживает свой способ бытия в мире... В конечном итоге, можно сказать, что экзистенциальная терапия рассматривает основные и вечные вопросы человеческого существования: "Кто я?", "Какова моя цель в жизни?", "Свободен я или моя жизнь предопределена?", "Как быть с тем, что я смертен?", "Имеет ли мое существование какой-то смысл или значение?" и "Как мне прожить свою жизнь?"» [25].

Дефиниция дает свой ответ на вопрос — как работает экзистенциальная терапия? «На практике экзистенциальная терапия исследует чувства, мысли и динамические взаимодействия клиента “здесь и сейчас”, в рамках данных отношений с другими людьми с целью более ясного понимания мира прошлого опыта, текущих событий и будущих ожиданий. Это уважительные, сочувственные, поддерживающие и в то же время совершенно реальные встречи вместе с феноменологическим подходом позволяют более точно понять и описательно рассмотреть бытие личности в мире».

«Общая цель экзистенциальной терапии — позволить клиенту исследовать их жизненный опыт честно, открыто и всеобъемлюще... Терапевт помогает клиентам принять свое существование и взять ответственность за выбор вида своей жизни. Таким образом, это также дает им импульс выбирать способы бытия в настоящем и будущем, которые сами они признают наиболее удовлетворительными, осмысленными и естественными». Это определение подчеркивает специфическую позицию экзистенциального терапевта, избегающего роли эксперта в жизни и, тем более, в жизни своего клиента. В связи с этим можно упомянуть, что М. Хайдеггер, например, описывает возможности Быть, а не предписывает формы Быть [33].

Завершая обзор определений экзистенциальной терапии, можно согласиться с Р. Кочюнасом [18], который предлагает рассматривать данный термин как некий «зонт», под которым помещаются разные его понимания и определения. При этом «в рамках этих общих и весьма просторных положений каждый практикующий экзистенциальную терапию может расставлять свои акценты».

Часть III. Направления и методы психотерапии

Отличия экзистенциальной и гуманистической психотерапии. Традиционно третье основное направление психотерапии определяется как экзистенциально-гуманистическое. И во многих, ранее упоминаемых нами определениях, подчеркивается эта близость подходов. Однако при более детальном рассмотрении происхождения терминов ситуация меняется. Сами понятия «гуманистическая психология» и «гуманистическая психотерапия» возникли в США в середине XX в. в качестве специфического ответа на господство бихевиоризма и психоанализа в области психического здоровья [5]. В европейской традиции еще до Второй мировой войны речь шла именно об экзистенциальной терапии (анализе). Европейские экзистенциальные терапевты — это в большинстве своем психиатры, американские гуманистические терапевты-психологи. При этом антифрейдистская риторика у гуманистических психологов в США европейцам казалась чрезмерной. Таким образом, понятие «экзистенциально-гуманистическая терапия» правомочно использовать только по отношению к американской психологии. Эта терапия уже в послевоенное время активно распространилась и в европейской среде в связи с экспансией «заокеанских» методов психотерапии. При этом, безусловно, отмечаются и некоторые общие черты подходов. Например, трактовка симптома как привлечение внимания к пренебрежению «настоящим делом своей жизни»; акцент на роли самоавторства или самоопределения в формировании нашего характера, поведения и личного выбора в том, кто мы есть и кем становимся; а также приверженность к старой европейской традиции литературного и философского гуманизма [5].

Брент Роббинс — профессор и руководитель программ по клинической психологии университета Point Park (г. Питтсбург, США), паст-Президент Общества гуманистической психологии США (дивизион 32-й Американской психологической ассоциации), специалист по экзистенциальной и гуманистической психологии и психотерапии говорил, что различия между экзистенциальной и гуманистической терапией в большей степени зависят от того, «где вы находитесь». В Европе эти различия обычно подчеркиваются, а американские специалисты скорее склонны к объединению и рассматривают направление как некое единое движение. Возможно в этом находит свое отражение различие европейской (склонной к большей дифференциации и подчеркиванию различий) и американской (теория плавильного котла и т.п.) ментальности.

Можно привести следующие концептуальные различия экзистенциально-феноменологической и гуманистической психотерапии: там, где гуманисты видят потребность, экзистенциалисты видят выбор; там, где гуманисты видят дорогу к позитивному и автоматическому росту, экзистенциалисты видят тревогу и страх быть свободным и одинаковые возможности как для роста, так и для распада [14]. Д.А. Леонтьев считает, что гуманистический подход «приписывает человеку некоторые заданные потенции, ... природу, ... которая актуализируется в процессе развития» [21]. Развитие — это разворачивание того, что уже в человеке заложено... К. Роджерс приписывает определение направленности развития, которое называет «тенденцией к актуализации», биологической природе человека, содержащей определенный набор потенций. Для экзистенциального подхода, во всяком

случае, его онтологического направления, характерно определение Ж.-П. Сартра: «Существование предшествует сущности», которое подчеркивает отсутствие какой-либо предзаданной природы человека. Можно также говорить о принципиально различном понимании природы и сути добра и зла у этих подходов. По словам Д.А. Леонтьева [21], «Роджерс настаивает, что природе человека присуще изначальное добро, а источник зла лежит вне природы человека, где-то во внешней реальности... Р. Мэй достаточно убедительно возразил ему, что зло вообще нельзя объяснить, если считать, что в природе человека заложено лишь добро. С точки зрения экзистенциалистского подхода, человек не расположен априори ни к добру, ни к злу. Он выбирает либо то, либо другое, а тем самым творит и то, и другое. Он открыт тому и другому» [21].

По мнению И. Ялома [43], экзистенциальная традиция всегда подчеркивала человеческие ограничения, трагическую сторону существования... и конфронтации с тревогой неопределенности, и не-бытия и ее принятия. Гуманистическое направление в противовес экзистенциальному в первую очередь говорит о развитии потенциала, чем об ограничении и игре случая; больше о сознании, чем о принятии; больше о пиковых переживаниях и глубинном единстве, чем об экзистенциальной тревоге; больше о самореализации, чем о смысле жизни; больше о Я-Ты отношениях и встрече, нежели об отчужденности и базовой изоляции.

В. Jacobsen приводит следующие главные различия с фокусом внимания к тому, что является предметом данной дисциплины. Гуманистическая психология фокусируется на человеческих потенциалах и возможностях, подчеркивает позитивные изменения в жизни, применяет преимущественно методы феноменологического исследования (изучение человеческой жизни изнутри). Экзистенциальная психология фокусируется на сущностных жизненных дилеммах и больших вопросах жизни, подчеркивает как позитивные, так и негативные измерения жизни, при этом также применяет преимущественно методы феноменологического исследования (изучение человеческой жизни изнутри) [10].

Как известно, близкородственное взаимодействие всегда характеризуется более сильной конкуренцией. Критика экзистенциалистов гуманистического подхода не осталась без ответа. Можно привести цитату А. Маслоу: «Я думаю, что не следует слишком серьезно воспринимать занудство экзистенциалистов по поводу ужаса, мук, отчаяния и тому подобного, единственное лекарство от которого они видят в том, чтобы закусить губы. Это всего лишь интеллектуальное хныканье вселенского масштаба». При этом А. Маслоу поддерживал Р. Мэя в его усилиях по продвижению экзистенциального подхода в США, написал раздел в его сборнике, с которого началось знакомство с новым «европейским подходом» в терапии и т.п. А. Маслоу пытался избежать различий, разделяя экзистенциалистов на «да»-экзистенциалистов, отдающих предпочтение позитивному мировоззрению, и «нет»-экзистенциалистов, подчеркивающих трагические аспекты существования [10].

Можно представить следующие основания принадлежности психотерапевта к экзистенциальной терапии. Условно можно выделить два полюса понимания экзистенциальной психотерапии. Для одного, представленного мнением И. Ялома, — нет отдельной школы экзистенциальной терапии. Речь идет о наиболее «глубинной» области любого терапевтического подхода. В этом случае мы говорим об экзистенциальной терапии, когда с конкретным клиентом прорабатываются определенные экзистенциальные данности или ключевые темы терапии (отношение к смерти, одиночество, свобода, отсутствие смысла). С точки зрения Р. Кочюнаса в этом случае можно говорить о так называемой «тематической экзистенциальной терапии». Здесь возникает закономерное возражение: как выбрать критерии того, что тема является экзистенциальной? Любая терапия говорит о жизни, конечности, одиночестве и т.п. На другом полюсе определение экзистенциальной терапии как особого способа понимания клиента, системы внутренних установок, понимания мира, жизни, бытия. Во главу угла ставится определенное мировоззрение, способ бытия с клиентом, то, что проживается в процессе терапии. Этот взгляд более характерен для профессионалов, относящих себя именно к экзистенциальной традиции. При этом, как уже отмечалось в дефиниции Международной федерации экзистенциальной терапии, здесь также есть различные точки зрения, например, насколько сам терапевт рефлексировал свое мировоззрение, насколько это определяет способы и/или техники его работы и т.д.

Часть III. Направления и методы психотерапии

В заключение можно привести предложение Э. Спинелли: пора «перестать искать ответ на вопрос: “Что такое экзистенциальная терапия?” — и больше заниматься вопросами: “Когда есть экзистенциальная терапия? Что я делаю, когда говорю, что занимаюсь экзистенциальной терапией?”» [18].

Общие темы экзистенциальной психотерапии. С. Паттерсон и Э. Уоткинс [29], пытаясь объединить многообразие экзистенциальных подходов, выделяют следующие общие темы экзистенциальной терапии.

1. Люди отличаются от всех других существ способностью осознавать себя (Dasein) (от нем. dasein — бытие, выбор, ответственность, свобода). Главная идея в том, что человек осознает, что он существует, а все остальные существа просто живут и умирают. Человек единственное существо во вселенной, которое понимает, например, что он не просто живет, но когда-то умрет, что жизнь конечна. И это понимание неизбежно оказывает влияние на всю его жизнь здесь и сейчас. Именно способность осознавать свое существование ведет к таким последствиям как переживание свободы и тревоги, необходимость делать выбор и нести за это ответственность, поиску смысла своего существования и т.п.
2. «Невозможность думать о субъекте и мире порознь» (A. van Kaam). Это описывается такими терминами, как участие, встреча, присутствие, Dasein. Речь идет о попытке преодолеть Декартовскую дихотомию субъекта и объекта. Традиционная философия и естественно-научный подход в психологии четко разделяет объект/пациента и независимого наблюдателя/специалиста, с этой точки зрения есть реальность, а есть субъективные переживания, есть возможность выносить «объективные», то есть независимые суждения о внешних объектах и т.п. Субъект-объектную дихотомию Л. Бинсвангер называет «болезненным местом психологии и по сей день...» [28]. В противоположность этой точки зрения экзистенциальное мировоззрение пытается думать о субъекте и объекте как о чем-то едином, неделимом, совместном. «Человек как субъект никак не может быть отделен от объекта, который он наблюдает. Смысл объективного факта зависит от отношения субъекта к нему. Люди существуют в мире, частью которого они являются — это так называемое «бытие-в-мире». Отношение к человеку как к существующему, осуществляемому собственный опыт бытия, в том числе в процессе психотерапии, приводит к отказу от понимания индивида как совокупности тех или иных зафиксированных субстанций, моделей, типов и т.п. Например, с точки зрения Р. Мэя утверждение может быть верным, не являясь при этом реальным. Мы можем говорить о существенной разнице между абстрактно верным утверждением и экзистенциальной реальностью для конкретного человека. «Представление человека субъектом или объектом заканчивается потерей человека, который реально живет и существует» [28].
3. Человек не статичен, он постоянно существует в состоянии становления, перехода, эволюции — бытия. Нет зафиксированного, стабильного состояния, есть постоянная динамика, изменение. Некоторые представители экзистенциального подхода в связи с этим негативно или с большой долей осторожности относятся, например, к классификациям, типологиям и т.п. Выставляя тот или иной диагноз, я, таким образом, закрепляю этикетированный образ клиента, отказывая ему в развитии, лишая или ограничивая его существования возможности дальнейшего изменения и развития. Речь идет не об отказе от определенных понятий. Используя конкретную терминологию, «насколько я отдаю себе отчет в том, свободен или несвободен я от давления этой терминологии. Я использую ее как механизм, помогающий инструмент? Или все-таки это этикетка, которую я вешаю на человека, шоры, которые сужают мое восприятие клиента/пациента, самого себя и происходящего между нами?» В.Е. Каган [12] дает следующее определение экзистенции, хорошо иллюстрирующее как идею преодоления субъект-объектной дихотомии, так и постоянного становления: экзистенция есть «переживание человеком соотношения себя с миром в динамике своего бытия в мире».
4. Бытие предполагает факт небытия. Осознание факта смерти и делает жизнь реальной и наполненной. Мы можем существовать, быть подлинными, только в конфронтации с экзистенциальной тревогой, проживая неотвратимую конечность нашей жизни. Идея смерти необходима для того, чтобы жизнь оставалась интересной и захватывала нас целиком. Мы осознаем изоляцию, небытие, утрату индивидуальной значимости или идентичности, отчуждение или пустоту [43]. Избегание этих переживаний приводит к неподлинному существованию, что, в свою очередь является источником психопатологических расстройств. «Вопрос о смерти "чешется" беспрерывно, — писал И. Ялом, — не оставляя нас ни на миг; стучится в дверь нашего существования, тихонько, едва уловимо шелестя у самых границ сознательного и бессознательного. Спрятанный, замаскированный, пробивающийся наружу в виде разнообразных симптомов, именно страх смерти является источником многих беспокойств, стрессов и конфликтов» [45].
5. Экзистенциальная тревога — онтологическая особенность человека, заложенная в самом факте его существования (Р. Мэй). Мы люди, поэтому мы тревожны, и это то, от чего нельзя избавиться. Тревога всегда является следствием постоянно существующих конфликтов между бытием и небытием, между имеющимися потенциальными возможностями и угрозой утраты безопасности и т.п. Тревога всегда сопутствует свободе. «Человек обречен на тревогу, как он обречен на свободу. Тревога — это неизбежное состояние человека, сталкивающегося со своей свободой — свободой выборов и возможностей» (Л. Бинсвангер).

6. Каждый человек уникален и значим, не сводим к интроспекции социальных и этических норм, он творит так называемый «собственный мир», переживает ощущение самоидентичности или бытия-в-себе. Соответственно индивид не является лишь проявлением тех или иных социальных нормативов, представлений окружающих о нем или ограничений, а является уникальным, единственным, незаменимым, и, следовательно, значимым.

Часть III. Направления и методы психотерапии

7. Способность выходить за рамки текущей ситуации, самотрансцендироваться. Люди обладают способностью выходить за рамки текущей ситуации, быть свободными, в том числе и от своего прошлого. Сам термин существовать буквально обозначает «выделяться; возникать». Человек «воплощает трансценденцию в концепции возможного, в привнесении прошлого и будущего в настоящее, в символическом мышлении, во взгляде на себя глазами других и, что особенно характерно, в способности осознавать себя действующими, видеть себя одновременно субъектом и объектом. Способность к трансценденции является основой свободы, поскольку открывает возможность выбора». Однако жизнь и переживание свободы всегда имеют ограничения, которые необходимо принять. «Мы — существа, созданные по своему собственному проекту, и идея свободы страшит нас, поскольку предполагает, что под нами — пустота, абсолютная "безосновность"» (И. Ялом) [43].

8. Современный человек отличается нарастающим отчуждением от мира и сообщества. Все чаще мы имеем дело с такими проявлениями как жалобы на одиночество, изоляцию, деперсонализацию и отстраненность. Утрата индивидом чувства бытия и потеря им своего мира являются главными причинами тревоги и отчаяния современного человека. Для литературы XX в. характерен образ человека, который является посторонним как в своем собственном мире, так и посторонним для других людей, «как бездомный в состоянии неопределенности и испуга... он всегда обречен на скитания в безмолвном отчаянии, отрезанный от внешнего мира, бездомный и посторонний» (А. Камю «Посторонний», Ф. Кафка «Замок» и др.) [28].

Феноменологический метод и экзистенциальная психотерапия. Основы феноменологии связаны, в первую очередь, с Э. Гуссерлем, и с его работой «Логические исследования». Сегодня мы можем говорить о широком феноменологическом движении, включающем подходы М. Шеллера, М. Хайдеггера, Э. Левинаса, М. Ришира и др. Феноменология (от греч. *φαινόμενον* и *λόγος* — «феномен» и «логос», учение о феноменах/явлениях) — это обозначение философского движения, а также своеобразной практики осмысления, пытающейся проникнуть к истокам человеческого опыта и познания. Феноменологический метод, как пишет Н.А. Артеменко [1], одна из авторитетнейших отечественных феноменологов, «рассматривался как способ интуитивного прояснения, рефлексивного анализа и всестороннего описания разного рода предметного содержания, представленного в сознании, позволяющий привести к ясности, строгости и адекватности используемые нами философские, научные понятия и положения. Феноменологический метод представляет собой попытку уделять феноменам более полное внимание, своеобразную попытку обогатить мир нашего опыта, показав некоторое из его ранее игнорированных аспектов». Говоря словами Э. Гуссерля, «феноменология "наука об истинных началах", об истоках; ее метод — это феноменологическое постижение сущности, освобожденное от догматизма метафизического всезнания, от косвенно символизирующих и математизирующих методов, от аппарата умозаключений и доказательств». «Наука об истинных началах» — известное определение феноменологии Э. Гуссерля, как и его знаменитый призыв «назад к самим вещам». Это очень важно для непредвзятого и ясного понимания пациента/клиента, который приходит к врачу-психотерапевту или психологу. И чем больше мы будем свободны от искажающих наше восприятие установок, каких-либо predispositions и будем рассматривать клиента не предубежденно, тем лучше мы будем устанавливать с ним контакт, и в том числе лучше будем его лечить и/или консультировать.

Сегодня феноменология в научных кругах и среди практикующих специалистов становится модной темой, неоднократно на различных конференциях и семинарах обращаются к этому понятию. Однако многие авторы, в частности А. Улановский [38], пишут, что сейчас термин феноменология в быденном и даже научном использовании является простым синонимом описания, в психиатрии синонимом синдрома или симптомокомплекса, то есть скорее используется с таким дополнительным научным флером. Сказать о каком-то явлении или проблеме, что я привожу его описание, это просто и банально, а заявление, что это, например, «феноменология агрессии», а не просто «описание агрессии», звучит значимее, более научно. Хотя, на самом деле, мы можем говорить о феноменологии лишь тогда, когда речь идет о досконально описательном беспредпосылочном исследовании чего-либо [39]. В данном случае симптоматики клиента, его переживаний и проблем. И именно с этой

точки зрения феноменология имеет специфику, специфическую область рассмотрения, а не просто описание чего бы то ни было.

Ключевая особенность феноменологии состоит в том, что это, прежде всего, метод познания, а не система взглядов или идей [32]. И поскольку это метод познания, его следует принимать и практиковать как способ или стиль, как говорил М. Мерло-Понти [26]. Соответственно, как любой метод или способ его можно практиковать и совершенствовать. И, опять же, как любому методу или способу работы, ему необходимо обучиться и обучиться в практике, а не просто через теоретическое знакомство с трудами основоположников феноменологического направления. При этом следует понимать, что с философской точки зрения цель феноменологии, как писала Э. Штайн [42], — прояснение и вместе с тем предельное обоснование всего познания.

Феноменология изначально была взята на вооружение психиатрами, психологами, психотерапевтами. Можно лишь перечислить наиболее видных представителей так называемой «феноменологической психиатрии» — это Л. Бинсвангер, Э. Минковски, Э. Страус, А. Кронфельд, В.Е. фон Гебсаттель, Г. Элленбергер и др. Многие исследователи, в частности О. Власова [7], считают, что феноменологическую психиатрию вообще сложно отделить от экзистенциальной психологии и психотерапии, это весьма близкие, взаимопроникающие дисциплины или области знания и практики. Следует особо выделить К. Ясперса и его «Общую психопатологию», вышедшую в 1913-м году, где целые разделы посвящены феноменологическому описанию психопатологической симптоматики, понимающей психологии и в том числе теоретическому пониманию феноменологии [45]. По мнению К. Ясперса, медицинские науки (анатомия, физиология, терапия и др.) не имеют дело с личностью человека. С точки зрения этих наук человек не отличается от животного. Они забывают о том, что человек уникален, что обладает свободой, рефлексией, духом, что в отличие от животных он не наделен врожденной способностью к адаптации, поэтому формирует себя сам. Сам ищет путь в жизни. Любая психическая болезнь вовлекает не только дух, но душу, поэтому в психопатологии всегда присутствует проблема «человеческого» [8]. «Когда объектом исследования становится человек во всей полноте "человеческого", а не просто человек как биологический вид, психопатология обнаруживает свойство гуманитарной науки» [45].

Часть III. Направления и методы психотерапии

С определенной долей условности можно сказать, что в центре внимания феноменолога находятся следующие три базовых понятия или принципа. Во-первых, это переживания, данные ему непосредственно в опыте. Во-вторых, это беспредпосылочное рассмотрение чего бы то ни было. И только на этом фоне (третьим шагом) возможно появление или открытие новых смыслов. Кратко остановимся на основных теоретических принципах феноменологии. Первым из них является принцип беспредпосылочности — **эпохе** (от греч. ἐποχή — задержка, остановка, удерживание, самообладание) по Э. Гуссерлю — «отказ от убеждений и предпосылок». Э. Гуссерль говорил, что «мы заключаем это в скобки... Если говорить о практической деятельности, мои теории, знания, имеющуюся информацию о пациентах, я заключаю в скобки именно с целью непредвзятого рассмотрения феномена». Этот принцип очень хорошо описал известный отечественный философ Мераб Мамардашвили: «Мы не знаем мира субъекта помимо и через голову того, что о нем сообщает последний. Мы не знаем и не можем знать мира нашего пациента помимо того, что он нам сообщит» [23]. Распространенная иллюзия, что я знаю что-то о клиенте, чего не знает он сам, которую разделяет масса консультантов, врачей и психологов: «Я же лучше понимаю расстройство/проблему, чем пациент». Возможно это и так, если речь идет о теоретическом понимании того или иного расстройства. Однако, безусловно, нет, если говорить о понимании индивидом своего собственного страдания. Именно пациент — эксперт в своем опыте и в том числе в своей проблеме, в своем расстройстве. Разумеется, мы не можем быть полностью свободны от предварительных умозаключений, но сам принцип беспредпосылочности означает принципиальную возможность рефлексии так называемых предпосылок, и эта рефлексия помогает установить более открытые, непредвзятые и глубокие отношения с другим человеком (пациентом). Кроме того, когда я вижу, воспринимаю феномен/клиента исходя из заранее существующих установок, мое восприятие происходит автоматически, феномен проходит мимо меня, и взаимодействие между нами в большей степени поверхностное, я не погружаюсь в его глубину. Когда же я пытаюсь увидеть феномен как нечто вызывающее любопытство и удивление, тогда появляется возможность погрузиться вовнутрь, более глубоко. «Феноменология — практика удивления» (Н.А. Артеменко, устное сообщение). Каждый раз удивляться пациенту, пытаться увидеть в его рассказе что-то новое, по-другому взглянуть на ситуацию, проблему, контекст нашего взаимодействия — возможно в этом и заключается искусство психотерапии.

Вторым теоретическим принципом феноменологии является принцип очевидности. Это знаменитый призыв Э. Гуссерля «назад к самим вещам». «Все, что дано нам, нужно принимать и описывать таким, каким оно дает себя, и только в тех рамках, в каких оно дает себя». В своей работе с конкретным пациентом мы опираемся только и исключительно на наш непосредственный опыт взаимодействия с ним.

Соответственно, существуют четкие процедуры феноменологического метода: феноменологическая редукция, феноменологическое интуирование, феноменологический анализ и феноменологическое описание. Если мы говорим, что феноменология — это прежде всего метод, то как и любой другой метод он имеет определенную структуру. Нельзя просто сказать, что «я феноменолог» или «я придерживаюсь феноменологического подхода к клиенту». Необходимо понимать, что это означает? Каким именно методом я пользуюсь? Рассмотрим феноменологическую редукцию (*эпохе*). Вот как Э. Гуссерль определяет *эпохе*: «Когда я осуществляю это — а я вполне свободен поступать таким образом, — то я не отрицаю этот мир, как если бы я был софистом; я даже не сомневаюсь в том, что он наличен, как делал бы, если бы был скептиком. Но я просто осуществляю феноменологическое *эпохе*, которое совершенно освобождает меня от использования каких бы то ни было суждений, касающихся пространственно-временного существования (Dasein)». Непредвзятое отношение к пациенту очень важно для любого специалиста так называемых помогающих профессий (психолога, психиатра, коуча, консультанта). Это не означает, что я отказываюсь от всего объема тех знаний, ради которых я работаю, которым учусь, посещая конференции, семинары, тренинги, и т.д. Однако в тот момент, когда я вижу клиента, я беру эти знания в скобки, в кавычки, убираю из плоскости нашего общения, для того чтобы это не мешало мне воспринимать то, как себя показывает, дает, открывает мне сам клиент.

Следующая составная часть феноменологического метода это — «феноменологическое описание, ... процедура максимально полного и прозрачного обозначения, предикации и языкового выражения первичных данных опыта, усматриваемых в рефлексии» [39]. Процесс рефлексии можно рассматривать как еще один способ практической реализации феноменологического метода. Существуют различные подходы к типологии рефлексии, например, с точки зрения обучения практическим навыкам психотерапевтов и психологов весьма продуктивным представляется выделение, как минимум, трех уровней рефлексии [39]. Первым, фактически элементарным уровнем, является простая рефлексия предметов и объектов, где, по мнению автора, об особенностях феноменологии речи еще не идет. Более глубокий уровень рефлексии — это рефлексия опыта восприятия предметов. И только на третьем уровне — уровне рефлексии мышления мы можем говорить о специфике феноменологического метода. Безусловно, можно согласиться с О.В. Лукьяновым, что именно этот уровень вызывает самые большие сложности в попытке его воспроизведения, в реальной ситуации работы с пациентом.

У К. Ясперса в его «Общей психопатологии», вышедшей в 1913 г., целые разделы посвящены так называемой понимающей психологии [46]. Он частично разделял феноменологию и понимающую психологию, но это скорее методологические детали, не меняющие сути дела. Можно привести определение понимающей психологии Дж. Нидлмана из его большой вступительной статьи к работе Л. Бинсвангера «Бытие в мире», опубликованной в 1999 г.: «Понять вещь, феномен, идею или опыт, значит подойти к объекту, который нужно понять, на его условиях, видеть в нем структуры, которые выявляются с его стороны, а не с нашей. Понять объект, значит принимать в нем участие до тех пор, пока он не уступит свою сущность нам — тем, кто понимает». Это очень созвучно и во многом пересекается с основными принципами и методами феноменологического направления.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Коротко остановимся на проблеме представленности феноменологии в отечественной психиатрии. Традиционно считается, что дореволюционная, советская, и, соответственно, российская психиатрия феноменологически ориентированы. Можно сказать, что «Общая психопатология» К. Ясперса, если и не «библия», то настольная книга отечественного психиатра, которую он, скорее всего, никогда толком и не открывал, как любую «настольную» книгу. В реальности феноменологическим подходом нарекают в психиатрии описание всего лишь психического статуса или симптома (синдрома), чаще путая его с естественно-научным методом описания. Отголоски феноменологического подхода, потерявшие свой изначальный смысл, закрепились в качестве атрибутов диагностической технологии как традиции в отечественной школе в виде «здорового смысла», «богатого опыта», интуиции, диагноза по первому впечатлению или «от анамнеза». Вопреки феноменологическим принципам эти механизмы нередко лежат в основе диагностической предубежденности, неоднозначных диагностических толкований, освобождают врача от самоконтроля и самокоррекции [37].

К сожалению, приходится констатировать, что понятие «феноменология» претерпело в сознании психиатров весьма печальную метаморфозу. На самом деле феноменологический метод имеет прямо противоположенный смысл. Однако учитывая, что вряд ли кто-либо из психиатров знаком с основами метода, систематически обучался процедурам феноменологической редукции, *эпохе*, рефлексивного анализа и т.п. ничего удивительного в этом нет. Все это остается за рамками образования или в лучшем случае имеет лишь характер осведомленности [3]. В связи с этим можно отметить высказывание Ю.С. Савенко, что «основной метод клинической психиатрии — феноменологическое описание (а не естественно-научное) — является самым сложным, так как требует высокого уровня критической рефлексии, интеграции феноменологических и индуктивных единиц анализа» [34].

Каким образом феноменологический подход используется в психотерапии? Феноменология стала методологическим базисом гуманистической и экзистенциальной психиатрии и психотерапии. В доступных источниках можно встретить упоминание феноменологического метода в контексте клиент-центрированной терапии К. Роджерса, гештальт-терапии Ф. Перлза, разнообразных школ экзистенциальной психотерапии (Р. Мей, Дж. Бьюдженталь, И. Ялом, Э. ван Дорцен, Э. Спинелли и др.), даэзин-анализа (Л. Бинсвангер, М. Босс, А. Хольцхей-Кунц), логотерапии В. Франкла, экзистенциальной психотерапии и интерпретации сновидений К. Мустакаса, групп совместного обсуждения сновидений (от англ. dream sharing groups) М. Ульмана, концепции переживания и психотерапии Ю. Джендлина, процессуально ориентированной терапии А. и Э. Минделлов, инициальной психотерапии К. Дюркхайма, аналитической психологии К.Г. Юнга, интересубъективного подхода в психоаналитической психотерапии Р. Столороу, Б. Брандшафта, Дж. Атвуда и др. Фактически большинство школ третьего экзистенциально-гуманистического направления психотерапии базируются на феноменологических принципах. Во многих руководствах это направление именно так и называется — феноменологическое направление психотерапии.

Большое число из этих подходов получили широкое распространение, но некоторые методы мало или вообще не известны отечественным специалистам и только начинают адаптироваться в нашей стране. Следует обратить внимание, что даже такие, на первый взгляд, далекие от гуманистического направления школы как аналитическая психология К.Г. Юнга, достаточно широко используют феноменологический метод в своей работе, поэтому феноменология, можно сказать, пустила корни во многих направлениях психотерапии. При этом, как оно часто бывает, специалисты используют метод, не очень четко отдавая себе в этом отчет и не рефлексировав его источники и основы.

Различные школы экзистенциальной психотерапии наряду с гештальт-терапией наиболее четко артикулируют использование феноменологического метода в своей работе. И это два главных подхода терапии, которые также говорят о сознательном использовании феноменологии как в подготовке психотерапевта и консультанта, так и в работе с пациентом. Именно феноменологический метод объединяет разнообразные школы экзистенциальной психотерапии. С точки зрения Э. Спинелли [36] «...экзистенциальный терапевт старается обрести как можно более адекватный (хотя и всегда в недостаточной степени) доступ в мир, в котором живет клиент в настоящее время, с тем, чтобы способ бытия клиента мог быть наиболее тщательно и правдиво показан или обнаружен как именно то бытие, которое проживается». Мы можем видеть здесь абсолютно феноменологический подход к работе. В том числе не просто к диагностике, но и к самой терапии, к той работе, которую мы делаем после того, как присоединились к клиенту.

Э. ван Дорцен перечисляет правила, которыми она руководствуется в психотерапии [11]: 1) отставить в сторону все свои заранее установленные предположения; 2) описывать свой опыт (вместо того, чтобы пытаться его объяснить); 3) уравнивать все его аспекты посредством горизонтализации (вместо того, чтобы позволять некоторым аспектам выделяться).

Фактически речь идет о феноменологической редукции и феноменологической дескриптивной практике Э. Гуссерля. Таким образом, именно экзистенциальная психотерапия наиболее четко и последовательно в подготовке специалиста, так и в своей деятельности реализует на практике феноменологический метод в психотерапии.

Российской психотерапевтической традиции вовсе не чужда идея сугубо индивидуального подхода к пациенту, учитывающего все многообразие его жизненного опыта. Так, говоря о будущем развитии медицины, Б.Д. Карвасарский и соавт. [13] отмечали, что «новое столетие ожидается как время сближения и взаимоопотенцирования разных наук и областей социальной практики. В медицине это коснется более тесного сближения ее с психологией, а исход этого процесса в меньшей степени будет зависеть от новых теоретических моделей, чем от позиции каждого врача, который сумеет в своем пациенте увидеть не только страдающего человека, но и уникальную личность, болезнь которой преломляется через ее неповторимый опыт и историю жизни». Феноменологический метод может помочь в решении этих задач [35].

Школы экзистенциальной психотерапии. Учитывая разнообразие и разнородность экзистенциального направления, сложно представить классификацию, базирующуюся на единых методологических принципах. С этой точки зрения преимущественно «географический» критерий позволяет представить непротиворечивую и цельную картину, безусловно, не учитывающую некоторые особенности школ и их представителей. Таким образом, современная экзистенциальная психотерапия представлена следующими школами/подходами:

- Dasein-анализ (Л. Бинсвангер, М. Босс, Ж. Кондрау, Э. Крейг, А. Хольцхей-Кунц);
- американская экзистенциальная психология и психотерапия (Р. Мэй, Дж. Бьюдженталь, И. Ялом, С. Мадди, К. Шнайдер);
- третья венская школа психотерапии — логотерапия (В. Франкл, Э. Лукас, Д. Гуттманн, А. Баттиани, Г. Мори) и экзистенциальный анализ (А. Лэнгле);
- британская экзистенциальная психотерапия (Р. Лэйнг, Э. Спинелли, Э. ван Дорцен, М. Купер, С. дю Плокк и др.);
- экзистенциальная психотерапия в странах Южной и Латинской Америки (С. Сигнорелли, Я.М. Роблес и др.);
- экзистенциальная психотерапия на постсоветском пространстве (А.Е. Алексейчик, Р. Кочюнас, В.Е. Каган, Д.А. Леонтьев и др.).

Часть III. Направления и методы психотерапии

Исторически Dasein-анализ — первая школа экзистенциальной психотерапии, возникшая в Швейцарии, оказавшая огромное влияние благодаря работам Л. Бинсвангера и М. Босса на развитие всего направления, в настоящее время представлена различными объединениями в нескольких странах Европы, США, Южной и Латинской Америке. Российские психотерапевты только в последние годы начинают знакомство с этим подходом, благодаря И. Глухой (Беларусь) [9], сотрудничеству с А. Хольцхей-Кунц и проведению даэин-аналитических школ в Минске и Санкт-Петербурге (Т. Щитцова, Н. Артеменко и др.).

Американская экзистенциальная психотерапия не образует некой единой школы, но благодаря многочисленным работам своих представителей, она оказывает большое влияние на гуманистическое и экзистенциальное направления психотерапии и психологии во всем мире, в том числе и в России. Выше нами уже говорилось о сходстве и отличиях этих подходов.

Третья венская школа представлена во многих странах мира, в том числе хорошо известна в России. В. Франкл в 1986 г. посетил Москву, и его приезд стал событием для отечественных специалистов. В настоящее время следует разделять логотерапию, следующую идеям В. Франкла и его последователей [40], и экзистенциальный анализ А. Лэнгле, ученика В. Франкла, но развивающего собственный подход в терапии. В Москве и Санкт-Петербурге существуют несколько образовательных структур, занимающихся подготовкой сертифицированных специалистов в этих областях психотерапии (С.В. Стукарева, Е.Г. Вульфсон, С.В. Кривцова, Е.М. Уколова, В.Б. Шумский и др.). Ассоциация экзистенциально-аналитических психологов и психотерапевтов признана региональным профессиональным сообществом, представляющим экзистенциальный анализ в России Международным обществом логотерапии и экзистенциального анализа (GLE-International, Вена, Австрия).

Британская экзистенциальная психотерапия в настоящее время занимает лидирующие позиции в таких областях деятельности как дальнейшее развитие, профессиональное общественное объединение (на мировом и европейском уровнях) и проведение научных исследований в экзистенциальном подходе. Следует отметить, что наличие таких выдающихся лидеров, как Э. ван Дорцен и Э. Спинелли, часто высказывающих отличающиеся мнения по различным актуальным вопросам, только способствует расширению видения экзистенциальной проблематики и демонстрирует широкий спектр взглядов внутри профессионального сообщества. Российские специалисты в последние годы получили возможность познакомиться с британскими коллегами, благодаря появлению переводных работ, а также очно в семинарах, организованных Восточно-Европейской ассоциацией экзистенциальной терапии (Бирштонас, Литва; Рига) и Российской психотерапевтической ассоциацией (Санкт-Петербург).

Традиционно наше знакомство с мировой психотерапией преимущественно центрировано на представителях Европы и США. Экзистенциальная терапия не является исключением. Однако в последние несколько лет, в том числе благодаря началу работы Международной федерации экзистенциальной терапии, картина представленности этого направления в мире существенно расширилась. II Конгресс федерации, проходивший в Буэнос-Айресе (Аргентина) в 2019 г. познакомил нас с разнообразным миром испано- и португалоговорящих специалистов, чьи профессиональные объединения, например, Латиноамериканская

Ассоциация экзистенциальной психотерапии (ALPE), существуют на десятки лет дольше, чем у их европейских коллег.

Экзистенциальная психотерапия представлена и на постсоветском пространстве. Не претендуя на всесторонний обзор, коротко остановимся на основных фигурах и структурах помимо уже упоминавшихся представителей отдельных школ. А.Е. Алексейчик, создатель оригинального, базирующегося на экзистенциальном подходе метода «интенсивная терапевтическая жизнь», с 1977 г. проводящий ежегодные семинары в Вильнюсе для специалистов, является одним из родоначальников этого направления еще со времен СССР. Имеющий весьма неоднозначную репутацию и вызывающий порой диаметрально противоположенные оценки своей работой, меняющиеся с течением времени, он, безусловно, оказал большое влияние на практически всех представителей экзистенциальной психотерапии на постсоветском пространстве.

С 1996 г. существует Институт гуманистической и экзистенциальной психологии (HEPI) (г. Бирштонас, Литва), созданный профессором Р. Кочюнасом. Это учебное заведение является одним из центров экзистенциально-феноменологической психологии и психотерапии в Восточной Европе. В 2000 г. была создана Восточно-Европейская ассоциация Экзистенциальной терапии (ВЕАЭТ), одна из крупнейших в Европе, которая с 2008 г. выпускает ежегодный журнал «Existencia: психология и психотерапия». Многолетняя деятельность HEPI и ВЕАЭТ позволили коллегам поставить вопрос о признании бирштонской школы экзистенциальной терапии [20].

Развитие экзистенциальной психотерапии на постсоветском пространстве многим обязано профессору В.Е. Кагану, детскому психиатру, психотерапевту, автору первого в России фундаментального исследования аутизма у детей и первых книг о нем для врачей и родителей, одному из пионеров детской и подростковой сексологии в СССР/РФ, соучредителю Института психотерапии и консультирования «Гармония», развивающего традиции экзистенциально-гуманистической терапии [12], автору концепции трансметодологической психотерапии, ведущему авторских мастерских по психотерапии, на которых специалисты могут на личном примере убедиться в действенности экзистенциальных концепций.

Большое влияние на развитие экзистенциального подхода в России оказал профессор Д.А. Леонтьев, создавший Институт экзистенциальной психологии и жизнестроительства, в последние годы, занимающийся позитивной психологией, редактор многих переводных книг ведущих мировых специалистов, директор издательства «Смысл», автор оригинальной концепции психологии смысла и общепсихологической концепции личности, разрабатывающий практики психологической помощи, профилактики и фасилитации личностного развития на основе экзистенциальной психологии.

В Ростове-на-Дону с 1999 г. существует Международный институт экзистенциального консультирования (МИЭК), основанный учеником А.Е. Алексейчика С.Б. Есельсоном, который издает журнал «Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия». В Сибири экзистенциальная традиция представлена О.В. Лукьяновым (Томск), Т.Н. Карпунькиной (Кемерово), организовавшими в 2016 г. Сибирский институт феноменологической и экзистенциальной психологии (СИФЭП).

Часть III. Направления и методы психотерапии

Санкт-Петербург также является одним из центров становления экзистенциального направления в отечественной психотерапии. Существующий в северной столице России с 1988 г. Институт психотерапии и консультирования «Гармония» (М.М. Певзнер, А.А. Бадхен и др.), ранее традиционно занимающийся преимущественно гуманистическими подходами в психотерапии, в последние годы все чаще обращается к экзистенциальной тематике. В.В. Андрюшин — учредитель Альянса помогающих практик «Пробоно» (профессионального сообщества психологов и психотерапевтов, ведущих частную практику в Санкт-Петербурге) на протяжении многих лет развивает экзистенциальный подход среди отечественных специалистов. Руководимый им интернет-портал www.hpsy.ru «Экзистенциально-гуманистическая психология» является крупнейшим русскоязычным ресурсом в этой области. Кроме того, С.М. Бабин — президент РПА и научный руководитель Образовательного центра «Психотерапия», с 2016 г. совместно с В.В. Андрюшиным руководит Секцией экзистенциальной психотерапии РПА, организующей многочисленные обучающие, методические и супервизионные мероприятия в области экзистенциальной терапии и консультирования.

Анализ экзистенциальной терапии. В работе Дж. Прохазки и Дж. Норкрасса сделана попытка описания различных методов психотерапии с точки зрения их сравнительного анализа и единого подхода к изложению материала [30]. Не останавливаясь на отдельных

деталей и повторах уже приведенных данных, кратко перечислим основные положения этого анализа. Можно говорить о шести основных разделах терапии.

1. Теория личности. Напоминая, что предствителей экзистенциального подхода не устраивает сам термин «личность», если он подразумевает некий строго определенный набор индивидуальных черт и акцент на существовании в процессе постоянного становления, авторы выделяют следующие основные положения теории личности.

- Экзистенция как бытие-в-мире. Термин «бытие-в-мире» (пишется через дефисы) представляет активное единство, связь человека и окружающей среды. Понять отдельное человеческое существо означает понять мир так, как этот человек его истолковывает [30].
- Мы существуем в отношении к трем уровням нашего мира: Umwelt, Mitwelt, Eigenwelt. Umwelt — физический мир, мир природы, детерминированный биологическими законами, мир вокруг нас. Mitwelt — мир социальных отношений, область взаимоотношений с другими людьми, мир людей и их общения. Eigenwelt — мир отношений человека к самому себе, мой собственный мир, самосознания и самоотношения. Концепцию трех миров Л. Бинсвангера позднее Э. ван Дорцен дополнила идеей Uberwelt — духовного мира, мира ценностей, этики, смыслов, верований — четвертым уровнем. Все уровни мира связаны между собой. Например, такие чувства как любовь или ненависть находят свое отражение во всех трех/четырёх мирах одновременно. Концепция миров обеспечивает терапевта более адекватной основой для понимания и организации психотерапевтического процесса. Речь идет не о диагностике, а именно о лучшем понимании человека, как клиент переживает тот или иной опыт в своей жизни, например, опыт встречи с болезнью, страданием и т.п.
- Люди различаются по способам существования на этих уровнях бытия. Перед нами стоит проблема выбора оптимального способа быть-в-природе, с-другими и для-себя. Оптимальным является аутентичная экзистенция на всех 3–4 уровнях, благодаря их интеграции, когда они не конфликтуют или противостоят друг другу, а находятся в единстве.
- Что же мешает нашей аутентичности? Экзистенциальная тревога, первый источник которой осознание того факта, что бытие подразумевает небытие (смерть). С. Кьеркегор писал, что тревога есть необходимое и неизбежное условие человеческого существования, при этом способность быть самим собой зависит от способности встретиться со своей тревогой и двигаться вперед, несмотря на тревогу.
- Осознание факта, что наше существование неразрывно связано с необходимостью-к-действию и выбору. Мы должны принимать решения, не имея четких представлений об их последствиях, а также понимать, что только на нас одних лежит ответственность за сам этот выбор, который может определить нашу судьбу.
- Угроза бессмысленности — еще одно обстоятельство человеческого существования, порождающее тревогу. А. Эйнштейн писал, что «человек, который считает свою жизнь бессмысленной, вряд ли годен для жизни... Мы все существа, ищущие смысл жизни, которые испытывают беспокойство оттого, что их закинули в бессмысленную вселенную. Для того чтобы избежать нигилизма, мы должны поставить перед собой двойную задачу. Во-первых, изобрести проект смысла жизни, достаточно убедительный для поддержания жизни. Следующий шаг — забыть о факте изобретения и убедить себя, что мы просто открыли смысл жизни, то есть у него независимое происхождение» [44].
- Наша изоляция и фундаментальное одиночество во вселенной еще одно условие экзистенциальной тревоги. «В той мере, в какой человек отвечает за собственную жизнь, он одинок. Ответственность подразумевает авторство, сознавать свое авторство означает отказаться от веры, что есть другой, кто создает и охраняет тебя... Наш «универсальный конфликт» связан с тем, что мы стремимся быть индивидуальностью, но индивидуальное существование требует от нас признания пугающей изоляции» [43]. Однако при этом для психотерапии принципиально, что именно через встречу с собственным одиночеством для человека становится возможным формирование глубокой и осмысленной включенности в другого.

Все многочисленные источники экзистенциальной тревоги свидетельствуют, что главная особенность человеческого существования — это его конечность (времени, власти над жизнью, знания, ценностей, эмпатии, контроля над другим) [30]. П. Тиллих писал о том, что экзистенциальная тревога — это осознание своего небытия, то есть возможности и неустранимости смерти. Аутентичное существование вбирает в себя небытие и не отрицает, а конфронтирует с экзистенциальной тревогой. «Попытка вытеснить тревогу приводит только к перерастанию нормальной тревоги в патологическую, которая несоразмерна поведению, и показывает, что человеку не удалось в свое время справиться с предыдущим жизненным

кризисом. Если человек стремится полностью избежать тревоги, это ведет к избеганию жизни вообще» [27].

2. Теория психопатологии.

- Ложь — основа психопатологии и единственный способ не допустить экзистенциальную тревогу в наш опыт. Это приводит к невротической тревоге — неаутентичной реакции на бытие, тогда как осознание экзистенциальной тревоги является честной реакцией на небытие.
- Невротическая тревога приводит к развитию психопатологии. Психопатологические симптомы сводятся к объективизации самого себя, в сфере своей патологии мы переживаем себя как безвольные объекты.
- Для психопатологии характерна чрезмерная фиксация на каком-то одном уровне бытия за счет других, например, акцент делается на бытие-с-другими (при тревоге за близких), за счет бытия-в-природе и бытия-для-себя.
- Авторы выделяют «ложь-для-других» и «ложь-для-себя». В первом случае, манипулирование окружающими, неизбежно сопровождающееся страхом разоблачения и стыдом, поэтому большая часть жизни тратится на поддержание лжи и избегания истинного бытия-с-другими.
- «Ложь-для-себя» — более сложное образование. Мы сознательно выбираем ложь, а затем начинаем верить собственной лжи. Психоаналитически можно говорить об использовании тех или иных психологических защит (вытеснения и проч.). Ж.-П. Сартр предложил концепцию «mauvaise foi» (от франц. — нечестность, самообман). Это является не какой-то пространственной категорией (типа психоаналитического бессознательного), а постоянным процессом себя-касательно-самого-себя-обманывания. «В самообмане нет ни циничной лжи, ни искусно сформулированных ложных понятий». В mauvaise foi ничто не происходит в полной ясности и ничто не является осознанно умышленным. Речь идет о текущем, меняющемся процессе. Вначале я думаю, это так или отчасти так, а постепенно: так и только так, а не отчасти. Ж.-П. Сартр называет mauvaise foi «исчезающим феноменом». В «Бытие и ничто» он пишет, что «решение быть в самообмане думает и не думает о том, что оно в самообмане, думает и не думает о том, что оно не в самообмане» и «самообман начинают так, словно засыпают, а находятся в самообмане, словно во сне» (цитата по А. Хольцхей, 2018, устное сообщение). Концепция «mauvaise foi», с точки зрения А. Хольцхей позволяет утвердительно ответить на вопрос: может ли фрейдовское опредмеченное бессознательное быть помыслено экзистенциально [41]?
- Утрата интенциональности, под которой понимается сотворение смысла, основа нашей идентичности. «Человек есть не что иное, как то, что он делает из себя. Это первый принцип экзистенциализма» (Ж.-П. Сартр). Посредством лжи мы утрачиваем контакт с источником, задающим нам личное направление. Интенциональность требует приобретения некой жизненной позиции, источника смысла в существовании, при этом ложь способна убедить нас, будто наша жизнь определяется патологией, над которой мы не властны.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Такое понимание психопатологии приводит к следующей трактовке экзистенциальной терапии в формулировке Э. Спинелли [36]: «Экзистенциальные психотерапевты считают переживание тревоги фундаментальной «данностью» бытия-в-мире... Огромное многообразие нежелательных и неприятных «симптомов», от которых клиенты хотели бы исцелиться, является защитой от различных экзистенциальных тревог бытия-в-мире: небытия, бессмысленности, изоляции и т.д. По существу, главным является не «лечение» этих симптомов; средоточием экзистенциальной психотерапии является, скорее, пересмотр самих защитных ограничивающих убеждений».

3. Теория терапевтических процессов.

- Экзистенциальная терапия бедна техниками, так как технологии сводятся к процессу объективации, когда терапевт в качестве субъекта рассматривает пациента/клиента как объект изменений.
- Если ложь источник патологии, тогда честность — средство устранения симптомов.
- Если цель экзистенциальной терапии аутентичность, то повышение воспринимают как один из главных процессов, посредством которого люди осознают те аспекты мира и себя, которые ранее были прикрыты ложью.
- Повышению осознания способствуют свободные переживания (ассоциации); феноменологический метод; прояснение переживаний пациента; экзистенциальная

конфронтация, когда терапевт делится свои собственным переживанием по поводу пациента; новые честные и аутентичные отношения.

- **Выбор:** работа клиента и психотерапевта, при этом тяжесть выбора новых альтернатив бытия ложится на плечи клиента. А терапевт использует любую возможность, чтобы прояснить тот или иной выбор, с которым постоянно сталкивается клиент.

Р. Мэй считает, что психотерапевтическая техника следует за пониманием в отличие от более распространенного обратного порядка, когда клиницист пытается понять пациента при помощи предпочитаемых теории и техник.

4. Терапевтическое содержание. Экзистенциальная теория рассматривает индивида на всех четырех уровнях личностного существования: бытие-для-себя фокусируется на интраперсональном функционировании, бытие-с-другими относится к интерперсональному функционированию, бытие-в-мире подразумевает, но превосходит отношения индивида с обществом, а поиск аутентичности отражает движение за пределы конфликта в направлении к самореализации [30].

- ***Интраперсональные конфликты.*** Основные внутренние конфликты сосредоточиваются вокруг осознания экзистенциальных беспокойств, ведущих к возникновению чувства тревоги, с которым можно справиться с помощью механизмов защиты (ложь-для-других и ложь-для-себя). Главная цель экзистенциальной психотерапии — добиться того, чтобы пациенты переживали свое существование как реальное. В пределах контекста аутентичных отношений терапевты помогают клиентам противостоять их внутренним конфликтам, связанным с переживанием тревоги в связи с конечностью самой жизни; самоуважением, при котором одобрения себя стоит выше одобрения со стороны; ответственностью за выборы в жизни и переживание экзистенциальной вины как следствия прегрешений против самого себя. Как писал П. Тиллих: «Мы должны обрести отвагу и принять экзистенциальную тревогу как часть цены, которую мы платим за уникальное право быть людьми. Взамен мы приобретаем волнение, которым наполнено уникальное человеческое бытие».
- ***Интерперсональные конфликты.*** В контексте бытия-с-другими рассматриваются такие проблемы, как интимность и сексуальность (отношения «Я–Ты», «Я–Оно» и/или «Оно–Оно» по М. Буберу), где сексуальность скорее вторична к интимности и, главное, это возможность аутентично сказать как «Да», так и «Нет» нашей собственной сексуальности. В ходе экзистенциальной сексуальной терапии, психотерапевт побуждает клиента переживать свое тело, как некое чувственное существо, которому нравится прикасаться и испытывать прикосновения целиком, с головы до ног, не ограничиваясь генитальным контактом [30]. Интерперсональные конфликты затрагивают вопросы коммуникации как неотъемлемую часть нашей изоляции; враждебность — как средство покончить с бытием своим и чужим, при этом переживание враждебности означает переживание угрозы небытия; контроля — как самого большого насилия и отрицания свободы другого.
- ***Индивидо-социальные конфликты.*** С экзистенциальной точки зрения конфликт приспособления против трансцендентности говорит о том, что быть свободным — значит признать в глубине души: ничто из того, что способно дать нам общество, не стоит потери единственного шанса на самосотворение. Экзистенциальные авторы не боятся, что возможность самостоятельно выбирать для себя правила несет в себе опасность спровоцировать потерю контроля над импульсами, потому что это ослабляет социальный контроль. Импульсы не властвуют над нами безраздельно, скорее мы позволяем им быть таковыми, чтобы справляться с тревогой, скукой или депрессией (импульсивный контроль). Приобрести большую свободу через осознание и выбор — путь зрелой и аутентичной личности. Можно добавить, что, М. Хайдеггер, например, описывает возможность Быть, а не предписывает формы Быть (Spinelli E., 2003) (Роблес Я.А.М.) [33].
- ***От конфликта к самореализации.*** Для того чтобы ответить на вопрос в чем смысл нашей экзистенции, индивид должен задуматься: какова моя позиция? Есть ли она у меня? Стоит ли тот, кем я рассчитываю стать, цены, которую я заплачу? Стоит ли выбор в пользу этой конкретной личности всех прочих возможностей? Смысл в жизни не открывают, а творят, это не задача, требующая решения, а непрерывный процесс переживания. Идеальный индивид — это человек, сформировавший собственную аутентичность посредством жизненных выборов, наполняющих наше существование смыслом и ценностью. При этом единственная ценность, которой он должен придерживаться, чтобы стать аутентичным — это оставаться честным даже перед лицом Ничто [30]. С точки зрения М. Хайдеггера (2001) «Аутентичность человека заключается, прежде всего, в способности удивляться чуду из чудес: то, что есть, есть» (Роблес Я.А.М.) [33].

Часть III. Направления и методы психотерапии

5. Терапевтические отношения. Главная задача экзистенциального психотерапевта — понять клиента как пребывающего-в-мире. Речь идет о некоем дозволении быть, что означает аутентичное утверждение экзистенции другого человека.

При этом психотерапевтические отношения представляют собой одновременно и процесс изменений, и главный источник содержания. Терапевт помогает клиенту осознать отношения, в которых последний избегает контакта, например, оставаясь пациентом, а не реальным человеком. Если клиент имеет смелость выбрать, чтобы быть-аутентичным-с-терапевтом, то тем самым, это означает, что он радикально изменился, перейдя от лжи-для-других или лжи-для-себя к бытию-с-другими.

Авторы считают, что экзистенциальные терапевты разделяют роджерсианский подход с точки зрения требований конгруэнтности или аутентичности для терапевта, а также относительно точной эмпатии, при которой специалист стремится переживать мир так же, как пациент. Однако они не согласны с тем, что психотерапевт должен постоянно обеспечивать пациенту безусловную позитивную награду, которая может отзываться лишь на честность и аутентичность самого клиента. Аутентичный терапевт не может отнестись ко лжи пациента положительно (ложь-для-других как основа психопатологии) [31].

6. Практические аспекты экзистенциальной терапии. Дж. Прохазка и Дж. Нокросс пишут, что экзистенциальных психотерапевтов не сильно волнуют практические материи, поэтому они уделяют мало внимания описанию режимов, расценок, форматов терапии и тому подобному, а также выделению формальных критериев готовности человека быть экзистенциальным терапевтом [30]. Однако в настоящее время это не так. В частности, Э. ван Дорцен подробно описывает правила экзистенциальной работы, включающие следующие измерения терапевтических отношений (бытие-в-мире): физическое (оборудование помещений для консультаций, возможные помехи для терапии, выбор положения в пространстве для беседы и т.п.), социальное (терапевтический контакт, профессиональная защита, контакты за пределами терапии), личное (равноправие, открытость, приверженность к правде, резонанс, границы, отбор пациентов, первичное собеседование) и духовное (постоянная проверка и осознание собственных ценностей и убеждений).

Р. Кочюнас обсуждает типичные заблуждения в понимании экзистенциальной терапии в данном контексте, включающие утверждения, что эта терапия скорее философствование с клиентом и не обладает своими методами работы, поэтому является «свободным плаванием» с клиентом без «карты и маршрута на ней» [18]. Терапевт не привносит «философские темы» в беседу с пациентом, экзистенциальная философия присутствует в его мировоззрении, отражается в его мышлении и терапевтической позиции. «Философия — это то, что у меня внутри». Отсутствие готовых методов работы с конкретными человеческими трудностями и проблемами предлагает вместе с клиентами искать наиболее подходящие и эффективные способы помощи. Сам этот поиск является частью терапии, основанной на основополагающих принципах понимания человека и природы его ограничений и сложностей. Сам терапевтический процесс имеет весьма ясные границы, структуру, определяемые контрактом, принципами и правилами построения терапевтического диалога. Критикуя тезис, что экзистенциальная терапия лучше всего подходит для определенных категорий расстройств и проблем, в частности, при так называемых экзистенциальных вопросах (страх смерти, бессмысленность и др.) и/или помощью в кризисных ситуациях, опять же связанных с «экзистенциальной тематикой», Р. Кочюнас пишет, что это заблуждение связано с «тематическим» пониманием терапии, которая якобы занимается обсуждением неких «экзистенциальных тем» [16]. Экзистенциальная терапия применима к всевозможным человеческим трудностям и проблемам, а также к психическим расстройствам, и ее возможности больше зависят от профессионального диапазона терапевтов, чем от самой терапии [6].

В профессиональном сообществе существуют четкие стандарты подготовки экзистенциальных терапевтов и сертифицированные институты ее обеспечивающие, описаны обучающие модели, основные параметры супервизии в экзистенциально-гуманистической терапии [19, 25].

Исследования эффективности экзистенциальной психотерапии. В последние десятилетия увеличивается число публикаций, утверждающих, что некоторые формы экзистенциальной терапии в ходе тщательных исследований доказали свою эффективность для некоторых групп клиентов, что привело к улучшению самочувствия и чувства осмысленности (Vos J., Craig M., Cooper M., 2014). Уже фактически общепризнано, что одна из ключевых ценностей экзистенциального подхода — теплые отношения между клиентом/пациентом и терапевтом — ведут к положительным результатам терапии (Norcross J.C., Lambert M.J., 2011). Еще одна значимая идея направления — нахождение или получение смысла является важной составляющей эффективного лечения (Wampold B.E., Imel Z.E., 2015) [25].

Особенности экзистенциальной психотерапии. Р. Мэй сформулировал следующие шесть особенностей направления, к которым авторы добавили седьмую [29].

1. Широкий спектр техник.
2. Могут использовать такие понятия, как перенос, сопротивление и прочие, но всегда с учетом их смысла в экзистенциальной ситуации текущей жизни пациента.
3. Акцент на присутствии, или реальности отношений психотерапевт–пациент, в которых психотерапевт «озабочен не собственно проблемами, а пониманием и переживанием, насколько это возможно, бытия пациента» [28]. При этом пациент является не субъектом, а «экзистенциальным партнером» и отношения — это встреча, или «со-бытие» друг с другом в подлинном присутствии [4].
4. Психотерапевт пытается избежать поведения, которое нарушает полное присутствие в отношениях.
5. «Цель терапии состоит в том, чтобы пациент переживал свое существование как реальное. Необходимо, чтобы он полностью осознал свое существование, что включает осознание потенциальных возможностей и начало деятельности в соответствии с ними» [4]. Терапия «закljučается не только в том, чтобы показать пациенту где, когда и почему он не смог реализовать свой человеческий потенциал в полном объеме, терапия имеет целью заставить его пережить это настолько остро, насколько возможно» [4].

Часть III. Направления и методы психотерапии

6. Помогает развить установку на обязательства (перед своим собственным существованием).
7. В терапевтической ситуации экзистенциальная психотерапия сосредоточивается на ситуации «здесь и сейчас». Прошрое и будущее вовлекаются лишь постольку, поскольку они входят в текущее переживание.

Базисные принципы понимания человека и экзистенциальной психотерапии. По мнению Э. Спинелли любая экзистенциальная концепция человека и психотерапии должна включать три основных принципа [36].

- Признание взаимосвязанной природы человека (от англ. inter-relatedness).
- Неизбежность неопределенности (от англ. uncertainty).
- Универсальность экзистенциальной тревоги.

Принцип взаимосвязанности является основой экзистенциального мышления. Это переживаемый феномен, который исследуется в процессе психотерапии в контексте жизни клиента и терапевтических отношений. Таким образом, формируется понимание индивида через взаимосвязь с контекстом, как себя выражает эта взаимосвязанность. Поскольку взаимосвязанность трудно поддается контролю (например, в ней всегда присутствуют Другие, неподвластные нам), универсальным условием существования становится неопределенность отношений с миром. Неизбежность неопределенности также делает тревогу универсальным человеческим переживанием [17].

Р. Кочюнас (устное сообщение, 2015) расширил этот перечень четырьмя следующими принципами экзистенциальной терапии:

- понимание человека как жизненного процесса — принцип процессуальности;
- отношение человека к условиям существования (данностям);
- ориентация на настоящее (только на настоящее);
- субъективность любых суждений.

Процессуальность помогает избежать видения человека, как некой фиксированной субстанции, переносит фокус внимания с внутриличностных проблем на анализ жизненных трудностей, понимание, каким образом индивид проживает свою жизнь, в том числе добавляя интерсубъективный контекст. Помогает анализировать трудности как отношения с тем, что дано нам условиями человеческого существования, включая неизбежные ограничения. Феноменологическое понимание времени, не как некоего линейного процесса (прошлое, настоящее, будущее), а как различных аспектов настоящего. Принцип «не-знания» — это отказ от позиции эксперта в жизни клиента, так как примат моего «знания» закрывает дорогу к пониманию субъективности другого.

Список литературы

1. Артеменко Н.А. Критические наброски к хайдеггеровским Цолликоновским семинарам // Цолликоновские семинары: комментарии и интерпретации: Сборник научных трудов. Вильнюс, 2017. С. 165–192.

2. Бабин С.М., Нюхалов Г.А. Групповая психотерапия экзистенциальной направленности в системе лечения и реабилитации пациентов с эндогенными расстройствами // Вестник психотерапии. 2006, № 15 (20)/№ 16 (21).
3. Бабин С.М., Случевская С.Ф. Взаимоотношение философии и медицинской модели психотерапии // Сборник научных статей и рабочих материалов к докладам участников II Международной конференции «Философия и психотерапия», СПб., 31.05.–01.06.2014. СПб.: Анатолия, 2014. С. 3–12.
4. Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. Избранные статьи: пер. с англ. М.: КСП+; СПб.: Ювента, 1999. 300 с.
5. (Burstion D.) Бурстон Д. Экзистенциализм, гуманизм и психотерапия // Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия. 2007, № 10. С. 19–31.
6. (Bugental J.) Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта: пер. с англ. СПб.: Питер, 2001. 304 с.
7. Власова О.А. Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ: История, мыслители, проблемы. М.: Территория будущего, 2010. 640 с.
8. Власова О.А. Философские проблемы феноменологической психиатрии. Курск, 2007. 208 с.
9. Глухова И. Цолликоновские семинары: встреча философии и психотерапии // Цолликоновские семинары: комментарии и интерпретации: Сборник научных работ. Вильнюс: Логвинов, 2017. 212 с.
10. Гришина Н.В. Экзистенциальная психология: учебник. СПб.: Изд-во Санкт-Петербургского университета, 2018. 494 с.
11. (van Deurzen E.) ван Дорцен Э. Повседневные тайны: пер. с англ. Минск, 2012. 334 с.
12. Каган В.Е. Смыслы психотерапии. М.: Смысл, 2018. 482 с.
13. Карвасарский Б.Д., Назыров Р.К., Подсадный С.А., Чехлатый Е.И. Медицинская психология и реабилитация: история и современность // Психосоциальная реабилитация и качество жизни: Сборник научных трудов. Т. 137. СПб.: СПб НИИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2001. С. 203–210.
14. (Corey G.) Кори Дж. Теория и практика группового консультирования: пер. с англ. М.: Эксмо, 2003. 640 с.
15. (Kottler J.A., Brown R.W.) Коттлер Дж., Браун Р. Психотерапевтическое консультирование: пер. с англ. СПб.: Питер, 2001. 464 с.
16. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования: пер. с лит. М.: Академический проект, 1999. 240 с.
17. Кочюнас Р. Контуры экзистенциальной терапии. URL: http://journal.existradi.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=222:2009-08-07-13-42-01&catid=48:-11&Itemid=59.
18. Кочюнас Р. Поиск универсального определения экзистенциальной терапии // Existentia: психология и психотерапия. 2016, № 9. С. 105–118.
19. Краг О.Т., Шнайдер К.Дж. Основы супервизии в экзистенциально-гуманистической терапии: пер. с англ. М.: ИОИ, 2018. 224 с.
20. Крейслере Э. Можем ли мы говорить о Бирштонской школе экзистенциальной терапии? // Existentia: психология и психотерапия. 2016, № 9. С. 119–165.
21. Леонтьев Д.А. Что такое экзистенциальная психология? // Психология с человеческим лицом. Гуманистическая перспектива в постсоветской психологии: Сборник. М.: Смысл, 1997. С. 40–54.
22. (Lorenzer A.) Лоренцер А. Археология психоанализа: интимность и социальное страдание: пер. с нем. М.: Прогресс-Академия, 1996. 304 с.
23. Лукьянов О.В. Феноменологическая психология в университете: об опыте преподавания одноименного спецкурса студентам психологам // Московский психотерапевтический журнал. 2009, № 2. С. 168–190.
24. (Laing R.D.) Лэинг Р.Д. Расколотое Я: пер. с англ. СПб.: Белый кролик, 1995. 352 с.
25. Международная федерация экзистенциальной терапии. Экзистенциальная терапия — дефиниция // Existentia: психология и психотерапия. 2016, № 9. С. 96–104.
26. Мерло-Понти М. Феноменология восприятия. СПб.: Ювента; Наука, 1999.
27. (May R.) Мэй Р. Смысл тревоги: пер. с англ. М.: Класс, 2001. 384 с.
28. (May R.) Мэй Р. Открытие бытия: пер. с англ. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2004. 224 с.
29. (Patterson C.H., Watkins C.E.) Паттерсон С., Уоткинс Э. Теории психотерапии: пер. с англ. СПб.: Питер, 2003. 544 с.
30. Прохазка Дж., Норкросс Дж. Системы психотерапии. Пособие для специалистов в области психического здоровья: пер. с англ. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. 384 с.
31. Психотерапевтическая энциклопедия. 3 изд., перераб. и доп. / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер Ком, 2006. 944 с.
32. Райнах А. О феноменологии // Антология реалистической феноменологии. М.: Институт философии, теологии и истории св. Фомы, 2006. С. 349–373.

33. (Robles Y.A.M.) Роблес Я.А.М. Экзистенциальная философия для психотерапевтов.. и других любопытных: пер. с испан. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2019. 404 с.
34. Савенко Ю.С. Введение в психиатрию. Критическая психопатология. М.: Логос, 2013. 450 с.
35. Случевские чтения: феноменология и экзистенциальная психотерапия: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. СПб.: КОСТА, 2016. 272 с.
36. (Spinelli E.) Спинелли Э. Зеркало и молоток: Вызовы ортодоксальному психотерапевтическому мышлению: пер. с англ. Минск, 2009. 216 с.
37. Точиллов В.А. О месте и значении МКБ-10 в отечественной психиатрии // Клиническая и экстремальная психиатрия. СПб., 2003. С. 185–189.
38. Улановский А.М. Феноменологическая психология: качественные исследования и работа с переживанием. М.: Смысл, 2012. 255 с.
39. Улановский А.М. Феноменологический метод в психологии, психиатрии и психотерапии // Методология и история психологии. 2007. Т. 2. Вып. 1. С. 130–150.
40. (Frankl V.) Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник: пер. с англ. и нем. М.: Прогресс, 1990. 368 с.
41. Хольцхей-Кунц А. Страдания из-за собственного бытия. Дазайн-анализ и задача герменевтики психопатологических феноменов: пер. с нем. Вильнюс, 2016. 312 с.
42. Штайн Э.К проблеме вчувствования // Антология реалистической феноменологии. М.: Институт философии, теологии и истории св. Фомы, 2006. С. 657–693.
43. (Yalom I.) Ялом И. Экзистенциальная психотерапия: пер. с англ. М.: Класс, 1999. 576 с.
44. (Yalom I.) Ялом И. Мамочка и смысл жизни. Психотерапевтические истории: пер. с англ. М.: Эксмо-Пресс, 2002. 288 с.
45. (Yalom I.) Ялом И. Вглядываясь в солнце. Жизнь без страха смерти: пер. с англ. М.: Эксмо, 2012. 352 с.
46. Ясперс К. Общая психопатология: пер. с нем. М.: Практика, 1997. 1056 с.

Часть III. Направления и методы психотерапии

22.2. Логотерапия

Логотерапия как отдельное течение в рамках экзистенциальной психотерапии зародилась в середине XX в., как терапия для лечения неврозов, фобий и депрессивных расстройств [11]. Ее родоначальником является известный австрийский психолог и психиатр Виктор Франкл, который утверждал, что логотерапия превосходит экзистенциальный анализ тем, что содержит кроме анализа бытия еще и **смысл** (от греч. λόγος — логос). Впервые он использовал термин «логотерапия» в 1926 г. [5]. Суть логотерапии — найти глубокий, уникальный смысл своей жизни.

Можно полагать, что на саму концепцию логотерапии во многом повлияли социокультурные условия, которые окружали В. Франкла. После учебы в университете В. Франкл столкнулся с мощнейшим кризисом — в Европе началась Великая депрессия, а Австрия и Германия находились в состоянии глубокого экономического кризиса, среди населения рос уровень безработицы и суицидов. Работая психотерапевтом, он постоянно встречал пациентов, испытывающих экзистенциальный кризис и утративших смысл жизни. Считается, что именно его непосредственная практическая деятельность дала ему необходимый материал для создания своей антропо-психотерапевтической школы — логотерапии [6, 10]. Общей для В. Франкла и экзистенциализма стала проблема духовного кризиса, в которой оказался человек «общества потребления» [1]. Признаками кризиса считались страх, тревога, скука. В. Франкл дополнил этот ряд «экзистенциальным вакуумом» и «ноогенными неврозами».

Ученик и биограф В. Франкла — А. Ленгле говорит о том, что австрийский психотерапевт примером собственной жизни доказал правоту своей теории [6, 10]. Действительно, В. Франкл известен не только как психолог, но и как человек, переживший 2,5 года в немецких концлагерях, смерть своей жены и родителей, и не утративший при этом воли к жизни. Ключевые идеи и окончательный вариант логотерапии были разработаны В. Франклом уже после войны, и, безусловно, его трагический опыт оказал влияние на дальнейшее развитие его психологической мысли. Благодаря собственному опыту В. Франкл был уверен, что человек, четко осознающий смысл своей жизни, сможет пережить любые страдания. Само понятие «смысл» трактуется в логотерапии как ощущение целостности и понимание жизненного порядка и связей. В. Франкл видел в смысле некий идеал, который помогает выразить индивиду свою уникальность. Он считал, что каждый человек имеет стремление и мотивацию сделать свою жизнь осмысленной, таким образом, задача психотерапевта — помочь ему в этом стремлении [20]. Подавление своей врожденной духовности и экзистенциальной мотивации приводит к возникновению депрессии.

Экзистенциализм подчеркивает ограниченность человека в познании себя и мира. Человек не имеет достаточно времени, знания для принятия важных решений. И эта трудность лежит в

основе бытия. Не существует стандартов, на которые человек мог бы опереться в поиске ответов на свои вопросы. И это порождает внутренние конфликты, а сознание утрачивает перспективу. В работе «Психотерапия и экзистенциализм» В. Франкл исследует пути восстановления единства и целостности человека в двух аспектах — бытия и логоса. Только в этом случае человек обретает свободу выбора и волю к смыслу [19].

Кроме того, в основе логотерапии лежит убеждение о том, что для каждого человека смысл является индивидуальным вырабатываемым конструктом, таким образом, смысл может менять свое содержание в ходе жизни человека, но не может быть навязан или задан извне. В. Франкл объясняет это следующим образом: «Логотерапия как практика экзистенциального анализа призвана в первую очередь привести человека к осознанию собственной **ответственности**, так как ее осознание является основой основ человеческого существования. Поскольку быть человеком — это быть осознающим и ответственным, экзистенциальный анализ — это психотерапия, основанная на ответственности» [7, 20]. Таким образом, психотерапевт выступает для пациента в некотором роде «воспитателем ответственности».

Для того чтобы лучше понять психотерапевтическую концепцию логотерапии, необходимо рассмотреть предложенную В. Франклом модель личности, а также ее ключевые понятия, такие важные ценности, как воля к смыслу и смысл жизни. В. Франкл представлял личность в виде трехмерной модели, которая состоит из двух измерений в горизонтальной плоскости (соматического и психического), а также из одного в вертикальной — нозтического (духовного) измерения [15]. При этом все три измерения образуют целостный неделимый конструкт. Каждое измерение имеет собственную динамику и представлено разнонаправленными мотивационными силами, которые могут приводить к мотивационным конфликтам.

Целостность человека представляет собой интеграцию всех трех измерений. Однако концентрирующим является духовный стержень [4]. В. Франкл назвал духовное измерение «духовным бессознательным» [2], оно образует ядро личности, в то время как все остальное — только его оболочку. Выход за рамки своей психофизиологической природы и переход в новое духовное измерение является экзистенциальным актом, дающим человеку свободу и ответственность. В. Франкл считал, что человек ограничен в физическом мире, но по-настоящему свободен и способен воплотить себя в мире духовном. В. Франкл приходит к выводу, что у человека кроме бессознательных инстинктов есть еще и духовные влечения, которые составляют более глубокий пласт человеческой природы. В человеке есть не только «инстинктивная глубина», но и «духовная высота» (Франкл В., 1990). Человек, в отличие от животных, может подчинить свои влечения более высоким идеалам и ценностям, это присуще ему изначально. В. Франкл глубоко убежден, что именно духовное измерение является «собственно человеческим».

Часть III. Направления и методы психотерапии

Основные понятия логотерапии. Именно духовное измерение задает для индивида некое напряжение, которое направляет его на реализацию и воплощение своих ценностей и смысла [15]. Быть человеком по В. Франклу — это, в первую очередь, быть открытым окружающему миру, а не заикленным на собственном Эго [18].

Можно сказать, что с точки зрения логотерапии личность представляет собой неделимую целостность, ядро которой составляет духовное измерение человека [3]. Логотерапевту необходимо работать именно на нозтическом измерении, так как психологическое исцеление возможно только на духовном уровне. В связи с этим логотерапия основывается на трех философско-психологических концептах, относящихся именно к духовной сфере, — свободе воли, смыслу жизни и воле к смыслу [17].

Свобода воли. В понимании В. Франкла, у человека всегда есть базовая свобода выбора решений и способность принимать определенную позицию по отношению к внутренним и внешним условиям [15]. Свобода берет начало в духовном измерении и является пространством для формирования жизни в рамках имеющихся возможностей. Именно этот ресурс может помочь человеку вернуть контроль своей жизни. Все зависит от того, на сколько человек за нее отвечает, то есть несет ответственность за свой выбор. В любых обстоятельствах, которые нельзя изменить, человек может наполнить жизнь смыслом. Логотерапия утверждает, что человек ответственен за осуществление смысла и реализацию ценностей. Только при этом условии он ощущает согласие с самим собой. В этой ответственности логотерапия видит самую суть человеческого существования.

Воля к смыслу. Как уже было сказано ранее, человек стремится найти свой личностный смысл жизни, такая мотивационная направленность и понимается как воля к смыслу. При этом на духовном уровне каждый индивид обладает свободой реагировать и интерпретировать внешние обстоятельства, даже если он не способен их изменить на физическом уровне.

Таким образом, невозможно ограничить свободу человека полностью, у него всегда остается свобода выбора [14]. Это положение является ключевым и для психотерапевтической практики: пациент способен справиться со своими болезнями и чувствовать контроль и свободу над жизнью.

В. Франкл считал, что благодаря своей внутренней духовной свободе человек является кем-то большим, чем синтезом наследственности и окружения. Кроме того, он не находится в зависимости от своих потребностей и влечений, как это было принято считать в психоанализе [12]. Благодаря своей свободе человеческая личность не является статичным продуктом социализации, она способна меняться и менять свое отношение к окружающей действительности. Человек волен отказать себе в удовлетворении потребности или выбрать любой из возможных способов ее достижения, в этом и заключается свобода воли. Свобода проявляется и в свободе духовного начала человека созидать и творить, человек в таком случае словно бы «возвышается» над своими психологическими и физиологическими измерениями и способен управлять ими, а не быть управляемым.

Говоря о свободе, В. Франкл также отмечал, что ей всегда должна сопутствовать **ответственность** за поступки и решения. В противном случае свобода приводит к беспорядку. Ответственность также помогает индивиду понять, какие смыслы и ценности он готов реализовать. Таким образом, и свобода, и ответственность связана с нахождением смысла жизни. В логотерапии считается, что в человеке существует бессознательное стремление избежать ответственности, так как она может представлять собой пугающее явление. Ведь в полной мере принимая ответственность, индивид начинает отвечать не только за себя, но и за близких ему людей и самые отдаленные последствия всех своих поступком. Это может восприниматься как тяжелый психологический «груз», вызывающий дискомфорт. Однако с экзистенциальной точки зрения, только приняв ответственность, человеку открывается вся суть человеческого бытия. Ответственность дает ощущение контроля над своей жизнью, своими поступками и их последствия, таким образом, делая их осмысленными.

Смысл жизни. Человек полностью свободен в поиске своего уникального смысла жизни. В. Франкл относится к смыслу как некой объективной данности и части окружающей реальности [20]. Смысл дает возможность реализации собственного Я и является ключевой трансформирующей силой личности. В. Франкл постулирует семь принципов поиска смысла [20].

- Смысл представлен в объективной реальности, поэтому его нужно найти.
- Все по той же причине смысл нельзя придумать.
- Смысл жизни может быть найден.
- Смысл всегда соотносится с конкретной ситуацией и раскрывается только в ней.
- Для каждого человека в каждой ситуации смысл уникален.
- Жизнь всегда имеет смысл.
- Через смысл человек способен реализовать себя.

В логотерапии именно смысл, а не удовольствие или власть, как это принято рассматривать в психоанализе, являются ключевой мотивационной силой. Поиск смысла задает направление всему жизненному пути человеку [20]. В экзистенциальной литературе часто приводится аналогия с древнегреческим мифом о Сизифе: жизнь, лишенная смысла, с точки зрения логотерапии, представляет собой тяжелый и бессмысленный труд и полна страданий.

Смысл — это центральное понятие логотерапии, которое позволяет человеку принять осознанную установку по отношению к любой жизненной ситуации. Для В. Франкла смысл всегда объективен и состоит в преобразовании реальности и самого себя.

Всякое осуществление смысла направлено на реализацию **ценностей**, отражающих глубинные стремления личности, нравственные ориентиры и основополагающие желания индивида. Ценности, как и сам смысл, уникальны и формируются в процессе социализации, испытывая на себе влияние множества факторов. Однако при этом все ценности так или иначе можно отнести к трем группам: 1) ценности творчества; 2) ценности переживания; 3) ценности отношения [17]. В своих работах В. Франкл сравнивает эти ценности с тремя путями человеческого бытия. Первый путь символизирует то, что индивид может дать миру вокруг себя, второй путь, наоборот, показывает, что человек может взять от мира. И третий путь — это особое отношение человека к миру в случае, когда он не может изменить сложившуюся ситуацию [19]. Даже лишаясь возможности созидать и получать новый опыт, человек по-прежнему сохраняет смысл и свободу в выборе своего отношения к страданию и стойкости перед ним.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Ценности творчества. Это ценности созидания, социально значимые ценности, формирующиеся в процессе воспитания. Ценности творчества — это, скорее, некие образцы поведения, исходящие от общества, поэтому они доступны практически каждому человеку, кто добросовестно трудится. Творческим может быть подход к любому делу. Это зависит от отношения. В. Франкл считает творчество самоотдачей, которая не позволяет человеку ощущать пустоту. Он был уверен, что человек должен направить свои силы в первую очередь на ценности творчества [18]. Потому что они непосредственно связаны с созиданием, воплощением нового и трудом. Работа человека становится ценной, не от того, что это определенный вид деятельности, а от того, что она способна дать обществу и окружающему миру в целом.

Ценности переживания. Фактически, это переживания, которыми люди дорожат, а значит, оценивают [13]. В. Франкл считает их даром жизни, а самой высшей ценностью переживания — любовь. Любовь к человеку, природе, ко всему живому, искусству, любовь родителей и другие ценности переживания открывают человека радостям жизни и имеют огромный терапевтический потенциал, в особенности, если они запечатлены (фотографии, рисунки, дневники, рукописи) [9].

Особое внимание в логотерапевтическом подходе уделено такой ценности переживания, как любовь. В. Франкл считал, что она несет самый мощный ценностный потенциал. Любовь — это тип взаимоотношений, который разворачивается только в нозтическом измерении, поэтому она требует от индивида духовной работы. Любовь всегда имеет двойную направленность, с одной стороны, она обогащает и раскрывает потенциал человека, который любит, с другой стороны, она возвышает и признает уникальность того, кого любят [20]. Таким образом, любовь позволяет человеку лучше понять и рассмотреть свои ценности.

Ценности отношения. Это самые высокие ценности из возможных. Благодаря им человек, несмотря на неизбежные страдания, может занять стоическую позицию, из жертвы сделаться творцом, актуализировать высшую ценность. Ценности отношения не являются самоцелью человеческого существования, как творчество и переживания, а актуализируются только в сложных жизненных ситуациях, когда человек не способен воплощать другие ценности. Отношение к страданию по В. Франклу в какой-то мере выше в духовном плане, чем творчество и любовь, но при этом В. Франкл не призывает изначально смиряться со своими страданиями и занимать пассивную позицию по отношению к жизни. В своем поиске смысла человек должен быть направлен на труд и переживания, и только когда все возможности преодолеть страдание исчерпаны, индивид может принять его.

Ценности отношения можно разделить на так называемую **трагическую триаду**: боль, вина и смерть [19]. Однако даже через самые негативные и пугающие аспекты человеческой жизни логотерапия утверждает оптимистичное и наполненное смыслом видение мира. Три данных негативных аспекта не представляют собой ценности сами по себе, но могут быть осмыслены через придание им позитивной, жизнеутверждающей коннотации.

Главный смысл страдания — в его принятии, смирении и преодолении. Страдание (боль) обретает смысл, когда человек меняет свое отношение к нему и начинает переосмысливать. Тогда неизбежность страдания превращается в подвиг, нравственное достижение, триумф. В этом отношении к боли укрепляется твердость духа. Например, по отношению к боли или болезни человек может преодолеть себя, развивая свои волевые качества. Даже если болезнь невозможно победить, то все еще можно изменить отношение к ней, превратив это в победу духовного измерения над физическим [19].

Точно так же человек может использовать чувство вины для собственного личностного развития. Основопологающим шагом В. Франкл видит принятие на себя ответственности [20]. Переживая вину и понимая, что это именно он ответственен за случившееся, человек способен выстроить путь для собственных изменений. Если же он этого не делает, то по-прежнему остается в незрелой позиции жертвы, неспособной контролировать свою жизнь. И замыкает «трагическую» триаду смерть. Сам факт конечности человеческой жизни ставит под сомнение возможность ее осмысленности. Ведь то, что жизненный путь необратимо закончится смертью, прерывает все стремления, свершения и переживания индивида. Задача человека — принять осознанно неизбежное и устоять перед испытаниями. Стремление человека к смыслу освещает его жизнь всегда, даже в самые тяжелые моменты и дает силы самоутвердиться, наполняя жизненные ресурсы [19]. По мнению В. Франкла, именно осознание конечности жизни придает индивиду, во-первых, ее смысл, а, во-вторых, делает ее неповторимой и уникальной [17]. Логотерапия определяет основной страх человека не как страх смерти, а как страх потери собственной целостности и неповторимости, поэтому именно конечность бытия стимулирует индивида искать его особенный путь, развивать уникальность своей личности. Только осознание смерти способно мотивировать человека на поиски смысла своей жизни.

Ноогенный невроз. В логотерапии вместо понятия депрессии используется термин ноогенный невроз, введенный В. Франклом. Данное явление рассматривается на нозтическом уровне, поэтому понимается не как психологическое заболевание, а как духовный кризис.

Ноогенный невроз заключается в потере смысла жизни [17]. В. Франкл видел ключевые причины образования невроза в **экзистенциальном вакууме** и **экзистенциальной фрустрации** [19]. Он считал, что если в обществе происходит распространение утраты смысла жизни, то вместе с этим увеличивается количество суицидов, аддикций, таких как алкоголизм и наркомания, а также растет уровень агрессии. Кроме того, и само общество влияет на увеличение частоты ноогенных неврозов, к этому приводят нестабильные экономическая обстановка и рынок труда, а также разрушение традиционных форм жизни. Способствует потере жизненных ориентиров чрезмерный акцент на физиологическом и психологическом личностных уровнях, при этом игнорирование человеком своих духовных потребностей. В. Франкл отмечал, что люди, зафиксированные на получение удовольствия, чаще страдают от ноогенного невроза [18]. Поскольку в данном случае усиливается внутриличностный конфликт между вертикальной (ноэтической) плоскостью и горизонтальными (психофизиологическими) плоскостями. Источником патогенеза депрессии В. Франкл видит чрезмерную концентрацию индивидом на собственной личности [19]. Как уже было отмечено, поиск смысла и воплощение ценностей возможны только при открытом взаимодействии человека и мира, его активной позиции по отношению к реальности. Излишняя концентрация на собственных потребностях отделяет человека от мира, который является источником смысла.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Для формирования более дифференцированной клинической картины В. Франкл разделяет расстройства невротического спектра на «экзистенциальную фрустрацию» и «экзистенциальный вакуум», которые при прогрессировании перетекают в ноогенный невроз.

Экзистенциальная фрустрация заключается в невозможности достижения жизненно важных ценностей [19]. Таким образом, преграды на пути к смыслу являются фрустрирующим фактором. В. Франкл отмечал, что экзистенциальная фрустрация может переживаться на трех уровнях: человеческого бытия, смысла жизни и воли к жизни [19]. Однако в любом случае, как уже отмечалось выше, экзистенциальная фрустрация происходит на ноэтическом измерении.

Однако при этом именно экзистенциальный вакуум, а не фрустрацию принято рассматривать как основной патогенетический компонент ноогенных неврозов. Экзистенциальный вакуум характеризуется как ощущение бессмысленности собственной жизни. К симптомам экзистенциального вакуума и фрустрации относят апатию, депрессию, бессонницу, тревогу, утрату интереса и вкуса к жизни [18]. Если состояние усугубляется, то это, как правило, приводит к употреблению ПАВ и попыткам суицида.

Методы логотерапии. Логотерапия как психотерапевтический метод изначально разрабатывалась как эффективный инструмент устранения экзистенциального вакуума и лечения ноогенных неврозов. Сам В. Франкл предлагал для терапии такие методы, как парадоксальная интенция, дерефлексия и непосредственно логотерапия [18]. Позже его ученик Джеймс Крамбо предложил еще один подход, который назвал логоанализом. В отличие от психоаналитического подхода, который предполагает, что эффективная терапия обязательно должна быть долгосрочной, логотерапия, напротив, считает, что в определенных случаях можно добиться нужного результата за короткий срок. Одним из таких краткосрочных инструментов является парадоксальная интенция. Использование парадоксальной интенции строится на способности человеческой психики к отстранению, которая в свою очередь составляет базис для чувства юмора. В ходе данного приема пациент как бы отстраняется от своего невроза, перестает идентифицировать себя с ним, тем самым уменьшая его силу и выраженность. Парадоксальная интенция предлагает действовать по принципу антиципации: вместо того чтобы заглушать симптомы, необходимо встретиться с ними лицом к лицу. Необходимо принять проблему как часть окружающей реальности, отнестись к ней с юмором, в таком случае тревога, а с ней и страх снизятся. Кроме того, такое отстранение помогает увидеть какой смысл несет данная тревога, как отражение актуальной жизненной ситуации [16].

Следующим инструментом в работе логотерапевта является дерефлексия. Этот метод обычно используется в тех случаях, когда невроз вызван чрезмерной фиксацией пациента на достижении удовольствия и удовлетворения своих психофизиологических потребностей [19]. Такая фиксация приводит к гиперрефлексии и препятствует свободе. Дереклексия предлагает переместить фокус своего внимания со своих потребностей и желаний на смыслы и ценности, которые можно реализовать.

Таким образом, дерефлексия помогает пациенту игнорировать проявление своего невроза [7]. Она также выдвигает определенные требования к самому пациенту, он должен быть готов переключить свое внимание на позитивные созидательные аспекты своей жизни.

Деревфлексия успешно используется для лечения сексуальных дисфункций, которые появляются, когда психологический гиперконтроль тормозит естественные физиологические реакции. В такой ситуации терапевт рекомендует пациенту переключить все свое внимание на партнера [16].

Еще одним методом является логоанализ — специальная техника жизненного анализа [22]. Ее родоначальником является ученик В. Франкла — Дж. Крамбо. Как и инструменты, предложенные самим В. Франклом, логоанализ предполагает работу с индивидуальными ценностями и смыслом жизни пациента. Логоанализ предполагает, что ответы на все важные экзистенциальные вопросы заложены в нас самих [17]. Они существуют на духовном уровне и зачастую недоступны в повседневной жизни. Однако при глубоком анализе и погружении в собственную жизнь (инвентаризации) эти ответы можно найти.

И, конечно, ключевым методом по работе с ноогенными неврозами и экзистенциальным вакуумом является сама логотерапия, направленная на принятие пациентом ответственности за свою жизнь и поиск им ее смысла. Логотерапия стремится провести человека через его экзистенциальный кризис. Она добивается осознания логоса как мира ценностей и смыслов и открывает путь к целостности. Терапевт в данном случае становится тем, кто возвращает в клиента осознанность и ответственность, помогая ему начать контролировать свою жизнь и осуществлять поиск смысла жизни [7].

Отношения психотерапевта и клиента в логотерапии понимаются как исключительно неманипулятивные и партнерские. Кроме того, логотерапевт в своей работе должен следовать принципам присутствия и аутентичности, то есть восприятия пациента в его уникальности и целостности [21]. В логотерапевтическом процессе концентрируется внимание на выборе, который позволяет человеку справляться с экзистенциальными проблемами. Важно «столкнуть» человека с жизненными задачами и переориентировать на их решение. Логотерапия включает обучение принятию ответственности, а также попытки разблокировать стремление человека к смыслу. Превращение духовного бессознательного в сознательное — только одна из стадий логотерапевтического процесса. Нужно, прежде всего, стремиться помочь человеку преобразовать имеющийся бессознательный потенциал в сознательный, а затем дать возможность сформироваться бессознательной привычке.

Этапы логотерапевтического воздействия [2]

I. Диагностический этап

На этом этапе происходит сбор анамнеза и выявление ресурсных областей жизни. Пациент излагает свое представление о проблемах и жизненной ситуации. При этом выявляются смысловые потребности человека. Необходимо сфокусироваться на смысле переживаний внутреннего и внешнего мира пациентом. Формулируется ключевая в развитии расстройств пищевого поведения (РПП) проблема и оценивается как потенциально несущая ресурс для личностного роста и имеющая конструктивное начало.

Часть III. Направления и методы психотерапии

II. Терапевтический этап.

На этом этапе окончательно формируется логотерапевтическая модель взаимодействия, основными принципами которой являются следующие.

1. Внимание к иерархии ценностей и смыслов, к жизненным целям пациента.
2. Внедрение в терапию отношения к жизни как к высшей ценности.
3. Направление пациента на понимание прошлого и настоящего с позиции будущего.
4. Поиск пациентом смысла в любой проблеме.
5. Обсуждение отношения пациента к свободе, выбору, ответственности, смерти и изоляции.
6. Стимулирование ответственности пациента за свой выбор.

III. Этап прицельного экзистенциального анализа.

Осуществляется анализ ключевой проблемы пациента и его иерархии ценностей, основными принципами которого можно определить следующие [8].

1. Осознание и принятие экзистенциальных данностей.
2. Осознание пациентом своих желаний и потребностей.
3. Раскрытие способности к переживанию своих желаний.
4. Определение значимости для пациента его отдельных потребностей, их места в системе ценностей.
5. Модификация первоначальной эгоистической мотивации, направленной на реализацию психодинамических потребностей личности пациента, на ноэтическую мотивацию, освобождающую ему возможность открываться проживанию и реализации ценностей.
6. Развитие внимания пациента к своим эмоциям. Активация антропологической способности к самодистанцированию и самотрансценденции. Развитие внутреннего диалога.
7. Осознание пациентом своих неконструктивных механизмов защиты, блокирующих реализацию ценностей.

8. Принятие ответственности за актуальную проблему.

9. Коррекция нарушений ценностно-смысловой иерархии.

На этом этапе у пациента возникает осознание своих совладающих механизмов, блокирующих его личностное развитие и реализацию ценностей, ведущих к смыслу. Развивается внимание к собственным чувствам, их идентификация. Развивается способность видеть ту ценность, о которой говорит каждое из чувств, чтобы прожить эту ценность через переживание, творчество или отношение. У человека появляются внутренние ресурсы проживать свободу воли (самодистанцирование) и волю к смыслу (самотрансценденцию). Пациент начинает видеть ценностное содержание в самом себе, начинает принимать себя, учится чуткости в отношении своих границ. Происходит осознание своих мотивов, что в конечном счете приводит к самопринятию и уважению других.

На этом этапе терапии выделяют *четыре стадии логотерапевтической работы* [2].

I. Конфронтация пациента с нарушениями его смысловой потребности. Здесь уделяется внимание проявлениям бессмысленности, ощущению пустоты, сужению интересов, обесцениванию жизни. Используется метод составления экзистенциальной биографии и выявление точек бифуркации (совершения того или иного выбора на конкретном жизненном отрезке), возвращение к эмоционально значимым отношениям, экзистенциальный монолог, моделирование опыта выбора.

II. Прояснение составляющих ценностных иерархий, негативно влияющих на пищевое поведение. Выявление базовых ценностей на момент развития нарушений. Выявление дисгармонии, играющей ключевую роль в развитии их.

III. Проработка основной ценностно-смысловой дисгармонии. На этой стадии все больше уделяется внимания ресурсам пациента, способам его адаптации к актуальной жизненной ситуации. Выбирается наиболее гармоничная иерархия ценностей. Здесь может также использоваться методика жизненного пути (экзистенциальная биография), определение жизненного горизонта, символические образы (метафорические карты).

IV. Завершение психотерапии и профилактика рецидивов. На этом этапе начинается реализация новых ценностных установок, осознание ответственности за свой выбор и его реализацию, происходит самостоятельный поиск значимых жизненных целей, повышение жизнестойкости и формирование опыта переживания неопределенности и экзистенциальной тревоги.

Список литературы

1. Белокопытов Ю.Н., Никитина Н.А., Панасенко Г.В. Синергия экзистенциальных теорий в психологии // Мир науки, культуры, образования. 2018, № 1 (68). С. 334–339. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=32542740>.
2. Борисов И.В., Любов Е.Б. Диагностика и экзистенциальная психотерапия суицидального поведения [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. 2013, № 2 (19). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 05.06.2022).
3. Братченко С.Л. Экзистенциальная психология глубинного общения: уроки Джеймса Бюджентала. М.: Смысл, 2001.
4. Верба Ю. Человеческие экзистенциалы. Духовная природа человека в экзистенциальной философии В. Франкла // Философская антропология. 2017. Т. 3, № 1. С. 135–150.
5. Вечерина О.П. Виктор Франкл (1905–1997): уроки смысла // Вестник Федерального института медиации. 2017, № 3. С. 106–111. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=30267269>.
6. Голубцова Е.В. Теория В. Франкла как метод логотерапии окончательно сформированный в экстремальных условиях концлагеря // Мир современной науки. 2016, № 4 (38). С. 68–75. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=27241915>.
7. Замалиева С.А. Человек все решает сам. Логотерапия и экзистенциальная антропология Виктора Франкла. СПб.: Университетская книга, 2012. 142 с.
8. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. М.: Академический проспект, 1999. 240 с.
9. Лукас Э. Практика логотерапии: Материалы 5-дневного семинара. М.: Новый Акрополь, 2015.
10. Лэнгле А. Виктор Франкл: портрет. М.: Российская политическая энциклопедия, 2011. 248 с.
11. Лэнгле А. Жизнь, наполненная смыслом. Прикладная логотерапия. М.: Генезис, 2004. 128 с.
12. Решетников М.М. Элементарный психоанализ. СПб., 2003. 152 с.
13. Тетерин В.Н. Ценности и смыслы Виктора Франкла // Вопросы философии. 2013, № 4. С. 70–75. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=18972315>.
14. Франкл В. Воля к смыслу. М.: Эксмо-Пресс, 2000. 368 с.
15. Франкл В. Десять тезисов о личности // Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия. 2005. Т. 2, № 7. С. 4–13.
16. Франкл В. Доктор и душа. От психотерапии к логотерапии. СПб.: Ювента, 1997. 138 с.
17. Франкл В. Основы логотерапии. Психотерапия и религия. СПб.: Речь, 2000. 288 с.
18. Франкл В. Психотерапия на практике. СПб.: Речь, 2001. 256 с.

19. Франкл В. Страдания от бессмысленности жизни. Новосибирск: Сибирское университетское издательство, 2009. 112 с.
20. Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990. 366 с.
21. Corey G. Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy. Monterey, Calif: Brooks, 1986. 123 p.
22. Crumbaugh J.C. Everything to Gain: A Guide to Self-Fulfillment Through Logoanalysis. Burnham Inc. Publ., 1973. 221 p.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Глава 23. Гештальт-психотерапия

История создания и современная практика метода. Гештальт-терапия была создана в 1951 г. группой авторов, возглавляемых доктором медицины, психиатром и психоаналитиком Фредериком (Фрицем) Соломоном Перлзом, его супругой Лорой Перлз, писателем-полемистом Полом Гудманом и психологом-бихевиористом Ральфом Хефферлайном. Официальная история метода отсчитывается со времени издания первого руководства «Теория и практика гештальт-терапии», опубликованного в 1951 г. Авторы поставили задачу создания более доступной модели терапии с целью увеличения доступности и уменьшения сложности процедуры по сравнению с фрейдистским психоанализом. Переехавший в США из Южной Африки практикующий психоаналитик Ф. Перлз и его супруга Л. Перлз (в девичестве Познер, некоторое время также работавшая в лаборатории одного из основоположников гештальт-психологии, гуманистической психотерапии и холистического подхода Курта Гольдштейна), попытались осуществить практический синтез психоаналитической концепции оральных сопротивлений и некоторых положений гештальт-психологии, разработав теорию информационного обмена целостного организма с окружающей средой, которую они назвали теорией ментального метаболизма [17–22].

Суть этой концепции состояла в том, что организм как целостное биопсихосоциальное единство находится в непрерывном обмене со средой. В норме здоровый организм способен к организмической саморегуляции, осуществляя непрерывный процесс адаптации к постоянно меняющимся условиям среды. Он постоянно что-либо поглощает из среды или выделяет в нее, осуществляя процесс творческого приспособления. Это непрерывный цикл формирования и разрушения определенных конфигураций системы отношений–гештальтов. Психическое функционирование человека определяется его системой контактов в поле «организм–среда» (Self).

Однако под влиянием длительной фрустрации, процесса социализации, особенностей воспитания, некритического поглощения норм конвенциональной морали (интроектов) процесс организмической саморегуляции нарушается, формируются незавершенные напряженные гештальты, возникают конфликты потребностей, приводящие к длительному напряжению и формированию невротической симптоматики. Невроз, с позиций гештальт-терапии, является патологической формой адаптации, вызванной преждевременным разрешением конфликта и прерыванием контакта со средой.

Задачей гештальт-терапевта в таком случае является увеличение осознания тех процессов, которые способствуют прерыванию контакта целостного организма со средой, восстановлению способности к формированию творческого приспособления и адаптации. Таким образом, усилия гештальт-терапевта направлены на интеграцию различных частей личности, заблокированных поляризованным выбором, который утратил свой адаптивный характер и стал сопротивлением к контакту, затрудняющим удовлетворение значимых потребностей. Для решения этой задачи авторы гештальт-терапии решили интегрировать положения классического психоанализа, гуманистического психоанализа Карен Хорни, философской феноменологии Франца Брентано и Эдмунда Гуссерля с техническими приемами телесного психоанализа Вильгельма Райха, взаимного психоанализа Шандора Ференци, монодрамы Якоба Леви Морено, практиками концентрации дзен-буддизма и пантомимы театрального режиссера Макса Рейнхардта. Ф. Перлз активно экспериментирует со своими пациентами и клиентами, предлагая им активно проигрывать собственные невротические конфликты, поочередно отождествляясь с разными поляризованными частями личности, озвучивая внутренние диалоги, активно используя телесное и эмоциональное фокусирование, вербализацию эмоций, проигрывание фантазий в настоящем времени от первого лица, добиваясь катарсических эффектов и мощных, сопровождающихся эмоциональной разрядкой инсайтов. Вместе с группой соавторов (так называемой «ню-йоркской семеркой») они разрабатывают серию фиксированных упражнений, направленных на телесное и эмоциональное осознание, ставших основой практикума по гештальт-терапии. Ф. Перлз подчеркивал, что в отличие от психоанализа, фиксированного на динамике внутриличностных конфликтов, он переносит внимание с личности на ситуацию. Он подчеркивал: «...я не лечу личность, я лечу ситуацию», декларируя практическое применение

принципов ситуационизма и положений теории поля. Вместе с соавторами он разработал полевую концепцию личности (теорию Self) и модель концептуализации случая, названную впоследствии моделью цикла контакта, которую они подробно описали в руководстве 1951 г. Вначале Ф. Перлз хотел назвать разработанный им интегративный метод гуманистической психотерапии экзистенциальным психоанализом, но этот термин уже тогда соотносили с практикой швейцарского психиатра и философа Людвиг Бинсвангера, а второе предложенное Ф. Перлзом название «терапия сосредоточением» показалось слишком простым. С целью подчеркнуть оригинальность происхождения и связь с идеями гештальт-психологии, по предложению Л. Перлз, новый метод получил название гештальт-терапии. С конца 50-х годов прошлого века Ф. Перлз стал активно путешествовать по США с программой публичных семинаров, на которых он проводил публичные демонстрационные сессии, в режиме индивидуальной терапии в группе, когда группа использовалась как «фон» для индивидуальной работы. Участник приглашался на «горячий стул», где он мог поработать с Ф. Перлзом над актуальной проблематикой, с использованием разработанных технических приемов и упражнений, направленных на повышение эмоциональной и межличностной осознанности. Вначале участниками этих групп были ученики Ф. Перлза и Джима Симкина, а затем, после переезда Ф. Перлза в Калифорнию, участниками публичных демонстраций становились люди, интересовавшиеся психотерапией.

Часть III. Направления и методы психотерапии

В 1962 г., в местечке Биг-Сур, в Калифорнии, Ричард (Дик) Прайс и Майкл Мерфи при поддержке группы философов, писателей и антропологов (Олдоса Хаксли, Грегори Бейтсона, Алана Уоттса) основали Институт Эсален, в котором они видели альтернативу традиционной практике психиатрических стационаров. Они делали упор на синтез достижений современной психологии с традиционными духовными практиками. В 1964 г. Ф. Перлз прибыл в поселение Эсален и продолжил преподавать гештальт-терапию там. Эти события проходили на фоне мощной культурной революции молодежи 60-х годов прошлого века, и через некоторое время Эсален стал своеобразной Меккой деятелей культуры, писателей, философов, восточных духовных практиков. В одно время на мастер-классе там можно было видеть, как индийский музыкант Рави Шанкар обучает Джорджа Харрисона игре на ситаре, а среди толпы зевак преимущественно молодого возраста выделяется пожилой, но восхищенно аплодирующий Ф. Перлз. В этот период метод гештальт-терапии получил широкую популярность среди молодежи как способ относительно быстрого достижения личностной трансформации.

В собственных демонстрациях Ф. Перлз начал предпочитать эффективность, а групповую работу считал индивидуальной. Увлеченные последователи Ф. Перлза, не обладавшие его уровнем клинической подготовки, и, не особо вникая в теорию гештальт-терапии, старались воспроизводить используемые техники, подражая несколько авторитарному и провокативному стилю Ф. Перлза во время эсаленских демонстраций. С одной стороны, это способствовало взрывному росту популярности гештальт-терапии в конце шестидесятых и начале 70-х годов прошлого века в США. С другой, способствовало некоторой дискредитации метода среди академического сообщества и серьезных клиницистов. Тем не менее к началу 70-х годов XX в. гештальт-терапия стала одним из самых распространенных методов психотерапии гуманистического направления и ведущим методом групповой психотерапии, продемонстрировав достаточно высокую эффективность в комплексной терапии невротических расстройств, особенно у лиц с высоким контролем экспрессии [71].

После смерти Ф. Перлза в 1970 г. его коллеги и ученики (Л. Перлз, Дж. Симкин, Изадор Фром, Клаудио Наранхо, Ирвин и Мариам Польштер, Джозеф Зинкер, Роберт Резник) продолжили преподавание гештальт-терапии по всему миру, способствуя доработке модели индивидуальной и групповой работы в связи с задачами клинической психотерапии и социальной практики. Были разработаны эффективные модели для консультирования пар и семей в гештальт-подходе [11] и консультировании организаций [15]. В клинической психотерапии гештальт-терапия применяется самостоятельно или в комплексе с другими подходами, в работе с невротическими расстройствами, непсихотическими депрессиями, зависимостями и расстройствами личности.

Гештальт-терапия в форме технических элементов и отдельных принципов повлияла на создание новых методов психотерапии, таких как диалектико-поведенческая терапия Марши Линехан (DBT), схема-терапия Дж. Янга, эмоционально-фокусированная терапия Лесли Гринберга и Сьюзан Джонсон (от англ. Emotionally focused couple therapy, EFT). Технический репертуар эмоционально-фокусированной терапии и принципы концептуализации внутриличностной конфликтности являются прямым продолжением и развитием идей гештальт-терапии. В США сформировалось три основных школы гештальт-терапии с

центрами в Нью-Йорке («головной гештальт», где акцент делается на интеграции идей реляционного психоанализа и гештальт-терапии), Лос-Анджелесе («нутряной гештальт», где акцент делается на принципах диалога и индивидуальной работе с переживаниями, отраженными в теле), и Кливленде («сердечный гештальт», социально направленный, с преобладанием групповой работы и интерактивного взаимодействия) [5]. С начала 1970-х годов гештальт-терапия активно распространяется в европейских странах.

В настоящее время преподавание этого психотерапевтического метода осуществляется в 40 странах мира, включая развитые и развивающиеся страны. Широкое распространение гештальт-подход получил в некоторых странах Европы (Великобритания, Франция, Италия, Австрия, Греция, Испания) и Америки (США и страны Латинской Америки), Азии (КНР, Турция, Иран), Африки (ЮАР) и Австралии. С конца 1980-х годов гештальт-терапия стала активно развиваться в странах Восточной Европы (Чехия, Венгрия, Польша, Сербия) и в бывших советских республиках (Украина, Беларусь, Латвия, Казахстан, Кыргызстан, Грузия). Знакомство с гештальт-терапией в Советском Союзе началось с середины 1970-х годов благодаря контактам с психотерапевтами из стран Восточной Европы. Сотрудники отделения неврозов и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева и кафедры психотерапии Ленинградского института усовершенствования врачей под руководством Б.Д. Карвасарского — Э.Г. Эйдемиллер, А.П. Федоров, А.А. Александров и, немного позднее, С.Ю. Куприянов, стали использовать отдельные элементы и техники гештальт-терапии в групповом варианте ЛОРП. С 1990 г. немецкие (Т. Бунгхардт) и французские (С. Гингер и Ж.М. Робин) гештальт-терапевты начали преподавание гештальт-терапии в Москве и Санкт-Петербурге, выпускники их программ создали негосударственные образовательные учреждения (гештальт-институты), в рамках которых осуществлялось последипломное обучение гештальт-терапии врачей-психотерапевтов, клинических и практических психологов. Интуитивная понятность, эмоциональная сфокусированность и техническое разнообразие гештальт-терапии способствовали широкому распространению гештальт-терапии в качестве метода социальной психотерапии в России и на постсоветском пространстве.

Основные положения теории гештальт-терапии. Современные практики гештальт-терапии подчеркивают разнообразие школ и стилей в гештальт-терапии, тем не менее объединенных общей концептуальной базой, основаниями которой являются философская феноменология, теория поля и концепция контакта или диалога [13, 47, 54, 75].

Феноменологическое направление психотерапии в основном сфокусировано на содержании переживаний, доступных сознанию в настоящий момент времени. Согласно принципам феноменологии Э. Гуссерля, наше сознание интенционально, характеризуется определенной направленностью на что-либо. В процессе восприятия происходит наделение опыта смыслом. Однако в процессе переработки непосредственно воспринятого (нерефлексивной феноменологии) возникают основные искажения, связанные с автоматическим оцениванием, базирующимся на старом опыте. В связи с этим в гештальт-терапии применяют феноменологические описания переживаний. Именно феноменологическая соотнесенность отвечает за способность к пониманию, подлинную соразделенность опыта, в которой так часто нуждаются наши клиенты [27, 29].

Часть III. Направления и методы психотерапии

Основным техническим приемом феноменологии, применяемым в гештальт-подходе, является *феноменологическая редукция* — вынесение за скобки собственных знаний, представлений, оценок и интерпретаций опыта. Терапевт фокусируется на переживании клиентом непосредственного опыта «здесь и сейчас», отражая и фокусируя переживания клиента без попытки интерпретации значения. Клиент является экспертом по собственному опыту и его значениям, терапевт — экспертом по процессу, то есть тем способам, которыми клиент обращается с собственным опытом. В формате групповой гештальт-терапии участники также дают друг другу обратную связь, прибегая к непосредственному обмену переживаниями, без оценки опыта («когда я слышал(-а)... видел(-а)... чувствовал(-а)... думал(-а)...»). С одной стороны, обратная связь, данная в такой форме, облегчает ее присвоение, так как человек обычно стремится защититься от оценок других, а опыт непосредственного переживания легче принимается и дает более полную и объемную обратную связь о том, как воспринимают переживания индивида другие люди. С другой стороны, феноменологическая редукция позволяет деавтоматизировать процесс оценивания, заменив суждения и «проглоченные» оценки других людей опорой на собственный опыт (организмическую систему оценки). Терапевт побуждает клиента фокусироваться на переживаниях непосредственно «здесь и сейчас», на эмоциях, возникающих в процессе рассказа о собственных трудностях. Инсайт в гештальт-терапии это прежде всего ясное осознание структуры той ситуации, которая породила проблему. Встречаясь с опытом клиента, терапевт воспринимает его непосредственно, не внося собственных оценок и воздерживаясь от

суждений природы опыта (принцип *эпохе*), стремясь к его отражению и непосредственному описанию для клиента (отражающее слушание) с целью лучшего понимания, а также используя горизонтализацию-равенство возможных гипотез о природе данного опыта. Например, если психотический пациент заявляет о наличии у него признаков «порчи», терапевт не будет обсуждать с ним природу данного явления, а будет исследовать непосредственные переживания клиента, включающие ощущения, представления, мысли и фантазии, что влияют на эмоции и значимые отношения клиента, побуждая его к реконтекстуализации переживаний и расширению объема альтернативных интерпретаций опыта.

Горизонтализация также способствует достижению лучшего понимания переживаний, подлинному контакту участников группы друг с другом, облегчает коммуникацию и повышает способность к взаимопониманию.

Вторым техническим приемом феноменологии, часто используемым в гештальт-терапии, является *феноменологический анализ* — раскладывание на составные части сложного феномена. Наиболее часто такой процедуре также подвергаются автоматические оценки. Например, ложно оцениваемые эмоции. Так, клиентка жалуется на интенсивное чувство страха, но при раскладывании переживаемой эмоции на сопровождающих ее ощущениях в теле (сжатые скулы и кулаки, напряжения в ногах и плечах) и осознаваемые удерживаемые импульсы (желание ударить), признает, что на самом деле испытывает гнев. Поскольку эмоция имеет такое качество, как направленность, в последующей работе, используя технику «челночного связывания», с помощью терапевта ей удастся выявить связь данной эмоции с ситуацией, которая ее сформировала в прошлом (эмоциональное насилие), и ситуацией в настоящем, которая актуализирует эту эмоцию. Феноменологический анализ помогает разграничить интеллектуальную и эмоциональную систему оценивания, способствуя лучшей дифференцировке собственных эмоций, осознанию потребностей, разграничивая разные части собственного опыта (внутреннее и внешнее Я-отграничение, если использовать терминологию динамической психиатрии). Феноменологический анализ эмоций (эмоциональный гештальт-анализ) позволяет дифференцировать первичные и вторичные эмоции. Например, гнев может быть вторичной эмоцией, защищающей от переживания стыда, а страх может быть вторичной эмоцией, защищающей от переживания ярости. Часто используемая в гештальт-терапии техника челночного связывания (поиск общего процесса в различных ситуациях) позволяет установить связь первичных эмоций с ситуациями, которые ответственны за их возникновение и поддержание. В случае невротических и психосоматических расстройств, когда достаточно сильно выражен вегетативный компонент эмоции, а когнитивный компонент остается неясным, подобная техника позволяет десоматизировать переживания и переходить к «лечению ситуации», перестройке системы отношений, породившей эмоциональное напряжение.

Концепция диалога или контакта [9] подчеркивает его самодостаточную целебную силу. Общей целью психотерапии является избавление от субъективного страдания. Субъективное страдание очень часто сопровождается переживанием одиночества и непонятости со стороны других людей. Близкие люди наших клиентов часто не выдерживают давления эмоций, не будучи способными вынести интенсивность их переживания (тоска, скука, гневливость, раздражительность и т.п.). Достижение подлинного контакта означает, что человек чувствует себя услышанным, его потребности распознаны им самим, и значимый Другой знает о их наличии, и учитывает их в своем отношении и поведении. Сеанс гештальт-терапии становится творческой лабораторией, где в диалоге с терапевтом распознаются те способы, при помощи которых клиент устанавливает и прекращает контакт. Когда Ф. Перлза просили кратко выразить суть гештальт-терапии, он прибегал к афоризму «Я и Ты, Здесь и Как».

Достигается контакт за счет способности терапевта к подлинному присутствию (способности сохранять искренность и аутентичность, быть собой, несмотря на предлагаемые переносом клиента и процессами проективной идентификации искажения и специфические ролевые отклики). В работе Дж. Энрайта [40] описаны как минимум 8 вариантов терапевтических позиций в диалоге с разным качеством присутствия. Необходимым условием диалога является также включенность — способность концентрироваться на материале клиента, останавливаясь вместе с ним в местах прерывания потока переживаний, трудности проявления чувств и описания опыта. Способность вникнуть в опыт другого, оставаясь при этом собой, важна для гештальт-терапевта. Клиент часто стремится избегать болезненных переживаний, незавершенность их переработки делает этот опыт повторяющимся.

Включенность терапевта позволяет клиенту сфокусироваться на осознании сложного эмоционального опыта, получить доступ к нему и сформировать новую конфигурацию, новый гештальт системы отношений. Клиенты также часто сталкиваются с тем, что их переживания оцениваются важными для них людьми как малозначимые, что влияет на их самоуважение и поведение. Именно поэтому со стороны терапевта ключевой интервенцией является подтверждение ценности эмоционального опыта клиента. Люди, пережившие

длительный опыт отвержения или игнорирования, очень часто нуждаются в уважении, поддержке и признании со стороны других для восстановления ощущения собственной значимости. И, наконец, важной характеристикой диалогичности в гештальт-терапии является живость контакта — способность учитывать меняющийся контекст актуальной ситуации, вносить коррективы в стиль взаимодействия, сохраняя ритм процесса контакта и отступления. Наиболее полно принципы терапевтического диалога отражены в работах философа М. Бубера [2].

К середине 80-х годов XX в. диалогическая форма индивидуальной гештальт-терапии сменила ориентированный на техники и проигрывание стиль конца 1960-х.

Теория поля является развитием идей немецкой гештальт-психологии и наиболее полно выражена в работах Курта Левина. Он перенес метафору поля из физики на ситуацию социального взаимодействия. Поле — это вся совокупность взаимовлияний, действующих на целостный организм. Наше сознание имеет дело с феноменологическим полем, переживаниями, доступными нашему восприятию. Согласно теории гештальт-терапии, наше биопсихосоциальное единство образует систему контактов в поле «организм—среда» — Self (можно перевести ее как Самость, но это не будет точно передавать значение). Self функционирует в трех динамических режимах, функциях. Функция Ид отвечает за неосознаваемую деятельность по поддержанию гомеостаза и не требует сознательного вмешательства. Результатом работы функции Ид становится осознание appetites или желаний, связанных с неудовлетворенными потребностями. Патология функции Ид отмечается при психотических расстройствах и соматических заболеваниях. Функция Эго отвечает за сознательный выбор или отвержение и контактирование с объектами, связанными с удовлетворением потребности. Опыт взаимодействия присваивается и составляет основу нашего представления о себе, функции Personality. Потребности поляризуют воспринимаемое на фигуру (фокус внимания, связанный с потребностью) и фон (все, что не связано с потребностью), по мере удовлетворения потребностей фигура и фон меняются. Так, голодный человек за свадебным столом в первую очередь непроизвольно задержит внимание на вкусной еде, страдающий алкогольной зависимостью на алкогольных напитках, дизайнер на сочетании цветов одежды новобрачных. Self постоянно находится в поиске творческого приспособления, но под влиянием среды удовлетворение потребностей может прерваться, и тогда формируются незавершенные гештальты. Длительно неудовлетворенные потребности толкают человека к повторению и воспроизведению проблемного контекста ситуации, которая вызвала прерывание контакта, а механизм прерывания становится автоматическим, перестает осознаваться. Задачей гештальт-терапии становится осознание способа прерывания с целью разблокировки организмической саморегуляции и восстановление творческого приспособления, способности выбирать собственную реакцию в соответствии с актуальной ситуацией.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Диагностика процесса контакта в гештальт-терапии. Концептуализация случая в гештальт-терапии проводится на основе предложенной П. Гудманом эвристической модели цикла контакта. Чередование циклов удовлетворения потребностей, формирования и разрушения гештальтов составляют основное содержание работы Self. Приведем классический пример гештальта, связанного с пищевой потребностью. На фазе преконтакта фигурой является аппетит или желание, фоном выступает тело. Работает Ид функция, возникает неясное возбуждение в теле, которое все больше дифференцируется, оценивается уровень глюкозы крови, соотношение инсулина и других гормонов, кислотно-щелочное равновесие, электролитный и микроэлементный баланс. Результатом становится осознание вполне конкретного желания: человек понимает, что хочет яблоко (причем желтое, а не зеленое или красное). Однако иногда вследствие слияния и десенситизации человек может неясно дифференцировать собственные аппетиты и ложно интерпретировать их (как происходит при зависимостях и расстройствах пищевого поведения), когда аппетит не связан с пищевой потребностью напрямую, а интероцептивная осознанность нарушена. Таким образом, на фазе преконтакта происходит формирование *фигуры*, в основе которой лежит *потребность*. Далее, на фазе контактирования осуществляется поиск и соотнесение внешнего объекта, на который направлено желание. Этот объект становится фигурой, а все другие объекты фоном. Работу идентификации/отвержения объектов среды, на которые направлено желание, осуществляет функция Эго. Здесь также находятся механизмы прерывания контакта, которые способствуют формированию незавершенных гештальтов. Например, может активизироваться интроекция, и тогда поисковое поведение будет ограничено представлением о невозможности найти яблоко или запретом на его употребление в пищу. Или контакт может быть прерван проекцией, представлением о том, что раньше яблок найти не удавалось, или о том, что съесть яблоко хочется близкому человеку. На стадии перехода к

действию человек может быть готов съесть яблоко, но будет сдерживать свой импульс из-за несоответствия текущему контексту, тогда имеет место ретрофлексия. Если контакт происходит успешно, то в фазе полного (финального) контакта организм и объект потребности на какое-то время становится одним целым. Кривая возбуждения падает, и наступает фаза постконтакта, во время которой опыт удовлетворения потребности ассимилируется, «записывается» в функцию Personality, формируя новое представление о себе и пережитом опыте. На фазе постконтакта ассимиляция опыта может нарушаться, и тогда не происходит насыщения и достижения удовлетворенности, а также присвоение переживания. Это может иметь место при психической травме, когда опыт связан с плохо переносимыми эмоциями витальной угрозы, или в случае нарциссических нарушений, когда пережитый позитивный опыт обесценивается раньше, чем возникнет удовлетворение. На каждом этапе цикла контакта обычно преобладает тот или иной механизм прерывания. Он изначально формируется как способ адаптации к текущей ситуации, а затем становится способом сопротивления контакту. В работе «Свидетель терапии» Ф. Перлз иллюстрирует механизмы прерывания на примере поведения хориста, которому хочется пойти в туалет. На фазе преконтакта преобладают слияние (конфлуенция) — неспособность выделять, распознавать и дифференцировать «фигуру» потребности из фона текущей психической жизни и отождествления собственных потребностей с потребностями социальной группы, своего рода полезависимость (в примере Ф. Перлза хорист думает «мы хотим продолжать»), и десенситизация — снижение проприоцептивной и интероцептивной чувствительности, дифференцировки сферы ощущений. Вербальным маркером интроекции служит частое употребление слова «мы» и невозможность ответить на вопрос «чего ты хочешь?». На фазе формирования и заострения *фигуры потребности* контакт может быть прерван при помощи интроекции — некритического поглощения опыта других людей (чаще в форме вербализуемых ограничивающих убеждений, запретов и долженствований, но также и в форме интроекции эмоционального отношения и образа действия). В примере Ф. Перлза хорист думает «я хочу, но мне нельзя». Вербальным маркером интроекции является употребление слов «нельзя», «надо», «должен» и персонализация ответственности. Интроецирование является необходимой частью процесса социализации, но когда у ребенка отсутствует возможность отвержения неприемлемого и подавляется функция отворачивания, он начинает некритическое поглощение опыта других, а собственные организмические сигналы начинает игнорировать. Доминирование интроекции может приводить к подавлению витальности и избыточной идентификации с социальной ролью, что, в конечном счете, ведет к развитию депрессивных расстройств. Интроекция противоречивых норм приводит к формированию невротических расстройств с преобладанием обсессивной и фобической симптоматики. Собственный импульс, переработанный невротическим конфликтом, начинает приписываться среде, в связи с чем удовлетворение потребности может быть также прервано при помощи проекции, когда конфликтующую и непризнанную потребность приписывают другому (в примере Ф. Перлза «они хотят в туалет»).

Различают *зеркальную* и *дополнительную*, а также проекцию *катарсиса*. При зеркальной проекции в другом видится то, что присуще самому, проецирующему («ты чувствуешь то же, что и Я», «ты такой же, как Я»). В случае дополнительной проекции приписываются те особенности, которые объясняют и оправдывают его поведение («обстоятельства заставляют меня поступить так...», «это заставило меня нарушить обещание» — вместо «...я нарушил обещание»). При проекции катарсиса неприемлемое влечение приписывается другим (как в случае ханжества). Если использующий интроекцию берет повышенную ответственность за то, на что он не имеет никакого влияния, то использующий проекцию отчуждает ответственность, приписывая собственный выбор условиям внешней среды. Вербальными маркерами проекции являются частое употребление местоимения «Ты» и безличных местоимений («это», «оно», «эти») в описании собственной проблематики.

На фазе контактирования контакт может быть прерван в момент перехода к действию и взаимодействию с объектом при помощи ретрофлексии (буквально лат. «загиб назад»), когда контактный импульс и эмоциональная энергия, изначально направленная на объект среды, перенаправляется на Self. В примере Ф. Перлза хорист думает «я хочу в туалет, но сдержусь» и продолжает терпеть позыв, несмотря ни на что. Поскольку при переходе к действию энергия уже мобилизована, то ретрофлексия является динамической основой для различного рода телесных напряжений и блоков, связанных с удержанием эмоциональной энергии, и может служить одним из путей развития психосоматических расстройств. Вербальными маркерами ретрофлексии является также частое употребление возвратных местоимений («себя», «себе» и префикса «само» — самоконтроль, самодостаточность, самолюбование) в описании проблематики. Ретрофлексия выступает в качестве одного из ведущих механизмов соматизации психического напряжения и способствует формированию широкого спектра психосоматических расстройств. Во время взаимодействия с объектом потребности включенность в процесс взаимодействия может быть неполной, так как человек сохраняет

повышенный контроль импульсов, блокируя спонтанность. Эта системная ретрофлексия в гештальт-терапии носит название эготизма.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Эготизм также становится частой причиной неудовлетворенности лиц с нарциссическими нарушениями, так как не позволяет достичь того уровня спонтанности, который приносил бы удовольствие от процесса. В случае профлексии (сочетания проекции и ретрофлексии) сама потребность ретрофлексируется и проецируется на другого, другому делается то, что хотелось бы получить себе. Так организовано компульсивное спасательство у лиц с созависимой и депрессивной личностной динамикой. Если объект ситуации, на который направлен изначальный контактный импульс, по тем или иным причинам опасен, импульс может перенаправляться на более безопасный объект. В таком случае гештальт-терапевты говорят о *дефлексии (уклонении)*. Проявлениями дефлексии могут быть разного рода формы избегающего поведения, произвольная смена тем при появлении напряжения в беседе, непереносимость напряжения и тревоги лицами, страдающими фобическими расстройствами, и чувств стыда и вины людьми, страдающими зависимостями. В случае, если на момент вхождения в контакт потребность не распознавалась, то и выход из такого контакта будет затруднительным. В таком случае говорят о межличностном слиянии (конфлуенции 2-го типа). Эмоциональные зависимости и переживания патологического горя организованы с участием этого механизма. На этапе постконтакта присвоение опыта, переживание ценности и достижение состояния удовлетворенности может быть заблокировано механизмом *обесценивания (девалидизации)*. Девалидизация может быть характерным процессом у людей с расстройствами личности (пограничным, нарциссическим) и депрессивными расстройствами (составляя психодинамическую основу ангедонии). Таким образом, процессуальный диагноз в гештальт-терапии как способ концептуализации материала сессии состоит из нескольких базовых пунктов.

- Доминирующая «фигура» сессии («основная эмоциональная тема повествования»). «Фигуру» выделяют на основе трех основных признаков: как правило, клиент начинает с этой темы (принцип приоритета), многократно возвращается к ней (принцип повторяемости темы), повествование о конфликтной тематике сопровождается наибольшим подъемом эмоциональной энергии (принцип энергетизации).
- Потребность, или группа потребностей, лежащих в основании «фигуры».
- Траектория фигуры (с чего клиент начинает повествование, к чему переходит, вокруг какой темы объединены различные части повествования).
- Уровень прерывания контакта и доминирующий механизм прерывания на этом уровне.
- Гипотеза о среде и творческом приспособлении (в условиях какой среды был сформирован этот механизм, и в чем его адаптивные свойства).
- Какие техники были использованы, что можно сделать для осознания способа прерывания и разблокирования контакта, восстановления творческого приспособления у клиента?

Ответы на эти вопросы позволяют структурировать материал сессии, концептуализировать его в терминах гештальт-терапии и модели цикла контакта и являются основой для наставнической супервизии в процессе обучения гештальт-терапии.

Структура индивидуальной сессии в гештальт-терапии. Основным техническим приемом гештальт-терапии является активное слушание с фокусировкой на эмоциональном компоненте повествования — следование за «фигурой клиента». На этапе преконтакта терапевт помогает клиенту сфокусировать эмоциональную энергию, детально проясняя контекст, избегая абстрактных описаний, конкретизируя контекст, используя принципы феноменологического диалога, подчеркивая невербальные и эмоциональные компоненты переживания («фокусировка фигуры через детализацию фона»). Затем терапевт просит клиента сфокусироваться на «трудном месте», побуждая клиента к формулировке запроса. Следующим этапом является выделение доминирующего процесса прерывания в ситуации «там-и-тогда» и осознание работы этого процесса в терапевтической ситуации «здесь и сейчас». Основной техникой на этом этапе будет «челночное связывание» различных трудных ситуаций с целью поиска и выделения общего процесса, лежащего в основе прерывания контакта. Терапевт может предложить клиенту эксперимент, направленный на повышение осознания способа прерывания либо, напротив, путем проигрывания возможных реакций на ситуацию, поляризованных форм поведения побудить клиента к наиболее полному способу выражения себя в ситуации («феноменологический бихевиоризм» в поисках хорошей формы, по выражению Дж. Зинкера). С целью закрепления опыта, экспериментирования с новыми способами построения контакта, клиенту может быть

предложено домашнее задание. Ассимиляция процесса, происходившего во время сессии может происходить в форме получения обратной связи от клиента о новизне полученного опыта. Современная гештальт-терапия уделяет большое внимание качеству терапевтического альянса и терапевтических отношений, постепенности продвижения по пути осознания и изменения, учитывая опыт возможного вреда, вызванного акцентом на эмоциональной экспрессии как таковой, что было характерно в начальный период распространения метода.

Теория изменений в гештальт-терапии. Гештальт-терапевт, профессор Арнольд Бейссер в 1970 г. сформулировал так называемую парадоксальную теорию изменений. Согласно ей «...изменение происходит тогда, когда человек становится тем, кто он есть на самом деле, а не тогда, когда он пытается стать тем, кем он не является. Изменение не происходит через намеренную попытку изменить себя самого или кого-либо, но происходит тогда, когда человек старается быть тем, кто он есть на самом деле — быть полностью вовлеченным в настоящее». Гештальт-терапевты не стремятся побуждать своих клиентов к поведенческим и эмоциональным изменениям, добиваясь полноты осознания существующего способа функционирования и построения контакта. Проблемное переживание или поведение возникает вследствие интрапсихических конфликтов, поляризованных выборов, где одна часть полярности не осознается. Полное осознание того, что есть, способа организации контакта и переживания возвращает возможность выбирать характер реакции или поведения. В связи с этим основной лечебный механизм гештальт-терапии — это повышение осознанности клиента тех способов контакта, которые он предпочитает в настоящий момент времени.

Техники гештальт-терапии. В гештальт-терапии применяется техника активного слушания, во время которой терапевт предоставляет клиенту возможность полностью развернуть переживания. Если для пациента в фокусе внимания находится то, что он говорит, то есть содержательный компонент повествования, то для терапевта имеет приоритет то, как говорит клиент, то есть процессуально-экспериментальный компонент повествования. Принцип гештальт-терапевта — следовать за фокусом энергии клиента, «не позволяя себе быть пойманным словами» [40]. В «фоне» восприятия высказываний самим клиентом находятся невербальные и паравербальные характеристики — поза, жесты, устойчивые напряжения тела, мимика и пантомимика, ритм дыхания и т.п. Обращая внимание на данные характеристики и отражая их динамику в процессе повествования, терапевт способствует реинтеграции содержания высказываний и эмоциональной энергии клиента. Психический конфликт понимается как относительно равновесная структура, в которой полярности взаимно уравнивают друг друга. Контакт с собственной эмоциональной энергией, блокированной в поляризованных и за счет этого неосознаваемых личностных конфликтах, позволяет вернуть способность к различению и выбору (восстановить Эго-функцию личности). Этой задаче и служат базовые техники гештальт-терапии. Большинство из них заимствованы из психодрамы, телесного и гуманистического психоанализа, но их применение определяется задачами гештальт-терапии.

Часть III. Направления и методы психотерапии

К. Наранхо [14] подразделяет техники гештальт-терапии на три основных блока.

1. Супрессивные (сдерживающие) техники — направлены на развитие осознанности путем предотвращения (блокирования) избегания чувственного опыта.
2. Экспрессивные (раскрывающие, проявляющие) техники — направлены на развитие осознанности за счет повышения способности к интенсивному вниманию или осознанному преувеличенному выражению (амплификации).
3. Техники интеграции — способствуют присвоению и интеграции, отчужденных вследствие интрапсихического конфликта частей личности.

Супрессивные техники включают максимальную конкретизацию высказываний, отказ от абстрактных описаний, отказ от повествовательности (безличных описаний ситуаций третьих лиц), эмоциональное и телесное фокусирование, персонализацию и презентификацию высказываний (перенос описания прошлого в ситуацию настоящего с использованием первого лица настоящего времени). Они направлены на фрустрацию избегания чувственного опыта, осознания и контакта.

Экспрессивные техники направлены на облегчение осознания и выражения эмоционального опыта. Они включают вербализацию ощущений, раскрытие ретрофлексии («поговори от имени головной боли...», «озвучь свое напряжение»), побуждение к действию («побудь с этим (в этом)...», «скажи прямо...»), прямое обращение, усиление спонтанных реакций (амплификацию) — «...повтори эту фразу еще раз...», «...усиль это выражение лица», обращение ретрофлексии («сожми мою руку так же, как ты сдавливаешь себе горло»), проигрывание фантазий (предложение досмотреть кошмар до конца при работе со

сновидениями или проигрывание и вербализация от первого лица в настоящем времени катастрофической фантазии при фобии) и т.п. [32].

Техники интеграции направлены на воссоединение полярных частей личности (техники «диалог частей личности с использованием двух стульев», «диалог с пустым стулом»), техники ассимиляции интроектов.

Для проработки каждого механизма прерывания используют разные техники. Так, при работе со слиянием и десенситизацией поощряется телесное фокусирование, вербализация эмоций, дифференциация ощущений, развитие interoцептивной и proprioцептивной осознанности. При работе с проекцией активно используют отождествление с ней (идентификация, вербализация и проигрывание роли симптома как проекции на тело символических событий на границе контакта, «чтение мыслей» окружающих, развитие и проигрывание катастрофических фантазий, проигрывание и отождествление с полярностью в поведении). При работе с интроекцией используют техники выявления и ассимиляции интроектов (установление психогенетических связей между убеждением клиента и убеждениями значимых в воспитании лиц, преувеличенная абсолютизация высказываний, сократический поиск рациональных и эмоциональных контраргументов и опровержений). При работе с дефлексией важны эксперименты с прямым обращением и фокусировкой на моменте избегания, преувеличение дефлексии.

Групповая гештальт-терапия. В конце 60-х годов XX в. Ф. Перлз предпочитал групповую гештальт-терапию. В его варианте использовалась форма индивидуальной работы в группе. В модели «горячего стула» ведущий группы проводил индивидуальную сессию с активным участником, реакции остальных участников выступали в качестве «фона» для работы с проекцией и для получения обратной связи. В модели «сломанного колеса» ведущий сам выделял активного участника и проводил микросессии, направленные на осознание спонтанно проявившегося неконгруэнтного поведения или выраженной эмоциональной реакции. Кроме индивидуальных сессий в данных моделях использовались так называемые «игры» — упражнения, посвященные экспериментированию с поведением в группе. Здесь может использоваться спонтанное движение, репетиции в воображении возможной реакции, проигрывание проекций, проигрывание поведения, противоположного демонстрируемому (например, застенчивому человеку предлагается сыграть роль критичного и язвительного). В последнее время гештальт-терапевты предпочитают интерактивные группы, в которых фокус внимания обращается на способы взаимодействия участников и задействованы универсальные механизмы групповой терапии. Ведущий обращает внимание на потребности участников и способы, которые они выбирают для их реализации в группе. Наряду с главной задачей — развитием осознанности способов построения контакта, одной из основных задач групповой гештальт-терапии является превращение поддержки со стороны участников группы в самоподдержку и развитие навыка использования социальной поддержки.

Терапия пар в гештальт-подходе. Гештальт-терапия часто применяется при работе с супружескими парами. Согласно Уолтеру Кемплеру «...основной задачей семейной гештальт-терапии является создание ситуации, при которой семья становится лучшим местом для удовлетворения индивидуальных потребностей ее членов» [11]. Как и в большинстве методов, ориентированных на переживание, акцент делается на эмоциональном осознании. Фокусом внимания терапевта является способ коммуникации участников: одной пары друг с другом и пары как целого с другими. В классической модели Дж. Зинкера терапевт внимательно наблюдает за взаимодействием участников пары, обращая внимание на доминирующие паттерны коммуникации [8]. Поскольку пара находится под давлением центробежных сил, терапевт пытается способствовать осознанию центростремительных сил, удерживающих их вместе. Затем терапевт пытается выделить и способствовать осознанию «сильной стороны» пары, тех навыков, которые в ней развиты лучше всего. Затем терапевт способствует осознанию тех навыков, которые, напротив, развиты слабо.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Допустим, в симметричной паре может быть хорошо развит паттерн автономии, когда каждый из партнеров может уверенно отстаивать собственную точку зрения, но слабо развит навык сотрудничества, при котором в каком-либо процессе партнерам трудно занимать второстепенные роли. Это приводит к постоянной борьбе за власть и провоцирует конфликты. Терапевт может предложить эксперимент, направленный на развитие навыка сотрудничества. С целью преодоления влияния циркулярного процесса терапевты также часто предлагают эксперименты со сменой ролей участников. Допустим, избегающий партнер может сыграть роль преследователя, а преследующий избегающего. Проигрывание ролей дезавтоматизирует повторяющееся поведение и развивает эмпатию к поведению партнера. В фокусе внимания гештальт-терапевта пары или семьи также могут находиться ведущие механизмы прерывания контакта, присущие данной паре или семье. Терапевт

помогает осознать как механизмы прерывания мешают удовлетворению потребностей в паре. Например, «интроективные семьи» полагаются на устаревшие и конфликтующие правила вместо выработки новых норм, учитывающих изменившиеся ценности поколений и динамику жизненного цикла семьи; «проективные семьи» чаще взаимодействуют со своим представлением о партнере, чем с ним самим; в «ретрофлексивных семьях» присутствует много напряжения и тайн, они редко полагаются друг на друга и утаивают сложные и проблемные переживания, накопленное напряжение выражается в спонтанных деструктивных конфликтах; семьи с преобладанием механизма дефлексии избегают обсуждения стыдных и табуированных тем, выражения интенсивных эмоций горя и печали, что парадоксальным образом способствует их накоплению. Признавая адаптивное значение имеющихся способов регуляции (в том числе механизмов прерывания контакта), терапевт предлагает экспериментировать с новыми способами, обращая внимание на те потребности, которые не реализуются в паре, и побуждая участников пары к их артикуляции («...я бы хотел(-а), чтобы ты...») и фасилитируя процесс контакта. Если в результате работы полноценный контакт в паре восстанавливается, то пара становится способной к саморегуляции, и симптоматическое поведение значительно ослабевает.

Гештальт-терапия в клинической практике. Традиционно в клинической практике гештальт-терапия применяется в работе с пациентами невротического уровня, с преобладанием высокого уровня контроля эмоциональной экспрессии и недостатком спонтанности в поведении [1, 71]. Ранние формы гештальт-терапии, построенные на комбинации технических приемов и экспериментов, направленных преимущественно на выражение чувств, в некоторых исследованиях были оценены как малополезные или даже потенциально вредные [55, 65]. Современные адаптированные варианты гештальт-терапии, применяющиеся в клинической практике, отличаются большей структурированностью, активным использованием поддерживающих техник, меньшим акцентом на эмоциональной экспрессии и поощрением спонтанности, частым заимствованием психодинамических представлений для концептуализации интервенций.

В настоящее время адаптированные варианты гештальт-терапии применяют также в терапии неглубоких депрессий невротического уровня [30, 35, 58, 73], тревожно-фобических расстройств (ТФР), в частности панического расстройства [36], расстройств личности [7, 49] и, в частности ПРЛ [6], в комплексной работе с пациентами, страдающими химическими зависимостями и коморбидными расстройствами настроения [50], в работе с последствиями психической травмы и эмоционального насилия [67].

Оценка эффективности гештальт-терапии. Несмотря на более чем пятидесятилетнюю историю существования и изначальное стремление к интеграции достижений современных нейронаук в практику, теории и практики гештальт-терапии всегда весьма настороженно относились как к попыткам стандартизации практики, так и критериям доказательности в психотерапии, подчеркивая уникальность и не воспроизводимость всех условий терапевтической ситуации, и невозможность учета всех взаимовлияний в количественных исследованиях. Гештальт-терапевты твердо придерживались личностно-ориентированного подхода, подчеркивая крайнюю затруднительность объективной оценки феноменологических интервенций. Возможно, в том числе в связи с этим, гештальт-подход и его потенциал остались не до конца востребованы в клинической практике.

В то же время под влиянием возросшей моды на доказательность количество исследований, посвященных оценке эффективности гештальт-терапии, продолжает расти. Так, в метаанализе R. Grawe [57] упоминается 8 исследований, посвященных оценке эффективности гештальт-терапии, из которых два отвечают критериям рандомизированного контролируемого исследования, а в метаанализе, проведенном H.J. Bretz, H.P. Heekerens, B. Schmitz в 1994 г., указано уже 34 исследования, подтвердивших эффективность гештальт-терапии [45]. L. Greenberg и S. Pavio исследовали эффективность гештальт-терапии с применением техники «пустого стула» в лечении легких депрессий, для сравнения избрав психообразовательную группу.

В отечественной практике изучалось применение гештальт-терапии в системе личностно-ориентированной психотерапии пациентов с невротическими расстройствами [1], адаптированного варианта гештальт-терапии в системе патогенетической психотерапии психогенных депрессий невротического уровня [30] (для сравнения использовалась группа пациентов, проходивших курс аутогенной тренировки), применение гештальт-терапии в комплексной модели лечения соматоформных расстройств [39]. В недавнем исследовании E. González-Ramírez и соавт. проводили сравнительную оценку гештальт-терапии и гипнотерапии в лечении неглубоких депрессий. Результаты исследования показали сопоставимую эффективность методов [56]. В исследовании M. Farahzadi, S. Masafi [53] показана сопоставимая эффективность гештальт-терапии и когнитивно-поведенческой игровой терапии в лечении дистимии. B. Holzinger, G. Klosch [60] изучали эффективность применения техник работы со сновидениями гештальт-терапии в работе с соматоформными расстройствами, а S. LaRosa [63] и G.S.M. Leungand, S.H. Khor [64] исследовали эффективность

применения гештальт-терапии в лечении ТФР, также показавшие стойкие клинические улучшения у данной группы пациентов. Р. Brownell [47] изучал эффективность групповой гештальт-терапии в комплексной терапии пациентов, страдающих разными формами химических зависимостей. Таким образом, разнообразие и воспроизводимость техник гештальт-терапии, диалогический характер и интуитивная направленность данного метода продолжают поддерживать его популярность среди практикующих психотерапевтов, при этом доказательная база гештальт-терапии постепенно укрепляется [1–75].

Список литературы

1. Александров А.А. Уровень контроля личности» у больных невротами при групповой психотерапии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1994, № 1. С. 98–100.
2. Бубер М. Два образа веры. М.: Республика, 1995. 464 с.
3. Булюбаш И.Д. Основы супервизии в гештальт-терапии. М.: Институт психотерапии, 2003. 223 с.
4. Булюбаш И.Д. Руководство по гештальт-терапии. М.: Институт психотерапии, 2004. 765с.
5. Гингер С., Гингер А. Гештальт-терапия контакта. СПб.: СпецЛит, 2001. 287с.
6. Гринберг Э. Лечение пограничной личности: пер. с англ. О.Д. Шустовой; под ред. Е. Кузнецовой. М.: КТЦ «Гештальт-анализа», 2011. 36 с.
7. Ермаков А.Л. Гештальт-терапия личностных расстройств. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2005, № 2 С. 80–64.
8. Зинкер Дж. В поисках хорошей формы. Гештальт-терапия с супружескими парами и семьями. М.: Класс, 2000.
9. Йонтеф Г. В поисках зеркала живого себя. Осознание диалогового процесса: пер. с англ. А. Лызлова, А. Громова; под ред. Г. Станкевич, Д. Хломовой. М.: Печатный двор, 2019. 403 с.
10. Карвасарский Б.Д. (Ред.) Психотерапевтическая энциклопедия. СПб.: Питер, 2002. 1019 с.
11. Кемплер У. Основы семейной гештальт-терапии. СПб.: Изд-во Пирожкова, 2001. 224 с.
12. Моховиков А.Н. Экзистенциальная боль: природа, диагностика, особенности психотерапевтической работы с клиентом // 1 Всероссийская научно-практическая конференция по экзистенциальной психологии: Материалы сообщений. М.: Смысл, 2001. С. 74–77.
13. Наранхо К. За живой гештальт: пер. с исп. Е. Богуш. М.: Класс, 2016. 392 с.
14. Наранхо К. Гештальт-терапия. Отношение и практика атеоретического эмпиризма: пер. с англ. Воронеж, 1999. 291 с.
15. Невис Э. Организационное консультирование: пер. с англ. СПб.: Изд-во Пирожкова, 2002. 224 с. (Серия: Новый импульс).
16. Овчинников Б.В., Павлов К.В., Владимиров И.М. Ваш психологический тип. СПб., 1994. 238 с.
17. Перлз Ф. Гештальт-подход. Свидетель терапии. М.: Институт психотерапии, 2003. 224 с.
18. Перлз Ф. Гештальт-семинары. Гештальт-терапия дословно. М.: Институт общегуманитарных исследований, 1998. 326 с.
19. Перлз Ф. Эго, голод и агрессия. М.: Смысл, 2000; 2005. 358 с.
20. Перлз Ф., Гудман П. Теория гештальт-терапии. Возбуждение и рост человеческой личности: пер. с англ. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2004. 379 с.
21. Перлз Ф., Гудмен П., Хефферлайн Р. Практикум по гештальт-терапии: пер. с англ. М.: Институт психотерапии, 2001. 240 с.; 2005. 228 с.
22. Перлз Ф.С. Эго, голод и агрессия: пер. с англ. М.: Смысл, 2000. 358 с.
23. Пестов М.Г. Эмоциональная зависимость: от диагностики к стратегиям преодоления. М.: СПб.: Добросвет; Центр Гуманитарных инициатив, 2019. 176 с.
24. Польстер И. Обитаемый человек: терапевтическое исследование личности: пер. с англ. М.: Класс, 1999. 240 с.
25. Польстер И., Польстер М. Интегрированная гештальт-терапия. Контуры теории и практики. М.: Класс, 1997. 272 с.
26. Робин Ж.М. Быть в присутствии другого: этюды по психотерапии. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2015. 288 с. (Серия: Современная психология: теория и практика).
27. Робин Ж.М. Гештальт-терапия. М.: Эйдос, 1996. 64 с.
28. Спаниоло-Лобб М. Сейчас-ради-потом в психотерапии: гештальт-терапия, рассказанная в обществе эпохи постмодернизма. Ростов н/Д: Феникс, 2015. 366 с.
29. Стерн Д. Момент настоящего в психотерапии и повседневной жизни. М.: Добросвет, 2018. 288 с.
30. Третьяк Л.Л. Гештальт-подход в патогенетической психотерапии психогенных депрессий невротического уровня: дис. ... канд. мед. наук. СПб.: ВМедА, 2007. 192 с.
31. Третьяк Л.Л. Практическая невротология М.: Добросвет, 2019. 308 с. (Библиотека Гештальт психотерапии)

32. Третьяк Л.Л., Федоров А.П. Техники современной гештальт-терапии: Методическое пособие к учебному курсу. М.: Добросвет, 2016. 62 с.
33. Уиллер Г. Гештальт-терапия постмодерна: по ту сторону индивидуализма. М.: Смысл, 2005. 488 с.
34. Филиппсон П. SELF в отношениях. М.: Добросвет, 2014. 272 с.
35. Франчесетти Дж., Рубал Я. Гештальт-подход в работе с депрессивным опытом / Пер. В. Степаненко; под ред. Н. Кедровой, А. Бычковой. Киев: Киевское представительство Украинского общества практикующих психологов «Гештальт-Подход», 2015. 76 с.
36. Франчесетти Дж. (Ред.). Панические атаки (гештальт-терапия в единстве клинических и социальных контекстов). М., 2014. 264 с.
37. Франчесетти Дж., Джечеле М., Рубал Я. Гештальт-терапия в клинической практике: от психопатологии к эстетике контакта. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2017. 688 с.
38. Хломов Д.Н. Психотерапевтический анализ программы 12 шагов // Гештальт-2009: Сборник статей Московского гештальт-института, спецвыпуск по проблеме зависимостей. М., 2009. 83 с.
39. Царева Е.В. Клиника, диагностика и психотерапия соматоформных расстройств желудочно-кишечного тракта: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2005. 23 с.
40. Энрайт Дж. Гештальт, ведущий к просветлению. М.: Эксмо, 2002. 304 с.
41. Arip M.A.S.M., Bakar R.B.A., Ahmad A.B., Jais S.Md. The development of a group guidance module for student self-development based on gestalt theory // *Procedia Soc. Behav. Sci.* 2013. Vol. 84. P. 1310–1316.
42. Beutler L.E., Engle D., Mohr D. et al. Predictors of differential response to cognitive, experiential, and self-directed psychotherapeutic procedures // *J. Consult. Clin. Psychol.* 1991. Vol. 59, N. 2. P. 333–334.
43. Beutler L.E., Mohr D.C., Grawe K. et al. Looking for differential treatment effects: Cross-cultural predictors of differential psychotherapy efficacy // *J. Psychother. Integr.* 1991. Vol. 1. P. 121–141.
44. Bloom D. The phenomenological method of gestalt therapy: revisiting Husserl to discover the «essence» of gestalt therapy // *Gestalt Rev.* 2009. Vol. 13. P. 277–295.
45. Bretz H.J., Heekerens H.P., Schmitz B. A meta-analysis of the effectiveness of gestalt therapy // *Z. Klin. Psychol. Psychopathol. Psychother.* 1994. Vol. 42, N. 3. P. 241–260.
46. Brownell P. Contemporary gestalt therapy // *Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice* / Eds D.J. Cain, K. Keenan, S. Rubin. American Psychological Association, 2016. P. 219–250.
47. Brownell P. Gestalt therapy research // *Int. J. Psychother.* 2021. Vol. 24, N 3. P. 43–53.
48. Cole P., Reese D. *New Directions in Gestalt Group Therapy*. New York: Routledge, 2018.
49. Delisle G. A gestalt perspective of personality disorder // *Br. Gestalt J.* 1991. Vol. 1. P. 42–50.
50. Dominitz V.A. Gestalt therapy applied: A case study with an inpatient diagnosed with substance use and bipolar disorders // *Case Rep. Clin. Psychol. Psychother.* 2017. Vol. 24, N. 1. P. 36–47.
51. Elliott R., Greenberg L.S. The essence of process-experiential emotion-focused therapy // *Am. J. Psychother.* 2007. Vol. 61. P. 241–254.
52. Elliott R., Greenberg L.S., Lietaer G. Research on experiential psychotherapies // *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 5th ed. / Ed. M.J. Lambert. New York: Wiley, 2004. P. 493–539.
53. Farahzadi M., Masafi S. Effectiveness of gestalt and cognitive-behavioural play therapy in decreasing dysthymic disorder // *Procedia Soc. Behav. Sci.* 2013. Vol. 84. P. 1642–1645.
54. Fogarty M. Creating a fidelity scale for gestalt therapy // *Gestalt J. Aust, N. Z.* 2015. Vol. 11. P. 39–54.
55. Fogarty M., Bhar S., Theiler S., O'Shea L. What do gestalt therapists do in the clinic? The expert consensus // *Br. Gestalt J.* 2016. Vol. 25. P. 32–41.
56. González-Ramírez E., Carrillo-Montoya T., García-Vega M.L. et al. Effectiveness of hypnosis therapy and gestalt therapy as depression treatments // *Clín. Salud.* 2017. Vol. 28. P. 33–37.
57. Grawe K. The Bernese Psychotherapy Research Program // *Psychotherapy Research: An International Review of Programmatic Studies* / Eds L.E. Beutler, M. Crago. Washington, DC, 1991. P. 202–211.
58. Greenberg L.S. *Working with Emotions in Psychotherapy*. New York: Guilford Press, 1997. 303 p.
59. Holzinger B., Klosch G., Saletu B. Studies with lucid dreaming as add-on therapy to gestalt therapy // *Acta Neurol. Scand.* 2015. Vol. 131. P. 355–363.
60. Holzinger B., Klosch G. et al. DreamSenseMemory — a gestalt-based dream-work approach embracing all our sense // *Res. Psychother.* 2021. Vol. 24, N. 2. P. 529.
61. Kelly T., Howie L. Exploring the influence of gestalt therapy training on psychiatric nursing practice: stories from the field // *Int. J. Ment. Health Nurs.* 2011. Vol. 20. P. 296–304.
62. Langle A.A., Kriz J. The renewal of humanism in European psychotherapy: developments and applications // *Psychotherapy.* 2012. Vol. 49. P. 430–436.

63. La Rosa S., Tosi R. Outcome research in gestalt therapy: The SIPG Project // The Aesthetic of Otherness: Meetings at the Boundary in Desensitized World — Proceedings / Eds M. Spanguolo Lobb et al. Italy: Instituto de Gestalt HCC, 2018. P. 293–296.
64. Leung G.S.M., Khor S.H. Gestalt Intervention Groups for Anxious Parents in Hong Kong: A Quasi-Experimental Design // J. Evid. Inform. Soc. Work. 2017. Vol. 14. P. 183–200.
65. Lilienfeld S.O. Psychological treatments that cause harm // Perspect. Psychol. Sci. 2007. Vol. 2. P. 53–70.
66. Mullings B. A Literature Review of the Evidence for the Effectiveness of Experiential Psychotherapies. Melbourne: PACFA, 2017.
67. Noormohamadi P., Ahmadi A. et al. The effect of gestalt-based counseling on the level of self-esteem and intimate partner violence against pregnant women: A randomized control trial // Iran. J. Nurs. Midwifery Res. 2021. Vol. 26, N. 5. P. 437–442.
68. Raffagnino R. Gestalt therapy effectiveness: A systematic review of empirical evidence // Open J. Soc. Sci. 2019. Vol. 7. P. 66–83.
69. Raffagnino R., Zerbetto R. Extending the «empty-chair» technique to couple therapy // Int. J. Psychother. 2016. Vol. 20. P. 51–60.
70. Roubal J., Francesetti G., Brownell P. et al. Bridging practice and research in gestalt therapy // Towards a Research Tradition in Gestalt Therapy / Ed. J. Roubal. Cambridge: Cambridge Scholars Publishing, 2016. P. 1–17.
71. Shepherd I., Fagan J. Gestalt Therapy Now: Theory, Techniques, Applications. Palo Alto, Calif: Science and Behavior Books, 1970. 328 p.
72. Stevens C., Stringfellow J., Wakelin K., Waring J. The UK Gestalt Psychotherapy CORE Research Project: The Findings // Br. Gestalt J. 2011. Vol. 20. P. 22–27.
73. Tyson G.M., Range G.M. Gestalt dialogues as a treatment for mild depression: Time works just as well // J. Clin. Psychol. 1987. Vol. 43, N. 2. P. 227–231.
74. Wampold B.E. How Important Are the Common Factors in Psychotherapy? An Update // World Psychiatry. 2015. Vol. 14. P. 270–277.
75. Yontef G. Dialogic gestalt therapy // Handbook of Experiential Psychotherapy / Eds L.S. Greenberg, J. Watson, G. Lietaer. New York: Guilford Press, 1998. P. 82–102.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Глава 24. Транзактный анализ

Транзактный анализ представляет собой систему комбинированной психотерапии, использующую оригинальные представления о структуре личности (*состояния Я: Родитель, Взрослый, Ребенок*) в контексте ее возможностей долгосрочного планирования различных вариантов собственного будущего (*концепция сценария жизни*). Транзактный анализ стал известен благодаря работам Эрика Берна (1910–1970) — канадско-американского психотерапевта с белорусскими корнями — и его ближайших сподвижников и учеников: Клода Штайнера, Мюриэль Джеймс, Фаниты Инглиш, Стивена Карпмана, Джекки Шифф, Роберта и Мэри Гулдинг.

Ядром транзактного анализа являются концепция *состояний Я* или *Эго-состояний* «Родителя», «Взрослого» и «Ребенка» — рабочих метафор разнопланового опыта, хранящегося в долговременной памяти, а также концепция *транзакций* как единиц межличностного и внутриличностного взаимодействия [8]. Эго-состояние Ребенка, с которым человек рождается, состоит из мириад детских воспоминаний, доступных, малодоступных или недоступных осознанию. Эго-состояние Родителя, которое формируется в процессе индивидуального развития, включает интроекты родительских фигур (обеспечивающих защиту, заботу, обучение и пример для подражания) большей или меньшей степени значимости, с которыми человек встречался на протяжении жизни. Эго-состояние Взрослого представлено феноменами эксплицитной и рабочей памяти так, что психический образ себя Взрослого отождествляется со способностью адекватно реагировать на ситуацию «здесь и теперь», привлекая для решения проблем логику и здравый смысл. Обмениваясь транзакциями (стимул–ответ), два человека используют все свои шесть Эго-состояний, так что открытые конфликты или плохо осознаваемые межличностные проблемы возникают из-за неконгруэнтности используемых Эго-состояний, например, стимул от Взрослого одного человека был направлен к Взрослому другого («разрешите пройти»), а ответ последовал из Родителя и направлен к Ребенку спрашивающего («нечего здесь ходить!»). Транзакции пересеклись и возник конфликт (рис. 24.1).

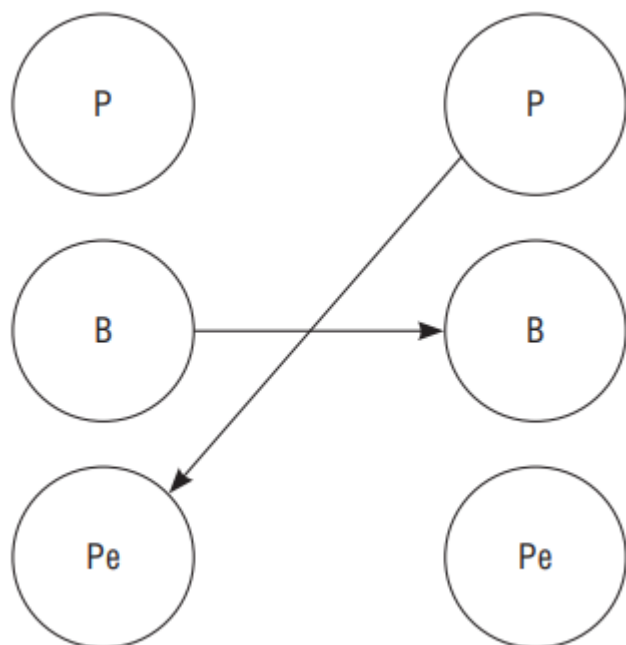


Рис. 24.1. Пересекающиеся транзакции (конфликт) В — взрослый; Р — родитель; Ре — ребенок

Выделяются две основные проблемы представленности Я-состояний: контаминации, когда смешиваются два разных Эго-состояния, и исключения, когда Эго-состояния жестко отграничены друг от друга. Ряд наиболее популярных упражнений по осознанию собственных состояний Я и направляемых из них транзакций включает предложение подумать и прочувствовать свои три Эго-состояния. Пациент поочередно «высаживает» на стул свои Эго-состояния и интервьюирует их с помощью психотерапевта. Психотерапевт также может попросить нарисовать различные транзакции и привести примеры диалогов, которые эти транзакции отражают.

Цель таких упражнений пригласить пациента к прояснению границ между Эго-состояниями, что особенно полезно при наличии внутриличностного конфликта. Распознавание транзакций важно для анализа межличностных конфликтов и психологических игр. Другой отличительной особенностью транзактного анализа является концепция «*игры, в которые играют люди*». Именно так называлась книга Э. Берна [1], которая принесла популярность транзактному анализу во всем мире. Игры являются одной из форм структурирования времени, при которой люди обмениваются двойными транзакциями, то есть транзакциями, имеющими социальный и психологический компоненты. Социальный компонент, как правило, вербальный, но может включать и невербальные элементы (например, жестикуляция и т.д.), а психологический компонент полностью невербальный, скрытый (двойной смысл, интонация, эмоциональная окраска, двигательная реакция и др.). Игра ведется с целью достижения патологического «выигрыша» в результате интенсивного обмена транзакциями. Психологический смысл невербальной транзакции, используемой в играх, отражает травматический детский опыт и проигрывается в поведении Преследователя, Спасателя или Жертвы (*драматический треугольник С. Карпмана* — рис. 24.2), так что каждый участник игры, переключая свои Эго-состояния внутри драматического треугольника, выходит из игры с эмоциональным дискомфортом, подтверждая свои патологические решения, которые он сделал в детстве, находясь в уязвимом или зависимом от окружения положении.



Рис. 24.2. Драматический треугольник С. Карпмана [14]

По мере прогрессирования игры «выигрыш» не только приводит к эмоциональному дискомфорту (переживанию так называемых рзкетных чувств), но и может способствовать формированию соматических нарушений, возникновению серьезных конфликтов или крайне неблагоприятных социальных последствий (распад семьи, административное или уголовное наказание и т.д.). Люди, которые «играют» в похожие игры, как считал Э. Берн, узнают друг друга по необходимым им дополняющим психологическим транзакциям (Жертва ищет Преследователя) и создают долгосрочные патологические альянсы на уровне семьи (различные дисфункциональные и созависимые семьи), группы (антисоциальные группировки и субкультуры) или учреждения (мошеннические организации). Близкой по значению и структуре понятию «игра» Э. Берна является современная психоаналитическая концепция «центральной конфликтной темы» Лестера Люборски.

Для прояснения деталей игры в процессе транзактно-аналитической работы психотерапевт приглашает пациента рассказать о ситуациях, когда он действует в рамках ролей драматического треугольника. Особенное внимание уделяется переключениям из Жертвы в Преследователя, из Спасателя в Жертву. Подчеркивается, что именно переключение ролей в треугольнике С. Карпмана свидетельствует о наличии манипуляционной игры.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Игры, как заметные и интенсивные поведенческие элементы (а к ним относятся также ритуалы, времяпрепровождения, рзкеты, деятельность, интимность), продвигают прогрессирующее течение другой патологической формы долгосрочного структурирования времени — сценария жизни [2, 7]. Под сценарием жизни в транзактном анализе понимают неосознаваемый жизненный план, принятый человеком в раннем детстве на фоне генетической предрасположенности и под влиянием семейного (социального) окружения, который осуществляется на протяжении жизни, достигая своей кульминации в финальной сцене. Э. Берн различал несколько вариантов жизненного пути, проживать которые может один и тот же человек: собственно сценарный (неосознаваемый), контрсценарный (копинговый, малоосознаваемый, призванный избежать следования сценарию), антисценарный (последовательность действий прямо противоположных сценарным), насильственный (например, рабство) и автономный. Именно автономный путь — осознанно планируемый, основанный на доступе к самой широкой информации всех трех Эго-состояний и полной гамме аутентичных чувств, является антагонистичным сценарному и контрсценарному путям и предпочтительным результатом в терапии сценария. Современная нейрокогнитивная концепция «памяти будущего» соответствует транзактно-аналитической концепции сценария. В рамках концепции детально описываются некоторые неосознаваемые детали жизненного опыта, на основе которых строится семантика человеческого выбора специальности, места жительства или способа реагирования на стресс.

Основой сценария очень часто выступает какая-то сказка или история, которую выбирает ребенок из множества альтернатив. При работе со сценарием психотерапевт просит пациента рассказать свою любимую сказку и найти похожие сюжеты в своей жизни. В процессе этого упражнения пациенту предоставляется возможность осознать свои прошлые коммуникации, подумать о финальной сцене сказки и, при необходимости, ее изменить. Полезно при сценарном анализе прояснить и прайминг (зафиксированную установку) имени: в честь (или вместо) кого называли пациента, поразмышлять о судьбе этого человека и его влиянии на нынешнюю жизнь пациента.

Принципы терапии и школы транзактного анализа. Транзактный анализ обычно включает следующие этапы: структурный анализ, анализ транзакций, анализ психологических игр и анализ сценария (скрипт-анализ). Одно из основных философских положений транзактного анализа говорит о том, что любая проблема или патология есть результат собственного выбора пациента, и именно поэтому у него всегда есть возможность сделать новый выбор. Эта возможность становится реальной, когда пациент перестает быть пассивным (*теория пассивности в транзактном анализе*), осознавая проблему, возможность ее изменения и свои собственные ресурсы. Пациент по своей инициативе вступает в контакт с - психотерапевтом, становится партнером по собственному излечению и, заключая контракт (*контрактный метод в транзактном анализе*), принимает на себя половину ответственности за необходимый результат, делегируя оставшиеся пятьдесят процентов психотерапевту (рис. 24.3). Подобный алгоритм хорошо работает в рамках транзактно-аналитического консультирования у пациентов с невротическими нарушениями и достаточно сохранным Эго-состоянием Взрослого. С другой стороны, есть ряд пациентов с болезнями зависимости, пограничной личностной патологией или тяжелой детской травмой, которые нуждаются в особом типе излечивающего контакта, прежде чем они станут способны заключить осознанный контракт по типу: Взрослый пациента — Взрослый психотерапевта. На

рис. 24.3 показаны две схемы их взаимодействия, в обоих случаях транзакции параллельны и не пересекаются.

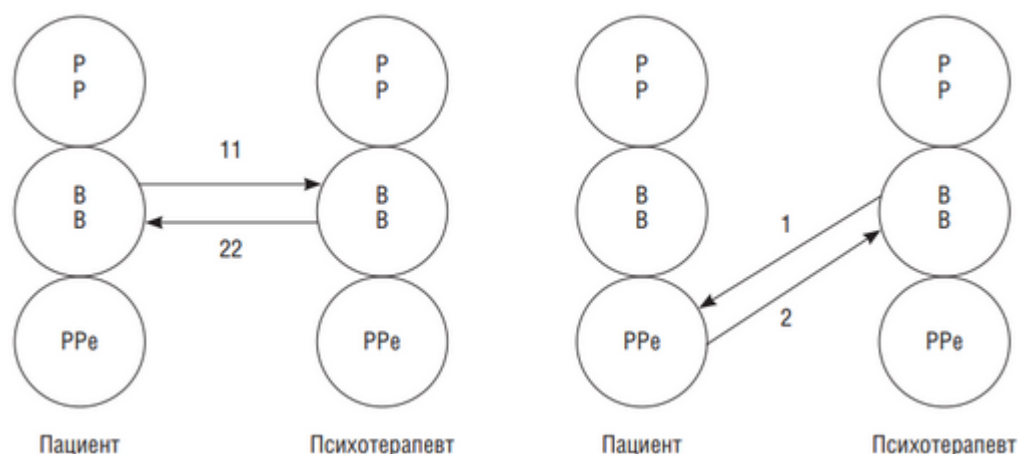


Рис. 24.3. Контракт и временное соглашение. А₁ Контракт: транзактный стимул (1) с просьбой о лечении идет из Взрослого Эго-состояния пациента и адресуется к Взрослому психотерапевта; транзактная реакция (2) о согласии идет из Взрослого психотерапевта к Взрослому пациенту. А₂ Временное соглашение: транзактный стимул (1), приглашающий Эго-состояние Ребенка пациента к лечению, исходит из Взрослого психотерапевта; транзактный ответ (2) с согласием Ребенка пациента адресуется к Взрослому психотерапевта. В — взрослый; ВВ — транзакция Взрослый–Взрослый; Р — родитель; Ре — ребенок; РР — транзакция Родитель–Родитель; РРе — транзакция Родитель–Ребенок. В настоящее время возможности такого типа мотивирующего и исцеляющего контакта диссоциированным пациентам предлагает современное направление интегративного, сотворческого и отношенческого подходов в транзактном анализе, развиваемого Р. Эрскиным и коллегами [11].

Взаимодействие пациента и психотерапевта. Основная цель транзактного анализа — помочь пациенту осознать свои игры, понять жизненный сценарий, разобраться во взаимодействии Эго-состояний и, при необходимости, направить их на принятие новых адаптационных решений. Различные методологические пути изменения сценария жизни сформировали основные школы транзактного анализа.

Классическая школа Э. Берна фокусируется на Эго-состоянии Взрослого и рассматривает транзактный анализ как разновидность когнитивно-поведенческой психотерапии, где основным инструментом излечения является инсайт относительно генетических источников проблемного поведения, а также улучшение социального функционирования в результате анализа транзакций и игр, предпочтительно в формате групповой психотерапии.

Представители классической школы транзактного анализа в качестве решающего воздействия называют терапевтическую транзакцию *разрешения*, которая позволяет пациенту выйти из-под влияния сценарных посланий родителей. Разрешение психотерапевта предоставляет пациенту своеобразную «лицензию» на неповиновение родительским установкам, и, следовательно, возможность отказаться от сценарных паттернов и развивать новое автономное поведение в соответствии с терапевтическим разрешением. Пациента могут прямо спросить, какое разрешение он хотел бы получить от психотерапевта и против какого Родительского запрета. При достаточном уровне альянса и анализе запрета с точки зрения Родительских заблуждений, психотерапевт может прямо дать такое разрешение (например, «Ты можешь любить!» или «Ты можешь выражать свой гнев!»). Для того чтобы дать такую транзакцию, психотерапевт должен быть эффективным (сильным и гибким в отношении Родительских фигур пациента) и обеспечить надлежащую защиту пациенту на то время, пока новое поведение не станет устойчивым.

Школа нового решения М. и Р. Гулдинг [4] прежде всего обращает внимание на Эго-состояние Ребенка, утверждая, что именно Ребенок пациента когда-то вынужденно принял сценарное решение (например, «не принадлежать» или «не чувствовать»), поэтому именно он, возвращенный с помощью возрастной регрессии в прошлую ситуацию или «первичную сцену», может изменить старое решение, чтобы следовать новому решению уже вне терапевтической ситуации (применительно к приведенному примеру — использовать близость и выражать свои чувства). М. и Р. Гулдинги предпочитали использовать формат групповой терапии, справедливо рассчитывая на поддержку и энергию множества людей, сконцентрированных на клиентском «горячем стуле», и методики гештальт-терапии Ф. Перлза.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Школа катексиса или репарентинга (переродительствования, перевоспитания) Д. Шифф [18], предложенная для лечения психозов и личностных расстройств, концентрируется на Эго-состоянии Родителя, из которого, по мнению представителей этой школы, патологические ригидные Родительские интроекты ведут прямой внутриличностный диалог с Ребенком пациента при минимальном участии слабого, лишенного энергии Взрослого Эго-состояния. Цель терапии состоит в энуклеации старого Родительского Эго-состояния и замене его новым, содержащим здоровые послания. С этой целью пациенты изолировались от биологических родителей на длительный срок и с помощью управляемой возрастной регрессии выросли и воспитывались заново командой психотерапевтов в защищающей здоровой среде терапевтического сообщества. Д. Шифф в прямом смысле «усыновляла» своих пациентов, чтобы быть доступной двадцать четыре часа в сутки.

Помимо трех «классических» школ, современный транзактный анализ практикуется и в психоаналитической парадигме (Карло Мойзо, Мишель Новеллино, Петрушка Кларксон), личностно-ориентированной (Тайби Калер, Пол Вэр, Вэнн Джоинс, Иан Стюарт), интегративной (Ричард Эрскин, Мэри О'Рейли-Кнапп), отношенческой (Шарлотта Силз, Хелена Харгаден, Кейт Тюдор) и нарративной (Мария-Тереза Тоси, Джо Стаффридж). В России транзактный анализ как психологическая теория преподавался во многих университетах на психологических факультетах, однако с начала 90-х годов прошлого века стал применяться и в практическом направлении под эгидой Европейской Ассоциации Транзактного Анализа (от англ. European Association for Transactional Analysis) сначала в Санкт-Петербурге, а затем в Москве и г. Рязани. В настоящее время в России профессионалов в области транзактного анализа объединяет аффилированное Европейской Ассоциацией Транзактного Анализа объединение — Санкт-Петербургская Организация Транзактного Анализа. Сегодня транзактный анализ развивается в рамках национальных профессиональных ассоциаций и преподается во многих частных и государственных вузах. Международная сертификация в области транзактного анализа осуществляется через экзаменационный процесс, организуемый Европейской Ассоциацией Транзактного Анализа и Международной Ассоциацией Транзактного Анализа (от англ. International Association for Transactional Analysis). В последние годы на фоне непрекращающейся конкуренции с другими психотерапевтическими модальностями настоятельной потребностью для транзактного анализа стало развитие теории и ведение надлежащей практики с позиций доказательного подхода в психологии и медицине. Такие работы под эгидой Европейской Ассоциации Транзактного Анализа были сделаны и опубликованы в журналах, входящих в системы Scopus и Web of Science, для личностных расстройств [12], зависимости от алкоголя и ПАВ [9, 10, 17], депрессий [12].

Транзактный анализ в терапии отдельных психических расстройств

Психотерапия личностных расстройств. Одно из популярных направлений транзактного анализа рассматривает личностные особенности пациентов через призму теории «личностных адаптаций» [5]. Личностные адаптации исследуются в диапазоне от тотального психического здоровья до тотальной психотической дисфункции. Разные адаптации формируются в процессе индивидуального развития и отличаются друг от друга набором Детских решений, сделанных на основе Родительских предписаний и контрпредписаний. Например, человек с шизоидной адаптацией имеет предписания «Не чувствуй» и «Не будь близок», а люди с истерической адаптацией — «Не вырастай» и «Не думай». Сама по себе терапия адаптаций проводится в дисфункциональных случаях, когда на фоне адаптаций формируется соответствующее невротическое расстройство (например, на фоне навязчиво-принудительной адаптации — обсессивно-компульсивное расстройство), или дисфункция достигает критериев расстройства личности.

При терапии личностных расстройств учитывается их психодинамика и соответствующая представлениям транзактного анализа патологическая личностная структура. В зависимости от тяжести проявлений расстройства терапия может быть исключительно транзактно-аналитической в формате «терапии перерешением», а также может быть комбинированной и стационарной, включая групповую психотерапию, арт-терапию, терапию созданием терапевтической среды, где языком транзактного анализа описываются межличностные и внутриллические процессы [21, 22]. Пациентам с пограничной организацией личности в большей степени показана транзактно-аналитическая психотерапия в рамках «классической школы». Основными целями такой терапии являются достижение эмоционально-пережитого инсайта при понимании функционирования и содержания Эго-состояний, смягчение влияния садистических интроектов Родительского Эго-состояния и усиление функционирования Взрослого. Психотерапия проводится в течение 3-месячного пребывания в стационаре по следующему плану:

- 1) заключение контракта и определение цели лечения;
- 2) укрепление границ между Эго-состояниями путем обсуждения различной структурной патологии Эго, изучения перераспределения энергии между Эго-состояниями (метод

построения эгограмм) и повышения собственных возможностей направлять энергию в позитивные Эго-состояния;

3) анализ транзакции между пациентом, членами группы и психотерапевтом обсуждаются варианты структурирования времени и профиль поглаживаний;

4) анализ игр используется для выявления наиболее частой позиции пациента в драматическом треугольнике и повторяющихся паттернов поведения внутри и вне терапии (в семье пациента);

5) анализ сценария используется для распознавания посланий и решений внутри Эго-состояний, структурной перестройки Эго-состояния Ребенка и интроекций внутри Родительского Эго-состояния. Подчеркивается [22], что транзактный анализ имеет ряд преимуществ перед когнитивно-поведенческой терапией и психоанализом благодаря возможности непосредственно анализировать транзакции из-за межличностного характера пограничной патологии.

Психотерапия депрессий. Транзактный анализ учитывает психодинамику и особую структуру личности у лиц, склонных реагировать на дистресс и фрустрацию депрессией [23]. Люди с депрессивной жизненной позицией «Я — не ОК; другие — ОК» проживают жизнь не для «себя», а для «доминирующих других», где отрицание собственной автономности и значимости «обменивается» в своего рода «сделке» на принятие значимым другим. Пациенты с депрессией имеют большого Критического Родителя («Критикующее Супер-Эго»), который позволяет им взять на свой счет гиперболизированную ответственность за свои страдания. В то же время они имеют слабого Питающего Родителя по отношению к потребностям собственного Ребенка, который переориентирован на заботу для «доминирующего другого». Пациенты чувствуют невозможность любить себя и заботиться о себе — образ Я всегда «плохой».

Часть III. Направления и методы психотерапии

В связи с этим лечение начинают с контакта и контейнирования реалистического Питающего Родителя, заботящегося о своем Ребенке. Параллельно поддерживают высокий уровень зависимости от психотерапевта (симбиоза), когда терапевт становится «третьей доминантой», чтобы уйти из-под влияния «доминирующего другого». Поощряется развитие переноса с ощущением возможной потери психотерапевта и переживания своей вины по этому поводу: проводится анализ игр, вербализация сопротивления и защит пациента. В этот период заключают контракт на «не убежание из терапии», так как риск изменений не позволяет пациентам воспользоваться заботой, безопасностью и комфортом. Психотерапевт постепенно выходит из симбиоза, позволяя пациенту использовать своих Взрослого и Родителя, и в то же время не закрывает «зонтик» своей заботы, куда пациент мог бы регрессировать. Психотерапевт исследует причины, так называемую позицию ОК-ейности, предписания и прочее, приглашая пациентов со средней выраженностью депрессии сделать перерешение по методу М. и Р. Гулдингов. Пациентов с тяжелой депрессией обеспечивают позитивными поглаживаниями, приглашая их присоединиться к интерпретациям: почему они имеют такую нездоровую «Я-концепцию», проясняют возможное суицидальное поведение, где психотерапевт должен понимать ограниченность своей ответственности за суицид пациента. Терапевт поощряет пациента дать самому себе разрешения «любить себя» и «заботиться о себе», что послужит дальнейшей базой для личностного роста. На заключительном этапе терапии пациенты с нормально функционирующим Взрослым Эго-состоянием и разрешающим Родителем позволяют своему Ребенку вступать во взаимоотношения, исходя из своих потребностей без их игнорирования. Формируется новый канал коммуникаций между Питающим Родителем и Свободным Ребенком [13]. Следует подчеркнуть, что транзактный анализ, как и другие методы психотерапии, безусловно, не исключает применение биологической терапии, особенно при выраженной депрессии и высоком суицидальном риске.

Для лечения депрессивных эпизодов легкой или средней степени тяжести применяется подход, разработанный Марком Виддоусоном [16], который основан на последовательном применении методик транзактного анализа. Ключевые идеи этого подхода следующие: создание взаимоотношения «Я — ОК; другие — ОК»; обсуждение и помощь пациенту в понимании и изменении самокритичного диалога между Эго-состояниями Критического Родителя и Адаптированного Ребенка; определение и конфронтация контаминаций и сценарных убеждений, которые негативно влияют на Я-концепцию и ожидания от других и себя; поддержание, признание, переоценка и оспаривание самоограничительной системы мышления, которая поддерживает депрессию (анализ системы рэкета/сценарной системы); исследование и изменение банка поглаживаний — через принятие позитивных поглаживаний и самопоглаживаний, и через уменьшение негативных самопоглаживаний (самокритики); оспаривание грандиозной роли Я; поддержка рефлексии и переоценки

жизненного опыта, которые лежат в основе чувства бесполезности; помощь в принятии нового решения о том, как пациент воспринимает себя, окружающий мир и контакт с окружающим миром; приглашение к работе по выражению подавленных чувств гнева и печали; помощь пациенту в исследовании и апробации новых, подкрепляющих самооценку способов общения с другими; разработка и обсуждение поведенческих контрактов, как, например, практики осознанности, выполнения домашних заданий, контрактов на заботу о себе (физические упражнения, диета и контракты на гигиену сна) [16].

Психотерапия аутоагрессивного и суицидального поведения. Аутоагрессивное поведение в транзактном анализе понимается как процесс реализации «гамартического» сценария жизни [7]. В основе этого сценария лежит родительское предписание «не живи» [4], невербально информирующее ребенка, что его появление на свет было преждевременным и ненужным. На базе этого предписания ребенок принимает ранние аутоагрессивные или суицидальные решения «не жить» или «убивать себя различными способами». Эти вынужденные ранние решения, комбинируясь с другими решениями относительно иных родительских посланий (*предписаний, контрпредписаний, программ*), формирующих различные личностные адаптации или типы личностей, определяют клиническое разнообразие аутоагрессивного поведения. Так, классические формы аутоагрессии (суициды, парасуициды, самоповреждения) чаще встречаются у личностей с пограничной личностной адаптацией; рискованное поведение (несчастные случаи, травмы и др.) — у личностей с истерической адаптацией; аутоагрессивное поведение в форме агрессии и антисоциального поведения (виктимность, агрессивность и импульсивность) — у личностей с антисоциальной адаптацией; семейная аутоагрессия (ревность, конфликты, разводы, одиночество) — у лиц с параноидной адаптацией и др. [9, 19]. Сценарий «не живи» достигает кульминации и реализуется, когда человек попадает в специфические триггерные ситуации или подвергается дистрессу.

Транзактный анализ предложил несколько терапевтических подходов, составляющих «золотой» фонд суицидологии. Среди них — антисуицидальный контракт [4] между психотерапевтом и суицидоопасным (депрессивным) пациентом в виде временного соглашения или, что предпочтительнее, постоянного решения пациента не совершать самоубийство, как результат совместной, ориентированной на инсайт терапевтической работы. Разновидности этого контракта, например, «контракт на не убийство», запрещающий все виды агрессии в отношении людей, «контракт на не убежание из терапии и из контакта», «контракт на не сумасшествие» — повышают способность пациента противостоять импульсивным сценарным вызовам из Эго-состояния Ребенка и повысить внутриличностный рациональный контроль Взрослого за своим поведением в состоянии дистресса. Обычно контракты такого типа записывают на бумаге, хранят в доступном для пациента месте и время от времени подтверждают в ходе терапии.

Помимо описанной «транзакции договора» эффективными транзакциями для суицидологической практики являются следующие:

- транзакция «Антитезис» — императивно запрещающая деструктивные действия транзакция из Эго-состояния позитивного Критического Родителя психотерапевта в направлении Адаптивного Ребенка пациента: «Стоп!», «Не делай это!»;
- транзакция «Разрешения», функционально исходящая из позитивного Питающего Родителя психотерапевта в направлении Ребенка пациента, предоставляющая Разрешение: «Ты можешь жить, думать и действовать» и не следовать Родительскому предписанию «Не живи»;
- транзакция «Перерешения», предоставляющая возможность Ребенку пациента пережить первичную сцену (ту, которую помнит пациент), когда он принял решение «Не жить», и принять новое решение «Жить» в поддерживающих условиях.

На протяжении сеансов транзактного анализа в безопасной и предсказуемой обстановке психотерапевт и пациент также обмениваются невербальными эмпатическими транзакциями, восполняющими дефициты родительской заботы на ранних стадиях развития: отзеркаливающими, идеализирующими и близнецовыми. Эти транзакции, действуя против раннего решения пациента «не принадлежать», активируют безопасную систему привязанности.

В зависимости от выраженности суицидальных идеаций (требующие экстренной помощи и госпитализации, требующие плановой помощи) и их природы (игровой, сценарной или эписценарной) в транзактном анализе проводится оценка суицидального риска и составляется терапевтический план [3]. Стратегия вмешательства (превенция, кризисная интервенция и поственция) не отличается от общепринятой.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Психотерапия зависимостей. Основатели транзактного анализа Э. Берн, К. Штайнер и С. Карпман разработали оригинальный взгляд на психотерапию зависимостей, в основу которой положен тезис Э. Берна о том, что есть болезнь «алкоголизм» со своими этиологией и патогенезом, которой занимаются наркологи, а есть игра «Алкоголик», которой занимаются психологи и психотерапевты. Эта игра сопровождается обменом соответствующими транзакциями с целью получения разного рода патологических выигрышей: от возможности обратить на себя «внимание» семьи, организаций и нарколога (игра первой степени) или возможности «получить» деструкцию тела и мозга в результате конфликта или болезни (игра второй степени) до возможности очутиться в психиатрической клинике, тюрьме или даже морге (игра третьей степени). В соответствии с этим взглядом были разработаны разные транзактно-аналитические подходы. С. Карпман, рассматривая основные мишени психотерапии алкоголизма, обозначает центральную проблему сценария «Алкоголика» как девиз «Брось все, что у тебя есть!». Следуя этому принципу, пациент стремится вернуться к привычному состоянию малой ценности собственной личности. Другой значимый тезис игры «Алкоголик» — «Попробуй остановить меня (алкоголика), если сможешь» приглашает окружение к участию в этой игре, расплату в которой выражает фраза: «Все пытаются обездолить меня!» [6, 15].

С. Карпман и К. Штайнер подчеркивали значимость предписания «не думай», запрещающего личности возвращаться в трезвое Эго-состояние Взрослого, и поведения со «смехом висельника», когда алкогольно-зависимый пациент расценивает улыбку психотерапевта в ответ на его алкогольный юмор как разрешение выпивать. С. Карпман описывает три вида переключения из Взрослого Эго-состояния в игру «Алкоголик» (переключения в Эго-состояниях — один из основных компонентов манипуляционной игры, которые конфронтируются транзактными аналитиками):

- 1) первое переключение — «Дело сделано!» — переключение из Взрослого в отрицательного Свободного Ребенка, когда алкогольно-зависимый пациент находится в приподнятом настроении, оторванном от реальности, чувствуя, что в этот раз ему можно выпить;
- 2) второе переключение — «Я тебе покажу», когда пациент переключается в Бунтующего Ребенка в ответ на бесцеремонную критику окружающих его людей, намекающих или указывающих на его проблемы;
- 3) третье переключение — «Какого черта», когда Адаптированный Ребенок реагирует на критику собственного Критического Родителя, что он «ленивый, больной, глупый, плохой»; психотерапия может научить пациента выключать эти «аудиозаписи» внутри головы и создавать более здоровую внутреннюю среду.

В рамках групповой терапии с зависимыми полезен анализ игры с позиций теории драматического треугольника. Пациенты учатся распознавать других и узнавать себя в роли Преследователя, Спасателя или Жертвы. Так, например, Преследователи провоцируют пациента употреблять алкоголь, игнорируя его в трезвом состоянии («ты скучен, когда не пьешь»), или, затрагивая психотравмирующие для пациента темы, в ответ на собственное чувство гнева. Спасатели заставляют окружающих нуждаться в них, а Жертвы просят о помощи (но к их просьбам никогда не прислушиваются), эмоционально истощают Помощников и Спасателей до тех пор, пока тем тоже не захочется употребить алкоголь. При помощи драматического треугольника в группе можно анализировать игры, например, «Угол», в которой зависимый пациент демонстрирует, что вновь готовится начать употреблять алкоголь, попав в роль Жертвы. Если психотерапевт в роли Спасателя, не желая думать о худшем, промолчит, это воспринимается как молчаливое разрешение выпивать. Если терапевт укажет на предсказуемые последствия, Алкоголик может быть уязвлен недоверием психотерапевта и может увидеть в нем обвиняющего Преследователя, чем полностью оправдывает свое пьянство. Сам по себе анализ игры Алкоголик — терапевтичен, а транзактно-аналитическая концепция Взрослого контроля над Родителем и Ребенком очень эффективна.

В дополнение к анализу поощряется посещение групп Анонимных алкоголиков как способ укрепления Родителя. Транзактный анализ можно использовать, чтобы конфронтировать сопротивление посещению групп Анонимных алкоголиков. И К. Штайнер, и С. Карпман считают хорошим антитезисом в игре «Алкоголик» договор на применение противорецидивной терапии (в частности, дисульфирама) для сглаживания иллюзий Ребенка, касающихся его способности употреблять алкоголь (рис. 24.4). К настоящему времени описаны также игры пациентов, длительное время поддерживающих воздержание от приема алкоголя [20] и игры наркозависимых [16].



Рис. 24.4. Комбинированный подход к лечению алкогольной зависимости в транзактном анализе (Карпман С., 1981). В — взрослый; Р — родитель; Ре — ребенок

Список литературы

1. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих отношений. Красноярск: Фонд ментального здоровья, 1994.
2. Берн Э. Что вы говорите после того, как сказали «привет», или психология человеческой судьбы. М.: РИПОЛ КЛАССИК, 2004.
3. Вайт Т. Работа с суицидальными личностями. Руководство к пониманию, оценке и поддержке. Киев: НВП «Интерсервис», 2017.
4. Гулдинг М., Гулдинг Р. Психотерапия нового решения. Теория и практика. М.: Класс, 2001.
5. Джоинс В., Стюарт И. Личностные адаптации. Новое пособие по пониманию человека в психотерапии и консультировании. СПб: Метанойя, 2019.
6. Штайнер К. Игры, в которые играют алкоголики. М.: Апрель-Пресс; Эксмо, 2003.
7. Штайнер К. Лечение алкоголизма. М.: Олма-Пресс, 2004.
8. Шустов Д.И. Руководство по клиническому транзактному анализу. М.: Когито-Центр, 2009.
9. Шустов Д.И., Агibalова Т.В., Тучина О.Д., Бузик О.Ж. Транзакционный анализ в наркологии: зарубежный опыт и российский вклад // Наркология: Национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. С. 723–731.
10. Шустов Д.И., Тучина О.Д. Психотерапия алкогольной зависимости: Руководство для врачей. СПб.: СпецЛит, 2016.
11. Эрскин Р.Г., Морсунд Д.П., Траутманн Р.Л. За пределами эмпатии. Терапия контакта-в-отношениях. Киев: Интерсервис, 2018.
12. Horn E.K., Verheul R., Thunissen M. et al. Effectiveness of short-term inpatient psychotherapy based on transactional analysis with patients with personality disorders: A matched control study using propensity score // J. Pers. Disord. 2015. Vol. 29, N. 5. P. 663–683.
13. Kapur R. Depression: An integration of TA and psychodynamic concepts // Trans. Anal. J. 1987. Vol. 17, N. 2. P. 29–34.
14. Karpman S.B. Fairy tales and script drama analysis // Trans. Anal. Bull. 1968. Vol. 7, N. 26. P. 39–43.
15. Karpman S. Ten concepts in treating alcoholics with T.A // Bull. Eric Berne Seminar. 1981. Vol. 3, N. 4. P. 6–9.
16. Milivojevic Z. Igre koje igraju narkomani. Trasakciona analiza problematicnog uzimanja droga. Novi Sad: Psychopolis Institut, 2008.
17. Ohlsson T. Effects of Transactional Analysis psychotherapy in therapeutic community treatment of drug addicts // Trans. Anal. Journal. 2002. Vol. 32, N. 2. P. 153–177.
18. Schiff J.L. Cathexis reader: Transactional Analysis treatment of psychosis. New York: Harper & Row, 1975.
19. Shustov D.I., Tuchina O.D., Novikov S.A., Fedotov I.A. Combinations of injunctions and personality types determining forms of self-destructive behaviour in alcohol-dependent clients: Findings of a Russian observational study // Int. J. Trans. Anal. Res. 2016. Vol. 7, N. 2. P. 10–20.
20. Shustov D.I., Tuchina O.D., Agibalova T.V. Games abstainers play // Trans. Anal. J. 2018. Vol. 148, N. 1. P. 43–58.
21. Steiner C. Scripts People Live. Transactional Analysis and Life Scripts. New York: Grove Press, 1974.
22. Thunissen M. Transactional analysis in a hospital setting with patients with personality disorders // Into TA. A Comprehensive Textbook on Transactional Analysis / Eds W. Cornell, A. de Graaf, T. Newton, M. Thunissen. London: KARNAC, 2016. P. 301–305.

23. Widdowson M. Transactional Analysis for Depression: A Step-by-Step Treatment Manual. New York: Routledge, 2016.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Глава 25. Гипнотерапия

Российская гипнология и гипнотерапия в XX–XXI вв. Европейская психотерапия в XIX в. развивалась путем отпочкования от родового «дерева» месмеризма–гипнотизма–гипнотерапии: 1) самовнушения, 2) рациональной психотерапии, 3) ортодоксального психоанализа [11]. Последний, сыграв в конце XIX в. роль антагониста и могильщика европейской гипнотерапии, в XX в. преобразовался в психоаналитический подход [17]. Гипноз и гипнотерапия, утраченные Европой в начале XX в., были переняты и развивались далее в России и США [11, 12, 16]. В Европу гипноз был реэкспортирован из США лишь в 70–80-х годах XX в. в виде эриксоновского гипноза, развиваясь далее в общем евроатлантическом пространстве [13].

В советскую эпоху гипнология и гипнотерапия развивались самостоятельно. Успешно «укорененный» на почве дореволюционного российского врачебного клиницизма, «саженец» европейской гипно-суггестивно-рациональной психотерапии подвергся идеолого-культурально-коллективистской трансформации, получил рефлексологическую «прививку» и продолжил свое научно-практическое развитие, оформившись в 1960-е годы в триединую систему гипно-рацио-аутогенной психотерапии [12], характерной для московской школы (кафедра психотерапии Центральный ордена Ленина институт усовершенствования врачей) [11].

Исследования гипноза советского периода привели к появлению двух теоретических моделей [11]: 1) гипноз основан на тормозном процессе при переходе от бодрствования ко сну, развитие этих идей во многом связано с именем И.П. Павлова; 2) гипноз есть отдельное состояние в функционировании мозга, эти взгляды разделяли В.М. Бехтерев, В.Е. Рожнов [1, 12]. В 1930–1960 гг. были проведены исследования, верифицировавшие разнообразные физиологические и психологические эффекты гипнотических суггестий, обосновавшие практическую применимость гипносуггестивной терапии. В те же годы были разработаны эффективные методы индивидуальной и групповой гипнотерапии невротических, соматических, неврологических, дерматологических заболеваний [2, 3, 5, 12].

Российская гипно-суггестивно-рационально-коллективная психотерапия 1930–1940-х годов получила опосредованное мировое признание благодаря методу «Система психопрофилактики обезболивания родов» И.З. Вельвовского (1963), ученика М.В. Бехтерева [4]. Метод основан на психообразовании и само-гипнотическом суггестивном тренинге беременных женщин. Начало родовой деятельности использовано в качестве триггера для реализации само-гипнотического сценария анальгезии, созданного в предшествующем психообразовании и тренинге беременных. Французский акушер Ф. Ламаз в 50-е годы прошлого века освоил и, с незначительными изменениями, успешно использовал метод Вельвовского, вскоре «Метод Ламаза» стал широко применяться. Во Франции «русский» метод используется для обезболивания родов по сей день.

Гипнотерапия в СССР использовалась для лечения боевой травмы в период Великой Отечественной войны [11]. Гипноз применялся для исследований экстремальных ситуаций в авиации и космонавтике [9], развития творческих способностей. До 80-х годов XX в. гипнотерапия являлась одним из широко применяемых в отечественной медицинской практике методов психотерапии. В 1990-е годы в Россию пришел ряд западных психотерапевтических «брендов», включая Эриксоновский гипноз [6–8, 10, 13, 21]. С распространением последнего российская гипнотерапия идентифицируется как «классическая», директивная. В 2010-е годы интерес к «классической» российской гипнотерапии несколько вырос, поэтому современный гипнотерапевтический «рынок» представлен недирективным, Эриксоновским гипнозом и «классической» гипнотерапией.

Исследования феномена гипноза. Краткий исторический экскурс. *Европейские концепты гипноза XIX в.* Европейская (франко-британско-немецкая) концептуальная история гипноза XIX в. основана на неторопливой трансформации фантома месмеризма в феномен гипнотизма [11, 12], через концепт «нервного сна» Д. Брейда, к искусственному внушенному сну А.О. Льебо. Далее И. Бернгейм абсолютизировал суггестивные механизмы гипноза, отрицая его как состояние, а П. Жане свел гипноз к процессу диссоциации — аналогу истерии, Ж.М. Шарко в своих исследованиях так же определял гипноз как состояние, сопряженное с истерией. Немецкий физиолог Р. Гендейгайн пришел к пониманию гипноза как подавления сознания. Швейцарский психиатр и невролог А. Форель ввел общепринятое деление гипноза по глубине и ассоциировал его со сном. Согласно З. Фрейду, гипноз — порождение трансфера врожденных воспоминаний о племенном вожде и отношения сына к отцу.

Формирование российского подхода к гипнозу: исследования, теории, практика. Специфику российского подхода к гипнозу заложил физиолог В.Я. Данилевский в 1880-е в экспериментах с гипнозом животных, пришедший к выводу о единой природе гипноза человека и животных. Испытав влияние французских школ (преимущественно — Ж.М. Шарко), развитие гипнологии и гипнотерапии в России к концу XIX в. приобрело ряд характерных черт [11, 12]: 1) развивались групповые формы гипнотерапии; 2) появились методики и был наработан опыт в терапии алкоголизма и ряда других заболеваний; 3) были начаты экспериментально-психологические исследования суггестий в гипнозе; 4) оформился интерес к теоретическому пониманию феномена гипноза. Ключевыми фигурами гипнотерапии того времени были А.А. Токарский, и В.М. Бехтерев. Последний создал школу исследований гипноза, внушаемости, методологии гипнотерапии, сформировал взгляд на гипноз как на «особый» режим работы мозга. Его ученик В.П. Протопопов полагал, что гипноз — активное состояние, основанное на особой реакции сосредоточения.

Часть III. Направления и методы психотерапии

В альтернативной к подходу В.М. Бехтерева павловской рефлексологии была разработана теория гипноза, ставшая базисом развития советской гипнологии и гипнотерапии 20–70-х годов XX в. По И.П. Павлову, физиологической основой гипнотического состояния — частичного сна у человека и животных являются: 1) процесс торможения коры больших полушарий головного мозга, выраженность которого определяет глубину гипноза; 2) присутствие «бодрствующего сторожевого пункта» в коре головного мозга, обеспечивающего раппорт гипнотизирующего и гипнотика. И.П. Павлов понимал внушения как упрощенный условный рефлекс.

Доминирование павловской рефлексологии в отечественной медицине, внутренняя согласованность павловской теории гипноза, привели к широкому внедрению гипнотерапии в советскую психотерапевтическую и, шире, — врачебную практику.

Современные теории гипноза. Современное понимание феномена гипноза основано на: 1) неодиссоциативных, 2) социокогнитивных, 3) психоаналитических и 4) интегративной теориях гипноза.

Американские теории гипноза (1–3) [23] опираются на массивный пул многолетних экспериментальных исследований (психометрических, нейрофизиологических, даже генетических), построенных преимущественно на когнитивном подходе, в своей исследовательской практике независимом от терапевтической. Экспериментальный подход характеризуется: 1) акцентом на механизмах действия суггестий в гипнозе (анальгетических, перцептивных, аффективных, иных); 2) приматом понятия трехуровневой гипнабельности (с выделением контрастных групп высокой, низкой), определяемой психометрически, вне гипноза; 3) сравнительными исследованиями психометрических, нейрофизиологических, нейробиологических, генетических показателей в группах высоко- и низкогипнабельных — вне гипноза, в гипнозе — у высокогипнабельных. Основным итогом западных исследований гипноза стало признание за гипнозом статуса состояния, последовавшее за периодом длительного отрицания его наличия.

Основные аспекты западной практической гипнологии — работа с острой, хронической болью в широком клиническом контексте, в меньшей степени — гипнотерапия [23].

Неодиссоциативные теории гипноза. Неодиссоциативные (когнитивные) теории гипноза актуализировали старые воззрения П. Жане на гипноз как диссоциацию. Гипноз в когнитивном подходе изучается в схеме: внушение → гипноз → восприятие → поведение. Первой стала неодиссоциативная теория гипноза Э. Хилгарда, использовавшего для описания гипноза: 1) авторскую иерархическую модель когнитивного контроля; 2) метафорические понятия «амнестико-подобного барьера» и «скрытого наблюдателя». Влияние гипноза на исполнительную систему включают: 1) ограничение планирования и инициативности; 2) ограничение мониторинга исполнительной системой; 3) нарушение баланса мониторинга и контроля. Данные эффекты, по Э. Хилгарду, обусловлены расщеплением процессов на сознательные и бессознательные амнестико-подобным барьером (что не соответствует данным современной физиологии и когнитивного подхода). К Боуэрс акцентировался на феномене диссоциативного контроля, рассматривая гипноз как средство изменения поведения, а не только восприятия.

Развитие неодиссоциативного подхода породило ряд последующих теорий гипноза [23]: диссоциированного опыта, диссоциированного контроля, диссоциированного контроля второго порядка; соотносящие идею диссоциации с психопатологией, детализацией функций мониторинга и контроля, данными нейрофизиологических исследований.

Социокогнитивные теории гипноза. Предпосылкой к развитию социокогнитивных теорий гипноза послужили экспериментальные данные о возможности реализации гипнотических феноменов, за исключением «отрицательных галлюцинаций», вне формальной гипнотизации,

что породило отрицание гипноза как состояния. В данных теориях гипноз определяется как продукт культуральных, межличностных, личностных влияний в рамках комплаенса. Перечень социокогнитивных теорий гипноза включает [23]: ролевую теорию Т. Сабрина, операционный подход Т. Барбера, мультифакторную модель Н. Спаноса, теорию ожидаемого ответа И. Кирша, интегративную модель С. Линна, теорию множественных ответов И. Кирша, С. Линна. Во всех теориях гипноз рассматривается как социальное, специфически-ролевое (гипнотизер–гипнотизируемый), суггестивное, когнитивное взаимодействие.

Психоаналитические теории гипноза. Психоаналитические концепты гипноза начала XX в. фокусировались на реактивации Эдипова комплекса, мистической влюбленности с подчинением идеалу «Сверх-Я», нарциссической регрессии [16]. В 30–50-е годы XX в. психоанализ стал трактовать гипноз с позиции трансфера, регрессии Я, комбинации регрессивного трансфера и сенсорной депривации.

Согласно теории Э. Фромма [22], гипноз — измененное, рефлекслируемое состояние сознания, является формой адаптивной регрессии с достоверным усилением первичного процесса мышления, с возрастанием Эго-рецептивности и отключением общей ориентации в реальности.

Современные психоаналитические исследования гипноза акцентируют: усиление первично-символического мышления; усиление доступности аффекта по механизмам топографической регрессии, сопряженной с флюктуацией телесных ощущений; «смещение» и «конденсацию» во взаимоотношениях с гипнологом; изменения в восприятии себя.

Интегративная теория гипноза и гипнотерапии. Интегративная теория гипноза и гипнотерапии Р.Д. Тукаева [14] описывает феномен гипноза как совокупность нейробиологического (нейрофизиологического), общебиологически-реадаптивного и коммуникативного компонентов.

Нейробиологический (нейрофизиологический) компонент

1. Положение российской гипнологии о единстве и защитной природе гипноза животных и человека ведет к признанию его генетической обусловленности (исходно — все гипнабельны), что, в свою очередь, переводит вопрос гипнабельности/негипнабельности из области нейробиологии в категорию ситуативного взаимодействия культуральных и личностных представлений о гипнозе с восприятием актуальной гипнотизации в контексте запроса на ее проведение.

2. Мозг высших позвоночных, включая человека, функционирует в циркадном цикле устойчивых состояний сна–бодрствования. Феномен животного гипноза представляет защитную, регрессивную адаптацию к поведенческим ситуациям неразрешимых тупиков (с невозможностью принятия и двигательной реализации решения), включающую: иммобилизационный паттерн каталепсии; снижение, или прекращение болевой чувствительности; обеспеченную сохранением тупиковой ситуации длительность. Сон и бодрствование образуют категорию циркадно-обусловленных, базисных состояний. Гипноз представляет качественно иную категорию поведенчески-тупиково-ситуационно обусловленного регрессивного состояния, завершающегося с прекращением поведенчески-тупиковой ситуации. Следует выделять два генетически детерминированных класса состояний в мозговой деятельности: 1) циркадно-обусловленных сна и бодрствования; 2) ситуационно обусловленного (животного) гипноза.

Часть III. Направления и методы психотерапии

3. Гипноз человека широко и вариативно воспроизводит генетически обусловленный нейробиологический паттерн регрессивного адаптивного ответа на поведенческие тупиковые ситуации, дополняя список триггеров символическими тупиковыми ситуациями, обеспеченными мышлением, культурой. Традиционная культура, а затем и терапия различным образом канализируют использование данного нейробиологического паттерна-состояния, определяя его как гипноз, транс, медитация, релаксация. Универсальным триггером развития гипнотического состояния у человека и животных является гипногенная ситуация: первичная (общая для человека и животных), либо вторично-символическая, использующая коммуникативные средства. Гипногенная ситуация характеризуется невозможностью принятия решения и/или его поведенческой реализации.

В исследованиях животного гипноза установлено, что однократная гипнотизация обладает выраженным и длительным (до месяца) нейробиологическим действием, с функциональным регрессом нейрональной активности и реорганизацией путей передачи кодированной информации, с оптимизацией научения в исходно актуализированных областях поведения. Вышеизложенное приобретает фундаментальное значение в контексте гипнотерапии. Экстремально-адаптивная, регрессивная природа животного гипноза обеспечивается системными механизмами (стресс-) адаптации, сохраненными и в ролевой теории Т. Сабрина о гипнозе человека.

4. Развитие гипнотического состояния определяется качественной перестройкой активирующей системы мозга, переходящей с режима регуляции процесса активации внешней сенсорной импульсации на режим генерации активации мозга. Функции регуляции активации (бодрствования) и ее генерации (в гипнозе) реализуются морфологически разными структурами активационной системы мозга.

Углубление гипнотического состояния от бодрствования к сомнамбулизму опирается на рост активационного потенциала мозга; активационный потенциал гипнотического сомнамбулизма сопоставим с таковым для бодрствования.

5. В процессе развития гипнотического состояния в левом полушарии у правшей происходит переход на правополушарный режим функционирования по инверсивным механизмам, обратным формированию функциональной специализации полушарий в онтогенезе, с регрессивной перестройкой работы всего мозга по правополушарному принципу. Развитие гипнотического состояния ведет к функциональному регрессу психики гипнотика, включая механизмы памяти, мышления, речи, эмоционально-волевой сферы, воображения, представления, восприятия, не оказывая прямого влияния на личность. Следствием гипнорегресса становится повышение гибкости, адаптивности, способности к прямому, избирательному, усвоению информации, эмоций, состояний, поведенческих паттернов, что традиционно описывается как гипнотическая внушаемость. Функциональный психический регресс гипнотика актуализируют механизмы инфантильной, атрибутивной проективности с преобразованием исходных ощущений, переживаний, состояний в новый комплекс перцептов — гипнотическую перцептивную реальность. Гипнотическая перцептивная реальность становится проекцией личности и организма, все элементы которой являются проявлениями личности и ее ситуации, организма и его состояния, что открывает новые терапевтические возможности.

6. Гипноз и гипнотерапия характеризуются явлением спонтанной ноцицепции. Гипнотерапия реадaptивно активирует нейрофизиологические механизмы саморегуляции патологического процесса. При острых патологических процессах гипнотерапия одновременно стимулирует саморегуляцию, санацию и анальгезию патологического очага. При хронических патологических процессах гипнотерапия первоначально переводит патологический очаг из хронического в острое состояние, запуская затем процессы санации и анальгезии патологического очага по механизмам, близким к таковым для острых патологических процессов.

Общебиологически-реадaptивный компонент

1. Переход человека в гипнотическое состояние порождает гипногенный (реадaptивный) стресс.

2. Курс гипнотерапии есть процесс адаптации к коротким гипнотически-эустрессорным воздействиям (с умеренно высокой общей интенсивностью эустресс-реакции).

Адаптационным субстратом гипногенного эустресса становится нервная система в совокупности ее взаимосвязей с организмом. Компоненты стрессорной реадaptации и перекрестной резистентности в процессе гипнотерапии трансформируются в реадaptационный процесс, что проявляется в позитивной динамике нейрогормональной, нейровегетативной регуляции, в активации обмена белков, билирубина, холестерина и т.д.

Коммуникативный компонент

1. Гипнотерапия построена на специфической коммуникации, производной от актуальной социальной коммуникации. Гипнотизация и гипнотерапия представляют целенаправленный коммуникативный процесс, содержащий культуральный и межличностный компоненты. Культуральный компонент определяет границы, объемы, динамики и потенциальную эффективность гипнотерапии, тогда как межличностный — особенности реализации. Культуральный и межличностный компоненты гипнотерапии взаимодействуют типологично, поскольку культура общества проявляет исторически детерминированные паттерны — коммуникативные стили, актуализирующие набор культуральных и межличностных компонентов.

Коммуникативные стили повседневного общения, специфически преобразуясь, переносятся в гипнотерапию; историческая эволюция общекультуральных коммуникативных стилей ведет к эволюции гипнокоммуникативных стилей, описываясь «изнутри» гипнотерапии как самостоятельный, персонифицированный процесс.

2. Историческая эволюция гипнокоммуникации развивается от классического, директивного гипноза — к недирективному, в России она дополнена акцентирующей системную обратную связь с гипнотиком, стилем универсальной гипнотерапии.

3. Директивный гипноз, будучи порождением XIX в., перенял авторитарный, сословно-иерархический коммуникативный стиль последнего, основан на идее прямого «ведения» гипнотерапевтом гипнотика к положительному терапевтическому результату.

4. Недирективный гипноз появился в США в 1970-е годы, в период актуализации тем личностных прав и свобод и манипулятивного стиля социального управления.

Коммуникативный стиль эриксоновского гипноза основан на: 1) вербальном, недирективном

манипулятивным управлением пациентом, с учетом его невербальных реакций; 2) постулате об обретении гипнотиком доступа к неограниченным терапевтическим ресурсам мудрого бессознательного при посредстве продуцируемых терапевтом метафорических инструментов.

Часть III. Направления и методы психотерапии

5. Коммуникативный стиль универсальной гипнотерапии: 1) построен на биопсихосоциальной парадигме; 2) исходно перестраивает культурные представления пациента, клиента о гипнозе в интересах терапии; 3) использует первичные позитивные когнитивно-поведенческие модели и биологические механизмы гипнотерапии; 4) основан на целенаправленной невербальной коммуникации во время гипнотерапии; 5) привлекает и потенцирует и поддерживает мотивационную активность пациента на выздоровление, улучшение во время сеанса и курса гипнотерапии.

6. Коммуникативный стиль предопределяет ограничения гипнотерапии. Для классической гипнотерапии ограничения порождаются директивным стилем ведения, с отсеком значительного числа негипнабельных — не принимающих данный стиль ведения пациентов и формированием «гипномании» у пациентов с зависимым типом личности. Манипулятивность и расхождение с культуральной моделью директивного гипноза—сна формируют для ряда пациентов ограничения коммуникативного стиля эриксоновского гипноза, порождая пресловутое «сопротивление гипнозу». Ограничение коммуникативного стиля универсальной гипнотерапии, для которой не характерны «негипнабельность», «гипномания», «сопротивление гипнозу», проявляются случаями (в 3–5%) прекращения пациентами терапии в связи с неприятием установки на развитие собственной активности.

Виды гипнотерапии

Классическая (директивная) российская гипнотерапия. Классическая (директивная) гипнотерапия была наиболее широко представлена в России с 1920-х по 1980-е годы, сохраняет заметную популярность по сей день. В советские годы практика гипнотерапии опиралась на солидную базу исследований действия гипнотических суггестий на психическое состояние, работу органов и систем организма. Гипнотерапия широко применялась в психотерапии неврозов, психической травмы, ряда соматических, неврологических, кожных заболеваний, различных химических зависимостей, в санаторно-курортном лечении и т.д. Основная схема проведения классической гипнотерапии предполагает два этапа: 1) диагностику внушаемости с выделением внушаемо-гипнабельных и негипнабельных; 2) проведение гипнотерапии (гипнотизация → гипнотерапия → дегипнотизация) гипнабельным пациентам. Длительность сеанса гипнотерапии варьируется от 15–20–30 мин и до нескольких часов (гипноз–отдых), число сеансов — от 8–10 до 15, редко более.

Пробы на внушаемость. Поскольку классическая гипнотерапия строится на директивном «ведении» гипнотика на всех этапах сеанса гипноза, способность пациента следовать внушениям (указаниям) гипнотерапевта при выполнении проб на внушаемость оценивается предварительно, перед гипнотерапией. Не выполнившие пробы объявляются негипнабельными и отсеиваются. Многочисленные пробы на внушаемость: на сцепление кистей рук, внушение запахов, вкусов, различные пассы, прикосновения, фиксации взгляда, пробы с падениями и многие другие.

Гипнотизация. Пациент исходно информируется об обратимости расстройства и терапевтических перспективах использования гипнотерапии. Гипнотизация в классической гипнотерапии, как правило, ассоциирована с «засыпанием» гипнотизируемого под влиянием слов и действий гипнотерапевта, при сохранении контакта. Выделяют методы гипнотизации: «шоковой» (например, с внушенным падением), с «фиксацией взгляда» и фасциации, пассами, с вербальным внушением «гипнотического сна». Так, в гипнотизации со счетом постулируется, что на счет 10 наступит гипнотический сон, затем начинается отсчет, сопровождающийся описанием нарастания у гипнотизируемого ощущений тяжести и тепла в теле, усталости — сонливости — в голове, погружения в особый сон, с середины счета перемежающийся возгласами: «Спать!».

Гипнотерапия. Гипнотерапия основана на прямых, «оптимально обобщенных» внушениях, позитивно описывающих коррекцию имеющихся у пациента конкретных клинических симптомов, сочетающихся с общими внушениями, описывающими позитивную динамику и стабилизацию состояния в целом. Так, при дискомфорте в голове внушается: «Голова освобождается, становится ясной!». При групповой гипнотерапии внушения описывают с большей степенью обобщенности, позитивную динамику общего для группы перечня расстройств. При гипнотерапии химических зависимостей (алкоголизма, курения) принцип позитивности внушений сохраняется, поскольку аверсивные внушения физического неприятия, отторжения (алкоголя, никотина) противоположны исходному отношению

аддикта (к алкоголю, никотину). Перед завершением сеанса проводятся внушения, описывающие улучшение состояния вследствие сеанса гипнотерапии.

Дегипнотизация. Пациенту сообщается о завершении сеанса и выходе (ступенчатом) из гипнотического состояния. Как правило, описывается поэтапное освобождение тела, прояснение головы, улучшение настроения, итоговая констатация выхода из состояния гипноза. Ступенчатость выхода может подчеркиваться сопряжением вышеописанной схемы со счетом (до 5).

Недирективная эриксоновская гипнотерапия. Детищем XX в. стал эриксоновский гипноз, названный по имени его создателя — М. Эриксона [18–20]. С середины прошлого столетия это направление становится лидирующим в европейской гипнотерапии. Его достоинства: недирективный подход, сотрудничество с пациентами, возможность использования косвенных внушений, метафор, когда глубина гипнотического состояния перестает быть важнейшим фактором результативности. Более того, пациенты перестают определяться как больные люди. М. Эриксон главенствующую роль отводил идеям обучения, а не лечения, создавая феномен плодотворного сотрудничества, признавая клиентов полноправными участниками лечебного процесса.

Эриксоновский гипноз признает главенствующую роль за бессознательным. Заслуга М. Эриксона заключается в том, что с его точки зрения бессознательное явилось не только огромным количеством комплексов и проблем, но, прежде всего, он относился к бессознательному как к огромному источнику ресурсов. И для середины XX в. это была революционная идея, хотя сейчас она принимается как само собой разумеющееся. Именно структуры бессознательного оказываются ответственными как за наличие проблем, так и за наличие ресурсов, которые расположены в огромном океане психологической реальности бессознательного человека.

Часть III. Направления и методы психотерапии

М. Эриксон писал: «Я рад, что наука, наконец-то, признала наличие бессознательного, я только не понимаю, почему она до сих пор верит в сознание». В этой фразе отношение М. Эриксона к двум структурам психики человека. Сознание он считал мешающей или бесполезной структурой, с точки зрения гипнотерапии. Структура гипнотической работы по М. Эриксону начинается с того, чтобы на первом этапе отвлечь сознание и достичь бессознательного. Состояние транса как раз и позволяет депотенциализировать сознательные процессы и пробудить бессознательное, приблизив его к нам, давая возможность свободного доступа к нему.

С этой точки зрения работу в эриксоновском гипнозе можно разделить на четыре этапа. Первый этап — это наведение транса, благодаря которому снижается активность сознания, мы отвлекаем его на какие-то зрелищные, чувственные процессы, которые создаем для него, чтобы ему было чем заняться. Нашей целью является второй этап — достижение бессознательного, пробуждение его в ответ на стимулы, которые являются для него интересными, которые возбуждают его. Наши слова должны быть не только усыпляющими сознание, но и пробуждающими бессознательное, дающими ему понять, что нам ясны его надежды, чаяния, стремления. И когда бессознательное активизировано, мы переходим к следующему, третьему этапу, основному — это работа с бессознательным. Работа, в результате которой происходит трансформация прежних бессознательных процессов, а в результате — решаются задачи психотерапии и задачи транса. На этом этапе активация бессознательных ресурсов сочетается с фокусировкой их на проблеме и поиске решения. И последний, четвертый этап, — по окончании работы мы обязательно должны вернуть человека в бодрствующее состояние или переориентировать его, но при этом вернуть так, чтобы бессознательные механизмы, запущенные нами на предыдущем этапе, продолжали работать в бодрствующем состоянии клиента, не взирая на попытки контроля сознания. Базовые идеи М. Эриксона о том, что бессознательное, прежде всего, это кладовая ресурсов, и что все ресурсы, которые есть у человека, психологические ресурсы, расположены именно там, что именно они служат главным оружием и главной силой для того, чтобы справиться с проблемами. Можно считать, что бессознательное имеет разные части, разные отсеки, в одних из которых локализованы проблемы, в других — ресурсы. И возможно, что главная цель, которая решается в гипнотерапии, это возможность найти пути соприкосновения, соединить проблемы и силы для их решения. Иначе говоря, работа может проводиться без выведения проблемы в сознание, и это очень важно, это дает нам большой простор для психологически экологичной и чистой работы, когда трансформация происходит настолько глубоко и настолько естественно, что человек даже не замечает процесса, а сталкивается только с результатом произошедшей трансформации.

Структуры бессознательного, которые отвечают за проблему, знают о ней, а другие структуры, которые несут ресурсы, знают силу, которую несут в себе. И таким образом мы

можем их встретить в глубине своего бессознательного, трансформируя внутренний порядок, который соединяет в себе и проблему, и ресурсы для ее решения, что должно привести к исчезновению проблемы. В этом и есть очень главный и мудрый способ решения проблем с точки зрения эриксоновского гипноза. Типичным примером такой работы может быть использование терапевтических метафор. Это далеко не единственный способ, но терапевтические метафоры являются самым ярким, самым известным примером такого подхода.

Один из важных феноменов транса — диссоциация сознательного и бессознательного, позволяет нам успокоить сознание, уметь обойти его и достичь бессознательного, в котором мы помогаем произойти тем или иным изменениям. Для этого мы используем ресурсы, которые являются следствием всего жизненного опыта человека, а скорее всего даже имеют гораздо более объемную, глубинную природу.

Основные принципы эриксоновского подхода

Индивидуальность пациента. Пациент индивидуален — это мнение, высказанное М. Эриксоном, он пронес через всю свою жизнь и все свои труды. Он подчеркивал, что личность каждого человека неповторима, неважно, это здоровый человек или больной. Каждый индивид имеет свои убеждения, ценности, взгляды на мир, взгляды на себя. И мы должны принимать их такими, какими они есть, поскольку человек с этими взглядами и является носителем того состояния, с которым он пришел к психотерапевту. В эриксоновском гипнозе важно учитывать и слабые, и сильные стороны личности человека, потому что как раз сильные стороны могут быть использованы для того, чтобы скорректировать то, что является слабой стороной. И другим важным замечанием, важной идеей является то, насколько действительно слабая сторона является слабой, и какая сила есть в этой слабости. Умение увидеть в клиенте личность — это уже не является новостью для психотерапии, в том числе для гипнотической терапии. Возможно, времена классического гипноза, в котором человек наблюдался больше как некое существо, исполняющее команды гипнотерапевта, давно прошли. Однако очень важно за этой личностью увидеть ее индивидуальность и не просто увидеть, а принять это как норму для психотерапевтического взаимодействия, поскольку это значит, что психотерапевт будет просто вынужден создавать индивидуальные сеансы, индивидуальные внушения для каждого человека. И это значит, что процесс психотерапии будет очень сложно стандартизировать и, безусловно, это затрудняет работу с клиентом, но это делает ее более эффективной и более творческой.

В своей работе М. Эриксон не повторялся в трансе, в идеях. В эриксоновской психотерапии могут быть какие-то общие приемы, но для каждого человека они будут оформлены и предложены по-разному. Могут быть общие идеи для метафор, но в каждом конкретном случае метафора будет наполняться конкретным содержанием, которое индивидуально для данного конкретного человека. Каждый терапевт в какой-то момент заново открывает для себя самостоятельно это положение, причем не на уровне осознания, а на уровне более глубоко — уровне чувствования клиента и чувствования процесса. И это приводит к пониманию необходимости индивидуального структурирования психотерапевтических - подходов, набора психотерапевтических идей, решений, которые будут предложены человеку, то есть речь идет об эриксоновской психотерапии как об абсолютно индивидуальной стратегии с каждым индивидом.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Это подводит нас к необходимости удивительного и уникального подхода, основанного на сотрудничестве с человеком. Мы выходим с пациентом на уровень партнерских взаимоотношений в психотерапии, в которой каждый участник этих отношений несет свое, делает свой определенный вклад. Пациент вкладывает информацию о себе, мотивацию, терапевт вкладывает свои знания, представления, свое творчество, именно в этом соединении двух частей и рождается успешная психотерапия.

Утилизационный подход. Продолжением идей индивидуальности в эриксоновском гипнозе является идея утилизации, то есть использование всего, что дает клиент. Утилизационный подход условно можно разделить на два компонента. Первое — принять те мысли, идеи, установки, убеждения, переживания человека, которые он демонстрирует, которые у него есть, принять их как факт, ни в коем случае не применяя отрицательную, негативную оценку. И второе — использовать эти убеждения, мысли, эмоции, чувства, варианты поведения для решения той проблемы, которую человек принес с собой.

Человек воспринимается как личность, которая имеет право желать, стремиться, ставить цели, достигать их. И видя принятие терапевтом не формальное, а более глубокое, пациенты лучше раскрываются и больше готовы к сотрудничеству. И эта открытость клиента процессу и самой личности психотерапевта представляет из себя ценный подарок, возможно самый ценный, который человек может сделать своему наставнику. Для этого специалисту требуется

вести психотерапию с эмпатией, открытостью, принятием пациента как личности, как интересного человека, и быть готовым обсуждать с ним как с равным, более того, как с наиболее заинтересованным лицом те или иные варианты цели, те или иные способы достижения ее, решения трудностей, стоящих перед ним. В этом случае пациент начинает лучше понимать психотерапевта, ведь одним из первых этапов, который предстоит ему в психотерапии, это принятие принципов, условий реальности, где происходит психотерапия и где, как правило, клиент оказывается впервые. Входя в этот незнакомый мир, он нередко будет автоматически, бессознательно готов защищаться и закрываться. И только в случае, если он признает этот мир доброжелательным к себе, он будет воспринимать его как питательную среду, что обеспечивает его энергией и иными условиями для достижения цели. Первым условием психотерапии является создание области доверия между пациентом и терапевтом. Для психотерапевта важно оставаться для своего пациента проводником. А если он начинает направлять больного, опираясь на теоретические послышки, на единственно свое понимание ситуации, он рискует, во-первых, почувствовать себя Богом, что само по себе является проблемой для терапевта, но, с другой стороны — и это является основным, он просто может завести пациента не туда, куда тот хотел бы попасть. Даже если проявления больного кажутся нерациональными или даже патологичными, бывает важно рассмотреть их с точки зрения понимания того, что стоит за этой иррациональностью или патологичностью, является ли это следствием психического заболевания человека или это следствие какого-то непонятого до настоящего момента хода мысли, который позволит нам не осудить человека, а лучше понять его, пытаюсь разгадать логику размышлений, и по этой логике как по путеводной нити дойти до тех глубинных элементов, которые определяют такой способ мышления, проявляющийся подобным образом. Именно поэтому в нелогичном, иррациональном поведении и мыслях человека гипнотерапевт ищет то зерно, которое может быть использовано.

Утилизационный подход распространяется и на то, что происходит в трансе. Во-первых, главной задачей продвижения пациента по трансу является принятие всех тех микросигналов, проявлений эмоций, которые будут у человека, и ратификация их, подтверждение, принятие. Нередко утилизационный подход дает нам возможность пойти на следующий шаг, когда, используя ту обратную связь, показатели тех минимальных сигналов, которые приходят от больного в трансе, мы можем, опираясь на них, давать внушения, которые будут касаться либо продвижения по трансу, либо будут направлены на решение проблемы. Например, если вы увидите, что в ходе транса у пациента начинают течь слезы, вы можете это использовать, внушая ему, что вместе со слезами уходит нечто тяжелое, что сопровождало часть его жизни, и когда слезы закончатся — наступит легкость, потому что эта внутренняя тяжесть ушла.

Мы утилизируем или используем и язык своих пациентов, во-первых, слушая то, как они говорят о своих проблемах, отслеживая, в каких моментах их речи звучат эмоции и где они абсолютно бесстрастны. Мы можем брать слова, метафоры сравнения клиента для того, чтобы использовать их в своей работе, например для создания терапевтических метафор. *Искусство наблюдения.* В одной из своих лекций М. Эриксон буквально сказал следующее: «А теперь я хочу подчеркнуть еще одну вещь. Ради бога, посмотрите же внимательно на своего пациента, увидите его». М. Эриксон по рассказам людей, знакомых с ним, славился своей наблюдательностью. Он считал, что три четверти времени и усилий терапевта должны уходить на наблюдение за пациентом.

Различаются фокусы внимания, которые важны для нас в беседе и во время транса. Когда человек находится в бодрствующем состоянии, прежде всего мы наблюдаем за ним, оцениваем, как он входит в наш кабинет, как отыскивает свое место, как смотрит на нас, как предъясняет себя и многое другое. По этим признакам мы можем сказать многое о личности пациента, насколько он смущен или разозлен, насколько он депрессивен или бодр, как он привык вести себя в незнакомом обществе и как он предъясняет себя психотерапевту. Мы наблюдаем и за жестикულიцией, которой он сопровождает свою речь, за позой, насколько она активна или пассивна, внимательно слушаем особенности его речи, поскольку в словах, которые сказаны, могут быть подсказки для нас, чтобы мы могли более точно оценить и причины того, что происходит с ним, и его мнение о себе, и о своей проблеме, и многом другом. Его готовность или неготовность к терапии может быть высказана положением тела, движением рук, выражением глаз. Мы внимательно наблюдаем, как он движением тела реагирует на наши вопросы, какие вопросы оставляют его безучастным, какие вызывают возбуждение, блеск в глазах, а какие заставляют скрестить руки на груди и откинуться назад. Это значит, что мы касаемся каких-то значимых тем, особенно болезненных и, исходя из этой реакции, мы можем предположить для себя, как бы мы хотели вести себя дальше, продолжать ли раскрывать болезненную тему или, наоборот, до поры до времени оставить ее в стороне, чтобы не нарушать процесса взаимодействия.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Наблюдение во время транса должно быть сосредоточено на цвете видимых кожных покровов, мимике, изменении дыхания, спонтанном движении пальцев (сигналинг), напряжении и многом другом, что позволяет понимать изменения состояния клиента и реагировать на них.

Фундаментальные цели эриксоновской гипнотерапии. *Концепция обучения.* В своей работе М. Эриксон настаивал на совершенно нехарактерном подходе для психотерапии. Это был новаторский подход для середины XX в., но для многих он может быть необычным даже сегодня. Речь идет о концепции обучения. М. Эриксон рассматривал своего пациента не как человека больного чем-либо и больного настолько, что только врач способен излечить его, не обращая внимания на какие-то потребности, идеи, которые есть у самого пациента. Подобные приемы характерны для авторитарного, директивного подхода. М. Эриксон же стремился рассматривать человека как здоровую личность, которая в ходе своего развития не научилась какому-либо элементу поведения, стратегии. И свою основную задачу он видел в том, чтобы научить человека. И для психотерапии основной он считал именно концепцию обучения, а не лечения. Это изначально формировало отношение к человеку, за которым виделась уникальная личность, прошедшая те или иные этапы своего развития, совершенствования, которая сейчас подошла к очередному этапу, и задача психотерапевта помочь пройти этот этап и сделать личность еще более совершенной.

Ориентация на будущее. В своих устремлениях следует помогать человеку обращать его внимание на будущее, поскольку именно ради будущего мы и работаем. Это не означает, что мы должны отказаться от исследования прошлого, от исправления тех перекосов, которые были в нем. Однако мы это делаем только ради того, чтобы в будущем человеку жилось лучше, чтобы он смог достичь тех целей, которые он проецирует на перспективу. Безусловно, открытия, которые человек сделает в прошлом, будут способствовать этому стремлению, но они ни в коем случае не должны быть самоцелью. Потому что прошлое уже произошло, воспоминания о нем есть только в памяти больного, и совершенствовать эту память мы, безусловно, можем, но будущее — это то, что предстоит ему. И во многом состояние, которое он получит, когда будущее станет настоящим, зависит от того, как именно пациент готов относиться к такому будущему, и это является одной из главных целей гипнотерапии.

Изменение ограничивающих убеждений. Еще одной фундаментальной целью гипнотерапии, которую мы здесь можем высказать общими словами, является трансформация ограничивающих установок человека. Как правило, так или иначе, речь будет идти об убеждениях, которые определяют его жизнь и которые сковывают его. Однако следует с уважением относиться к убеждениям человека. Они создаются тогда, когда индивид находится в той или иной жизненной ситуации. И они нужны ему для того, чтобы он был адаптирован к ней, и на каком-то этапе нередко они выполняют положительную функцию. Однако происходит рост личности человека, происходит изменение внешнего мира, и убеждение, которое раньше было помогающим, сейчас становится мешающим, ограничивающим. И нередко стратегической целью психотерапии будет трансформация, изменение ограничивающих установок, которые есть у пациента.

Клиент — главный участник изменений. И еще одна фундаментальная цель гипнотерапии — это не просто включение субъекта в процесс изменений, но возможность сделать его главным участником изменений. Возможно, это происходит не сразу. Как говорила дочь М. Эриксона, Бетти Элис Эриксон: «Я для своего пациента вначале костыль, затем палочка, а затем он учится ходить сам». Это описывает процесс терапии, и стремление к такому ведению процесса является одной из целей гипнотерапии. Если вначале гипнотерапевт играет больше родительскую роль, помогая, питая, в чем-то защищая, то постепенно он все больше и больше ведет к личностной зрелости клиента, он дает ему возможность вырасти как личности и взять управление как процессом трансформации, так и дальнейшей жизнью, на себя.

Терапевтические стратегии, используемые в эриксоновском гипнозе. Гипнотерапия не имеет собственной единой теории, а является практическим воплощением идеи решения проблемы с помощью особого гипнотического состояния. И поэтому различные психотерапевтические теории могут успешно сочетаться с гипнотерапией. Более того, это позволяет нам для достижения терапевтического эффекта использовать в нашей работе элементы разных теорий, сочетая их в зависимости от потребностей человека и в зависимости от нашего видения пути решения его проблемы.

Индивидуальная стратегия для каждого клиента может использовать идеи всех трех основных направлений психотерапии: психодинамического, когнитивно-бихевиорального и экзистенциально-гуманистического.

Психодинамические идеи. Одной из главных идей психодинамического направления является обнаружение в бессознательном вытесненных воспоминаний и возможность доступа к ним сознания. Применение гипноанализа, когда поиск источника проблемы проводится в гипнотическом состоянии, является стандартным приемом эриксоновского гипноза. В гипноанализе мы отыскиваем проблемную информацию в бессознательном, но, как правило, не только делаем ее достоянием сознания, но и создаем механизмы проработки

этой проблемы, предполагая, что проработка базового конфликта даст основу для изменений в сегодняшнем состоянии, а самое главное — возможность правильного реагирования в будущем.

Благодаря полученной в гипноанализе информации удастся провести параллель между тем, что случилось в жизни человека, его сегодняшними ситуациями и особенностями личности и поведения. Понимая связь между динамикой психотравмирующей ситуации прошлого и сегодняшним состоянием, мы можем спланировать терапию непосредственно как работу с психотравмирующей ситуацией прошлого, но, включая в нее работу с последствиями, которые есть в настоящем. Важно учитывать, что нередко в прошлом будет не одна психотравмирующая ситуация, а несколько похожих, сформировавших сегодняшнюю личность.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Когнитивно-поведенческие идеи. Поведенческое направление в психотерапии стремится использовать научение для изменения когнитивных, эмоциональных и поведенческих структур. Когда М. Эриксон говорил, что в основе гипноза лежит не лечение, а обучение, он говорил о возможности научить когнитивные структуры мозга по-иному воспринимать и реагировать на те или иные события окружающей среды.

Используя поведенческие идеи в гипнозе, мы можем создавать у человека в гипнотическом состоянии опыт того действия, которое ему предстоит. Например, при подготовке женщины к родам мы можем в гипнотическом состоянии проигрывать успешные роды, убирая тревожность, которая у нее есть. Работая со страхами, мы можем научить человека отделять опыт встречи с пугающим агентом от эмоциональной реакции, то есть, разрывая связку между стимулом и реакцией, иначе говоря, создавая новую реакцию на прежний стимул. Даже при работе с травматическими состояниями мы используем подобный прием, когда клиент в трансе проходит проблемную ситуацию, но при этом должен испытывать другую эмоциональную реакцию, перезаписывая тот опыт, который есть у него, соединяя его с новой эмоциональной реакцией, а фактически — с отсутствием резко выраженной эмоциональной реакции и приобретением спокойной реакции. Этому способствует релаксация, которая является фоновым состоянием для гипнотического погружения, и приемы визуально-кинестетической диссоциации.

Работа с наиболее частыми проблемами: с психотравмами, зависимостями, невротическими реакциями, как правило, несет в своей основе именно переучивание человека и создание нового вначале гипнотического опыта, а затем мы создаем условия, чтобы гипнотический опыт был реализован в обычной жизни.

Гуманистические идеи в гипнотерапии, прежде всего, предполагают идею внутренней интеграции, восстановления личностной целостности, единства человеческой личности, ее развития. Из методов гипнотерапии этим целям больше всего соответствует генеративный транс Стивена Гиллигена, одного из учеников М. Эриксона.

Он создал теорию генеративного состояния, которое появляется в ходе транса, объединяет сознание и бессознательное и различные стороны личности человека, создавая внутреннюю целостность и направляясь к развитию.

С точки зрения гуманистической психологии, личность человека рассматривается как уникальная целостная система. И с помощью генеративного транса мы создаем возможность включать в эту систему все, что за счет психотравмирующих ситуаций, особенностей воспитания стремилось отойти от личности, как будто отгородиться, мы стремимся все это воссоединить, чтобы создать сильную личность, имеющую возможность развиваться и достигать целей самоактуализации, выражающиеся в личностном росте, свободе проявления спонтанности, творческих возможностей человека. Как правило, результатом работы в парадигме генеративного транса становится потрясающий эффект, который можно оценить как выход человека на принципиально новый уровень осознания.

Универсальная гипнотерапия как метод современной российской гипнотерапии.

Универсальная гипнотерапия [15, 24–26] следует традициям российской гипнотерапии, интегрируя психотерапию в бодрствование с гипнотерапией в рамках позитивно-диалоговой психотерапии (ПДП). ПДП построена на понимании процесса психотерапии как этапного диалога психотерапевта и пациента, основанного на последовательном разрешении системного запроса последнего на психотерапию. Весь этот процесс представляет собой совокупность проявляющихся один за другим и разрешающихся в ходе психотерапии этапных запросов пациента, отражающих (в обратном порядке) историю и механизмы формирования болезненного расстройства. ПДП в области теории опирается на трехкомпонентную теорию психотерапии, синтетическую модель личности, интегративную теорию гипноза и гипнотерапии (в силу лимитированного изложения теоретические материалы указаны в списке рекомендуемой литературы).

ПДП включает три этапа: 1) диагностически-сценарный; 2) терапевтический; 3) завершение терапии с оценкой результата и реабилитационной установкой.

Диагностически-сценарный этап реализуется на 1-й сессии психотерапии и включает: клиническую, личностную диагностику с принятием ее результатов пациентом на основе доступного и верифицированного изложения вкупе с тематическим психообразованием; формирование и заключение психотерапевтического контракта на основе согласования сценария последующей психотерапии. Сценарий психотерапии содержит два компонента: 1) психообразовательный, описывающий каузальность, типологию, возможности терапии и реабилитации пациента; 2) когнитивно-каузальный, верифицирующий общий психообразовательный контекст в проявлениях и динамике состояния конкретного пациента. Первый этап завершается заключением психотерапевтического контракта.

Терапевтический этап (2–8–10–12 сессии) включает: обучение вхождению в гипнотическое состояние и проведение гипнотерапии (на две сессии); комплексную терапию (1 ч), сочетающую оценку актуального состояния и его динамики; выявление — терапевтическую проработку текущего запроса на психотерапию на очередных сессиях (длительность 30 мин); проведение гипнотерапии (30 мин).

Этап завершения терапии (последняя сессия при достижении оптимальной компенсации состояния пациента) включает: совместную констатацию достижения терапевтического результата, проработку реабилитационных планов в рамках здорового образа жизни, завершающая сессия гипнотерапии.

Метод универсальной гипнотерапии. Метод универсальной гипнотерапии, разработанный на рубеже 1970–1980-х годов, продемонстрировал высокую эффективность в доказательных исследованиях психотерапии тревожных расстройств, успешно применялся при терапии невынашиваемости плода у беременных, реабилитации в онкологии. Название метода учитывает его широкую адаптивность, применимость в форматах индивидуальной и групповой гипнотерапии, самогипноза при широком диапазоне тревожных, посттравматических, психосоматических расстройств, реабилитации беременных и онкологических больных, психотерапии здоровых. Универсальная гипнотерапия относится к методам позитивной психотерапии, обладает выраженным майндфулнесс-эффектом, построена на активации, восстановлении устойчивой работы первичных механизмов психического гомеостаза.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Универсальная гипнотерапия использует следующие базовые принципы: 1) стимуляция целостной позитивной личностной активности пациента к выздоровлению и устойчивой адаптации; 2) использование проективных преобразований; 3) стимуляция позитивных личностных состояний и ценностей; 4) воздействие репродуцируемого цвета; 5) стимуляция дистанцирования стрессогенных переживаний и завершения негативных состояний, переживаний; 6) создание в гипнотерапии позитивно-векторного семантического пространства для активных терапевтических преобразований пациента.

Стимуляция позитивной терапевтической мотивации на улучшение состояния, выздоровление пациента — главный принцип в универсальной гипнотерапии. Работа с позитивной терапевтической мотивацией пациента становится основой при заключении психотерапевтического контракта, поддерживается в ходе психотерапии и констатируется при ее завершении.

Подготовка к первой сессии универсальной гипнотерапии; стыковочный сценарий гипнотизации. Гипноз в массовом сознании позиционирован как нечто на грани или за гранью обыденности, построен на подчинении доминирующему гипнотизеру, ассоциирован с ареллексивным сном. Стыковочный сценарий гипнотизации в универсальной гипнотерапии, с опорой на образность изложения, невербальное сопровождение текста, последовательно преобразует исходные культуральные представления пациента о гипнозе, внедряя:

- представлении о всеобщей гипнабельности;
- представление о рядоположенности гипноза бодрствованию и сну, перенос схемы произвольного засыпания, пробуждения на основе желания заснуть, проснуться — на гипнотизацию;
- представление о сохранении рефлексивности мышления человека в гипнозе;
- создание модели гипнотизации с опорой на формализованное желание пациента (в целях терапии) войти в гипнотическое состояние (мысленное повторение фразы: «Хочу войти в гипноз», при реализации которого пациент сигнализирует, произвольно подняв руку);

- переход в гипноз на непроизвольном (внушенном) опускании руки до соприкосновения.

Гипнотизация. Усвоивший стыковочный сценарий гипнотизации пациент при закрытых глазах сосредотачивается на мысленном говорении фразы: «Хочу войти в гипноз»; через 30–40 с произвольно поднимает руку, терапевт прикасается к тылу кисти, внушая «самопроизвольное» движение руки вниз, постулируя завершение перехода опусканием руки пациента. Реализация внушенного движения руки сопровождается словесным описанием особенностей его реализации терапевтом. Применение данной методики позволяет вводить в гипнотическое состояние более 99% пациентов, без отбора на внушаемость.

Компоненты универсальной гипнотерапии. Проективная работа в универсальной гипнотерапии формализована в виде приемов соматического проективного катарсиса и проективной работы с телом.

Используя прием соматического проективного гипнотического катарсиса, пациенту вначале сообщают, что содержание одной области восприятия можно реализовать в иной области восприятия. Затем пациенту предлагается все, что накопилось в нем неприятного, негативного, болезненного из переживаний, воспоминаний, ощущений, почувствовать в гипнозе как некое ощущение в груди, как некую тяжесть или иное чувство, которое возникает, когда его обидят, заденут. И если подобное ощущение появляется, предлагают его выдохнуть, вытолкнуть из себя на выдохе, с условием, что если часть накопленного выдыхается, то с каждым последующим вдохом становится легче, а с каждым выдохом часть остающегося ощущения выдыхается. Выдыхание проявившегося ощущения (тяжести, напряжения) ставится как задача для пациента, реализующаяся до максимального освобождения. Освобождение от проявившихся телесных проекций негативных факторов связывается во внушении с психологическим успокоением, освобождением.

Универсальная гипнотерапия учитывает биологически-эустрессовое действие гипноза и феномен спонтанной гипнотической ноцицепции, поэтому телесные ощущения в гипнозе в ней не сводятся лишь к психологическим феноменам, а понимаются как проявления различных соматических, неврологических расстройств. Для телесно-ориентированной проективной работы в универсальной гипнотерапии используется недирективное внушение ощущений тепла (преимущественно) и прохлады (в некоторых зонах тела). Зонами внушения ощущения тепла являются теменно-затылочная зона с проекцией в «глубину головы», задняя поверхность шеи, плечи, область проекции сердца (спереди слева), области подреберий и эпигастрия. Недирективное внушение ощущения прохлады адресуется носу, вискам и «тем зонам, где оно необходимо», сопрягаясь с ощущением прохлады на вдохе. Внушение обуславливает «выравнивание» ощущений тепла и прохлады в теле, «растворение и замещение ими иных ощущений».

Понимание мышления гипнотизируемого как функционально-регрессивного, образного, детского, позволяет по-новому рассмотреть восприятие речи в гипнозе. В иерархии вербального восприятия взрослого доминируют смыслы и лишь затем — ощущения, состояния, переживания. Однако в восприятии гипнотического «ребенка» иерархия речевого восприятия ведет к приоритету ощущений, состояний, переживаний над смыслами. Именно поэтому прямая, эмоционально интонированная констатация в гипнотическом внушении экзистенциальных позитивных ощущений уверенности, спокойствия, свободы, самодостаточности становится продуктивной.

Важным посылом к разработке методики стали исследования автором воздействия внушенных в гипнозе цветовых ощущений и образов с целью применения цветовых внушений в гипнотерапии невротических расстройств. Данные исследований Р.Д. Тукаева показали, что цветовые внушения реализуются в среднем и глубоком гипнозе, оказывают направленное психовегетативное и эмоциональное воздействие на человека. Репродукция внушенных цветов в гипнозе сопровождается двумя дополнительными феноменами. Первый — ахроматическая трансформация репродуцируемого цвета проявляется репродукцией в ответ на внушение хроматического цвета ахроматических серого, черного, коричневого цветов. Исследование показало, что феномен ахроматической трансформации репродуцированного в гипнозе цвета порожден низким уровнем активации активирующей системы мозга. Проявленный в гипнотерапии феномен ахроматической трансформации внушенного цвета клинически значим, по мере улучшения состояния ослабевает, может полностью смениться репродукцией внушаемого цвета. Второй феномен — хроматическая трансформация внушенного в гипнозе цвета проявляется появлением в репродукции иного, а не внушаемого цвета и обусловлен личностными особенностями гипнотизируемого.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Нами установлено, что в среднем гипнозе репродуцируемый цвет плоский (двухмерный) и волнообразно затухает, в глубоком гипнозе он становится объемным и постоянен во времени. Экспериментально показано, что для целей релаксации, отстраненного мировосприятия наиболее подходит репродукция синего цвета. Именно поэтому в методике универсальной гипнотерапии для создания цветового релаксационного фона вербальному внушению использовали периодическое, с интервалом в 1–2 мин внушение синего цвета на протяжении сессии гипнотерапии: «Вы можете увидеть, представить, почувствовать синий цвет... Видеть синий цвет... Возможно и нечто иное...»

Известно, что нормальное переживание сводится к субъективному отделению, дистанцированию от произошедших событий без когнитивных искажений их сути, тогда как патологическое переживание невротического регистра сопряжено с когнитивной деформацией, искажениями событийного ряда, понимаемыми как патологические психологические защиты. Более 40 лет назад в целях «нормализации» процесса переживания мы разработали прием двухступенчатого дистанцирования текущих и прошлых событий; первая ступень служит дистанцированию текущих, личностно-стрессогенных событий, вторая ступень предназначена для дистанцирования, завершения остающегося актуальным прошлого стрессогенного, негативного, травматического опыта. После ассимиляции западной психотерапией майндфулнесс-медитации стала очевидной их близость к нашей технике «дистанцирования», проведенное нами исследование подтвердило высокий майндфулнесс-эффект универсальной гипнотерапии.

Улучшение качества сна является одной из важных задач универсальной гипнотерапии; внушение использует позитивную феноменологическую модель хорошего сна (вечером — засыпание, утром — пробуждение, без воспоминаний о самом сне). Перед завершением сессии универсальной гипнотерапии проводится внушение позитивного самочувствия в последовательности: телесного комфорта, «ясности» головы, хорошего настроения. Со второй сессии универсальной гипнотерапии, перед завершением сессии проводятся внушения, акцентирующие: позитивную динамику состояния пациента в процессе психотерапии, повышение мотивации на выздоровление, обретение большей личностной силы.

Дегипнотизация в универсальной гипнотерапии строится на констатации «завершения работы в гипнозе»; выходе из гипноза на возвратном движении ранее опускавшейся руки вверх.

Структура сессии универсальной гипнотерапии. Каждая сессия универсальной гипнотерапии длится один час и состоит из следующих компонентов:

- 1) оценки текущего состояния и его динамики, выявления и верификации этапного запроса на психотерапию;
- 2) сессии универсальной гипнотерапии, включая гипнотизацию, собственно гипнотерапию, дегипнотизацию;
- 3) последующего расспроса с оценкой прошедшей терапевтической сессии. Длительность сессии *универсальной гипнотерапии* — 30 мин (до 35 мин с учетом гипнотизации, дегипнотизации), она состоит из четырех частей.

1-я часть сессии универсальной гипнотерапии представлена приемом соматического проективного катарсиса.

2-я часть сессии универсальной гипнотерапии состоит из следующих компонентов:

- 1) внушения синего цвета, в дальнейшем периодически, с интервалом в 1–2 мин повторяющегося на протяжении всей сессии;
- 2) стимуляции позитивных личностных состояний и ценностей;
- 3) двухшаговой стимуляции дистанцирования стрессогенных переживаний и завершения негативных состояний, расстройств — построение моделирующих позитивное поведение гипнотических внушений;
- 4) стимуляции нормализации сна.

3-я часть сессии представлена телесно-ориентированной проективной работой, на которую продолжает накладываться периодическое внушение синего цвета.

4-я часть сессии универсальной гипнотерапии в основном соответствует второй ее части.

Отличием от второй части является добавление в конце компонентов, моделирующих позитивное состояние после текущей сессии, позитивную динамику и усиление мотивации на выздоровление.

Первая и третья части в структуре сессии универсальной гипнотерапии предназначены для активной, позитивной телесно-ориентированной проективной проработки пациентом проблем и расстройств, вовлекающей аффективный и смешанный (универсальный) аспекты телесности. Общими векторами проективной работы являются освобождение, гармонизация. Вторая и четвертая части актуализируют ощущения-состояния уверенности, спокойствия, свободы; моделирование дистанцирования стрессогенных переживаний и завершения негативных состояний, расстройств с построением моделей позитивного поведенческого их преодоления; стимуляцию нормализации сна. Таким образом, в универсальной гипнотерапии используются:

- 1) три частично дублирующих канала сенсорного воздействия (вербальный, зрительный, проприоцептивный телесный);
- 2) принцип активного позитивного копингового моделирования пациентом описываемых в тексте внушения проблемных ситуаций;
- 3) принцип повторного наложения семантически значимых компонентов текста; построение текста в архаическом песенном стиле «куплет–припев», где внушение ощущения синего цвета выполняет функцию припева.

В «универсальной гипнотерапии» используется принцип психотерапевтической избыточности, каждый элемент которой потенцирует другие; в результате терапевтическая конструкция оказывается достаточно результативной.

Реализация универсальной гипнотерапии создает систему многоуровневого воздействия, побуждающую пациента активно усваивать ее первичные идеи, состояния, переживания, позитивные когнитивно-поведенческие модели, реализуемые в дальнейшем в актуальной жизни, купировать болезненное расстройство, решать проблемы. Применение универсальной гипнотерапии создает позитивное терапевтическое семантическое пространство и терапевтический векторный процесс. Векторный психотерапевтический процесс реализуется коммуникацией терапевта и пациента, нацеленной на терапевтическую цель, результат психотерапии, максимально возможное и стабильное клиническое улучшение.

Сравнительная доказательная результативность универсальной гипнотерапии при тревожных расстройствах. Р.Д. Тукаевым в соавторстве с В.Е. Кузнецовым [14], в доказательном (дизайн контроля листа ожидания) исследовании позитивно-диалоговой психотерапии (ПДП) с универсальной гипнотерапией, была подтверждена ее высокая эффективность при тревожных расстройствах. Последующее сравнение данного исследования Р.Д. Тукаевым [24] по эффективности с распространенными западными методиками — когнитивная терапия на основе осознанности MBCT (от англ. mindfulness based cognitive therapy) и снижение стресса на основе осознанности MBCR (от англ. mindfulness based stress reduction) выявило сопоставимую результативность по соответствующим шкалам депрессии Бека BDI (от англ. Beck Depression Inventory) и опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (от англ. Symptom Check List-90-Revised), и выраженность майндфулнесс-эффекта [по опроснику внимательности и осознанности MAAS (от англ. Mindful Attention Awareness Scale)], и пятифакторному опроснику осознанности FFMQ (от англ. Five Facet Mindfulness Questionnaire). Более того, соавторам удалось выделить значимые предикторы эффективности психотерапии, относящиеся к системе саморепрезентации личности.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Полученные результаты позволяют рассматривать ПДП и универсальную гипнотерапию как современный, российский, высокоэффективный, перспективный аналог западных методик третьей волны КПП (MBCT, MBCR), основанных на результатах развития современной российской гипнологии и гипнотерапии.

Современные гипнология и гипнотерапия прошли существенный путь научной и терапевтической эволюции и продолжают свое устойчивое, отчасти организационно обособленное от остальной психотерапии развитие, адресуясь к работе с острой и хронической болью, анестезии в медицине; психотерапии расстройств тревожного, травматического, аффективного, невротического, аддиктивного спектров; при соматических, неврологических расстройствах; разрешению психологических запросов здоровых лиц. Современные тренды развития страховой медицины в Европе актуализировали в том числе доказательную оценку эффективности клинической психотерапии и гипнотерапии на основе использования терапевтического протокола. Терапевтический протокол является неотъемлемой частью классической директивной гипнотерапии, российской позитивно-диалоговой психотерапии и универсальной гипнотерапии, поэтому нами проведена успешная доказательная оценка эффективности универсальной гипнотерапии. Однако для эриксоновской гипнотерапии терапевтический протокол принципиально невозможен (в силу декларации уникального подхода к каждому клиенту), поэтому она лишена доказательной оценки эффективности и может ссылаться лишь на эффект частных случаев. Последнее обстоятельство становится сдерживающим фактором в имплементации эриксоновского гипноза в страховую и государственную модели оказания психотерапевтической помощи.

Список литературы

1. Бехтерев В.М. Гипноз, внушение, телепатия. М.: Мысль, 1994. 364 с.
2. Буль П.И. Основы психотерапии. М., 1974. 302 с.

3. Варшавский К.М. Гипносуггестивная терапия (лечение внушением в гипнозе). Л.: Медицина, 1973. 192 с.
4. Вельвовский И. 3. Система психопрофилактического обезболивания родов. М.: Гос. изд-во медицинской литературы, 1963. 308 с.
5. Гиллиген С. Терапевтические трансы. М.: Психотерапия, 2011. 437 с.
6. Гинзбург М.Р., Яковлева Е.Л. Эриксоновский гипноз: систематический курс. М.: Московский психолого-социальный институт, 2008. 312 с.
7. Гордеев М.Н. Классический и эриксоновский гипноз: Практическое руководство. 3-е изд. М.: Изд-во Института психотерапии, 2005. 240 с.
8. Гордеев М.Н. Фундаментальное руководство по эриксоновскому гипнозу. М.: Психотерапия, 2015. 356 с.
9. Гримак Л.П. Моделирование состояний человека в гипнозе. М., 1978. 270 с.
10. Зейг Дж. Обучающий семинар с Милтоном Эриксоном. М.: Психотерапия, 2015. 324 с.
11. Руководство по психотерапии / под ред. В.Е. Рожнова. 3-е изд. Ташкент, 1985. 718 с.
12. Слободяник А.П. Психотерапия, внушение, гипноз. Киев, 1982. 376 с.
13. Тукаев Р.Д. Гипноз; феномен и клиническое применение. М., 2006. 448 с.
14. Тукаев Р.Д., Кузнецов В.Е. Когнитивно-ориентированная психотерапия при тревожных расстройствах: оценка в контролируемом исследовании // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25, № 2. С. 55–64.
15. Тукаев Р.Д., Кузнецов В.Е. Критерии и предикторы эффективности психотерапии тревожных расстройств // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2019. Т. 10, № 2. С. 291–302.
16. Шерток Л. Гипноз: пер. с франц. М.: Медицина, 1992. 224 с.
17. Шерток Л., де Соссюр Р. Рождение психоаналитика. От Месмера до Фрейда: пер. с франц. М.: Прогресс, 1991. 288 с.
18. Эриксон М., Росси Э. Гипнотерапия. М.: Психотерапия, 2013. 528 с.
19. Эриксон М., Росси Э. Переживание гипноза. М.: Психотерапия, 2015. 295 с.
20. Эриксон М., Росси Э., Росси Ш. Гипнотические реальности. М.: Класс, 1999. 452 с.
21. Япко М., Трансовая работа. М.: Психотерапия, 2013. 720 с.
22. Fromm E. An ego psychological theory of hypnosis and the research evidence supporting it // Jerusalem Lectures on Hypnosis and Hypnotherapy. Hypnosis International Monographs Number 1. Munich, 1995. P. 31–44.
23. Nash M.R., Barnier A.J. (Eds.). The Oxford Handbook of Hypnosis: Theory, Research, and Practice. Oxford: Oxford University Press, 2008. 791 p.
24. Tukaev R. The integrative theory of hypnosis in the light of clinical hypnotherapy // Hypnotherapy and Hypnosis. London: IntechOpen Books, 2020. P. 41–72.
25. Tukaev R.D. Research on the effectiveness of the universal hypnotherapy model // Continuity versus Creative Response to Challenge: The Primacy of Resilience and Resourcefulness in Life and Therapy / Eds R.D. Tukaev, M.J. Selinski, K.M. Gow. New York: Nova Science Publishers, 2011. P. 499–520.
26. Tukaev R.D. Universal hypnotherapy and resilience — resourcefulness model // Continuity versus Creative Response to Challenge: The Primacy of Resilience and Resourcefulness in Life and Therapy / Eds R.D. Tukaev, M.J. Selinski, K.M. Gow. New York: Nova Science Publishers, 2011. P. 451–466.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Глава 26. Экспрессивные методы психотерапии

26.1. Театротерапия

В широком смысле театротерапия (лечение театром) причастна ко всем формам воздействия драматического искусства на психику человека. В узком значении она представляет собой вариант арт-терапии и клинической психотерапии, разновидностей немедикаментозного (включая коррекционные мероприятия) лечения нервно-психических расстройств.

И та, и другая сферы гуманитарной деятельности находятся в единой парадигме. К примеру, термин «катарсис», что есть процесс высвобождения эмоций, разрешения внутренних конфликтов и нравственного возвышения, возникающий в ходе самовыражения или сопереживания при восприятии произведений искусства, в историческом контексте имеет непосредственное отношение к классическим греческим трагедиям, «Поэтике» Аристотеля. В то же время в качестве проявления эмоции, приводящей к исчезновению чувства подавленности и разрядке напряжения, данное понятие используется в гештальте.

С одной стороны, театральное представление как произведение искусства само по себе является интенсивной психологической интервенцией, с другой стороны, в качестве своеобразной модели применяется в психотерапевтической практике, в частности, в психодраме Я.Л. Морено.

Театральные упражнения являются важнейшим компонентом образовательных программ театральных вузов, вместе с тем широко используются в драматерапии и трансдраматической психотерапии.

Рассмотрим основные направления театральной психотерапии в качестве составляющих психотерапевтического процесса.

Психодрама Морено. Психодрама как лечебный психотерапевтический метод была создана и разработана Я.Л. Морено на основе опыта его театрального эксперимента, «спонтанного театра», изначальная цель которого не была связана с психотерапией и заключалась в развитии и реализации творческого потенциала человека, его творчества в «театре жизни». Согласно Я.Л. Морено, человек обладает естественной способностью к игре и, используя различные роли, получает возможность экспериментировать с жизненными ролями, творчески работая над собственными проблемами и конфликтами. В ходе разыгрывания тех или иных ситуаций возникает спонтанность, креативность, эмоциональная связь между участниками процесса, катарсис. Это побуждает к развитию творческой активности и достижению инсайта, создает благоприятную основу для переоценки собственных проблем и конфликтов, выработки более глубокого и адекватного понимания себя и окружающего мира, преодоления неконструктивных поведенческих стереотипов и способов эмоционального реагирования, формирования нового, рационального поведения и новых способов эмоционального реагирования.

Таким образом, психодрама представляет собой лечебный метод, использующий техники действия. Психодрама открывает широкий диапазон возможностей — может использоваться не только в терапевтическом ключе, но и в качестве психокоррекции, направленной на ускорение личностного роста, способствует решению проблем ограниченного поведения, незрелости, связанной с задержкой развития. В последнем случае психодрама выполняет функцию проработки блокировок в психосоциальном развитии для достижения более полного и спонтанного самовыражения, успеха, более гармоничных взаимоотношений с окружающими.

Б.Д. Карвасарский полагал, что психодраму можно рассматривать как метод групповой психотерапии, представляющий собой ролевую игру, в ходе которой создаются необходимые условия для спонтанного выражения эмоций, связанных со значимой проблематикой пациента.

В основе направления лежат три составляющих: *социометрия, система межличностных отношений и система групповой психотерапии.*

Социометрия — эмпирическое исследование становления межличностных отношений, то есть соответствующих взаимосвязей. Ж. Гурвич обозначает социометрию Я.Л. Морено следующим образом: «Специфика социометрии состоит в том, что само по себе измерение — это весьма ограниченное в техническом отношении средство достижения лучшего понимания количественных связей с социумом; эти связи характеризуются спонтанностью, творческим элементом, привязанностью к моменту и включенностью в неповторимые конкретные конфигурации».

В качестве базисных понятий социометрии Я.Л. Морено называл: «социус» — товарищ; «метрум» — измерение; «драма» — действие. Важным моментом теоретических построений Я.Л. Морено было положение о том, что через раскрытие социально-психических механизмов и психических структур сообществ социометрия получает возможность установления социального контроля над поведением личностей и социальных групп.

Для Я.Л. Морено и других представителей социометрии объектом исследований являются реально существующие малые социальные группы — эмоциональные отношения людей друг с другом, составляющие атомарную (атомистическую) структуру общества. Простое наблюдение не в состоянии зафиксировать эти отношения, но они могут быть выявлены с помощью специфических методов измерения, особой техники опроса и обработки данных, что позволяет определить реальные конфликтные ситуации и предпринять усилия для их ликвидации. К инструментам социометрического анализа относятся:

- 1) социометрические тесты — один из приемов опроса людей, в ходе которого выполняется задание стандартной формы, позволяющее получить как бы «коллективное самовыражение опрашиваемых», то есть количественно измеримые характеристики межличностных отношений в социальной группе;
- 2) социоматрицы — таблицы, в которые при помощи графических и числовых обозначений заносят полученные в результате исследований данные, характеризующие систему взаимоотношений людей в изучаемой группе;

Часть III. Направления и методы психотерапии

- 3) социограммы — графическое выражение социальных отношений людей преимущественно в малых группах.

Типы межличностных отношений. Я.Л. Морено выделяет три типа отношений, приводящих в движение «социоэмоциональные силы» притяжения и отталкивания, — вчувствование, перенос и теле. Вчувствование — способ общения, предполагающий способность на время отказаться от своего видения партнера, объективно воспринимать исходящую от него информацию и проникнуться его эмоциональным состоянием. Перенос — перенесение собственных чувств и представлений на партнера по общению, в результате партнер предстает как объект бессознательных представлений, а само общение не соответствует реальности. Теле — вчувствование людей друг в друга.

Г. Лейтц отмечает, что анализ и использование данных модусов отношений, существенных с точки зрения теории антропологии и психологии, в психодраме выполняет значимую практическую роль. Модус отношений вчувствования, с одной стороны, является условием осуществления психодрамы, с другой стороны, психодраматическое действие стимулирует и развивает способность к вчувствованию. При переносе происходит «демаскировка межчеловеческих данностей», благодаря чему открывается возможность построения здоровых, реалистичных отношений, так называемых телеотношений.

Система групповой психотерапии. П.Ф. Келлерман предлагает следующее определение психодрамы: «Это метод психотерапии, в котором клиенты продолжают и завершают свои действия посредством театрализации, ролевой игры, драматического самовыражения. Используется как вербальная, так и невербальная коммуникация. Разыгрывается несколько сцен, изображающих, например, воспоминания о специфических событиях прошлого, незавершенные ситуации, внутренние драмы, фантазии, подготовку к предстоящим ситуациям с возможным риском или непроизвольные проявления психических состояний «здесь и сейчас». Эти сцены либо приближены к реальной жизненной ситуации, либо выводят наружу внутренние ментальные процессы. Если требуется, другие роли могут взять на себя члены группы или неодушевленные объекты. Используется множество техник — обмен ролями, дублирование, техника зеркала, конкретизация, максимизация и монолог. Обычно можно выделить следующие фазы психодрамы: разогрев, действие, проработка, завершение и шеринг».

В классической психодраме Я.Л. Морено участвуют: протагонист-пациент (главный исполнитель), представляющий свои проблемы; терапевт (режиссер), который помогает пациенту в разрешении его проблемы; котерапевт и пациенты (актеры, исполняющие вспомогательные роли); члены группы, не занятые в разыгрывании ситуации (зрители). Психотерапевтический процесс состоит из трех фаз.

1. Инициальная фаза (разогрев), во время которой проводится разминка, стимулирование спонтанности участников, происходит ослабление страха и тревоги, снятие психологических защит. Для этого используют различные психотерапевтические приемы: дискуссия, «живые скульптуры», импровизации и т.д.

2. Собственно драматическое действие, в ходе которого пациент достигает катарсиса. Используют такие психотерапевтические техники, как «зеркало», «двойники», монологи, диалоги, «построение будущего» и т.д.

3. Фаза обсуждения (шеринг), где подводят итоги психодрамы, озвучивают связанные с этим воспоминания, мысли пациентов, возникшие у них ассоциации. Проводят анализ и интерпретацию психотерапевтического действия.

Размер группы существенно варьируется. От пяти до более ста участников. Психотерапевты находят оптимальным размером группы в 10–15 участников. В больших группах снижена активность участников и возникают сложности с достижением групповой сплоченности. Одна сессия может продолжаться от 1 до 4 ч, оптимальное время — 2,5 ч. Из них около получаса длится фаза разогрева, приблизительно 1,5 ч — психодраматическое действие, а оставшееся время — фаза шеринга.

Психодрама успешно зарекомендовала себя в различных социальных группах, в детской практике, при лечении невротических расстройств, болезней зависимости, психосоматических заболеваний и проч.

Драматерапия. Интегративное определение драматерапии дал чешский исследователь М. Валента: «Драматерапия — лечебно-воспитательная дисциплина, в которой преобладают групповые мероприятия, использующие театральные и драматические средства в групповой динамике для ослабления симптоматических проявлений, смягчения последствий психических расстройств и социальных проблем, а также повышения уровня социального развития и интеграции личности».

В то же время, согласно М. Андерсен-Уоррену и Р. Грейнджеру, это форма психотерапии, основанная на искусстве не отдельных видов драмы, но всех ее форм, используемых в качестве психотерапевтических инструментов. Драматерапия не представляет собой просто исполнение ролей, также не является тренингом социальной компетентности в том виде, в каком это характерно для ролевой игры. В отличие от психодрамы драматерапия стремится избегать следования реальным фактам биографии клиентов, сознательно предпочитает действовать в обход реальных событий, предоставляет пациенту возможность самому

моделировать ситуацию, в которой он может добиться исцеления. Предпочтение отдается вымышленным историям, что позволяет участникам сессии чувствовать себя более раскрепощенно, самостоятельно решать, в какой мере они могут принять все происходящее на свой счет и идентифицировать себя с мужчинами, женщинами, детьми, животными и проч. М. Валента отмечает, что специфические цели драматерапии зависят от особенностей клиентуры и потому сильно различаются от группы к группе. Например, при работе с аутичными детьми упор делается на изменении их поведения, терапевтический подход должен быть строго структурирован и сосредоточен на зрительном контакте, использовании модуляций голоса, наблюдении за своим отражением в зеркале и т.п. Для пожилых людей можно поставить в качестве цели тренировку памяти или достижение ими ясного осознания того, что они смогли совершить в своей жизни и что их дальнейшая жизнь имеет смысл.

Часть III. Направления и методы психотерапии

К. Майзланова перечисляет в качестве основных целей драматерапии снижение напряженности, развитие сопереживания, воображения и креативности, разблокирование коммуникационного канала, интеграцию личности, развитие уверенности в себе, формирование чувства ответственности, корректировку реальных стремлений. Р. Эмуна выдвигает следующие неспецифические цели драматерапии:

- повышение социального взаимодействия и межличностного понимания;
- приобретение способности расслабляться;
- овладение методами контроля над своими эмоциями;
- изменение неконструктивного поведения;
- расширение репертуара жизненных ролей;
- приобретение способности к спонтанному поведению;
- развитие воображения и сосредоточения;
- укрепление уверенности в себе, обретение чувства собственного достоинства и повышение внутриличностного интеллекта;
- приобретение способности распознавать и принимать свои ограничения и возможности.

Драматическая идентификация преобразует клиента. В ходе исполнения у него появляется возможность взглянуть на себя под разными углами зрения.

Под влиянием базовых психотерапевтических концепций М. Валентой сформировались следующие варианты драматерапии:

Театрально-нарративная драматерапия является своего рода арт-терапией, в основе которой лежит постулат, констатирующий, что свободное творчество, самореализация и креативность обладают самоисцеляющим эффектом, а для проявления скрытых творческих сил необходимо создать творческое пространство. Такая трактовка включает аристотелевское понятие катарсиса, работу с выбором, идентификацией и отражением архетипично-социальных ролей, что указывает на ее родственность с социальной психологией (социально-психологическим тренингом).

Психодраматически ориентированная драматерапия базируется на групповой динамике, использует более широкую платформу, чем психодрама. В ней личная история становится моделью для групповой работы с возможностью проекции опыта других участников терапии, что родственно адаптированной классической психодраме Я.Л. Морено (*сатидраме*), где разрабатываются универсальные гуманитарные темы с привлечением медитативного сознания и элементов восточной философии.

Психодинамически ориентированная драматерапия. Базисом для отдельных видов драматерапии являются теории З. Фрейда, К.Г. Юнга, А. Фрейд, Ш. Ференци, М. Кляйна и др. При использовании концепции групповой динамики драматерапевт делает акцент не на содержании индивидуального бессознательного (предсознания по Фрейду), а на обычных конфликты, чувства и мысли, относящиеся к референтному полю драматерапевтической группы или сообщества. Таким образом, он сосредоточен на содержании коллективного бессознательного: выявлении ролевых архетипов и их демонстрации драматическими средствами (драматизация символики с применением техники статуй, живых картин, зеркального отображения и т.п.). Психодинамически ориентированная драматерапия, во многом опирающаяся на теории К.Г. Юнга, его трактовку бессознательного и символики содержания бессознательного, вместе с тем использует практику терапевтического отношения: позитивного переноса, контрпереноса. Имеет место определенная психоаналитическая аналогия между символическим пространством театральной сцены и символическим пространством психотерапии. Двусторонний перенос происходит как между пациентом и психоаналитиком, так и между актером и зрителем. Существенная составляющая

театра как системы коммуникации между актером и зрителем разворачивается на бессознательном уровне: бессознательное зрителя реагирует на бессознательное актера [9]. *Гештальт-ориентированная драматерапия*. Многие методы и приемы драматерапии позаимствовала гештальт-терапия: прежде всего исполнение ролей, визуализацию, работу с телом и, конечно, драматизацию. Основатель гештальт-терапии Ф. Перлз пришел к созданию собственной модели драматерапии — гештальт-драмы. В то же время многие драматерапевты, используя основные постулаты классического гештальта работают с активным осознанием клиентов их актуальных потребностей, в первую очередь по отношению к группе и ее динамике. Группа трактуется ими как форма, которая «всегда больше, чем простая сумма ее членов», а групповая динамика рассматривается в терминах гештальт-теории поля (отдельные части поля связаны и взаимозависимы). Гештальт-ориентированные драматерапевты также используют понятие горизонтальной терапевтической связи, согласно которому клиент и терапевт абсолютно равны. Групповой гештальт поддерживает недирективную позицию терапевта в роли комментатора, непрерывно поясняющего, что и как клиенты в настоящее время делают, помогая процессу более глубокого осознания. Драматерапия активно использует принцип «здесь и сейчас», когда все происходит в настоящее время, в том числе и процесс воспоминания.

Поведенчески (когнитивно-поведенчески) ориентированная драматерапия. В данном случае предпочтение отдается индивидуальной психотерапии, что вытекает из природы бихевиоризма, базисный инструментарий которого включает когнитивные техники и оперантное обусловливание. Опираясь на индивидуальную работу, драматерапевт индивидуально меняет дисфункциональное поведение клиента путем изменения его мышления. В случае использования приемов оперантного обусловливания поведение изменяется путем контроля за его последствиями — реакциями окружения. В данном случае связь клиента и его окружения слишком специфична для членов драматерапевтической группы. Групповая работа в поведенчески ориентированной драматерапии также используется, к примеру, в процессе экспозиционной терапии — систематической десенсибилизации (при постепенном уменьшении чувствительности клиента к избранным стимулам его социальной среды). Поведенческие методы моделирования включают распределение ролей в группе, приемы, направленные на изменение уровня активации клиента (методы расслабления), разучивание вербальных и невербальных коммуникативных навыков.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Антропософически ориентированная драматерапия — направление драматерапии, в основе которого лежит учение Р. Штайнера об эвритмии (особая форма искусства движения, которая, в отличие от пантомимы или танца, основана не на свободной экспрессии, а на закономерностях, содержащихся в звуке). Это оригинальная паратеатральная форма, суть которой — конфронтация личности с характерами драматических персонажей.

Ритуально ориентированная драматерапия. Данный вид психотерапии опирается на знания в области антропологии, использует мифопоэтический опыт человечества, ритм, символику, маски, куклы. Главным образом применяются переходные и трансформационные ритуалы. Ритуально ориентированная терапия, как обращение к измененным эмоциональным состояниям, имеет много общего с трансперсональной психологией, базируется на театральных опытах Е. Гроувского и А. Арто.

Метафизическая драматерапия и лечебный ритуальный театр. Данные направления психотерапии можно отнести к разновидностям *ритуально ориентированной драматерапии*. Они обращены к поиску новых форм театрального языка и драматической экспрессии для общения и обмена сознательным или бессознательным содержанием в сикхике клиентов.

Коммуникативно ориентированная драматерапия имеет интегративный характер, базируется на теории коммуникации, утверждении, что этиопатогенез широкого спектра психических расстройств располагается в области социального взаимодействия. По своей сути приближена к транзакционному анализу Э. Берна, включает коммуникативные акты, реализуемые между инициатором и респондентом коммуникации на различных уровнях Эго (Родитель–Взрослый–Ребенок). Таким образом, проводится анализ патологического взаимодействия и образцов поведения, а также их санация драматическими средствами с помощью групповой динамики.

Интегративная (эkleктическая) драматерапия, в зависимости от клинических особенностей в каждом конкретном случае, использует большинство средств вышеперечисленных драматерапевтических техник. В качестве психотерапевтической интервенции *интегративная драматерапия* является наиболее популярным драматерапевтическим направлением.

К способам использования драматерапии М. Андерсен-Уоррен и Р. Грейнджер относят драматерапию, связанную с решением задач, ролевую драматерапию, драматерапию маски и драматерапию жизненных изменений.

Драматерапия, связанная с решением задач, используется в ситуациях, когда проблемы — независимо от того, носят ли они поведенческий или познавательный, личный или социальный характер, — очерчены более или менее четко. В данном виде драматерапии используют интервенции, ориентированные на изменения вполне определенного характера, а именно, на изменения мышления, чувств и поведения людей в контексте «здесь и сейчас», а, следовательно, в пространстве их текущих проблем.

Используются техники, направленные на изменение поведения путем воздействия на систему «стимул–реакция», с поощрением альтернативных форм реагирования и преодолением дезадаптивного поведения «негативным подкреплением», а также техники, связанные с изменением ожиданий человека относительно окружающего его мира, тех или иных конкретных событий для того, чтобы помочь клиенту принять их такими, как они есть. Данный подход обычно ассоциируется с психологией личных конструктов. Применяются методики десенсилизации, в основе которых лежит признание того, что некоторые ситуации способны вызвать у человека чрезмерно сильную реакцию, из-за чего он утрачивает психическое равновесие и способность трезво оценивать события. Используя когнитивно-бихевиоральный подход, драматерапевты добиваются изменения отношения клиента к этим ситуациям, вследствие чего они перестают быть источником дистресса.

Существует два основных способа использования подобных методик: «наводнение», когда человека помещают в условия, вызывающие у него страх или отвращение, благодаря чему он вынужден вырабатывать психические механизмы, которые позволяют ему справиться с ситуацией. Другой способ заключается в постепенном и дозированном предъявлении человеку тех или иных дискомфортных для него ситуаций, начиная с психотерапевтической беседы, заканчивая демонстрацией фотографий, иллюстрирующих подобные ситуации, определенных, тесно связанных с ними предметов или более или менее реальных их моделей. При проведении собственно драматерапевтической сессии происходит моделирование различных ситуаций с целью воздействия на систему «стимул–реакция», развивая у клиента более адаптивные и социально приемлемые формы поведения, что, в конечном счете, приводит к более стабильному психическому состоянию. Драматерапия, связанная с решением задач, не предполагает прямую имитацию знакомых ситуаций, как это имеет место при использовании конвенциональных техник ролевой игры. Ее воздействие выражено в предоставлении возможности давать людям исследовать разные формы поведения и осознать свое отношение к себе и другим.

Ролевая драматерапия. Идея театрального исполнения в драматерапии тесно связана с реализацией людьми всей суммы их человеческих качеств. Как полагает С. Дженнингс, в драматерапии мы можем увидеть то, что часто остается незамеченным, или то, о чем мы вообще забываем; можем реализовать новые модели поведения, прежде чем перенести их в реальную жизнь, и это становится основой нашей социализации. Данный постулат является основополагающим для ролевой драматерапии.

Согласно М. Андерсен-Уоррену и Р. Грейнджеру, драматерапия не связана с развитием каких-то определенных качеств или навыков, дающих человеку возможность чувствовать себя более уверенно, так же как не связана с тем, что позволяет человеку исполнять определенные роли более уверенно, чем он это делал прежде. Ролевая драматерапия способствует росту уверенности клиента в том, что он вправе самостоятельно выбирать себе роли и исполнять их, что предоставляет ему возможность стать более гибким и независимым. Основная цель драматерапии состоит в том, чтобы помочь человеку достичь большего контроля над социальными играми, в которые он вовлечен, обрести возможность изменить свою социальную идентичность в случае необходимости.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Драматерапия маски. Д. Лэнгли утверждает, что маска позволяет скорее что-то обнаружить, чем скрыть. Эта концепция лежит в основе драматерапии маски. По М. Андерсен-Уоррену и Р. Грейнджеру драма, основанная на законе парадокса, одновременно является истиной и ложью, реальностью и фантазией, она предполагает сочетание противоположностей, которые теснейшим образом зависят друг от друга. Она является идеальной формой, позволяющей соотнести такие взаимоисключающие вещи и потребности, как:

- потребность в самораскрытии и желание оставаться невидимым;
- желание быть индивидуальностью и стремление «слиться» с толпой;
- желание открыть свой внутренний мир другим людям и одновременно защититься от них;

- потребность в «острых ощущениях» и опасности и одновременно стремление к полной безопасности;
- желание получить новый опыт и раздвинуть «горизонты бытия», не ступая при этом на «новые территории».

Взаимоисключающие потребности являются вариациями темы противопоставления потребности в опасности с одной стороны и стремления к безопасности — с другой. Драматерапия маски задает ролевую дистанцию, обозначающую процесс отождествления актера со своей ролью, когда он надевает на себя «драматическую маску» и благодаря этому ведет себя смелее, чем обычно. Исполняемая им роль не является буквальным отражением его Я, дает ему свободу (дистанцию) выражать свои чувства, потребности и установки в опосредованном виде. Данный драматерапевтический способ связан со снятием одной маски и надеванием другой. Человек сбрасывает психологическую маску и надевает драматическую, призванную раскрывать чувства. В известной степени имеющая ритуальный характер драматерапевтическая сессия предполагает использование различных ролей и ситуаций, связанных сюжетами и способствующих созданию драматической дистанции. *Драматерапия жизненных изменений.* В основе данного способа драматерапии лежит утверждение, что единственным способом сформировать в человеке новое отношение к жизни является тот, что сопряжен с отказом от прежней системы отношений или с ее разрушением. Другой постулат драматерапии жизненных изменений гласит: основой драматерапевтического процесса и предпосылкой подлинных изменений является хаос. Драматерапия служит безопасным средством, позволяющим пережить состояние хаоса. Драматерапевтическая сессия, направленная на достижение жизненных изменений, связана с активизацией воображения, что позволяет ослабить защиту и сделать возможным выражение тех сторон личности, которые беспокоят клиента. Метод позволяет установить контроль над внутренней реальностью и дает возможность безопасного самораскрытия, может рассматриваться в качестве своеобразного ритуала перехода, служит инструментом инициации и возрождения клиента к новой жизни. Драматерапевтический процесс является метафорой жизненных изменений: имеет начало, середину и завершение. Реальные изменения происходят на среднем этапе **трехчастного цикла**, первая часть которого связана с актуализацией опыта, отражающего прошлые события и определяющего реакции клиента в настоящем. Третья часть касается нового опыта и нового типа реакций. Между первой и третьей частями происходят непредвиденные и незапланированные события; использование драматической структуры дает клиенту возможность соприкоснуться с воображаемой реальностью, которая во многом расходится с той, к которой он привык. Благодаря этому он может отказаться от сдерживающих и ограничивающих форм реагирования. Подобное состояние порождает страх, растерянность, вызывает ощущение утраты «почвы под ногами». Это продолжается до тех пор, пока не возникнут очертания новой будущей реальности. Возможность участия в совместных действиях и проявление клиентами фантазии позволяют абстрагироваться от привычной реальности и связанных с ней переживаний, поэтому те, для кого мир представляется аморфным и хаотичным, начинают ощущать определенное облегчение, представлять способы выхода из тупика, а, в конце концов, и находить смысл собственной жизни.

Всякая драматерапевтическая сессия, согласно М. Андерсен-Уоррену и Р. Грейнджеру, состоит из трех частей, что является обязательным. Каждая из частей органично связана с остальными. С одной стороны, сессия представляет собой непрерывный процесс; с другой — это сочетание трех разных видов опыта, каждый из которых имеет очевидные отличия от двух других.

Первая стадия — подготовка к взаимодействию и взаимному раскрытию в активной работе воображения с совместимыми поступками, мыслями и чувствами, что нередко представляется клиентам необычным опытом и способно вызывать тревогу. Предполагается постепенное укрепление ощущения клиентом своей способности оказывать поддержку другим членам группы и, в свою очередь, получать ее от них. Аналогия с театральной репетицией или подготовкой к выходу на сцену.

Вторая стадия — разработка драматического сценария, анализ прошлых ситуаций, их преобразование в новом свете, освоение ролей, экспериментирование с ними. Как правило, клиенты испытывают чувство удивления от проживания событий и состояний, которые представлялись им прежде обыденными и малозначимыми. Ощущение яркости и вместе с тем реальности чувств и поступков, вызванное драмой, в определенной мере возникает благодаря активизации воображения и попыткам изобразить привычные вещи по-новому.

Третья стадия — возвращение привычного взгляда на мир и обычных способов поведения. Происходит разотождествление с ролями и восстановление привычной идентичности.

Драматерапию используют для решения межличностных и внутриличностных проблем при лечении невротических и психосоматических расстройств, при работе с детьми и людьми преклонного возраста, страдающими затруднениями интеллекта и нарушениями памяти, при лечении болезней зависимости.

Клинический театр-сообщество М.Е. Бурно. Клинический театр-сообщество (Реалистический клинический театр-сообщество) является элементом разработанного М.Е. Бурно клинико-психотерапевтического метода, именуемого терапией творческим самовыражением. Материалом для постановки спектаклей, читок и концертов в пространстве театра-сообщества служат тексты, целенаправленно созданные для решения психотерапевтических задач. Создаются реалистические клинико-психотерапевтические образы драматургического и исполнительского творчества. Наряду с пациентами к постановочным психотерапевтическим сессиям могут привлекаться профессиональные актеры и актеры-любители. В таком случае степень и качество их участия предопределяется психотерапевтом-клиницистом. Психотерапевт принимает участие в составлении режиссерской партитуры, оформлении сценического действия. Театральный процесс в театре-сообществе побуждает его участников, пациентов-актеров не к постижению высот мастерства, но к изучению своей природы, природы характера и хронических душевных расстройств. В отличие от психологической психотерапии, предполагающей анализ социально-психологических положений-ситуаций, в клиническом театре-сообществе прежде всего изучается «природа страданий», например хронической тревожной депрессивности. Процесс посредством достижения целебного творческого переживания, самовыражения-вдохновения в конечном итоге решает проблемы самоидентификации и психологической адаптации пациентов.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Согласно М.Е. Бурно, данная разновидность клинической психотерапии показана в первую очередь больным с хроническими тревожно-депрессивными расстройствами с преобладанием в клинической картине дефензивных характерологических расстройств-переживаний.

Трансдраматическая психотерапия А.Е. Строганова. Данное направление клинической психотерапии, призванное посредством последовательной трансформации театральных систем в методы индивидуальной психотерапии способствовать повышению эффективности лечения и реабилитации психически больных, заметно отличается от вышеперечисленных техник театротерапии. В трансдраматической психотерапии театральные учения были транспонированы в психотерапевтическое пространство, и предлагаемые драматерапевтом интервенции в некотором смысле напоминают работу мастера с учеником театрального училища.

С учетом целей и задач создаваемого направления была разработана схема трансдраматических трансформаций, включающая трансформацию постановки задачи, трансформацию сфер приложения, терминологическую трансформацию, ролевую трансформацию, трансформацию действия, трансформацию ожидаемого результата и трансформацию оценки.

В качестве основы для создания оригинальных методов трансдраматической психотерапии были использованы театральные учения Б. Брехта, К.С. Станиславского и М.А. Чехова. На их базе были разработаны эпическая (описательная) терапия, методы действенно-аналитической коррекции, коррекции атмосфер и психотерапевтического монтажа.

Эпическая (описательная) терапия базируется на театральной системе Б. Брехта, представляет собой программу последовательного, поэтапного выхода личности из кризиса, формирует и использует творческий потенциал личности, направлена на социальную реабилитацию и психологическую адаптацию личности пациента, страдающего психическим расстройством, и способствует формированию его резистентности к психотравмирующим ситуациям. Метод содержит элементы личностно-ориентированной терапии, в то же время его можно отнести к методам, направленным на понимание и преодоление проблем. Эпическая терапия состоит из трех этапов, каждый из которых включает несколько психотерапевтических сеансов.

Первый этап. Вступительное собеседование. Вступительное собеседование имеет не только стандартное диагностическое значение. Должен состояться терапевтический союз врача и пациента. Для достижения положительного терапевтического результата перед проведением эпической терапии драматерапевт доводит до сознания пациента постулат К. Ясперса о том, что его заболевание неразрывно связано с критической ситуацией, в которой он оказался. Именно эта ситуация привела его к заболеванию, а разрешение ситуации станет для него выходом из болезни. Психотерапевт собирает подробные сведения о болезни и жизни пациента, разъясняет суть метода, знакомит с особенностями совместной и индивидуальной работы. Эпическая терапия использует «эффект отчуждения» Б. Брехта. Важнейшим моментом в этом процессе является превращение пациента из «персонажа драмы» в ее «автора», то есть развитие способности оценить актуальную ситуацию со стороны (эмоции

перерабатываются сознанием). Практически «отчуждение» ситуации при эпической терапии и базируется на составлении эпоса (описания).

Второй этап. Составление эпоса. Эпос включает следующие разделы.

1. Первичное описание. В зависимости от индивидуальных особенностей пациента ему предлагается изложить (по возможности в письменном виде) те события, которые привели его к кризису. Описание ведется в третьем лице от выбранного самим пациентом момента времени до визита к психотерапевту. Пациент обозначает себя и прочих действующих лиц произвольно (вымышленные имена, инициалы, литеры и т.п.). В первичном описании пациент является главным действующим лицом. События разворачиваются вокруг него и всегда с его участием либо в его присутствии. При составлении первичного описания он знакомится с новой для себя ролью автора, впервые излагает ситуацию со стороны, невольно оценивает помехи эмоционального порядка при попытке связно и последовательно изложить свою историю. Определяется круг действующих лиц эпоса, «положительные» и «отрицательные» персонажи.

2. Хронологическое описание. Пациенту (автору) предлагается переработать первичное описание. При составлении хронологического описания перед ним ставится задача последовательно изложить происходившие события с максимальной точностью. Важно также попытаться восстановить месяц, день, время происходивших событий. Выполняя это задание, пациент вживается в роль автора. На подсознательном уровне логика, мышление вступают в противоречие с эмоциями, чувствами. Скрупулезность работы вызывает внутренний протест (подсознательно излагаемая ситуация в целом постепенно теряет актуальность). Эпос приобретает черты истории, существующей вне узкого круга интересов пациента.

3. Описание действующих лиц. «Автору» предлагается составить список действующих лиц эпоса и составить подробную характеристику каждого из них. При этом стараться быть максимально объективным. Для этого каждое действующее лицо анализируется с разных точек зрения. К примеру: жена (муж) — одновременно дочь (сын) своих родителей и т.д. На этом этапе пациент совершает первую попытку быть объективным в оценке окружающих, производит накопление положительной информации об окружающих. Происходит сознательная борьба логики, мышления с эмоциями, чувствами.

4. Искаженное описание. «Автору» предлагается сменить главное действующее лицо на антагониста. Ситуация рассматривается с противоположной точки зрения. При этом «автор» выступает в качестве «адвоката» антагониста, то есть должен стараться логически обосновать его действия, найти и оправдать мотивацию его поступков. При составлении искаженного описания пациент действует только логическим путем, приобретает навыки критически оценивать ситуацию. Подбирая примеры положительных поступков, акцентируя внимание на положительных чертах антагониста, он автоматически вспоминает положительные моменты в истории их взаимоотношений с антагонистом.

Часть III. Направления и методы психотерапии

5. Сравнительное описание. Пациенту предлагается рассмотреть ситуацию с точки зрения ее типичности. Из жизненного опыта, литературы, истории выбираются ситуации, аналогичные рассматриваемой. Составляется их описание. Проводится разбор каждого отдельного случая. Пациент приходит к заключению, что его история не уникальна — подобные ситуации известны (дезактуализация психогении), ситуация не является неразрешимой, тупиковой.

6. «Комическое» описание. Пациенту-«автору» предлагается рассмотреть ситуацию с точки зрения ее нелепости. Акцент делается на забавных (с его точки зрения) моментах. Подчеркиваются кажущиеся комическими черты действующих лиц, в первую очередь главного действующего лица (прототипа пациента). На данном этапе происходит трансформация чувств пациента, закрепление дезактуализации психогении.

7. Вторичное описание. «Автору» предлагается придумать финал рассматриваемой ситуации, который был бы максимально благоприятен для главного действующего лица и окружающих его людей. Подробно описывается то, каким образом должен действовать прототип пациента, с тем, чтобы финал был благоприятным. Цель вторичного описания — разрешение ситуации пациентом, выход из кризиса.

Разумеется, вышеприведенная схема весьма условна и может претерпевать соответствующие коррективы в зависимости от особенностей патологии, а также личностных особенностей пациента. В качестве примера подобной коррекции можно привести случай невротического расстройства, причиной которого является смерть близкого родственника. В такой ситуации пункт 4 являет собой описание «жизни после смерти» (как ее представляет себе пациент), а при атеистическом мировоззрении пациента предлагается представить, как покойный оценил бы реакцию пациента на его смерть, если бы мог видеть его в этом состоянии, каким он хотел бы видеть будущее пациента и т.д.

Пункт 6 (имеющий большое значение в ситуации развода или конфликта на работе) как «комическое описание» в случае смерти не может быть использован. При этом элемент перехода одних чувств пациента в другие не теряет актуальности. В таком случае «комическое» трансформируется в «светлые воспоминания об умершем», как о человеке, который побуждал пациента и других людей к жизни, деятельности, помогал в трудную минуту и проч. Особенную ценность приобретают жизнерадостные воспоминания, связанные с умершим. Психотерапевт заостряет на них внимание, поощряет их использование в эпосе, предлагает составить эпос, целиком состоящий из подобных воспоминаний и т.д.

Третий этап. Заключительное собеседование. Проведение заключительного собеседования представляет собой подведение итогов проведенной терапии. Во время заключительного собеседования внимание пациента фиксируется на том, что работа по выходу из критического состояния выполнялась, главным образом, им самим.

Средняя длительность лечения составляет 15–20 сеансов.

Действенно-аналитическая коррекция базируется на театральной системе К.С. Станиславского, использует и формирует творческий потенциал личности, направлена на преодоление кризиса, повлекшего за собой психическое расстройство, психосоциальную реабилитацию пациента, включает коррекцию вторичных и третичных личностных расстройств.

Первый этап. Вступительное собеседование. Задачами первого этапа коррекции является установление контакта между психотерапевтом и пациентом (формирование союза психотерапевт–пациент), разъяснение пациенту сути метода, а также накопление материала для психотерапевтической экспликации. На первом этапе пациент предъявляет жалобы, излагает собственную интерпретацию истории болезни, обозначает круг проблем, которые ему хотелось бы разрешить в результате планируемого курса лечения. У драматерапевта формируется представление об общем уровне пациента, включающем интеллект, эрудицию, образование, социальное положение, о его мировоззрении и внутренней картине болезни. Подробнейшим образом составляется анамнез болезни и жизни больного, что вместе с жалобами пациента является материалом, который ляжет в основу последующего психотерапевтического анализа с формированием тактики психотерапевтической интервенции.

Результатом вступительного собеседования является разработка экспозиции или экспликации (в системе К.С. Станиславского — работа режиссера над драматургическим материалом). В действенно-аналитической коррекции экспликация — психотерапевтический замысел, ориентированный на активное участие пациента (актера) в психотерапевтической работе. Драматерапевт разъясняет пациенту суть метода. Если провести очевидную и доказательную параллель между жизнью, со всеми ее коллизиями, болезнями, успехами и свершениями и драматургическим материалом, что по К.С. Станиславскому является основой театра, то констатируется, что собственно кризис является только эпизодом в жизни пациента (по аналогии с сюжетной линией пьесы — одной из множества линий), имеющим свои временные границы и, в перспективе, разрешение. Так же, как и драматургический материал, жизнь пациента имеет свою логику. Возникновение кризиса закономерно (как любая линия пьесы) и во многом связано с тем, что пациент не владеет этой логикой (не обладает умением, соответствующим мастерству актера, владеющего театральной системой), как следствие, часто оказывается беспомощным в критических ситуациях: выбирает случайное решение, совершает непродуманные поступки. Внимание пациента акцентируется на том, что кажущиеся «ударами судьбы» фрагменты его биографии являются следствием таких решений и поступков. В том случае, если болезнь объективно возникла вне всякой связи с личностью пациента и его поведением, не обладая умением, пациент оказывается не готовым к ней, и, как результат, не может адаптироваться социально и психологически, не может оказывать ей достойного сопротивления. На момент встречи психотерапевта и пациента жизнь последнего находится в развитии (пьеса не закончена), и от пациента зависит, в каком направлении пойдет это развитие: регресс, включающий нарастание болезненной симптоматики и дальнейшую социально-психологическую дезадаптацию, или, напротив, прогресс, включающий угасание болезненной симптоматики и полное выздоровление (когда невозможно — стойкую ремиссию). Театральная система, знание и владение которой позволяет актеру успешно справляться со сложными театральными задачами, в трансформированном виде способна решить наиболее существенные проблемы пациента. Умение, приобретенное пациентом в процессе действенно-аналитической коррекции, позволит ему кардинально изменить свою жизнь и направить ее в русло прогресса. Успех коррекции зависит от активности пациента.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Пациент в беседе с психотерапевтом излагает свое отношение к предлагаемому методу, уточняет интересующие его детали, получает дополнительные аргументы в пользу результативности метода. Пациент получает домашнее задание проанализировать свою жизнь — составить список удач и неудач, открытий и разочарований, кризисов и болезней (включая предмет настоящего обращения к психотерапевту), сопоставляя их, попытаться выявить определенные закономерности в их возникновении. Здесь и дальше в работе психотерапевта с пациентом возникает театральное понятие «внутреннего реализма», что относится к предельной откровенности пациента перед собой, при выполнении тех или иных терапевтических заданий, что является одним из слагаемых успеха действенно-аналитической коррекции.

Второй этап. Выявление зерна и сверх-сверхзадачи коррекции. Психотерапевт производит сопоставление психотерапевтической экспликации с анализом, самостоятельно проведенным пациентом. Вводится термин «зерно». У К.С. Станиславского «зерно» — творческая особенность, которая позволяет артисту жить в предлагаемых обстоятельствах, в психотерапевтическом смысле — личностная специфика пациента со всеми достоинствами и недостатками. С учетом накопленных пациентом проблем, что явилось причиной его обращения за помощью, констатируется необходимость формирования новой жизненной логики, новой системы ценностей как основы его излечения (сверх-сверхзадача коррекции). Выработка новой системы ценностей составляет суть домашнего задания пациента.

Третий этап. Введение понятия «драматический этюд». Определение сверхзадачи коррекции. Психотерапевт производит сопоставление психотерапевтической экспликации с анализом, самостоятельно проведенным пациентом. Совместно психотерапевтом и пациентом проводится коррекция сверх-сверхзадачи. Психотерапевт и пациент приходят к заключению, что существующие в настоящий момент актуальные для пациента проблемы при анализе с позиций новой для него жизненной логики и сверх-сверхзадачи выглядят несколько иначе, чем до начала коррекции. На данном этапе психотерапевт в беседе с пациентом фиксирует внимание последнего на тех переменах, что уже произошли в его сознании, и окончательно убеждает его в возможности благополучно разрешить кризис. Проводится повторный анализ истории болезни, которую впредь предлагается рассматривать в качестве «драматического этюда» — модели коррекции, ситуационной задачи, решением которой является разрешение кризиса. Декларируется, что решение будет найдено самим пациентом (при минимальном участии психотерапевта).

Компоненты сверхзадачи соответствуют требующим разрешения проблемам пациента, в совокупности составляющим драматический этюд. На данном этапе, по аналогии с системой К.С. Станиславского, основное внимание пациента переносится от вопроса «чего я хочу?» к вопросу «что я буду делать?», с «задачи» на «целенаправленный поступок». В качестве домашнего задания психотерапевт предлагает пациенту самостоятельно разработать экспликацию драматического этюда (составить план выхода из кризисной ситуации) с учетом действующих лиц драматического эпизода. Это задание является пусковым моментом самостоятельного творчества пациента.

Четвертый этап. Сквозное действие коррекции. Психотерапевт производит сопоставление психотерапевтической экспликации с экспликацией драматического этюда, самостоятельно проведенной пациентом. Проводится совместная коррекция экспликации. Вводится понятие «сквозное действие», по К.С. Станиславскому — последовательное воплощение сверхзадачи в сценическом действии.

Психотерапевт и пациент приходят к логичному заключению, что для решения проблем пациента, соответствующих компонентам сверхзадачи драматического этюда, целесообразным является трансформация пациента в актера, в рамках драматического этюда исполняющего роль человека, способного разрешить кризисную ситуацию. Иными словами, исполняющего роль «себя самого, обладающего новой логикой жизни и новым мировоззрением».

Для того чтобы психофизически подготовить пациента-актера к действенному анализу коррекции, психотерапевт предлагает ему в течение нескольких занятий провести упражнения на внимание (из арсенала актерского тренинга). Данные упражнения, на первый взгляд, не укладывающиеся в логическую схему предыдущих этапов коррекции, на самом деле являются ее важным звеном. При поддержке драматерапевта у него формируется убеждение в том, что точно так же, как он справляется с предложенными ему упражнениями, в последующем он справится и со своими проблемами. При проведении упражнений психотерапевт акцентирует внимание пациента на том, что данные упражнения существенно расширяют арсенал его психофизических возможностей, новые знания и навыки, приобретенные пациентом, внесут существенные позитивные коррективы в его взаимоотношения с его окружением.

По К.С. Станиславскому этот этап соответствует выработке простейшей линии физических и элементарно-психологических задач и действий, схеме физических задач и действий, первым и, может быть, главным из которых является внимание. На сцене (а в нашем случае в

жизни, вне стен психотерапевтического кабинета) актер, как утверждал К.С. Станиславский, должен уметь по своей воле собрать внимание на том или ином произвольно избранном объекте — внешнем или внутреннем (мысль, образ, чувства).

Пятый этап. Действенный анализ коррекции. Пациент в качестве актера действует в предлагаемых обстоятельствах (вне психотерапевтического кабинета). Каждая новая встреча с психотерапевтом представляет собой совместный анализ выполненных актером действий, соответствующих составленной экспликации драматического этюда, которые он фиксирует в виде дневника и дает им предварительную оценку по привычной пятибальной системе. Оценка действенного анализа позволяет психотерапевту ориентироваться в динамике психотерапевтического процесса.

В тот момент, когда кризисная ситуация оказывается разрешенной, задачи, определенные психотерапевтом в психотерапевтической экспликации, решены, или же решение их предопределено, при том, что пациент уже не нуждается в коррекции и может действовать самостоятельно, психотерапевт объявляет ему о завершении работы и назначает время заключительного собеседования.

Шестой этап. Заключительное собеседование. Представляет собой совместное подведение итогов проведенной действенно-аналитической коррекции. Психотерапевт отвечает на вопросы пациента и дает необходимые рекомендации на будущее.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Средняя длительность лечения методом действенно-аналитической коррекции составляет от 20 до 30 сеансов.

Коррекция атмосфер основывается на театральной системе М.А. Чехова. Равно как и действенно-аналитическая коррекция, данный метод развивает творческий потенциал личности, направлен на социальную реабилитацию и психологическую адаптацию личности пациента, страдающего психическим расстройством, включает коррекцию вторичных и третичных личностных расстройств и способствует формированию его резистентности к психотравмирующим ситуациям. Коррекция состоит из семи этапов, каждый из которых включает несколько психотерапевтических сеансов.

Первый этап. Вступительное собеседование. Основными задачами вступительного собеседования является сбор материала для составления плана психотерапевтического воздействия, разъяснение пациенту структуры метода и ожидаемых результатов лечения. Во время вступительного собеседования пациент предъявляет жалобы, подает собственное видение истории болезни, обозначает круг требующих разрешения проблем. Психотерапевт имеет возможность составить представление об особенностях личности пациента, его суждениях о болезни и причинах ее возникновения, определить его общий уровень. Как и при действенно-аналитической коррекции, психотерапевтические сессии в рамках коррекции атмосфер предполагают активное участие пациента (актера) в психотерапевтической работе. Если в действенно-аналитической коррекции трансформированные в психотерапевтические театральные упражнения имели скорее вспомогательное значение, в методе коррекции атмосфер они становятся основным психотерапевтическим приемом.

В эпиграфе М.А. Чехова к первому разделу книги «О технике актера» говорится: «Не то что есть, побуждает к творчеству, но то, что может быть; не действительное, но возможное». В случае коррекции атмосфер это может звучать следующим образом: «Не то, что представляет из себя пациент на сегодняшний день, но то, кем он может стать и станет, приведет его к излечению и разрешению проблем». В этом высказывании содержится главная идея психотерапевтического метода коррекции атмосфер.

Исходя из этого следует, что пациент на момент обращения к психотерапевту не способен решить свои проблемы, потому что он мыслит, чувствует, совершает поступки сообразно узким рамкам стереотипов, сформировавшихся в результате возникновения этих трудностей. Доказательным является экскурс в прошлое, когда подобные проблемы легко решались им или же не могли возникнуть по той причине, что пациент представлял из себя совершенно другого человека, другой образ (образ прошлого). Впервые вводятся понятия «образ», «образ прошлого», которые будут использоваться в последующем. В настоящее время внутренний мир пациента (в последующем «негативный образ») находится «в застывшем состоянии» (негативный образ принят пациентом, а потому неподвижен), что создает непреодолимые трудности для его излечения.

Негативный образ пациента (включающий и болезнь) совместными усилиями психотерапевта и пациента должен быть отторгнут. Время и необратимость приобретенных болезней, аргументы, которые, как правило, использует пациент для доказательства невозможности «чудесных исцеляющих перемен» (суть, привыкание к мысли о болезни, социальной неустроенности, уход в болезнь), опровергаются теми эпизодами в его жизни, когда он сам констатирует быстротечность времени («тело стареет, а душа остается молодой», когда в

минуты увлеченности или радости он на время забывает о болезни). Психотерапевт доводит до сознания пациента, что эти примеры являются еще и подтверждением того, что «образ прошлого» не исчез бесследно, он содержится в памяти, но не функционирует ввиду неостребованности (творческий потенциал пациента в настоящее время подавлен). Несмотря на кажущиеся достоинства образа прошлого (во многом связанные с избирательностью памяти), идея возвращения к образу прошлого ошибочна, так как и этот образ несовершенен. И в прошлом у пациента существовали проблемы, являвшиеся продуктом прежних стереотипов. Для того чтобы решить настоящие проблемы пациента, ему требуется не возвращение к прошлому, но конструирование (совместными усилиями психотерапевта и пациента) нового объективного образа, с последующим полноценным принятием его пациентом. Такое проникновение «позитивного образа», способного решать кажущиеся неразрешимыми на сегодняшний день проблемы, приведет и к позитивным клиническим результатам, так как позитивный образ не будет включать болезнь (болезнь для позитивного образа чужеродна, что приведет к ее отторжению). Позитивный образ в процессе конструирования может включать некоторые существенные позитивные черты образа прошлого (то, что сопряжено с приятными воспоминаниями, то, что является приметами некогда «здорового» организма).

На примере театральной практики (из театральной системы М.А. Чехова) психотерапевт доказывает пациенту, что конструирование образа и проникновение в него возможно. Трудности, которые будут возникать на первых порах коррекции атмосфер, связаны с сопротивлением негативного образа. Это сопротивление можно преодолеть, последовательно выполняя составленные драматерапевтом специальные театральные упражнения. Для того чтобы проникнуться позитивным образом, на первых порах (по аналогии с театральным процессом) удобнее всего имитировать его. Метод работает по принципу от простого к сложному. Психотерапевтическая экспликация состоит из нескольких уровней. Пациенту сообщается, что первый (стартовый) уровень соответствует общим упражнениям на внимание. Последующие уровни учитывают индивидуальные особенности пациента и затрагивают круг его специфических проблем. Пятый уровень соответствует полному принятию пациентом нового позитивного образа. Последующие уровни относятся к действиям позитивного образа, что впоследствии и приведет к решению психологических и социальных проблем пациента. При коррекции атмосфер психотерапевт берет на себя функцию режиссера, а пациент — актера.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Составляется «карта коррекции» (аналог дневника), где пациент фиксирует время проведенных им самостоятельно упражнений, дает их краткое описание, описание результата (качество и контроль происходящих перемен), фиксирует ответ на вопрос: «Какому образу (негативному или позитивному), по мнению пациента, соответствуют полученные результаты?» (табл. 26.1).

Таблица 26.1. Карта коррекции

№ п/п	Дата и время проведения упражнения	Вид упражнения и его описание	Описание результата	Негативный образ	Позитивный образ
				– (+)	+ (–)

Негативному образу соответствуют результаты, сопоставимые с теми, которые пациент, по его мнению, получил бы и до обращения к психотерапевту. Увеличение числа результатов со знаком «плюс» в столбце «Позитивный образ» наглядно свидетельствует о положительной динамике психотерапевтического процесса (проникновение позитивного образа).

Пациент в беседе с психотерапевтом излагает свое отношение к предложенному методу, уточняет интересующие его детали, получает дополнительные аргументы в пользу результативности метода.

Второй этап. Конструирование позитивного образа. Пациент при помощи психотерапевта конструирует новый (позитивный) образ, основанный на его положительных воспоминаниях, включающий нереализованные мечты, наделенный чертами и особенностями, которыми он хотел бы обладать, и т.п. Учитываются социальные и психологические проблемы пациента. Тема болезни не звучит. Позитивный образ не включает болезнь, а потому ее упоминание в том или ином качестве нецелесообразно. Психотерапевт подчеркивает, что при успешном проникновении позитивного образа задачи исцеления решаются автоматически.

Здесь и дальше наряду с примерами и аналогиями, близкими мировоззрению пациента, чередуются с доказательными примерами и аналогиями, используемыми М.А. Чеховым в работе «О технике актера».

Третий этап. Воображение и внимание. Психотерапевт предлагает пациенту чеховские упражнения на воображение и внимание, составленные драматерапевтом в соответствии с

личностными особенностями пациента и клиническими особенностями патологии. Итогом третьего этапа является констатация завершения пациентом работы над созданием позитивного образа. На эмоциональном уровне присоединяется облегчение выхода эмоций, приобретаются навыки более адаптивных способов поведения.

Четвертый этап. Атмосфера. Создание партитуры атмосфер. Драматерапевт знакомит пациента с чеховскими понятиями «атмосфера», «борьба атмосфер» из «Второго способа репетирования» работы М.А. Чехова «О технике актера». Психотерапевт объясняет пациенту, что это наиболее важный этап коррекции атмосфер. Преодоление этого уровня будет свидетельствовать о благоприятном прогнозе. На четвертом этапе предельно используется творческий потенциал пациента (принятие позитивного образа на чувственном уровне) и происходят качественные перемены в его мироощущении. Пациенту предлагаются упражнения, связанные с понятием «атмосфера». Этот этап является самым продолжительным в курсе коррекции атмосфер. Позитивный образ, уже принятый пациентом, «оживает, приобретает чувственную окраску». Пациент все больше владеет собой, своими чувствами. Процесс социального научения впервые подкрепляется моделированием поведения.

Пятый этап. Импровизации. Психотерапевт знакомит пациента с чеховскими понятиями «индивидуальность», «действия с определенной окраской», «психологический жест», «воображаемое тело», «воображаемый центр» (слагаемые импровизации), «импровизация»; предлагает пациенту адаптированные к методу коррекции атмосфер упражнения, связанные с его индивидуальностью, направленные на действия с определенной окраской, формирование психологического жеста, ощущения воображаемого тела и воображаемого центра, импровизации.

Драматерапевт сообщает пациенту, что вместе с окончанием данного этапа коррекции заканчивается и его обучение. Негативного образа больше не существует. Пациент овладел позитивным образом. Позитивный образ мыслит, чувствует, действует. Пациент соответственно мыслит по-новому, чувствует по-новому, действует по-новому, он стал «новым человеком», способным успешно решать свои проблемы. Проблемы, которые еще не разрешились в процессе коррекции атмосфер, будут разрешены. Запущен механизм отторжения болезни. Владея новыми знаниями, пациент защищен от возможных психотравмирующих ситуаций.

Шестой этап. Действие позитивного образа. Пациенту предлагается самостоятельно, вне психотерапевтического кабинета (используя весь комплекс техник), провести произвольные действия, применительно к интересующей его ситуации (включая ситуацию, явившуюся причиной обращения к психотерапевту, суть психогенной). Результаты действий он заносит в карту коррекции, обсуждает с психотерапевтом. Конечным итогом данного этапа является разрешение волнующих пациента проблем, качественные перемены в сферах внутреннего и внешнего конфликта в отношении пациента к себе и к окружающему его миру, купирование невротической симптоматики.

Седьмой этап. Заключительное собеседование. Представляет собой совместное подведение итогов проведенной терапии. Психотерапевт отвечает на вопросы пациента и дает необходимые рекомендации на будущее.

Средняя длительность лечения составляет 30–40 сеансов.

Ввиду того, что разрабатываемый нами метод протяжен во времени, курс психотерапии может прерываться. При этом пациент, по возможности, не прекращает самостоятельных занятий. Возобновление курса сопровождается предварительный анализ предыдущего этапа психотерапии.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Театротерапия является эффективным направлением, включающим различные техники и методы, освоение которых может стать непростой задачей для практикующего специалиста и потребовать больших усилий и знаний в этой области, изучения большого количества литературных источников [1–20].

Список литературы

1. Андерсен-Уоррен М., Грейнджер Р. Драма-терапия: пер. с англ., предисл., науч. ред. А.И. Копытина. СПб.: Питер. 2001. 288 с. (Серия: Практикум по психотерапии).
2. Бурно М.Е. Клинический театр-сообщество в психиатрии: Руководство для психотерапевтов, психиатров, клинических психологов и социальных работников. М.: Академический проект; Альма Матер. 2009. 719 с.
3. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. М.: Академический проект. 2012. 487 с.
4. Брехт Б. Театр. Т. 5, полутом 1. М.: Искусство, 1965. 527 с.
5. Брехт Б. Театр. Т. 5, полутом 2. М.: Искусство, 1965. 565 с.

6. Валента М., Полинек М. Драматерапия. М.: Когито-Центр, 2013. 208 с.
7. Выготский Л.С. Психология искусства. М.: Искусство. 1986. 573 с.
8. Драматерапия. Клинические исследования / под ред. С. Митчелла. М.: Эксмо-Пресс, 2002. 320 с. (Серия: Ступени психотерапии).
9. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М.: Медицина, 1985. 304 с.
10. Клиническая психология / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2019. 896 с.
11. Кнебель М.О. О Михаиле Чехове и его творческом наследии // Михаил Чехов. М.: Искусство, 1986. С. 9–42.
12. Лейтц Г. Психодрама: теория и практика. М.: Когито-Центр, 2017. 380 с.
13. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. СПб.: Питер. 2019. 713 с.
14. Станиславский К.С. Собрание сочинений в 9 т. Т. 1: Моя жизнь в искусстве. М.: Искусство, 1988. 621 с.
15. Станиславский К.С. Собрание сочинений в 9 т. Т. 2: Работа актера над собой. Ч. 1. Работа над собой в творческом процессе переживания: Дневник ученика. М.: Искусство, 1988. 508 с.
16. Станиславский К.С. Собрание сочинений в 9 т. Т. 3: Работа актера над собой. Ч. 2. Работа над собой в творческом процессе переживания: Дневник ученика. М.: Искусство, 1988. 505 с.
17. Станиславский К.С. Собрание сочинений в 9 т. Т. 4: Работа актера над ролью. М.: Искусство, 1988. 397 с.
18. Строганов А.Е. Психотерапия на базе театральных систем. СПб.: Наука и техника, 2008. 496 с.
19. Чехов М.А. Литературное наследие в 2 т. Т. 1: Воспоминания, письма. М.: Искусство, 1995. 544 с.
20. Чехов М.А. Литературное наследие в 2 т. Т. 2: Об искусстве актера. М.: Искусство, 1995. 559 с.

Часть III. Направления и методы психотерапии

26.2. Арт-терапия

Определение арт-терапии как научно-практической дисциплины и группы методов психологической (психотерапевтической) помощи. Согласно общепринятому международному определению, арт-терапия является одним из направлений креативной терапии искусством (от англ. creative arts therapies), наряду с такими направлениями, как музыкальная терапия, танцевально-двигательная терапия и драматерапия. Все они используют творческую активность пациентов как фактор лечебно-профилактического воздействия, но с преимущественной опорой на одну из модальностей, с помощью которой пациенты творчески выражают себя — в изобразительном искусстве, музыке, движении и танце или искусстве театра. Соответственно, имеются специалисты, осуществляющие свою работу с использованием этих модальностей, — арт-терапевты, музыкальные терапевты, танцевально-двигательные терапевты и драматерапевты. Существует и такое направление терапии искусством, которое сочетает разные искусства, — так называемая «полимодальная терапия выразительными искусствами» (от англ. expressive arts therapy).

Наряду с понятием «арт-терапия», для обозначения профессиональных услуг, связанных с оказанием психологической (психотерапевтической) помощи на основе использования изобразительного искусства, в последние годы все чаще применяют слово «арт-психотерапия». Оба термина часто используют как равнозначные, но слово «арт-психотерапия» представляется все же более уместным при рассмотрении арт-терапии как вида психологической (психотерапевтической) помощи, имеющей ряд принципиальных отличий от использования изобразительной деятельности пациентов в качестве терапии занятостью (трудотерапии, эрготерапии).

Арт-психотерапия основана на использовании искусства (прежде всего, изобразительной экспрессии пациента) в контексте психотерапевтической практики. Используют искусство не столько как форму занятости или фактор самолечения, но как средство личностно-ориентированного, психотерапевтического взаимодействия специалиста с клиентами с разными психологическими запросами, психической и соматической патологией, дисфункциональными семьями и сообществами, а также со здоровыми людьми — с психопрофилактической (психогигиенической) целью.

В ряде стран (США, Великобритания и некоторые другие) разные формы креативной терапии искусством рассматривают как самостоятельные специальности, требующие соответствующей профессиональной (в основном, магистерской) подготовки, рассчитанной не менее чем на два или три года. Прохождение таких программ позволяет лицам с разным базовым образованием (не ниже уровня бакалавра) в сфере искусства, педагогики, психологии, медицины или социальной работы овладеть достаточным объемом знаний и сформировать комплекс умений, необходимых для оказания психологической, психосоциальной помощи разным группам населения на основе применения искусства. Существуют также страны, к которым относится и Россия, где креативные терапии искусством не имеют статуса самостоятельных специальностей. Они рассматриваются как методы

психологической (психотерапевтической) помощи, для овладения которыми и последующего их применения в одной из областей помогающей деятельности (лечебной, реабилитационной, консультативной и др.) необходимо иметь соответствующую профессиональную квалификацию врача-психотерапевта, психолога или иного специалиста, после чего пройти соответствующую программу дополнительного образования (профессиональной переподготовки).

Как и в странах с развитой системой профессиональных арт-терапевтических услуг, в Российской Федерации также формируются программы магистерского образования и непрерывного профессионального образования на основе накопительно-кредитного подхода, связанного с четырехчастной моделью подготовки профессионалов в области психотерапии и консультирования (арт-терапия рассматривается как метод психотерапии и психологического консультирования). Четырехчастная модель подготовки включает теорию, производственную практику, профессиональную супервизию, личную терапию и, кроме того, подготовку в области клинической психиатрии. Важнейшим компонентом подготовки для специалистов в сфере креативной терапии искусством также является подготовка в сфере искусства; для специалистов по арт-терапии — подготовка в сфере визуальных искусств (живопись, графика, лепка, фотография и т.д.).

Использование поддерживающего и развивающего потенциала искусства возможно не только профессиональными арт-терапевтами (как в некоторых зарубежных странах) или психологами, врачами-психотерапевтами и иными специалистами, прошедшими соответствующую дополнительную подготовку, но и педагогами, художниками или представителями иных творческих профессий, не имеющими такой подготовки. Однако их деятельность не может рассматриваться как форма *психологической или лечебной помощи (психотерапии)*, а относится к сфере *искусства или образования*.

Обращение к существующим определениям арт-терапии и иных направлений креативной терапии искусством позволяет лучше понять их основное содержание и предназначение. Согласно резолюции Арт-терапевтической ассоциации, арт-терапия характеризуется как «система психологических и психофизических лечебно-коррекционных воздействий, основанных на занятиях пациентов изобразительной деятельностью, построении и развитии терапевтических отношений. Она может применяться с целью лечения и предупреждения различных болезней, коррекции нарушенного поведения и психосоциальной дезадаптации, реабилитации лиц с психическими и физическими заболеваниями и психосоциальными ограничениями, достижения более высокого качества жизни и развития человеческого потенциала». Данное определение соответствует общепринятому определению арт-терапии в разных странах, представленному в основополагающих документах профессиональных саморегулируемых организаций (Американской арт-терапевтической ассоциации, Британской ассоциации арт-терапевтов и др.) и в научной литературе.

Часть III. Направления и методы психотерапии

К сожалению, существует немало русскоязычных изданий, в которых слову «арт-терапия» приписывается иное, не свойственное ей значение. Это затрудняет формирование в обществе адекватного представления о данном явлении, создает препятствия для развития арт-терапии как одной из форм помогающей деятельности с присущими ей стандартами и нормами профессионального образования и практической работы.

Методы арт-терапии. Арт-терапия (арт-психотерапия) представляет собой не один, а несколько методов (например, психодинамический, экзистенциально-гуманистический, семейный системный подход и др.), как правило, связанных с различными психологическими теориями личности, разными способами реализации творческой активности пациентов и моделями психотерапевтического взаимодействия. Арт-психотерапия предполагает не только художественную экспрессию клиента, но и целенаправленно осуществляемую психотерапевтическую проработку личностного материала, связанного с ведущими жалобами (психологическими проблемами) и значимыми отношениями.

В качестве факторов терапевтических изменений в арт-терапии выступают разные специальные приемы, характерные, например, для психодинамической, экзистенциально-гуманистической, когнитивно-поведенческой или иной школы психотерапии. В то же время данные приемы реализуются на основе привлечения богатого символического, образного, проективного материала, использования разнообразных художественных и технических средств визуальной коммуникации, а также особого рода деятельности клиента — его творческой активности. Современная арт-терапия стремится использовать как фактор творческой активности с присущими ему экспрессивно-катарсической, регулятивной, организующей, защитной/копинговой и иными функциями, так и факторы терапевтических и групповых отношений и обратной связи.

Арт-терапия располагает широким арсеналом не только универсальных, но и специализированных приемов лечебно-профилактического воздействия, предназначенных для работы с разными клиническими расстройствами и психологическими проблемами здоровых людей, нарушениями адаптации и психосоциальными трудностями. Во многих случаях она с успехом применяется там, где большинство форм психологической помощи оказываются неприемлемыми или малоэффективными, например, при работе с детьми с аутизмом, лицами преклонного возраста. Она используется не только как особая форма индивидуальной и групповой психотерапии, но и как эффективная форма гармонизации и развития социальных групп и сообществ разной степени сложности — семей, общин, коллективов.

Поскольку арт-терапия является не одним методом, а целой группой методов, использующих творческую активность (изобразительную деятельность) пациентов в контексте психотерапевтической практики, ее теоретические основы не могут быть охарактеризованы однозначно. Тем не менее все претендующие на научную состоятельность арт-психотерапевтические методы включают в той или иной мере следующие разработанные три основных теоретических компонента [1–4].

- *Психологическую теорию личности*, с помощью которой описываются основные структурные элементы психики в процессе их развития в онтогенезе, формирующие основу социального функционирования человека, а также его идентичность и самоотношение в норме при разных психических расстройствах и разном уровне психосоциальной адаптации. Данный компонент, как правило, предполагает также определенную психологическую (например, психодинамическую) концепцию творческой активности, в том числе изобразительной деятельности, в процессе онтогенеза, обоснование ее роли в процессе адаптации, в состоянии здоровья и болезни.
- *Психологическую (например, психодинамическую), клинико-психиатрическую (что менее характерно для зарубежной арт-психотерапии) или иную концепцию расстройства*. В первом случае она представляет собой концепцию психогенеза, в которой рассматривается расстройство или нарушения адаптации преимущественно как следствие психогенных или психодинамических (интра и интерсубъективных) факторов. Во втором случае, в концепции расстройства, акцентируется внимание на биологических (органических, эндогенных, конституциональных, нейропсихологических) факторах и механизмах развития расстройств, нарушений развития и адаптации. Развиваемые на сегодняшний день иные концепции расстройства стремятся охватить все три основные группы факторов патогенеза — биологических, психологических и социальных, а также сохранение здоровья.
- *Концепцию арт-терапевтического вмешательства*, с помощью которой обосновывается роль психотерапевтической среды, психотерапевтических и групповых отношений, различных художественных материалов и форм художественной экспрессии, общих и более частных (специфических для тех или иных психических расстройств нарушений развития, возрастных групп и т.д.) арт-терапевтических техник и программ.

Характеристика группы лиц, в отношении которой рекомендуется использование арт-терапии, показания и противопоказания. Во многих странах мира, включая Российскую Федерацию, в последние годы арт-терапия используется все более широко. Она, например, является очень ценным и даже незаменимым инструментом при оказании психотерапевтической (психологической) помощи детям с различными эмоциональными и поведенческими расстройствами, имеющими нарушения в развитии. С ребенком легче наладить контакт посредством игр и рисунка. Арт-терапию можно проводить даже с детьми или взрослыми, не способными к языковому общению — с теми, у кого имеются врожденные заболевания, органические поражения мозга и т.д. В этих случаях рисунок становится основным средством общения с клиентом.

Арт-терапию активно внедряют в России в качестве одного из инструментов психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса в учебных организациях общего, профессионального и дополнительного образования. Этот метод используют в психологическом консультировании субъектов образовательного процесса (обучающихся, педагогов, родителей), в программах развития универсальных учебных действий, воспитания и социализации обучающихся и воспитанников и для иных целей.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Раньше всего, однако, арт-терапию в нашей стране и за рубежом начали применять в деятельности психиатрических учреждений, первоначально — в качестве вида занятости больных, а затем — в форме психо- и социотерапевтической поддержки и реабилитации пациентов с разными психическими расстройствами — невротами и реактивными состояниями, психозами, наркотической и алкогольной зависимостью. Арт-терапия при этом в большинстве случаев дополняет психофармакотерапию, физиотерапию и другие методы лечения.

Одной из предпосылок внедрения методов арт-терапии в деятельность психиатрических учреждений в нашей стране и за рубежом в последние годы выступает биопсихосоциальная модель развития, лечения и профилактики психических заболеваний. Наряду с трудотерапией, терапией средой, психологическим консультированием и психотерапией, арт-терапия может быть отнесена к немедикаментозным методам профилактики, лечения и медицинской реабилитации. В соответствии со стандартами медицинской помощи она может применяться для решения целого ряда лечебно-профилактических и реабилитационных задач, актуальных для обслуживания пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения.

При этом, однако, роль, место и формы арт-терапии в качестве немедикаментозного метода при разных психических и поведенческих расстройствах и в разных условиях применения на сегодняшний день не уточнены. В отечественных стандартах оказания психиатрической помощи пока лишь в наиболее общем виде обозначено использование арт-терапии при шизофрении, шизотипических и бредовых расстройствах, а также частота и кратность применения метода. Относительно других нозологических групп психических и поведенческих расстройств в стандартах специализированной медицинской помощи арт-терапия не упоминается, однако нередко перечисляются разные виды психологической и психотерапевтической помощи, одной из которых может выступать арт-терапия.

Все чаще арт-терапия применяется у пациентов с соматическими и психосоматическими заболеваниями на разных этапах их лечения и реабилитации. Это происходит, в целом, на фоне все более активного использования психотерапии при всевозможных заболеваниях внутренних органов. Значительным потенциалом арт-терапия обладает и в плане работы с пожилым людьми, а также в качестве одного из видов психосоциальной помощи разным социально неблагополучным группам населения: тем, кто переживает стресс из-за отсутствия работы, пытается адаптироваться к новым условиям (беженцы), вернулся из мест лишения свободы, находится в исправительных учреждениях и др.

Развитие арт-терапии характеризуется возрастающей дифференциацией клинических, социальных и педагогических аспектов использования здоровьесберегающего и социализирующего потенциала искусства. На фоне внедрения биопсихосоциального подхода становится все более очевидной их взаимодополняемость. В разных сферах практической работы специалистами используются *клинические* (медицинские) и *неклинические* (немедицинские) *модели арт-терапии*.

Клинические (медицинские) модели арт-терапии связаны с использованием искусства и творческой активности пациентов, находящихся в стационарных и в амбулаторных условиях в качестве основного или дополнительного фактора профилактики и лечения психических и соматических заболеваний, а также реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья. Клиническое направление в арт-терапии стремится к повышению эффективности лечебно-профилактических мероприятий на основе использования терапевтических и защитно-стабилизирующих факторов творческой активности. Оно ориентировано на использование не только универсальных, но и более дифференцированных лечебно-профилактических воздействий, учитывающих специфику заболевания, его проявлений и патогенеза. Данное направление реализуется в основном специалистами с клинической подготовкой (врачами-психотерапевтами и клиническими психологами).

Неклинические (немедицинские) модели арт-терапии, в свою очередь, включают *социальные* и *педагогические (арт-педагогические) модели*.

Социальные модели арт-терапии связаны с использованием искусства и творческой активности в качестве средств психосоциальной поддержки личности, семьи и сообществ, гармонизации общественных отношений. Решаемые при этом задачи включают: предупреждение или смягчение проблем психосоциального характера, связанных с отношениями людей и социальных групп; повышение эффективности деятельности и качества жизни; позитивные социальные изменения; преодоление негативных психосоциальных последствий психических и соматических заболеваний (в частности, стигматизации); социальную интеграцию (инклюзию) людей с ограниченными возможностями здоровья и представителей групп риска. Социальные аспекты арт-терапии нередко связаны с использованием искусства в качестве одного из факторов развития организаций, личного и профессионального роста.

Педагогические (арт-педагогические) модели арт-терапии развиваются не только в образовательных организациях, но и за их рамками. Арт-педагогические аспекты

представлены, например, в клинической сфере в работе с людьми с ограниченными возможностями здоровья, а также сфере социальной арт-терапии. В то же время она характеризуется рядом отличий, касающихся приоритетных задач и методического обеспечения деятельности.

Педагогическая арт-терапия и арт-педагогика занимаются, прежде всего, вопросами социализации и воспитания личности через искусство и творческую активность. Они могут быть использованы в психолого-педагогическом сопровождении образовательного процесса в образовательных организациях общего, профессионального и дополнительного образования, при сопровождении основных и дополнительных образовательных программ и при оказании психолого-педагогической помощи лицам с ограниченными возможностями здоровья, испытывающим трудности в освоении общеобразовательных программ, в развитии и социальной адаптации.

Педагогическая арт-терапия и арт-педагогика могут быть использованы в психологическом консультировании субъектов образовательного процесса, коррекционно-развивающей и психопрофилактической работе с обучающимися, в том числе в работе по восстановлению и реабилитации. Они могут выступать одним из факторов сохранения здоровья и успешной психосоциальной адаптации обучающихся. Арт-терапия и арт-педагогика в психолого-педагогическом сопровождении ребенка и семьи в условиях реализации Федеральных государственных образовательных стандартов и профстандарта педагога служат реализации основной образовательной программы основного общего образования. Как и другие методы и формы работы, используемые педагогами и педагогами-психологами, арт-терапия и арт-педагогика в этих условиях ориентированы на достижение основного результата образования — развитие на основе освоения универсальных учебных действий, познания и освоения мира личности обучающегося, его активной учебно-познавательной деятельности, формирование его готовности к саморазвитию и непрерывному образованию; обеспечивают разнообразие и повышение эффективности индивидуальных образовательных траекторий и индивидуального развития каждого обучающегося, в том числе детей, проявивших выдающиеся способности, детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Показания и противопоказания для проведения арт-терапии могут касаться конкретных моделей и методов арт-терапии и организационных форм ее применения на разных этапах лечебно-реабилитационного и образовательного процесса. В наиболее общем виде показания к применению клинической (медицинской) и неклинической (немедицинской) арт-терапии могут быть сформулированы следующим образом.

Показания к применению клинической (медицинской) арт-терапии: невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, зависимости от ПАВ, расстройства личности, психосоматические заболевания и соматопсихические реакции; психические расстройства, более тяжелые чем ППР, включая шизофрению, аффективные психозы, органические психические расстройства; общие и специфические расстройства развития у детей.

Показания к применению неклинической (немедицинской) арт-терапии, включая социоцентрированную и арт-педагогическую модели: проблемы межличностных отношений, идентичности и самооценки, недостаточной мотивации к деятельности, не связанные с клиническими расстройствами (основными клиническими проявлениями); планирование будущего, профориентация; повышение качества жизни, эффективности деятельности (спорт, силовые структуры, диспетчера, менеджеры и иные категории); развитие уверенного поведения, межличностных навыков, навыков управления стрессом и саморегуляции; развитие ресурсов семей и сообществ с целью гармонизации и укрепления отношений, более эффективного функционирования, сохранения здоровья, системной трансформации социальных групп и общественных отношений; медиация в ситуациях межличностных и межгрупповых конфликтов и др.

Протокол программы клинической системной арт-терапии пациентов с пограничными психическими расстройствами (ППР) (описание последовательности основных этапов реализуемого метода и технических действий на каждом этапе). Программа клинической системной арт-терапии (КСАТ) [1–4] рассчитана на месяц и может реализовываться в условиях психотерапевтических, реабилитационных, психиатрических отделений. Она может быть дополнена иными, применяемыми на отделениях методами лечения, включая психофармакотерапию, физиотерапию, различные формы индивидуальной и групповой психотерапии (в основном, ЛОРП, гипнотерапию, телесно-ориентированную психотерапию, рациональную психотерапию), терапию средой и терапию занятостью.

При разработке программы учитываются:

- особенности контингента больных, состоящего в основном из пациентов с невротическим регистром расстройств, различными пограничными (непсихотическими) психическими расстройствами;
- значительная роль психосоциального стресса в качестве одного из факторов развития ППР и нарушений адаптации;
- условия лечения, связанные с проведением КСАТ в рамках сравнительно короткого курса стационарного лечения на базе клинического отделения.

При разработке программы принимают во внимание особенности клиники и биопсихосоциогенеза расстройств, превалирующих у пациентов отделения. Одним из психогенных факторов развития эмоционально-стрессовых реакций и состояний дезадаптации, связанных с преобладающими психическими расстройствами и нарушениями адаптации, выступает психосоциальный стресс. Как известно, симптомы, развивающиеся после воздействия интенсивного стрессора, могут продолжаться годы, накладывая отпечаток на повседневное функционирование человека.

В то же время воздействие психосоциальных стрессоров является одним из наиболее существенных этиопатогенетических факторов для формирования ППР. Многие пациенты занимаются активной трудовой деятельностью, предпринимательством, создают и содержат семью. Следует также учитывать наличие коморбидных расстройств, например, резидуально-органического фактора, наличие преморбидных личностных особенностей в виде акцентуаций и более выраженных личностных и поведенческих отклонений, трудностей регуляции аффектов, участвующих в патогенезе психических расстройств (в основном, ППР), возникновении вторичных психогенных реакций.

Весьма распространенными симптомами ППР, отмечающимися у пациентов, являются: бессонница, ночные кошмары, навязчивые воспоминания, повышенная раздражительность и злобность, тревога, депрессия, сексуальные расстройства, ипохондрические и астенические проявления и аддикции.

Применение КСАТ с учетом специфики преобладающих психических расстройств и нарушений адаптации способствует решению ряда задач.

1. Задачи симптоматической стабилизации:

- минимизация эмоциональных, познавательных, поведенческих, соматических проявлений болезни (эмоциональная стабилизация, организация поведения и когнитивных функций и др.), доминирующих в клинической картине расстройства;
- повышение мотивации пациента к психологической работе и получению лечебных процедур, его адаптацию к условиям проведения занятий;
- постепенное повышение активности и развитие интереса к окружающей среде (у пациентов с депрессивными проявлениями).

2. Задачи этиопатогенетической клинической психотерапии ППР:

- осознание и коррекция дисфункциональных когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов, связанных, в частности, с защитными реакциями, стойкими нарушениями в системе значимых отношений (к своей социальной роли, профессиональной и иной личностно значимой деятельности, семье, обществу, прошлому и текущему опыту, будущему);
- поддержка и коррекция самооотношения, представлений пациентов о себе — их образа Я (идентичности);
- восстановление и совершенствование адаптивных моделей поведения, эффективных копинг-стратегий;
- раскрытие и проработка внутриличностных конфликтов;
- развитие и поддержка жизненных навыков (коммуникации, самоорганизации, саморегуляции и др.).

При наличии симптомокомплекса личностного расстройства, в дополнение к данным задачам этиопатогенетической психотерапии невротических расстройств и реакций на стресс, в процессе КСАТ так же в определенном объеме решаются следующие задачи:

Часть III. Направления и методы психотерапии

1) осознание пациентами связи особенностей эмоционального реагирования и поведения в разных жизненных ситуациях с присущими им конституционально-типологическими особенностями личности (чертами «природного характера»), изменение отношения к своим

конституционально-типологическими особенностям (в частности, признание их адаптационного потенциала);

2) развитие более адаптивных моделей поведения на основе лучшего понимания своих конституционально-типологических особенностей, изменения ригидных поведенческих программ и связанных с ними психогенных дефензивных реакций;

3) дополнительно решается задача повышения качества жизни.

С учетом ограниченности сроков стационарного лечения (преимущественно 1 мес) при проведении от трех до пяти групповых сессий в неделю программа включает в среднем 12–14 (до 16) сеансов. В занятиях обычно принимают участие 5–8 человек. Группы на начальном этапе (первые 4–5 занятий) носят полуоткрытый характер, затем состав участников не меняется.

Групповые занятия, как правило, продолжаются от полутора до двух с половиной часов и имеют трехчастную структуру. Ведущий мягко директивен в плане поддержания общей структуры занятий и предложения тех или иных упражнений. В то же время он проявляет гибкость и готовность учесть текущие потребности участников. В ходе работы группе предлагаются такие темы и виды деятельности, которые направлены на снятие напряжения, достижение большей свободы творческого самовыражения (снятие «зажимов»), прояснение болезни; коррекцию отношения пациентов к себе и другим, прошлому, настоящему и будущему, и иным ключевым элементам системы значимых отношений. Кроме того, используются техники, направленные на стимуляцию группового взаимодействия, прояснение и развитие групповых отношений, и совершенствование различных навыков (коммуникации, планирования и реализации творческих задач и др.).

Важное место в работе группы занимают арт-терапевтические техники, обеспечивающие развитие навыков саморегуляции. Некоторые из них служат инструментом глубинно-психологической диагностики, обеспечивая доступ к неосознаваемому психическому материалу, вскрытие и разрешение внутриличностных конфликтов. Выбор тем и техник работы определяется, исходя из оценки состояния группы, этапов и задач лечения, а также мишеней воздействия. Программа занятий разделена на несколько этапов — подготовительный, начальный, переходный, основной и завершающий (табл. 26.2).

Таблица 26.2. Тематический план групповых арт-терапевтических занятий

№ п/п	Содержание и темы занятий
	<p>1. Подготовительный этап. Основное содержание: первичная беседа (клинико-психотерапевтическое интервью) с использованием элементов изобразительной деятельности. Задачи: установление контакта, сбор информации (анамнез, определение проблем, целей, задач и мишеней арт-терапии), предоставление пациенту информации об особенностях предстоящей работы, выяснение и создание мотивации</p>
1.	Предварительные индивидуальные собеседования с кандидатами, выполнение рисуночного теста Р. Сильвер (РТС) или теста «Нарисуй историю» [3, 4]
	<p>2. Начальный этап. Основное содержание: дополнительное информирование участников об особенностях метода и планируемой работе, групповые обсуждения, сочетающиеся с выполнением разных видов изобразительной деятельности. Задачи: начальная симптоматическая стабилизация, адаптация участников к условиям арт-терапевтической группы, формирование доверительных отношений и сплоченности, исследование факторов возникновения и развития болезненных состояний, начальная оценка системы отношений пациентов (к себе, прошлому и др.)</p>
2.	Согласование правил и норм работы в группе. Информирование. Предполагаемые техники и темы изобразительной деятельности: «Поочередное рисование», «Диалог в парах без слов» и др.
3.	Предполагаемые техники и темы изобразительной деятельности: «Каракули» (спонтанное выражение чувств на основе свободного движения руки с возможным оформлением образа)
4.	Предполагаемые техники и темы изобразительной деятельности: «Ресурс из детства» (наиболее яркое воспоминание детства)
5.	Предполагаемые техники или темы изобразительной деятельности: «Автограф» (написание своего имени и метафорический образ имени, образные ассоциации, связанные с именем, то есть задание, включающее текстовую часть и рисунок)
	<p>2. Переходный этап. Основное содержание: информирование участников, групповые обсуждения, сочетающиеся с выполнением разных видов изобразительной деятельности.</p>

<p>Задачи: дальнейшая психоэмоциональная стабилизация и самораскрытие, развитие групповых отношений, исследование факторов возникновения и развития болезненных состояний, более полная оценка системы отношений пациентов (к себе, заболеванию, проблемным и ресурсным аспектам личного опыта, и др.) и характерных когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов</p>	
6.	Предполагаемые техники или темы изобразительной деятельности: «Образ отрицательного и положительного чувства на двух листах без словесного обозначения» (после предварительного совместного обсуждения и составления списка отрицательных и положительных эмоций, чувств и переживаний). При обсуждении сначала все кроме автора высказывают и обосновывают предположения о характере «чувства», затем свой рисунок комментирует автор. В заключение происходит поиск общих характеристик для отрицательных и положительных чувств, представленных всеми участниками
7.	Предполагаемые техники или темы изобразительной деятельности: «Образ отрицательного и положительного чувства с доработкой и модификацией партнером» (работа в парах с целью уменьшения или нейтрализации образа отрицательного чувства и усиления образа положительного чувства). Одна из задач упражнения — осознание и развитие копинг-умений как фактора саморегуляции на основе работы с образами
<p>3. Основной этап. Основное содержание: информирование, групповые обсуждения, сочетающиеся с выполнением разных видов изобразительной деятельности. Задачи: реконструкция системы отношений участников занятий на основе актуализации и проработки личностного, эмоционально значимого материала и развития групповых отношений</p>	
8.	Предполагаемые техники и темы изобразительной деятельности: «Моя проблема (болезнь) и моя цель» (жизнь без проблемы или болезни). Другой вариант — «Моя жизнь после выздоровления»
9.	Предполагаемые техники и темы изобразительной деятельности: «Четыре предмета», «Метафорический автопортрет» (реалистический автопортрет)
10.	Предполагаемые техники и темы изобразительной деятельности: «Ресурсный эпизод» (наиболее яркий эпизод жизни)
11.	Предполагаемые техники и темы изобразительной деятельности: «Личная история в картинках»
12.	Предполагаемые техники и темы изобразительной деятельности: «Поочередное рисование по кругу», «Образ будущего» (образная картина будущего через конкретный промежуток времени)
13.	Предполагаемые техники и темы изобразительной деятельности: «Личный герб»
<p>4. Завершающий этап с подведением итогов программы Основное содержание: групповые обсуждения, сочетающиеся с выполнением разных видов изобразительной деятельности. Задачи: обозначение основных «уроков» и открытий программы, закрепление достигнутых изменений и планирования дальнейших действий, связанных с сохранением и усилением положительных эффектов, выражение чувств, связанных с окончанием работы группы</p>	
14.	Предполагаемые техники и темы изобразительной деятельности: Поочередное рисование в парах на тему «Что такое арт-терапия» или «Мой опыт групповой арт-терапии», «Метафорический портрет — пожелание другим участникам и ведущему»
15.	Предполагаемые техники и темы изобразительной деятельности: «Итоговая выставка», «Тестирование» (рисуночный тест Р. Сильвер, тест «Нарисуй историю» и другие методы)

Часть III. Направления и методы психотерапии

Обозначенная данной арт-терапевтической программой последовательность распределения ключевых тем и техник может конструктивно видоизменяться и корректироваться за счет дополнения другими заданиями или повторного использования модификаций основного упражнения в зависимости от особенностей прохождения определенного этапа, общей психологической атмосферы и доминирующих текущих потребностей в каждой конкретной группе пациентов. Наиболее часто с этой целью используются различные варианты упражнений «Каракули», «Поочередное рисование», рисуночный тест Р. Сильвер, ресурсные темы (например, ресурсный эпизод из армейской жизни или самый недавний ресурсный эпизод из текущей жизни), упражнения «Акватипия» (создание красочных отпечатков с

возможным оформлением образа), «Линия жизни», групповое задание «Идеальный город» и другие техники. Необходимо также иметь в виду, что работа над некоторыми темами, в связи с их особой актуальностью для конкретного состава участников группы, может выходить за временные рамки одного занятия и продолжаться на следующем.

Опыт работы показал, что при такой организации арт-терапевтического процесса пациенты постепенно и конструктивно вовлекаются в психотерапевтическую работу, отмечая при этом характерное для групповых сессий сочетание творческой непринужденной атмосферы с возможностью достижения важных и серьезных выводов относительно различных аспектов собственной личности.

Пример проведения групповой арт-терапии в соответствии с моделью КСАТ Материал для описания данного случая предоставлен А.А. Лебедевым. Программа арт-психотерапии в целом состояла из четырех описанных выше этапов, которые протекали в контексте группового взаимодействия и синхронизировались с типичными фазами групповой динамики. Группы обычно включали по 5–8 пациентов. Программа групповой арт-терапии длилась месяц и включала от 12 до 14 сеансов. На протяжении всего курса арт-терапии использовались различные виды деятельности, основанные в большинстве своем на изобразительной деятельности, и были нацелены на различные терапевтические цели. На каждом сеансе арт-терапевт обычно предлагал определенную тему, но при этом, как правило, приглашал участников группы высказывать свои пожелания относительно темы или видов деятельности. Группа могла конкретизировать или расширять тему.. Сеансы групповой арт-терапии проходили 3 раза в неделю во второй половине дня и продолжались 2,5 ч. Они состояли из разминки, основного этапа с выполнением художественной работы с дискуссией и заключительной части. Начало каждого сеанса включало разминку и введение в тему сессии, после чего участники погружались в изобразительную деятельность, обычно в течение 45–50 мин, а оставшееся время 30–40 мин было отведено для обсуждения.

Первый этап групповой арт-терапии. Первый этап групповой арт-терапии обычно включает 2, 3 или 4 сеанса. Для того чтобы обеспечить разогрев, безопасное высвобождение эмоций и стимуляцию, терапевт ввел индивидуальное и групповое рисование волнистых линий, директиву по рисованию по кругу и некоторые другие виды деятельности, основанные на изобразительной деятельности. Пациентам также предлагалось представить на рисунке свое текущее эмоциональное состояние. Обычно основанные на создании рисунков диагностические методики, разработанные Р. Сильвер, такие как тест «Нарисуй историю» и рисуночный тест Р. Сильвер, также применялись в начале программы для входящей экспериментально-психологической диагностики, наряду с другими методиками оценки эмоций, самовосприятия и когнитивных навыков пациентов.

Во время первого сеанса пациенты представлялись друг другу на основе создания рисунков. Давая инструкции для этой директивы, терапевт призвал участников представиться группе, создавая свой художественный автограф, написать свое имя и добавить к имени символические или репрезентативные элементы, принимая во внимание личные характеристики, культурные или биографические значения имени или свободные ассоциации.

Рисунок 26.1 представляет собой пример художественного автографа, созданного на первом групповом занятии, который иллюстрирует представление клиента о себе и изображает его восприятие себя как имеющего несколько известных тезок, в том числе св. Александра Невского. Пациент изобразил шлем и меч, а также воина и объяснил, что гордится тем, что его тезка — такая известная фигура, как Александр Невский, который, как он считает, защищает его в жизни, особенно в военных кампаниях, в которых участвовал пациент.



Рис. 26.1. Художественный автограф, сделанный на первом групповом занятии. Хотя директива может показаться довольно простой, она часто вызывала значимые дискуссии в группах и позволяла выявить некоторые ключевые психологические проблемы, которые требовали адекватного изучения на следующих занятиях. Одним из примеров является рисунок «Альпинист», сделанный 47-летним мужчиной (рис. 26.2). Он объяснил, что его имя (Виталий) образовано от латинского слова *vita*, что означает «жизнь». Виталий считает, что ему комфортно иметь это имя, которое соответствует некоторым его личным характеристикам. Он также сказал, что жизнь означает для него непрерывную борьбу и упорный труд, чтобы преодолеть множество препятствий. Вот почему он изобразил альпиниста в качестве метафоры своего отношения к жизни. Он считает, что может полагаться только на свои собственные ресурсы и что никто не хочет помогать ему в его борьбе. Он не может расслабляться надолго.

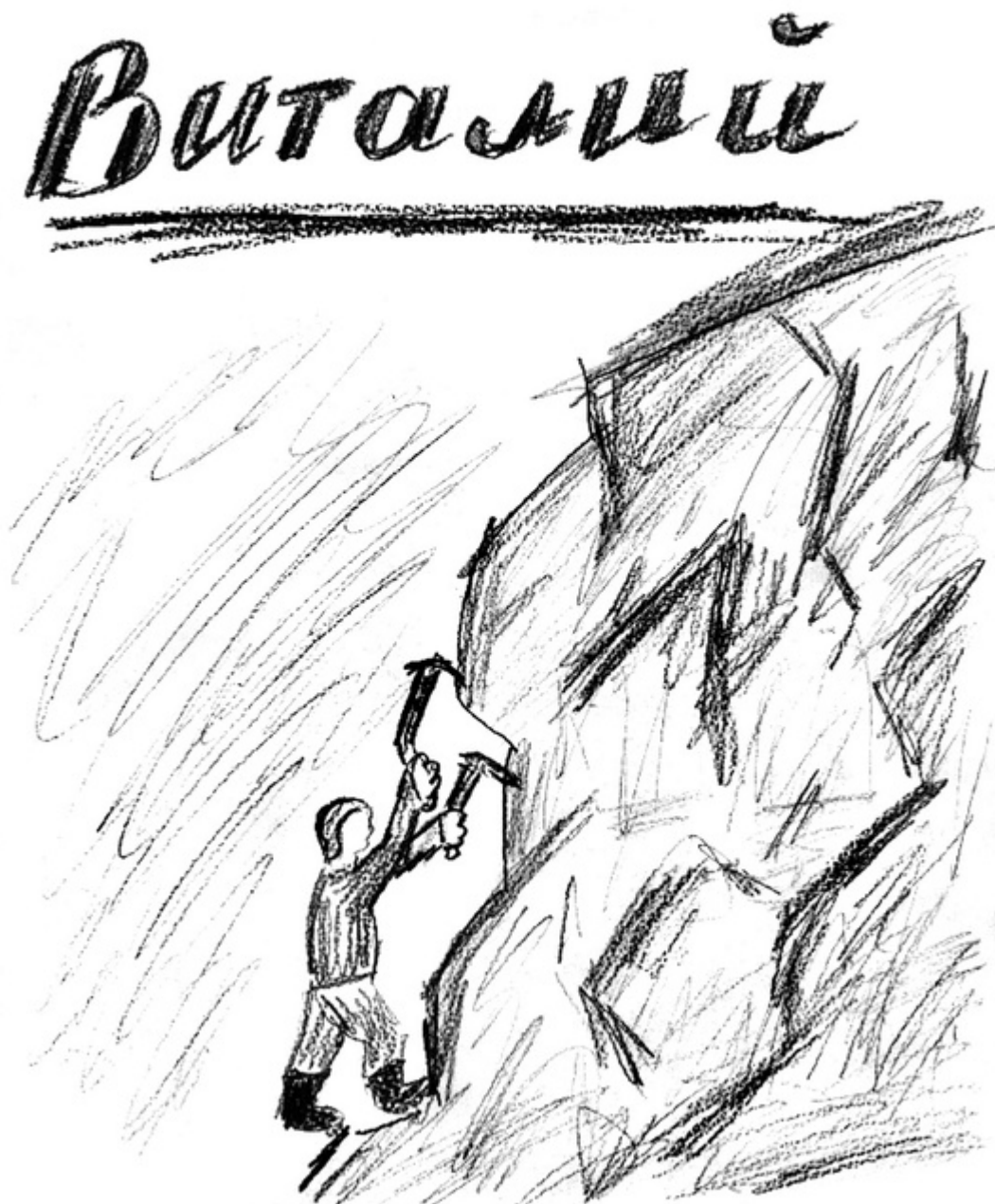


Рис. 26.2. Художественный автограф Виталия, озаглавленный «Альпинист» и вызвавший содержательную дискуссию в группе

Рисунок и комментарий Виталия вызвали определенную реакцию в группе. Одна из известных песен («Вершина») Владимира Высоцкого вспоминалась в определенном отношении к его биографии. Групповое обсуждение помогло изучить различные точки зрения на личные характеристики, проиллюстрированные Виталием. В ходе обсуждения были выявлены не только его положительные качества, такие как целеустремленность, настойчивость в достижении цели, независимость и активная жизненная позиция, но и определенные слабые места и риски, связанные с тем, как он передал свое имя на рисунке, связанные с такими его качествами, как одиночество, недоверие к другим и миру в целом, постоянное напряжение из-за чувства опасности.

Такие характеристики создают определенный риск расстройств, связанных со стрессом, особенно когда личные усилия и борьба не приносят удовлетворения. В конце сеанса Виталий сказал, что доволен результатом этой арт-активности и обсуждения. Он «сделал открытие» относительно своей личности и смог по-новому взглянуть на свое отношение к миру. Он обнаружил определенную связь между своими личными характеристиками и отношением к себе, окружающим и своему психическому здоровью. Он также заметил, что группа и психотерапевт интересовались им и чувствовал определенную симпатию и связь с другими. У него появилась мотивация участвовать в групповой арт-терапии.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Последующие групповые занятия этого этапа программы арт-терапии предоставили возможность выявить жизненные стрессоры и оценить сложные и нарушенные отношения пациентов. Психотерапевт познакомил их с основами психологического реагирования на стресс и техниками саморегуляции, а также познакомил с приемами совладания со стрессом с помощью занятий искусством, расслабления и дыхания. На этих занятиях пациенты использовали некоторые задания по рисованию, такие как «Положительные воспоминания» или «Личные достижения», чтобы определить индивидуальные способы совладания со стрессом и сильные стороны личности.

Пациенты учились выражать себя с помощью изобразительной деятельности и обсуждений, обеспечивать и получать обратную связь и безопасно взаимодействовать друг с другом. С первых занятий применялась форма комплексной самооценки психоэмоционального состояния (КСПЭС), которую можно использовать в начале и в конце каждого занятия. Это не только один из инструментов оценки динамики состояния пациентов, но и инструмент для развития саморефлексии и эмоциональных компетенций у пациентов с помощью визуальных/художественных и вербальных простых самооценочных приемов.

Пациентам предлагается оценить свое текущее психоэмоциональное состояние тремя различными способами:

- 1) указать свое текущее общее состояние, активность и настроение на трех шкалах;
- 2) записать несколько слов (не менее трех), характеризующих текущее состояние;
- 3) заполнить два маленьких кружка с помощью цветных карандашей, масляной пастели, восковых мелков или маркеров, чтобы визуальным образом представить свое состояние и также сделать это более абстрактно и образно.

После заполнения формы пациенты кратко объясняют, что они сделали и почему.

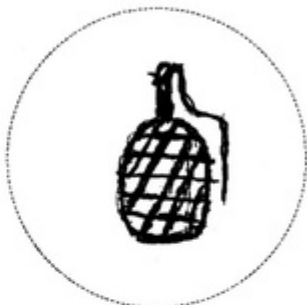
На рис. 26.3 показан пример использования КСПЭС во время второго сеанса одним из пациентов, некоторое время назад уволившегося из вооруженных сил. Верхняя часть формы предназначена для заполнения в начале сеанса, а нижняя часть — по завершении сеанса.

Слева видно, что свое текущее общее состояние, активность и настроение он оценил на среднем уровне (6, 5, 5 баллов соответственно). Однако он описал свое состояние как умеренно негативное, используя такие слова, как «сонливость», «апатия» и «замешательство» в средней части формы.

10			
9			
8			
7			
6			
5			
4			
3			
2			
1			
0			
	С	А	Н

 ФИО Дата 24.05.19 № Гр. 2...
Начало (время) 15¹⁰Состояние :

1. Сонливость.....
2. Апатия.....
3. Неясность.....
4.
5.
6.
-



С-самочувствие (физическое), А-активность(напряжение, тонус), Н-настроение (эмоциональный комфорт)

10			
9			
8			
7			
6			
5			
4			
3			
2			
1			
0			
	С	А	Н

Окончание (время) 16³⁵Состояние и/или итог :

1. Активность.....
2. Бодрость.....
3. Интерес.....
4.
5.
6.
-

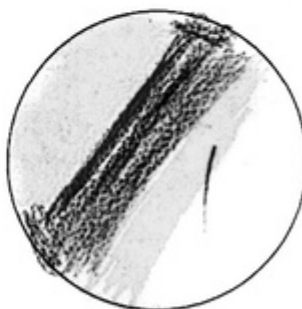


Рис. 26.3. Пример использования бланка КСПЭС, заполняемого пациентом в начале (верхняя часть) и в конце (нижняя часть) второго сеанса

В то время как верхний круг в целом соответствует такому описанию состояния, нижний круг с гранатой внутри раскрывает огромное внутреннее напряжение пациента. Как он позже объяснил, он действительно чувствовал такое напряжение, хотя и не думал об этом, заполняя форму. Принимая во внимание это наблюдение, он в определенной степени скорректировал свои оценки по шкале и словесным характеристикам. Некоторые характеристики состояния, представляемого этим пациентом, в частности, высокое внутреннее напряжение, часто скрывающееся за маской апатии и физического дискомфорта, кажутся типичными для многих участников в начале группы арт-терапии.

Нижняя часть анкеты, которую пациент заполнил в конце сеанса, свидетельствует о более позитивном психоэмоциональном состоянии. Улучшилось его общее состояние, активность и настроение (7, 7 и 6 баллов соответственно). Он описал свое состояние такими словами, как «активность», «бодрость», «интерес», и использовал более яркие цвета, в частности желтый и зеленый, чтобы представить свое состояние на рисунках (рис. 26.3).

Некоторые из этих характеристик и паттернов саморепрезентации также можно рассматривать как типичные для военнослужащих и некоторых других профессиональных категорий с их склонностью скрывать свои эмоции и не уделять достаточного внимания своим чувствам. Именно поэтому использование арт-директив, направленных на развитие эмоциональных компетенций, играет важную роль на протяжении всей программы, начиная с первых занятий.

Промежуточный этап. На промежуточном этапе программы, который обычно включает два сеанса, пациенты делают следующий шаг, чтобы раскрыть свои чувства в группе и определить спектр эмоций и роль эмоций в своей жизни в определенных отношениях с психическими расстройствами или нормальными реакциями. Им предоставляется дополнительная возможность развивать свои навыки эмоциональной регуляции и понимания эмоций у себя и других людей. Кроме того, они учатся находить подходящие способы эмоциональной разрядки и справляться со стрессовыми ситуациями, используя творческое самовыражение, чувство юмора, общаясь с другими людьми, сосредотачивая свое внимание на окружающей среде.

Групповое доверие и сплоченность обычно начинают устанавливаться на этом этапе работы из-за участия пациентов в творческом самовыражении посредством искусства и некоторых интерактивных заданий. Обычно два сеанса этого этапа включают такие директивы, как «Образ положительных и отрицательных чувств» и «Образы отрицательных чувств с последующей доработкой партнером». Последняя директива требует, чтобы пациенты работали в паре, когда каждый из них создает символическое или реалистичное представление о каком-то сложном чувстве. Затем они обмениваются своими рисунками с партнером и дорабатывают их, чтобы превратить их во что-то позитивное.

Ведущий на этом этапе очень осторожен, поддерживает эмоциональную нагрузку занятий на оптимальном уровне и обеспечивает безопасность. Рисунки 26.4 и 26.5 являются примерами выполнения задания, которое требует абстрактного или реалистичного представления эмоций. Пациент представил свой гнев, который часто сопровождается вспышками агрессии, на одном рисунке (рис. 26.4), а также свои чувства покоя и радости, испытываемые им, когда он расслаблен на природе (рис. 26.5).

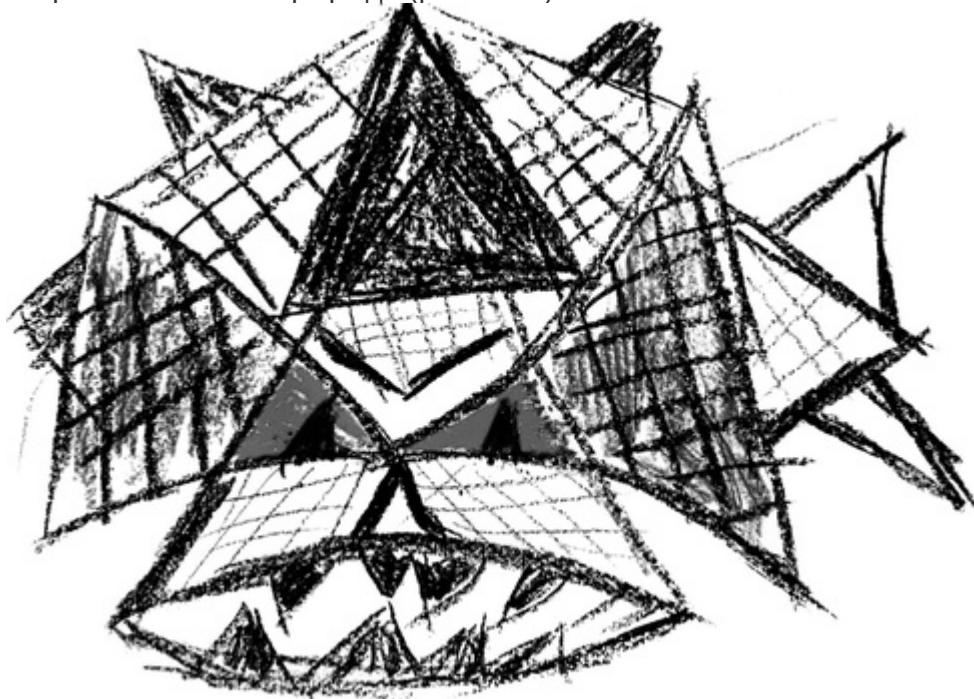


Рис. 26.4. Рисунок, изображающий гнев пациента, который часто сопровождается вспышками агрессии



Рис. 26.5. Рисунок, изображающий чувство покоя и радости пациента, которое он испытывает, когда расслаблен на природе

Пациенты обычно изображают эмоции и чувства либо через портреты с некоторыми характерными мимическими чертами, либо через пейзажи. Наблюдались также более абстрактные, выразительные и символические изображения эмоций и чувств, которые подкреплялись использованием КСПЭС и некоторых других художественных техник и материалов, в частности красок.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Рисунок 26.6 может быть примером директивы интерактивного рисования, когда члены группы обмениваются своими рисунками с партнером и развивают их, чтобы преобразовать их во что-то более позитивное или находчивое.



Рис. 26.6. Создание рисунка в паре, предполагающее развитие и преобразование рисунка партнера

Пациент представил свои эмоции гнева и злости, сконцентрировавшись на типичном выражении лица. Когда он обменялся рисунком со своим партнером, тот добавил к рисунку

изображения карандаша и бритвы, чтобы предложить возможный и конструктивный способ выражения негативных эмоций через искусство. Вероятно, идея направить мощные негативные аффекты через искусство была результатом предыдущего участия пациента и реализации им новых возможностей эмоционального самовыражения.

Основной этап. Во время основного этапа программы, который обычно включает 5 или 6 занятий, групповая динамика проявляется через творчество и групповые взаимодействия. Темы занятий основывались на материале отдельных пациентов, а также темах взаимодействия между пациентами. Темы включали сильные и слабые стороны пациентов: их отношение к миру, горе и потерям, влияние болезни на их жизнь, семейные проблемы, взгляды пациентов на жизнь и их цели на физическом, социальном и эмоциональном уровне, независимость или зависимость, стрессы и эмоциональные травмы.

Предлагаемые психотерапевтом задания способствовали актуализации и проработке этих тем. Хотя погружение в эмоционально наполненный материал, связанный с травмами и психосоциальными трудностями пациентов, было вполне реально, оно было сбалансировано возможностями преодоления этих трудностей и поиском путей улучшения здоровья. Восприятие пациентами сложных ситуаций и трудностей постепенно изменилось, и они пришли к пониманию этих ситуаций как стимулов для улучшения навыков совладания со стрессом и раскрытия личностных ресурсов, а также для обращения к внешним источникам поддержки.

Для развития навыков межличностного общения у пациентов, дальнейшего изучения их самовосприятия, отношения к другим и положения в группе, их восприятия болезни и ресурсов, а также их прошлых и настоящих жизненных ситуаций и перспектив, психотерапевт использовал следующие задачи и темы рисования: реалистический и метафорический автопортрет, «Линия жизни», «Мои ресурсы в прошлом и настоящем», «Сложные жизненные ситуации, и как я их преодолеваю», «Личный герб», «Мои жизненные достижения и цели», «Подарки себе и другим».

Вопросы, связанные с групповой динамикой, также были исследованы и проработаны на основе творческой активности и дискуссий. Это также позволило работать над проблемами идентичности и лучше понять индивидуальные характеристики пациентов, их духовные/экзистенциальные аспекты жизни как жизненно важные факторы их психического здоровья и благополучия.

Для того чтобы обеспечить более детальное исследование и интеграцию личного опыта с помощью художественных и вербальных средств, были предложены визуально-повествовательные техники. Пациентам, в частности, предлагалось представить свои прошлые или текущие сложные жизненные ситуации в виде серии рисунков и сопровождать их письменным рассказом. В качестве примера директивы «Сложные жизненные ситуации и как я их преодолеваю» один пациент создал серию рисунков, иллюстрирующих ситуацию, связанную с его работой в полиции после того, как он вернулся с военной службы (рис. 26.7). Он сопровождал свои рисунки следующим рассказом:

«Нас собрали и поставили задачу схватить вооруженного преступника. Весь персонал сел в машины. За вооруженным преступником следило спецподразделение. Он несколько раз менял такси, но мы пошли по его следу. Я был в машине с начальником другого отдела. Спецотдел дал понять, что преступник пропал из виду, но через несколько минут нам сообщили, что его выследили сидящим в другой машине. Машина, в которой я сидел, была мощнее, и мы вырвались вперед. Увидев машину преступника, мы “сели ему на хвост” и стали его вести. Когда он вышел из машины на автовокзале, было принято решение схватить его. Я вышел из машины и предстал перед преступником. Я сделал свое дело быстро, так что преступник даже не успел осознать случившееся. Вскоре к нам подошла основная группа. После этого нас снова собрали и проанализировали ситуацию. Я горжусь тем, что помог схватить опасного вооруженного преступника».



Рис. 26.7. Пример серии рисунков, иллюстрирующих ситуацию, связанную с работой пациента в полиции после его возвращения с военной службы

На более поздних занятиях работы пациентов часто обсуждались в связи с работами, созданными в рамках предыдущих занятий для того, чтобы проследить терапевтические изменения. Из-за того, что члены группы погружаются в различные драматические и стрессовые ситуации, требующие использования их личных ресурсов и поиска конструктивных решений, они пережили моменты гордости и принадлежности к другим.

Завершающий этап арт-терапии. Заключительный этап арт-терапии обычно включал 2 или 3 сеанса и предлагал пациентам возможность просмотреть все выполненные ими работы, чтобы поразмышлять о достижениях, достигнутых благодаря участию в группе арт-терапии. Пациенты обобщают свой опыт работы в группе арт-терапии и выражают свои чувства, вызванные планируемым прекращением совместной работы.

Улучшенное понимание своих собственных сильных и слабых сторон в физической, умственной, социальной и духовной сферах — как у себя, так у других — позволяет использовать такую директиву как создание особых художественных работ, которые могут служить символическими подарками друг другу. Также предлагается интерактивная

художественная деятельность в парах для выражения основных открытий, сделанных в результате программы арт-терапии.

В качестве средства дальнейшей поддержки идентичности пациентов в определенном отношении к творческой функции личности обычно устраивается заключительная выставка избранных произведений искусства, созданных на протяжении всей программы. За последние два года экологический и средовой подходы в арт-терапии были реализованы в основном на заключительном этапе арт-психотерапии, как поддержка в переходе пациентов в более открытое социальное пространство, как новая символическая основа их более автономного функционирования в отношениях друг с другом и окружающим миром.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Квалификационные требования к специалисту, реализующему клиническую (медицинскую) и неклиническую (немедицинскую) модели арт-терапии [5]. Оказанием психологической помощи с использованием методов арт-терапии занимаются разные специалисты. Важное значение имеет статус и уровень профессионального признания арт-терапии в той или иной стране. В тех странах, где арт-терапия рассматривается как самостоятельная помогающая (вспомогательная медицинская) профессия и действуют определенные нормы допуска к профессиональной арт-терапевтической деятельности (США, Великобритания), проводить арт-терапию могут исключительно дипломированные и сертифицированные арт-терапевты.

В странах (включая Российскую Федерацию), где арт-терапия рассматривается как совокупность методов психологической помощи (психотерапии) на основе изобразительной деятельности и иных видов искусства, проводить арт-терапию на достаточно высоком профессиональном уровне могут лишь специалисты с высшим образованием (преимущественно психологическим и медицинским), получившие дополнительную подготовку по арт-терапии.

Определенные формы арт-терапии, относимые к неклиническим моделям, могут проводиться специалистами с высшим педагогическим или художественным образованием, также получившими дополнительную профессиональную подготовку по арт-терапии. Некоторые виды психосоциальной поддержки населения на основе занятий искусством могут осуществляться художниками, социальными работниками или иными специалистами, не получившими дополнительной подготовки по арт-терапии. Однако их деятельность не может квалифицироваться как арт-терапевтическая, а относится к сфере искусства, творческой занятости, досуговой активности.

Основная профессиональная подготовка и уже имеющиеся у специалиста компетенции определяют то, где и кем он будет работать, используя дополнительно полученные арт-терапевтические знания и навыки.

В медицинских учреждениях арт-терапию в той или иной форме (арт-психотерапию или творческую занятость больных как вид психосоциальной поддержки) могут использовать следующие специалисты [5]:

- врачи-психотерапевты, имеющие соответствующие дипломы и сертификаты, а также прошедшие специальную дополнительную подготовку по арт-терапии;
- клинические (медицинские) психологи, прошедшие специальную дополнительную подготовку по арт-терапии;
- специалисты с иной подготовкой (художники, специалисты по социальной работе, психологи с иной, неклинической специализацией и др.), также прошедшие подготовку по арт-терапии.

Врачи-психотерапевты и психологи, при наличии у них соответствующего дополнительного образования по арт-терапии, могут проводить арт-терапию как вид психологической помощи — индивидуальную, групповую или семейную арт-психотерапию. Специалисты с иной подготовкой (художники, специалисты по социальной работе, психологи с иной, неклинической специализацией и др.) могут проводить арт-терапию в форме творческой занятости больных, в виде психосоциальной поддержки, реализуемой, например, в студийных группах, но не арт-психотерапию.

Проводя арт-терапию в той или иной форме, в зависимости от их основного и дополнительного профессионального образования, все эти специалисты могут иметь разную меру клинической ответственности и осуществлять разные функции, делегированные им, исходя из ведущих направлений деятельности лечебно-профилактического или реабилитационного, социального, образовательного учреждения или учреждения культуры. При разработке квалификационных требований к специалистам, проводящим арт-терапию, следует учесть предложенное Европейской ассоциацией психотерапии разделение

квалификации психотерапевта на три уровня [5]:

- базовый уровень — включающий компетенции, которые должен демонстрировать каждый психотерапевт независимо от его модальности;
- уровень специфических компетенций — описывающий компетенции, относящиеся к специфической модальности и отличающие профессионалов различных направлений психотерапии (в данном случае — специалистов в сфере арт-терапии);
- специализация — квалификация, необходимая для проведения психотерапии в особых условиях (в клинических условиях, образовательных организациях, работе в области аддиктологии, при оказании психологической помощи семьям и т.д.).

Компетенции, связанные с арт-терапевтической специализацией [5], обусловлены проведением арт-терапии в особых условиях — медицинских или образовательных учреждениях, работой в области аддиктологии, при оказании кризисной помощи, психологической помощи семьям и т.д.

Проводя клиническую (медицинскую) арт-терапию, врачи-психотерапевты и клинические психологи должны обладать следующими компетенциями в области клинической (медицинской) арт-терапии:

- умением осуществлять всестороннюю оценку состояния и анамнеза пациента, определяя форму клинического расстройства (врачи — также нозологическую принадлежность, особенности течения заболевания) и функциональный диагноз пациента (в том числе, исследуя его «творческий анамнез»);
- умением планировать форму и направленность арт-терапевтического вмешательства, определяя при этом методы, мишени и задачи работы, оптимальную нагрузку для пациентов, показания и противопоказания для проведения разных форм и техник арт-терапии с учетом клинических, психологических, социальных и физических особенностей больных, особенностей биопсихосоциогенеза расстройства и внешних условий (особенностей учреждения или подразделения, сроков основного лечения и др.);
- умением оценивать клинические проявления психических расстройств, особенности личностного реагирования, состояние пациента и группы в процессе занятий; навыками выбора и изменения стиля ведения пациента и группы, в зависимости от контингента больных, этапа лечебно-реабилитационного процесса, стадии и уровня терапевтических изменений, индивидуальной и групповой динамики;
- навыками выбора и комбинирования различных средств творческого самовыражения, художественных средств и материалов на основе знания клинических и психологических показаний и противопоказаний к их применению, возможности достижения тех или иных терапевтических эффектов.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Реализуя педагогическую модель неклинической (немедицинской) арт-терапии, педагоги и педагоги-психологи должны обладать следующими компетенциями в области неклинической (немедицинской) арт-терапии (арт-педагогике):

- знанием роли искусства и творческой личностной активности в процессе социализации и развития личности ребенка и подростка (включая детей в ОБЗ) и освоения ими основной общеобразовательной программы на всех уровнях общего образования;
- знанием роли искусства и творческой личностной активности для сохранения здоровья и личностной адаптации всех субъектов образовательного процесса и оптимизации их отношений друг с другом и окружающей средой;
- умением осуществлять всестороннюю оценку состояния, личности и процесса психического развития, социализации и адаптации ребенка, подростка и взрослого как субъектов образовательного процесса и социальных отношений (включая лиц с ограниченными возможностями здоровья), с учетом их культурных и половозрастных особенностей, места жительства и историко-культурного своеобразия региона с использованием общих и специфических для арт-терапии средств;
- навыками проектирования и реализации арт-терапевтических (арт-педагогических) программ работы с обучающимися, направленными на их успешное развитие, социализацию и воспитание, профилактику нарушений школьной адаптации, развитие познавательной активности, самостоятельности, инициативы, творческих способностей, формирование гражданской позиции, способности к труду и жизни в условиях современного мира, формирование культуры здорового и безопасного образа жизни;

- навыками оценки достигаемых развивающих, воспитательных и психопрофилактических эффектов применения арт-терапевтических и арт-педагогических программ с разными субъектами образовательного процесса;
- навыками оказания психолого-педагогической помощи на основе применения средств арт-терапии и арт-педагогики лицам с ограниченными возможностями здоровья, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации.

Требования к месту оказания арт-терапевтической помощи, технологическому оборудованию или прочему инвентарю, необходимому при оказании арт-терапевтической помощи [5]. *Арт-терапевтический кабинет* предназначен для

индивидуальных или групповых арт-терапевтических занятий, включающих не только беседу и групповые обсуждения, но и изобразительную деятельность участников. На его базе в том или иной объеме также могут быть использованы иные виды терапии искусством, но не в виде самостоятельных терапевтических модальностей, а лишь их отдельных элементов, включенных в арт-терапевтический процесс. Проведение иных видов терапии искусством в виде самостоятельных терапевтических модальностей требует оборудования соответствующих кабинетов (кабинеты для занятий музыкальной терапией, драматерапией, танцевально-двигательной терапией). Требования, предъявляемые к организации среды и оборудованию других кабинетов иные, чем для кабинета арт-терапии. Если на базе учреждения (такого, например, как лечебно-профилактическое учреждение) создается целый комплекс специально оборудованных кабинетов, предназначенных для двух или более видов терапии искусством, принято говорить об *арт-центре*. Арт-центр также может представлять собой комплекс помещений, предназначенных для разных организационных форм арт-терапии — индивидуальной, групповой, семейной, иногда также для проведения разных видов групповой арт-терапии, либо для разных специализированных видов изобразительной деятельности (например, помещений, предназначенных для создания изделий из керамики или иных видов прикладной художественной деятельности). В том случае, когда в одном и том же помещении проводятся разные виды терапии искусством, более корректно говорить о *полифункциональном пространстве (кабинете)* для занятий терапией искусством.

Существуют следующие основные типы арт-терапевтических кабинетов:

- арт-терапевтическая студия (ателье);
- кабинет для индивидуальной работы;
- кабинет для групповой интерактивной работы.

Независимо от типа арт-терапевтического кабинета, *общие обязательные требования* к их организации и оборудованию включают:

- наличие одной или нескольких (в зависимости от числа участников занятий) раковин, обеспечивающих свободный доступ к проточной воде;
- легко моющиеся поверхности (пола, стен, мебели);
- наличие достаточно широкого набора различных изобразительных материалов;
- наличие мест для хранения изобразительной продукции — наряду с местом для текущего хранения создаваемых в ходе занятий работ (расположенные на полках индивидуальные или групповые портфолио или отсеки), должно быть выделено специальное место для долговременного хранения работ, где будут храниться, например, работы пациента после завершения им курса арт-терапии.

Арт-терапевтическая студия является наиболее ранней формой специализированного помещения для занятий психиатрических пациентов изобразительной деятельностью. Этот тип арт-терапевтического кабинета напоминает мастерскую художника, рассчитанную, по меньшей мере, на несколько человек. Студия имеет несколько мест для самостоятельной работы пациентов. Места представляют собой, как правило, столы со стульями. Иногда используют мольберты. Всевозможные изобразительные материалы (включая бумагу разных форматов, краски, восковые мелки или пастель, карандаши и т.д.) могут находиться как у каждого рабочего стола, так и в одном месте — например, на полках. В некоторых случаях материалы находятся на передвижных столиках на колесиках.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Арт-терапевтический кабинет для индивидуальной работы, как правило, включает рабочие столы для пациента, а также иногда стол специалиста, стулья. Набор изобразительных материалов расположен либо на полках, либо на другом столе вблизи стола

пациента. Иногда кабинет включает поднос с песком и расположенные на полках игрушки. Иногда имеется «кукольный дом» (при работе с детьми) или набор игрушек (кукол-марионеток). В кабинете для индивидуальной арт-терапии, наряду с «рабочей зоной», иногда имеется «чистая зона», предназначенная для общения специалиста и пациента до или после изобразительной деятельности. «Чистая зона» может включать, например, два кресла или мягких стула.

Арт-терапевтический кабинет для групповой интерактивной работы (а также семейной арт-терапии) в условиях тематической или динамически ориентированной группы отличается от студии тем, что предназначен как для относительно автономной работы участников группы, так и их более тесного вербального и творческого взаимодействия. Это возможно на определенных этапах занятия (например, во время «разминок», групповых дискуссий и обсуждения рисунков, создания групповых рисунков, реализации некоторых элементов полимодальной практики с использованием движения или ролевой игры). В соответствии с этим кабинет либо должен допускать быструю перестановку мебели, например, для посадки пациентов в круг, либо иметь две по-разному оборудованные зоны «рабочую» («грязную») — для изобразительной работы, и «чистую» — для группового обсуждения. Ориентация столов в пространстве может неоднократно меняться не только на протяжении курса арт-терапии, но и отдельных занятий. Некоторые кабинеты для групповой интерактивной арт-терапии оборудованы видеокамерами, что обеспечивает возможность более объективной рефлексии процесса групповой работы и оценки ее результатов.

Арт-центр является специализированным комплексом помещений, предназначенных для разных форм арт-терапевтической работы, нередко проводимой параллельно с несколькими пациентами или группами. Он также может включать помещения, предназначенные для разных видов терапии искусством. Такие арт-центры стали создаваться сравнительно недавно, главным образом, для обслуживания пациентов крупных лечебно-профилактических учреждений, посетителей социальных центров, обслуживающих определенные территории, а также для осуществления комплекса различных арт-терапевтических программ, рассчитанных на разные группы населения. Наряду с несколькими помещениями, предназначенными для групповых и индивидуальных занятий и работы с семьями, в арт-центре могут быть помещения для персонала (офис), комната для длительного хранения работ пациентов, туалет, кухня (чайный стол), а также места ожидания для лиц, прибывающих на занятия или их родственников.

Арт-терапевтическая работа предполагает широкий выбор различных изобразительных материалов. Наряду с красками, карандашами, масляной и художественной пастелью, восковыми мелками, часто используют также журналы, цветную бумагу, фольгу, текстиль (например, для создания коллажей или объемных композиций), глину, пластилин, «песочницу» и иные материалы. Бумага для рисования должна быть разных форматов и оттенков. Кабинет может быть оборудован гончарным кругом, а также компьютером и качественной копировальной техникой — в том случае, если в работе пациентов предполагается использование графических редакторов, печать художественных работ, созданных на компьютере или с использованием фотоаппарата. В настоящее время в связи с внедрением в арт-терапию некоторых форм «дигитального искусства» (например, в форме подготовки пациентами мультимедийных клипов и презентаций) арт-терапевтический кабинет может быть оборудован проектором, магнитофоном или колонками (табл. 26.3).

Таблица 26.3. Примерный список материалов для оборудования арт-терапевтического кабинета

Канцелярские принадлежности			
бумага для изобразительной деятельности		дополнительные (общие)	
<ul style="list-style-type: none"> • Бумага для акварели цветная. • Папка для акварели А4. • Папка для акварели А3. • Папка для черчения А4. • Ватман А1. • Бумага цветная. • Картон серый и цветной. • Бумага типографская в рулонах — белая, серая 		<ul style="list-style-type: none"> • Клей ПВА. • Точилка. • Ножницы. • Дощечка для пластилина. • Кисти белка, колонок (диаметр 1–10). • Малярные кисти. • Папка А3 для арт-наборов 	
Материалы для лепки	Материалы для графических работ		Материалы для живописи
	черно-белых	цветных	
<ul style="list-style-type: none"> • Глина. 	<ul style="list-style-type: none"> • Карандаши простые. 	<ul style="list-style-type: none"> • Карандаши 24 цвета. 	<ul style="list-style-type: none"> • Краски акварельные 24

<ul style="list-style-type: none"> • Пластилин для лепки 12 цветов (цветной). • Пластилин скульптурный (белый и черный). • Пластика художественная 	<ul style="list-style-type: none"> • Тушь черная. • Грифели для графики. • Уголь для графики 	<ul style="list-style-type: none"> • Пастель сухая 48 цветов. • Пастель масляная 24 цвета. • Мелки восковые 24 цвета. 	<ul style="list-style-type: none"> цвета. • Краски акриловые Гуашь 12 цветов. • Палитры
---	---	--	--

Часть III. Направления и методы психотерапии

В современной отечественной и зарубежной литературе представлены различные публикации, отражающие теоретические и практические аспекты применения арт-терапии с различными категориями пациентов [1–5].

Список литературы

1. Копытин А.И. Системная арт-терапия: теоретическое обоснование, методология применения, лечебно-реабилитационные и дестигматизирующие эффекты: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. СПб., 2010.
2. Копытин А.И. Арт-терапия психических расстройств. СПб.: Речь, 2011. 368 с.
3. Копытин А.И. Психодиагностика в арт-терапии. СПб.: Речь, 2014. 284 с.
4. Копытин А.И. Современная клиническая арт-терапия. М.: Когито-Центр, 2015. 526 с.
5. Нормативный документ по регулированию профессиональной психотерапевтической и психологической деятельности в сфере арт-терапии (арт-психотерапии). Стандарт профессиональной психотерапевтической (психологической) помощи в сфере арт-терапии (арт-психотерапии) / Под общ. ред. А.И. Копытина. СПб.: Скифия-принт, 2018. 100 с.

Часть III. Направления и методы психотерапии

26.3. Музыкальная психотерапия

Музыкальная терапия (музыкальная психотерапия) представляет собой яркий пример интеграции смежных научных отраслей в новое, обладающее своими уникальными возможностями направление, как результат тенденции, во многом определившей развитие науки, искусства и образования в XX–XXI вв. в России и за рубежом.

Объединяя достижения психологии, психотерапии, музыкальное искусство и медицину, музыкальная терапия представляет собой «целенаправленное применение музыки или ее элементов, предназначенное для решения терапевтических задач. Она всегда служит составной частью сознательно сформированного терапевтического отношения и использует вербальную и невербальную коммуникацию, а также методы и средства психологического воздействия. Музыкальная терапия обращена к людям, находящимся в состоянии болезни, с нарушениями поведения и отставанием в развитии, ее цель — способствовать восстановлению, сохранению и улучшению их духовного, интеллектуального и физического здоровья» [12].

Интенсивно развиваясь на всем протяжении XX столетия в странах Европы и Америки (прежде всего, в США, Германии, Австрии и Швейцарии, а также в Австралии, Израиле, Канаде, Японии), данный метод в последние несколько десятилетий активно осваивается и в российском пространстве, интегрируя накопленный опыт зарубежных коллег и ориентируясь на традиции и реалии отечественных научных школ.

Всемирная федерация музыкальной терапии (2011) дает следующее определение этому направлению: «Музыкальная терапия — это профессиональное применение музыки и ее элементов как метода терапии в медицинской, образовательной и повседневной среде с индивидуальными клиентами, группами, семьями и сообществами, стремящимися улучшить качество жизни и оптимизировать свое физическое, социальное, коммуникативное, эмоциональное, интеллектуальное и духовное здоровье и благополучие» [3].

Возрастающий интерес к этой сфере обусловлен возможностями музыки оказывать немедикаментозное терапевтическое воздействие в случаях, предполагающих психологическую либо психотерапевтическую помощь, особенно в связи с постоянными психологическими перегрузками, распространением тревожных состояний, депрессивных и невротических расстройств, возросшим уровнем экзистенциальной проблематики, и, как результат, серьезной угрозой психическому и физическому здоровью человека в современном обществе.

Возникновение музыкальной терапии — явление закономерное. Музыка сопровождает человека на протяжении всего, доступного исследователям, периода его развития. Согласно утверждениям древних мудрецов, музыка, ее первый звук родились одновременно с творением мира. Современные музыкальные антропологи приходят к выводу, что «музыка — это предмет первой необходимости», поскольку она «активно участвует в процессе самореализации человека», ... она не является «излишней деталью, роскошно обрамляющей человеческое общество, но, скорее, наоборот, выполняет функцию катализатора социальных процессов, средства, которое способствует социализации и обеспечивает восприимчивость общества к некой общественно-политической задаче» [12].

Первыми в древних культурах эффект музыкального воздействия стали использовать шаманы, воплотившие в ритуальном действе религию, искусство, врачевание, являясь лекарями, священниками и художниками в одном лице. Особый ритм заклинаний, в которых использовались простейшие духовые и ударные музыкальные инструменты, изменял состояние сознания, снижал критичность восприятия реальности и вводил человека в состояние гипнотического транса, экстаза. В последующие века более сложные религиозные обряды христиан: церковный хор, григорианские хоралы, орган, колокольный звон — оказывали положительное влияние не только на эмоциональную сферу человека, но и улучшали его физическое самочувствие.

Применение музыкальной терапии. Известно целенаправленное применение музыки в различные исторические эпохи. Стоит вспомнить чеканные марши времен Третьего рейха, патриотические песни Советского Союза, а также попытки изучения и разработки «звукового» оружия. В настоящее время все большую популярность среди молодежи приобретают так называемые «цифровые наркотики», которые якобы способны при помощи звуков различной высоты и частоты вызывать эффект, подобный ПАВ.

Музыка постоянно была предметом изучения философов и ученых, начиная с древнейших времен. Так, одним из понятий «Этики» Пифагора является «эвритмия» — способность человека на протяжении всей жизни находить верный ритм своих поступков. Основав науку о сферах, он признал музыку точной наукой. Платон считал ее главным средством воспитания гармоничной личности. Авиценна называл мелодию «нелекарственным» способом лечения болезни, наряду с диетой, запахами и смехом. Изучению музыки в эпоху Античности посвящали свои труды Аристотель, Бозций, Гесиод и Гомер, в эпоху Средневековья — Фома Аквинский и Святой Августин, в эпоху Возрождения — Агриппа Неттесгеймский, в эпоху Просвещения — Рене Декарт и Афанасий Кирхер. Музыкально-психологические представления эпохи романтизма, открытие бессознательного, современная естественно-научная экспериментальная практика обозначили новые перспективы в этом направлении. Мощный скачок в развитии психологии и психотерапии обусловил использование различных видов искусства в качестве эффективных средств воздействия на психику, на структуру и динамику бессознательного. Результатом многочисленных поисков и научных экспериментов врачей, психологов, педагогов, представителей искусства стала так называемая невербальная (несловесная) психотерапия, включающая такие формы, как танцевальная психотерапия, телесно-двигательная психотерапия, театротерапия, арт-терапия и др. [25].

Часть III. Направления и методы психотерапии

Для того чтобы подчеркнуть выраженную креативную составляющую этого движения, часто говорят о различных методиках терапии творческим самовыражением. Музыкальная психотерапия является важной составной частью этого направления развития психотерапии и консультирования. Например, музыкальная терапия описывается как одна из специализаций искусствотерапии, наряду с арттерапией, танцевально-двигательной терапией и драматерапией [18]. Подробный обзор литературы, посвященный различным аспектам музыкальной психотерапии, представлен в работах Л.С. Брусиловского, В.Ю. Завьялова, А. Хайгл-Эверса с соавт. и др. [8, 14, 30].

В настоящий момент в европейской и американской системе здравоохранения музыкальная терапия используется в различных сферах клинической медицины, таких как: психиатрия, неонатология, психосоматика, терапия и реабилитация клиентов с ограниченными возможностями (вследствие психических, физических или множественных недостатков), неврологическая реабилитация, онкология и внутренняя медицина, паллиативная медицина и хосписы (уход за умирающими пациентами), гериатрия и др. [12, 13, 19].

Широкий спектр областей применения музыки как терапевтического средства, с одной стороны, демонстрирует многообразие возможностей использования данного метода, с другой же, вносит некоторую неясность в терминологию касательно определений «музыкальная терапия» и «музыкальная психотерапия». Учитывая, что данные термины пришли в русский язык в качестве переводных обозначений терминов, изначально возникших в английском (music therapy) и немецком (musik therapie) языках, стоит

подчеркнуть, что в русском языке в настоящее время осуществляется процесс кристаллизации данных определений, при котором понятие «музыкальной терапии» преимущественно ориентируется на максимальное обобщение всех существующих форм и методов, тогда как «музыкальная психотерапия» в качестве приоритетного условия в большей степени выделяет интеграцию с психотерапевтической сферой.

За последние десятилетия количество работ, посвященных изучению различных сторон музыкального восприятия, в том числе в контексте музыкальной терапии, неуклонно возрастает [26]. Вследствие тесной интеграции со смежными областями — медициной и психологией, предлагается разграничение таких понятий, как «музыкальная терапия/ музыкальная психотерапия», «музыкальная медицина» и «музыкальная психология». Так, под музыкальной медициной понимается «применение музыкальных раздражителей в качестве средств, дополняющих традиционные медицинские технологии в профилактических, терапевтических и реабилитационных целях, при котором индивидуально учитываются специфические, угрожающие возникновением либо фактически существующие нарушения здоровья и способы его медикаментозного лечения» [41]. Музыкальная психология, в свою очередь, трактуется как «наука, изучающая музыкальное восприятие, процессы, связанные с сочинением и исполнением музыки, а также ее воздействие на человека» [34]. Кроме того, выделяется музыкальная педагогика, обращенная исключительно к процессу овладения музыкально-исполнительскими навыками и преподаванию музыкальных дисциплин в учебных заведениях.

Виды музыкальной терапии. Музыкальная терапия традиционно подразделяется на рецептивную и активную. До недавнего времени в России, в том числе и в психиатрии, наибольшее распространение имела *рецептивная*, или *пассивная* музыкальная психотерапия [13, 24, 32], однако в последние годы ситуация меняется. Любая из форм музыкальной терапии может осуществляться как в рамках групповой работы, так и в индивидуальной сессии.

Рецептивная музыкальная терапия основывается на прослушивании музыки, чувствах и на ощущениях пациента (клиента), возникающих в процессе ее восприятия. В основе данной терапии — толкование музыки как «проективного посредника в феноменологически ориентированном психотерапевтическом контексте и/или наделенного символическим содержанием с точки зрения контекста аналитического» [42].

Данный вид музыкальной терапии опирается на врожденную способность к восприятию и тесную взаимосвязь слуховых ощущений с аффективной составляющей, а также на более позднее рецептивное восприятие, формирующееся в результате развития сознания и дальнейшего обучения. Интенсивные процессы внутренней динамики, возникающие при прослушивании пациентом (клиентом музыки), позволяют исследователям говорить об условном, не в полной мере соответствующем процессам восприятия термине «пассивная» музыкальная терапия, употребляемого часто в качестве синонима к понятию «рецептивная». Выделяют следующие методы рецептивной музыкальной терапии [36]:

- музыка и управление образами по Хелен Бонни (от англ. Guided Imagery and Music HelenBonny, GIM);
- регулятивная музыкальная терапия по Кристофу Швабе (от нем. Regulative Musiktherapie, Christoph Schwabe, RMT);
- музыкально-терапевтическая глубинная релаксация по Гансу-Гельмуту Декеру-Фойгту (от нем. Musiktherapeutische Tiefenentspannung, Hans-Helmut Decker-Voigt);
- музыкально-терапевтический релаксационный тренинг по Волкеру Болэу (от нем. Entspannung strainingnach musik therapeutischen Gesichtspunkten, Volker Bolay, ETmnG);
- антропософская слуховая терапия по Энни фон Ланге (от нем. Antrposophische Hörtherapie, Anny von Lange);
- рецептивная древневосточная музыкальная терапия по Герхарду Туцеку (от нем. Rezeptive Altorientalische Musiktherapie, Gerhard Tucek, RAM).

Среди сфер применения рецептивной музыкальной терапии: внутренняя медицина, сопровождение умирающих, неонатология, гериатрия, заболевания, связанные с зависимостью, ранние нарушения (личностные нарушения) [35].

Активная музыкальная терапия, напротив, подразумевает все виды музыкального проявления со стороны самого пациента. Музыкальная деятельность пациента, основанная на импровизации нового либо воспроизведении уже существующего музыкального материала, базируется на «активной вовлеченности в исполнения, а также на особенностях восприятия себя и окружающих», возникающих у пациента (клиента) в процессе музицирования в рамках терапевтической сессии [42].

Часть III. Направления и методы психотерапии

В основе активной музыкальной терапии лежит понятие музыкальной импровизации, которая трактуется как «многослойный, спонтанный и импульсивный процесс изобретения и одновременного формирования музыки в результате ее воспроизведения», а также как «действие, которое в момент его совершения оказывается частично непредсказуемым, неожиданным и разворачивается в поле напряжений, обусловленных субъективными желаниями выразить себя и заданным идиоматическим фоном, музыкальным материалом и существующей на момент импровизации ситуацией (отношением)» [43].

Музыкально-терапевтическая импровизация может быть свободной и структурированной. Структурами могут быть как оговоренные музыкальные формы, основанные на базовых структурных элементах музыкального языка, так и заранее оговоренные темы, правила игры, ролевые ситуации. Содержание свободной импровизации определяется исключительно личностью пациента (клиента) и связанным с ним биопсихосоциальным контекстом. Музыкальная импровизация в индивидуальной и групповой формах используется при интеграции музыкальной терапии и других методов психотерапии, например, психодрамы [22].

Активная групповая музыкотерапия, как и другие формы творческой деятельности, представляет собой терапию преимущественно невербального вида, при которой в группе ставятся общие внутригрупповые цели, например, освоение альтернативных способов реализации чувственных переживаний, согласование эмоциональных состояний, выработку навыков коллективного взаимодействия и дальнейшее развитие их в реальных межличностных и временных условиях. Большое значение для действенности этой терапии имеет не объект (музыкальный инструмент, мелодия) или форма (метод) проведения занятий, а содержание переживаний, возникающих в ходе процесса и взаимодействия его участников. Именно поэтому успешность проведения занятий определяется возникновением сопереживания и сочувствия в среде участников (в смысле «совместного чувствования»), активностью реализации и проработки имеющихся и непосредственно возникающих эмоциональных состояний. Для психотерапевта необходимо учитывать фактор групповой динамики в качестве характеристики процессов и отношений, возникающих между участниками групповых занятий.

Терапевтический смысл активно-продуцирующих форм свободной импровизации в музыкальной терапии состоит в том, что с помощью данного метода осуществляется непосредственный доступ к эмоциям, а музыкальные инструменты, музыкальный лад и синхронность противостоящих друг другу структур повышают способность в символизации, облегчают катарсис и способствуют невербальной коммуникации между людьми [30]. Авторы описывают использование специфического варианта музыкотерапии в качестве психоаналитически обоснованного метода. В качестве пионеров психодинамического направления музыкальной терапии в литературе упоминают А. Pontvik и М. Priestly. Свободная музыкальная импровизация фактически является модификацией основного аналитического правила. Процесс взаимодействия во время игры на инструментах стимулирует возникновение эмоций, фантазий и образов, представляющих собой проявление инсценировки субъективно переживаемого интернализированного межличностного опыта отношений и конфликтов, имевших место на ранних фазах развития. Терапевтическая ситуация создает особое пространство, в котором становится возможным услышать свои неосознаваемые фантазии и обрести психодинамическое понимание специфической ситуации взаимодействия.

В качестве одного из терапевтических факторов психоаналитически обоснованной музыкальной психотерапии выделяют так называемую функцию телесного резонанса как физического, так и психического отклика в процессе лечения [37]. Образование звуков и связей в музыке происходит одновременно с возникновением у взаимодействующих участников импровизации отчетливо воспринимаемых, слышимых и ощутимых отношений, привязанностей и конфликтов, доступных для анализа.

С точки зрения динамической психиатрии с помощью групповой динамики музыка и музицирование позволяют легче осознать и воспринять групповые процессы и межличностную проблематику. В терапии музыка функционирует в качестве «переходного объекта» по D.W. Winnicott (2002). «Переходные объекты ... открывают перед человеком нейтральное поле опыта... Этот опыт обуславливает в дальнейшем интенсивность переживаний, связанных с искусствами, религией, жизнью, воображением, научным творчеством» [21]. В этом есть определенное сходство с аналитической миле-терапией, в которой в качестве такого «переходного объекта» используется совместная деятельность пациентов над рабочим проектом. Групповые процессы и обмен социальной энергией поддаются чувственному восприятию при посредстве музыки, которая сублимируется в средство коммуникации [39]. Это означает, что жизненная история человека, а также его бессознательная структура «становятся слышимыми» (воспринимаются слухом); то есть музыкотерапию в динамической психиатрии следует понимать в значении «звучащей» групповой динамики, и соответственно этому пониманию необходимо работать с группой.

Среди распространенных направлений музыкальной терапии, возникших в результате интеграции с психотерапевтическими методами и техниками помимо упоминаемых выше методов рецептивной музыкальной терапии, выделяют: антропософски ориентированную музыкальную терапию; музыкальную терапию социальной группы (Community Music Therapy); музыкальную терапию, ориентированную на психологию развития; аналитическую музыкальную терапию; музыкальную терапию Нордоффа–Робинса (от нем. Nordoff–Robbins Musik therapie), телесно-ориентированную музыкальную терапию, музыкально-терапевтическую системную расстановку и др.

Практическое применение. На примерах использования музыкальной психотерапии в психиатрии в Клинике динамической психиатрии «Ментершвайге» (Мюнхен, Германия), основанной известным психиатром и психоаналитиком Г. Аммоном [2, 23], и нашего российского опыта, в течение многих лет успешно применяемого отечественными специалистами [4, 5, 15–17], рассмотрим некоторые важные практические и организационные аспекты.

В клинике «Ментершвайге» группа музыкальной терапии включает в среднем восемь пациентов, а сеансы проводят 1 или 2 раза в неделю. Руководителями являются врач и психолог с образованием по динамической психиатрии. Терапия показана пациентам с личностными расстройствами, депрессией, психосоматикой и шизофренией. Состав группы гетерогенный. При проведении групподинамической музыкотерапии участники располагаются полукругом, причем каждому из них предоставляется право выбора инструмента. Важно, чтобы правила пользования инструментами были простыми и не требовалось бы предварительных знаний для обращения с ними. Могут использоваться этнические (африканские, латиноамериканские, индийские) и другие музыкальные инструменты, симфонический гонг, а также голос, хлопанье в ладоши и пр. При музыкотерапии неперенным условием является абсолютно добровольное участие в группе. Вначале выступают один или несколько исполнителей с выбранными ими самими инструментами, а затем постепенно присоединяется вся группа. По окончании индивидуального выступления остальные участники аплодируют, чтобы отдать должное достижениям исполнителей.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Дальнейшая вербальная интерпретация терапевтов и группы имеет, подобно хору античной драмы, оценочный характер. Музыкальная терапия включает индивидуальные аспекты выступления солиста, а в качестве темы — бессознательные процессы всей группы в целом. При этом интерпретация бессознательного группового действия имеет решающее значение для терапевтического процесса. Большое значение музыкотерапии заключается в том, что через музыкальные действия в эмоциональной плоскости, которая для некоторых больных вербально недоступна, может найти свое выражение ревность, страх беспомощности, но также и мечты о защищенности и эмоциональной целостности. Эмоциональные и психодинамические возможности самовыражения становятся видимыми, поддаются пониманию и интерпретации, что способствует не только развитию группы, но и каждого отдельного ее члена, так как при этом можно реально воспринимать и ощущать страдания больного. Становится возможным его понять, и он может вступить в контакт с другими пациентами и с терапевтом. Потребности в связи могут быть косвенным образом выражены через музыку без чувства вины, так как через «третий объект» музыки пациенты могут устанавливать связи без опасения утратить свою автономию [10, 11].

Обобщая, можно сказать, что групподинамическое социально-энергетическое поле музыкотерапии позволяет пациентам свободно и креативно выражать себя в групподинамическом процессе посредством музыки. Групповые процессы и обмен социальной энергией поддаются чувственному восприятию при посредстве музыки, которая сублимируется в средство коммуникации. Каждая импровизация пациента воспринимается в субъективном значении, прорабатывается и ставится в связь с другими членами группы. Музыкальная терапия служит также для проработки агрессии, то есть для преобразования деструктивной агрессии в конструктивную. В рамках динамической психиатрии особо подчеркивается, что музыкотерапия способствует процессам дифференциации и вносит вклад в отграничение индивидуума в группе, развивая, таким образом, его чувство идентичности [23]: речь идет о том, чтобы укрепить чувство собственного достоинства и освободиться от потребностей в зависимости, свойственных динамике первичной группы — всегда с целью способствовать возможностям в будущем. Гуманструктуральную музыкотерапию следует понимать как невербальный метод терапии, всегда интегрированный в общетерапевтическую концепцию [10].

В отличие от используемой в клинике «Ментершвайге» формы музыкальной терапии, ориентированной на непосредственно происходящие в группе процессы и на отражение

групповой динамики в соответствии с принципом «здесь и сейчас», используемый нами метод больше акцентирован на развитии коммуникативных функций и навыков межличностного взаимодействия [5]. Модифицированная методика сфокусирована на проработке существующих переживаний, напрямую не связанных с отношениями в группе, но проецируемых на ее членов посредством актуализации прежнего эмоционального опыта, направлена на развитие способности к коллективному конструктивному взаимодействию с достаточным уровнем креативности. Именно поэтому при сохранении фактора спонтанности, который, как правило, имеет место при достаточной зрелости группы, предлагается, прежде всего, структурированная форма проведения с возможными вариациями. Это обеспечивает достаточный уровень активизации участников, определяет степень активности самого психотерапевта и его ответственность за происходящие в группе процессы, устанавливает необходимый, в силу существующих у пациентов негативных эмоционально-волевых расстройств, уровень директивности.

Можно выделить ряд специфических рекомендаций к условиям и организации группового процесса в форме активной музыкальной терапии у пациентов с заболеваниями психотического уровня.

1. Состав группы — от 6 до 12 человек, предпочтительно одновременное участие мужчин и женщин, то есть смешанные группы.
2. Набор инструментов ударно-перкуSSIONного ряда (барабаны, бонги, тамтамы, тарелки, литавры, ксилофон, колокольчики, тамбурин, кастаньеты и др.), либо других простых в обращении инструментов — блок-флейты, дудки, элементарные струнные (балалайка, гитара). Причем последние стоит вводить с осторожностью, так как их резкое, порой диссонирующее с общим музыкальным рядом звучание, может вызвать либо уход пациента в пассивную позицию, либо негативное отношение как непосредственно к ним, так и ко всему групповому процессу в целом со стороны других участников группы. Другие инструменты следует вводить либо по просьбе пациентов, либо при наличии в составе группы пациентов с навыками владения определенным инструментом.
3. Желательно для терапевта или котерапевта наличие навыков владения тем или иным музыкальным инструментом и/или элементарные знания в области музыки.
4. Выделение и оборудование соответствующего помещения для проведения занятий. Отдельного рассмотрения требует проблема оснащения кабинета музыкальной психотерапии. Еще М. Priestly рекомендовала следующие группы инструментов: пластиночные ударные инструменты; перепоночные музыкальные инструменты; перкуSSIONные инструменты; струнные инструменты; духовые инструменты; клавишные инструменты. Главное — это предоставить пациенту (клиенту) потенциальный шанс максимально свободного самовыражения. Для того чтобы терапевт мог при необходимости присоединиться к игре, желательно, чтобы было по два инструмента каждого вида, так как традиционные инструменты (в том числе инструменты К. Орфа) часто ассоциируются с определенными оценочными требованиями, подготовкой, достижениями и другими условиями использования. В последние десятилетия в рамках музыкальной психотерапии получают распространение так называемые архаические инструменты (монокорд), этнические инструменты (диджериду, джембе, «шум дождя» и др.) и инструментарий, специально разработанный для применения в процессе музыкальной терапии (стулья-монокорды, кушетки-монокорды, столы-барабаны для работы с группой и проч.). Вопрос о наличии у ведущего какого-либо музыкального образования является дискуссионным. Поскольку речь идет о разновидности динамически ориентированного психотерапевтического процесса, а не о музыкальных занятиях, то в первую очередь необходимым представляется именно психотерапевтическая подготовка. Однако среди музыкальных психотерапевтов в настоящее время общепризнанным является требование наличия должной музыкальной подготовки, которая не только может облегчить понимание как индивидуального, так и группового процесса, но и существенно расширить и дополнить традиционные механизмы действия психотерапии. В целом образование музыкального терапевта должно включать следующую триаду: музыкальные знания и навыки; биологические, психологические и социальные подходы, включая психиатрические и психотерапевтические аспекты и собственно музыкальную терапию [6]. Требования к образованию музыкального терапевта значительно отличаются в разных странах, а в Российской Федерации это связано еще и с отсутствием законодательного регулирования психологической деятельности, и с недостаточным отграничением психотерапии от иных медицинских специальностей.

Часть III. Направления и методы психотерапии

Аналогичным образом можно сформулировать отношение к участию в группе пациента с навыками игры на музыкальном инструменте. Подобные вопросы (как и проблема

специальной подготовки ведущего) возникают при проведении любой психотерапии, основанной на творческом самовыражении. С одной стороны, наличие в группе пациента, владеющего тем или иным инструментом, можно рассматривать как положительный момент. В этом случае потенциально занимаемая им роль альтернативного ведущего положительным образом будет влиять на динамическую составляющую в группе, а психотерапевт, в свою очередь, получит дополнительную возможность слежения за ходом процесса вообще и групповой динамикой в частности, уменьшится директивность ведения процесса, появится больший простор для корригирующих вмешательств. С другой стороны, излишняя концентрация внимания на таком пациенте, подавление других участников группы, изначально проигрышная позиция «сравнения» мастерства игры может существенно осложнить или даже сорвать групповой процесс. В этом случае, как и во многих других, все будет зависеть от профессионализма ведущего группы, которому необходимо принимать в расчет еще и этот специфический факт при проведении музыкальной терапии. Обычно используется следующая схема построения занятия.

1. Знакомство членов группы друг с другом, разъяснение целей, методов и принципов проведения занятия.
2. Выбор музыкальных инструментов самостоятельно пациентами.
3. «Звуковое приветствие» каждого из участников группы с помощью выбранных инструментов.
4. «Разминка» — общая спонтанная импровизация на музыкальную тему, предлагаемую ведущим (терапевтом) или одним из пациентов.
5. Коллективное обыгрывание известных музыкальных тем.
6. Упражнение «Музыкальные картины». Создание с помощью звуков определенного общего доминирующего настроения или состояния, возникшего при созерцании окружающего. Возможные темы: «погода и времена года», «настроение или чувственное переживание, навеянное погодой, представляемым или реальным пейзажем». Упражнение содержит компонент ролевых игр, так как пациенты неизбежно приходят к распределению ролей (музыкальная картина «осень»: «я буду изображать дождь», «я — завывания ветра» и т.п.).
7. Работа в подгруппах — деление на две-три группы либо попарно. Включение в групповой процесс элемента ролевых упражнений в следующем виде:
 - а) звуковые диалоги;
 - б) музыкальные дуэли (соревновательный компонент);
 - в) проработка определенных ситуаций с использованием механизма конфронтации с жизненными проблемами (например, невербально, посредством инструментов изобразить семейную ссору с последующим примирением, признаться в любви, изобразить просьбу, отказ, уговоры, приглашение и др.).
8. Вербальная часть — рефлексия пациентами по поводу прошедшего занятия. Это крайне важный момент, при исключении которого эффект группового занятия низводится до приятного времяпрепровождения, а роль терапевта — до роли альтернативного массовика-затейника.

В завершающей части занятия проводится обсуждение по следующим пунктам.

1. Мнение пациентов о процессе — общее впечатление от занятия, оценка степени слаженности и сплоченности.
 2. Поочередная индивидуальная рефлексия. Выяснение — изменилось ли состояние и настроение, если да, то каким образом, за счет чего именно, оправдались ли ожидания от группы.
 3. Кого можно выделить из группы — кто активно работал, создавал общее настроение и др. Оценка степени активности участников и распределения ролей (высказывания, адресованные пациентами друг другу, ведущему и т.п.).
 4. Замечания и пожелания к дальнейшему проведению занятий, адресованные пациентами психотерапевту.
 5. Положительное подкрепление — мнение терапевта, краткий анализ прошедшего занятия.
- В целом данную схему с необходимыми изменениями можно использовать и при проведении индивидуальной музыкальной психотерапии.

Модифицированным вариантом группового занятия является интеграция рецептивной музыкотерапии в активный процесс, в рамках которого группа принимает участие в прослушивании той или иной музыки с последующей вербальной рефлексии и дальнейшего «отреагирования» в групповой импровизации возникших в рецептивной фазе настроений, чувств, эмоций, образов. Подобный метод способствует высвобождению аффекта, помогает выработке у пациента способности к более тонкой дифференцировке собственных эмоций с последующей их вербализацией, возможности точнее оценивать эмоциональные состояния окружающих, может оказывать регулирующее влияние на психологический тонус пациентов.

Отдельное внимание в музыкальной терапии уделяется необходимости формирования терапевтического отношения (терапевтического альянса) как неотъемлемого условия

осуществления любой из выше указанных форм, обуславливающего совместное выстраивание контакта между музыкальным терапевтом и пациентом (клиентом) в процессе их взаимодействия [12].

В качестве приоритетных целей применения музыкальной терапии выделяют: установление коммуникации и терапевтического отношения; раскрытие психовегетативных каналов коммуникации; выявление и изменение моделей социального взаимодействия; активацию завершающего развития личности на основе преодоления возникших ранее болезненных проявлений психического дефицита; освоение пробных действий, направленных на решение проблемы [38].

Сферы успешного применения музыкальной терапии в современном обществе обширны и многообразны. Среди них:

- работа с младенцами, детьми, подростками [неонатология, «кричащие дети» (от англ. schrei-babys), детская и юношеская психиатрия, детская юношеская психотерапия];
- психотерапия и психосоматика (классические показания для психотерапевтического вмешательства — невротические расстройства, нарушения питания, нарушения вследствие чрезмерных нагрузок, расстройства личности, соматоформные расстройства);
- психиатрия (широкий спектр заболеваний и расстройств: различные психотические заболевания, такие как шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства, аффективные расстройства, расстройства, связанные с зависимостью; увеличивающееся количество геронтопсихиатрических пациентов и клиентов (пациентов) с пограничными расстройствами (от англ. borderline — расстройства);
- отставание в развитии (умственная, физическая отсталость, множественные отклонения в развитии);
- неврологическая реабилитация (черепно-мозговые травмы, коматозные состояния, афазия);
- внутренняя медицина (эмоциональная проработка физических недугов);
- онкология (копинг-механизмы, неотложная помощь в борьбе с болезнью, в особенности при тяжелых, изменяющих жизненный уклад заболеваниях);
- гериатрия (забота о людях пожилого возраста, уход и врачебная помощь), паллиативная медицина (неизлечимые пациенты), в хосписах (помощь и сопровождение на стадии умирания) [12].

Часть III. Направления и методы психотерапии

Среди общих противопоказаний к применению метода: отсутствие мотивации у пациента, вторичная выгода от заболевания, связанная с желанием получить страховку или пенсию, а также длительное применение музыкальной терапии в качестве эрзаца возможных реальных отношений или из соображений престижности учреждения. Не рекомендовано использование метода для пациентов в остром психозе, для профессиональных музыкантов, суицидальных пациентов и пациентов с зависимыми расстройствами, которые могут использовать музыку в качестве наркотика [40].

Развитие музыкальной терапии в России. Музыкальная терапия развивается и в нашей стране. Не повторяя историю развития данного направления, описанную в представленных обзорных работах, коротко остановимся на процессах последних десятилетий. Впервые с применением пациентами музыкальных инструментов в ходе активирующей терапии отечественные специалисты познакомились в 1997 г. во время участия в работе XI конгресса Всемирной ассоциации динамической психиатрии (WADP) в Мюнхене и посещения Клиники динамической психиатрии «Ментершвайге» (Мюнхен, Германия). Последующие длительные контакты со специалистами данной клиники позволили впервые внедрить в практику новые формы психотерапии, в том числе и музыкальную психотерапию.

Большое влияние на развитие музыкальной психотерапии и подготовку специалистов в нашей стране оказало многолетнее, продолжающееся и в настоящее время, сотрудничество с одним из ведущих в мире специалистов в этой области профессором Г.-Г. Декер-Фойгтом — экс-директором Института музыкальной терапии Высшей школы музыки и театра Гамбурга (Германия), доктором арт-терапии, Президентом Академии постдипломного обучения Фонда им. Герберта фон Караяна (Берлин), соучредителем и членом правления Европейского института для обучающихся без отрыва от производства (Лейк, Швейцария); почетным профессором университетов городов: Тайпи (Тайвань), Будапешта (Венгрия), Таллина (Эстония), Оренбурга (Россия).

Двухлетняя программа подготовки по музыкальной психотерапии, осуществленная под его руководством в Оренбурге и в последующем продолженная в Санкт-Петербурге, способствовали освоению базовых навыков музыкального терапевта, практических основ

направления, углубили наше понимание этой сложной междисциплинарной области деятельности [6]. Своеобразными итогами этого сотрудничества стали два издания учебника по музыкальной терапии (2011, 2021), написанного Г.-Г. Декер-Фойгтом в соавторстве с западноевропейскими коллегами Т. Тиммерманом и Д. Оберэгельсбахер. Обновленный и расширенный перевод учебника (2020) в настоящее время является единственным базовым современным руководством для отечественных специалистов и будет способствовать дальнейшему развитию музыкальной психотерапии в России.

Музикотерапия активно использовалась в советское время и в Российской Федерации в системе помощи детям и подросткам, в том числе с ограниченными возможностями здоровья. Этому способствовали как издания переводной литературы [1], так и многочисленные отечественные публикации [7, 20, 31, 33]. Многолетний опыт Российской благотворительной общественной организации «Центр лечебной педагогики» (Москва) позволил успешно интегрировать музыкальные занятия в комплексную работу с детьми, имеющими различные нарушения развития.

Авторская методика «кантелетерапия» успешно применяется Сергеем Яковлевичем Стангритом — музыкантом и педагогом из Петрозаводска [27]. Кантеле — карело-финский народный инструмент, помимо его автор использует широкий спектр этнических и современных музыкальных инструментов, а также песенный, танцевальный и мелодичный репертуар в активной форме музыкальной терапии. Основная цель метода — нахождение путей взаимодействия с ребенком посредством музыкальной подстройки, особое значение отводится созданию музыкально-терапевтического пространства, в котором все участники эмоционально задействованы и активны.

Большое влияние на распространение и популяризацию музыкальной терапии оказал некоммерческий образовательный интернет-проект «МузТерапевт.Ру» (<http://muzterapevt.ru>, 2012–2019). Проект формировался как открытый информационный ресурс и площадка для профессионального общения практикующих музыкальных терапевтов и других специалистов, использующих музыку как средство терапии, медицинских работников, психологов, работников социальной защиты населения, музыкантов-волонтеров, потенциальных клиентов (пациентов) и заинтересованных организаций и частных лиц» (<https://muzterapevt.ru>, 2012), в том числе благодаря многочисленным семинарам и четырем конференциям-фестивалям с международным участием, посвященным терапевтическому использованию музыки (2015–2018). В настоящее время проект прекратил активную работу и не обновляется, но сайт остается важным информационным ресурсом о музыкальной терапии и музыкальном волонтерстве на русском языке. Основателем и главным редактором ресурса являлась Алиса Апрелева — сертифицированный музыкальный терапевт, неврологический музыкальный терапевт, член Американской музыкально-терапевтической ассоциации (г. Бостон, США). Активная просветительская, образовательная и волонтерская деятельность А. Апрелевой способствовали широкому распространению современных научно обоснованных представлений о музыкальной терапии и привлечению новых специалистов, в том числе и волонтеров [3]. В разные годы в работе проекта «МузТерапевт.Ру» принимали участие Анастасия Бельтюкова, Марина Бялик, Наталья Каменева, Елена Слонимская, Екатерина Фондорка, Антон Черепанов, Екатерина Урлина, Аксана Ковалева-Мусси, Мария Ильченко, Ксения Назарова, Мария Комарова и др. Многие из перечисленных специалистов в настоящее время являются активно практикующими музыкальными терапевтами.

В Российской Федерации существует Ассоциация музыкальных психологов и психотерапевтов (АМПП) (<http://ampp.ru/association.html>) — общественная организация, объединяющая специалистов в области музыкальной психологии и психотерапии. Ее цель — просветительская и обучающая деятельность, раскрывающая возможности музыкальной терапии. Основателем и первым президентом ассоциации являлся В.И. Петрушин — доктор педагогических наук, профессор психологии, автор более 100 печатных работ, в том числе 15 учебников и монографий в области общей психологии, психологии музыки и музыкальной терапии [24], учредитель и главный редактор журнала «Музыкальная психология и психотерапия» (2007–2011). С 2019 г. АМПП возглавляет А.В. Торопова — доктор психологических и педагогических наук, профессор, профессор кафедры методологии и технологий педагогики музыкального образования им. Э.Б. Абдуллина Института изящных искусств Московского педагогического государственного университета, ведущий научный сотрудник Психологического института РАО, президент Российской общенациональной секции по музыкальному образованию (RussSME), представитель России в Совете национальных организаций ISME. А.В. Торопова является экспертом и разработчиком комплексных программ научного обоснования и клинической апробации адресного применения музыкально-терапевтических технологий [28, 29]. Председателем Санкт-Петербургского отделения АМПП является А.С. Ключев — доктор философских наук, профессор, сотрудник Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, профессор кафедры музыкального воспитания и образования Института музыки, театра и хореографии, с 1992 г. работающий в области музикотерапии, один из

инициаторов развития данного направления в Санкт-Петербурге и России, автор многочисленных научных публикаций, в том числе в области музыкальной терапии. В АМПП создано несколько секций-мастерских по музыкальной терапии; так, секцию в работе с особыми детьми возглавляет музыкальный терапевт, дефектолог, специальный психолог Александра Гудимова.

Часть III. Направления и методы психотерапии

РПА в 2019 г. организовала секцию музыкальной терапии, которой руководит Елена Зенкова — музыкальный терапевт, музыкант (фортепиано), исполнитель (лауреат российских конкурсов), преподаватель курса «Основы музыкальной психотерапии» (ОЦ «Психотерапия», Санкт-Петербург).

В Санкт-Петербурге С.М. Бабиным совместно с коллегами (С.Ф. Случевская, М.О. Подсадная, Е.С. Зенкова, Т.Б. Резницкая) с 2014 г. по настоящее время на различных площадках (Институт практической психологии «Иматон», Образовательный центр «Психотерапия») проводятся образовательные программы по музыкальной психотерапии, интегрирующие личный опыт авторов и современные подходы к музыкальной терапии. Секция музыкальной терапии РПА совместно с ОЦ «Психотерапия» приглашает для участия в образовательных проектах ведущих зарубежных специалистов в области музыкальной терапии, таких как Г.-Г. Декер-Фойгт (Германия); Барбара Уилер, сертифицированный музыкальный терапевт, почетный профессор государственного университета Монклер, бывший президент Американской ассоциации музыкальных терапевтов, обладатель премии за выдающиеся достижения в профессиональной области Всемирной федерации музыкальной терапии и Американской ассоциации музыкальных терапевтов; Аксана Ковалева-Мусси (Канада) — сертифицированный музыкальный терапевт (МТА, Канада), неврологический музыкальный терапевт (NMT-Fellow, Канада), зарегистрированный психотерапевт (RP-Qualifying, Канада), магистр музыки в области музыкальной терапии, магистр искусств в области психологии, член Академии Неврологической музыкальной терапии, консул Всемирной федерации музыкальной терапии.

В настоящее время активно проводятся исследования эффективности применения музыкальной психотерапии при различных психических, неврологических и соматических расстройствах. Имеется достаточная доказательная база эффективности ее использования у пациентов с аутизмом, с расстройствами шизофренического спектра, с депрессивными и тревожными расстройствами, с гериатрическими пациентами, в том числе с проявлениями деменции, с пожилыми клиентами с точки зрения положительного влияния на их качество жизни, с детьми и подростками с эмоциональными, поведенческими нарушениями, отставанием в развитии, нарушениями пищевого поведения, в неврологической реабилитации, в паллиативной медицине в форме психологической и духовной поддержки в условиях тяжелой, изменяющей весь жизненный уклад болезни [3, 12].

Эффективность и новизна данного способа привлекают врачей, психотерапевтов и психологов во всем мире. На сегодняшний день университеты многих стран готовят дипломированных специалистов и предоставляют возможность работы над диссертационными исследованиями в этом направлении.

Список литературы

1. (Alvin J., Warwick A.) Алвин Д., Уорик Э. Музыкальная терапия для детей с аутизмом: пер. с англ. М.: Теревинф, 2004. 208 с.
2. Аммон М., Бабин С.М., Казаковцев Б.А. Психотерапия в Оренбургской области и модель динамической психиатрии Г. Аммона: взаимодействие и интеграция // Российский психиатрический журнал. 2004, № 3. С. 59–63.
3. Апрелева А. Музыкант как волонтер: терапевтическое применение музыки в медицинских и социальных учреждениях. М.: Лепта Книга, 2017. 272 с.
4. Бабин С.М. Психотерапия в системе лечения и реабилитации психически больных: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / НИИ им. В.М. Бехтерева. СПб., 2006. 55 с.
5. Бабин С.М. Психотерапия психозов: Практическое руководство. СПб. СпецЛит, 2012. 335 с.
6. Бабин С.М., Резницкая Т.Б., Шувалова Т.В. Музыкальная психотерапия и музыкальная психология: программа последипломной подготовки, уникальный российский опыт // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. 2013, № 6 (23). URL: <http://mprj.ru>.
7. Битова А.Л., Липес Ю.В. Специальные занятия музыкой, ориентированные на стимуляцию экспрессивной речи у детей с тяжелыми нарушениями речевого развития // Педагогика, которая лечит: опыт работы с особыми детьми / Сост. М.С. Дименштейн. М.: Теревинф, 2004. 240 с.

8. Брусиловский Л.С. Музыкаотерапия: Руководство по психотерапии / под ред. В.Е. Рожнова. 3-е изд., доп. и перераб. Ташкент: Медицина, 1985. С. 273–304.
9. Васильева А.В. Динамическая психиатрия — персонализированная модель лечения, ориентированная на личность пациента (к столетию со дня рождения Г. Аммона) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2018, № 3. С. 106–107. DOI: <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2018-3-106-107>.
10. Динамическая психиатрия в ракурсах времени. К столетию со дня рождения. Гюнтер Аммон: Сборник / Под общ. ред. Н.Г. Незнанова, А.В. Васильевой, пер. с нем. В.Д. Вида. М.: Городец, 2019. 568 с.
11. Васильева А.В., Незнанов Н.Г. Психотерапия. Гл. 13.4. С. 699–729 // Психиатрия: Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова; отв. ред. Г.Э. Мазо. 2-е изд., перераб. и доп. М. ГЭОТАР-Медиа, 2021. 768 с. DOI: <https://doi.org/10.33029/9704-6295-9-PSY-2021-1-768>.
12. (Decker-Voigt H.-H., Oberegelsbacher D., Timmermann T.) Декер-Фойгт Г.-Г., Оберэгельсбахер Д., Тиммерманн Т. Учебник по музыкальной терапии. М.: Городец, 2021. 544 с.
13. (Decker-Voigt H.-H.) Декер-Фойгт Г.-Г. Введение в музыкотерапию: пер. с нем. СПб.: Питер, 2003. 205 с.
14. Завьялов В.Ю. Музыкальная релаксационная терапия: Практическое руководство. Новосибирск, 1995.
15. Искандеров М.Н. Метод активной групповой музыкотерапии в комплексном лечении и реабилитации душевнобольных // Вопросы подготовки клинических психологов, специалистов по социальной работе и врачей-психотерапевтов: Материалы 2-го Всероссийского совещания и научно-практической конференции. Оренбург, 2005. С. 116–119.
16. Искандеров М.Н. Активная музыкотерапия. Опыт и перспективы метода в психиатрическом стационаре // Консультативная психология психотерапия. 2010, № 2. С. 132–143.
17. Искандеров М.Н. Активная групповая музыкотерапия в психиатрическом стационаре // Российский психотерапевтический журнал. 2011, № 1. С. 65–68.
18. Искусствотерапия / К. Мартинсоне и др.; пер. с латыш. СПб.: Речь, 2014. 352 с.
19. Ключев А.С. Музыка как средство психотерапевтического воздействия // Психиатрические аспекты общемедицинской практики: Сборник тезисов научной конференции с международным участием. СПб., 2005. С. 275–276.
20. Константинова И. С. Музыкальные занятия с особым ребенком: взгляд нейropsychолога. 3-е изд., испр. и доп. М.: Теревинф, 2018. 392 с.
21. (Laplanche J., Pontalis J.-B.) Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу. пер. с франц. М.: Высшая школа, 1996. 623 с.
22. (Moreno Joseph J.) Морено Джозеф Дж. Включи свою внутреннюю музыку: музыкальная терапия и психодрама. М.: Когито-Центр, 2009. 143 с.
23. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование: Коллективная монография / под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. СПб.: Институт им. В.М. Бехтерева, 2003. 438 с.
24. Петрушин В.И. Музыкальная психотерапия. М.: Композитор, 1997. 164 с.
25. Психотерапевтическая энциклопедия. 3-е изд. / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2006. 944 с.
26. Рощина Е.В. Психологические и психофизиологические основы музыкотерапии. СПб.: Издание кафедры музыкального воспитания РГПУ им. А.И. Герцена, 2001. 10 с.
27. Стангрит С.Я. Музыка мгновений. Опыт практикующего музыкального терапевта. М.: Городец, 2018. 136 с.
28. Торопова А.В. Музыкальная психология и психология музыкального образования. М.: Ритм, 2010. 250 с.
29. Торопова А.В., Львова Т.В. Опыт музыканта в психологической реабилитации детей с психосоматическим профилем личности. М.: Ритм, 2012. 179 с.
30. (Heigl-Evers A., Heigl F., Ott J., Ruger U.) Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. Базисное руководство по психотерапии: пер. с нем. СПб.: ВЕИП; Речь, 2001. 784 с.
31. Эмоциональное и познавательное развитие ребенка на музыкальных занятиях / под ред. Ю.В. Липес. М.: Теревинф, 2006. 48 с.
32. Якупова Г.А. Музыкальная терапия в системе реабилитации больных олигофренией // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1995, № 1. С. 79–81.
33. Яхнина Е.З. Методика музыкально-ритмических занятий с детьми, имеющими нарушения слуха: учебно-методическое пособие. М.: ВЛАДОС, 2000. 272 с.
34. Bruhn H. Musikpsychologie // Lexikon der Musiktherapie / Hrsg. Decker-Voigt H.-H., P.J. Knill, E. Weymann. Göttingen: Hogrefe, 1996.
35. Frank-Bleckwedel E.M. Rezeptive Musiktherapie // Lexikon der Musiktherapie / Hrsg. Decker-Voigt H.-H., P.J. Knill, E. Weymann. Göttingen: Hogrefe, 1996.

36. Frohne-Hagemann I. (Hrsg.) Rezeptive Musiktherapie. Theorie und Praxis. Wiesbaden: Reichert, 2004.
37. Langenberg M. (1994). Цит. по Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. Базисное руководство по психотерапии: пер. с нем. СПб.: ВЕИП; Речь, 2001. 548 с.
38. Oberegelsbacher D. Musiktherapie // Österreichisches Musiklexikon. Bd 3. / Hrsg. R. Flotzinger. Wien: Verlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, 2004. S. 1555.
39. Schmidts R. Musiktherapie in der Dynamischen Psychiatrie // Dynamische Psychiatrie. 1994. Jg. 27. S. 220–231.
40. Schroeder W.C. Musiktherapie // Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapien / Hrsg. C. Reimer, U. Rüger. Berlin; New York: Springer, 2000. S. 262–294.
41. Spintge R. Aspekte zum Fach Musik Medizin // Schulen der Musiktherapie / Hrsg. H.-H. Decker-Voigt. München: Ernst Reinhardt, 2001. S. 387–407.
42. Stumm G., Pritz A. (Hrsg.) Wörterbuch der Psychotherapie. Wien: Springer-Verlag, 2000. S. 13, 445, 597.
43. Weymann E. Zwischentöne. Psychologische Untersuchungen zur musikalischen Improvisation. Gießen: Psychosozial Verlag, 2004.

Часть III. Направления и методы психотерапии

26.4. Танцотерапия

Танцевальная терапия относится к экспрессивным методам терапии, использующим средства самовыражения. Свое развитие метод получил в русле интереса к импровизации в искусстве на рубеже XIX и XX вв. в качестве противопоставления академическим канонам. Сам термин имеет латинское происхождение от *improvisus*, обозначающий «непредвиденный, неожиданный». Основным мотивом становится исследование глубин собственного Я для понимания и выражения первоначального движения, возникающего из креативного потенциала конкретного человека, недеформированного существующими классическими правилами и нормами. Таким образом, танец приобретает функцию инструмента самовыражения и познания себя. В начале XX в. появляется школа свободного танца Айседоры Дункан, где главным становится сосредоточение на собственной личности и поиск танца, который зарождается глубоко внутри тела. Для этого используются упражнения имитации телесных образов, в качестве которых выступали текущая река или картины известных мастеров [6].

Теоретическую основу для танцотерапии подготовили видные психоаналитики, один из которых К.Г. Юнг, утверждавший, что артистические переживания, связанные с процессом самовыражения в символической форме (в частности, в танце), которые он назвал «активным воображением», обладают психотерапевтическим эффектом, а также пробуждают бессознательное, делая его содержание доступным для анализа и катарсического высвобождения [3].

В развитии танцевальной терапии выдающаяся роль принадлежит Рудольфу фон Лабану, который стал одним из основных теоретиков и практиков свободного танца. Он разработал оригинальную двигательную-аналитическую систему, выделив детерминанты динамических составляющих движения через использование дефиниций пространства, времени, силы и потока. Он предложил оценивать само движущееся тело в отношении к окружающей его кинесфере. Р. фон Лабан выделяет следующие параметры для описания динамики движения: пространство (прямое и многофокусное), сила (мощная и легкая), время (быстрое и плавное) и течение (свободное и ограниченное). Это система, где каждое движение может быть описано по любому из этих измерений, составляющих в комбинации восемь базовых усилий, предпринимаемых при совершении действия, позволяет участникам лучше понять и расширить репертуар движений. Он придавал большое значение групповым танцам как возможности для личностного роста и гармонизации личности. Р. фон Лабан противопоставил демонстрации и копированию классического балета активные двигательные эксперименты и импровизацию. Он начинает активно работать с непрофессиональными танцорами в школе своего «выразительного танца», таким образом, танец стал средством самовыражения, доступным широким слоям, и была сформирована теоретическая база для танцевальной терапии, как средства развития креативного потенциала индивида [10].

Ученица Р. фон Лабана Мэри Вигман, выдающаяся представительница немецкого выразительного танца, сходным образом понимала импровизацию как способ поиска тем движений, родившихся «из внутренней необходимости, из творческой неизбежности». Она рассматривает создание танца как процесс, связанный с собственной идентичностью, описывая это «как если бы танец давно дремал во мне, и стоило мне только открыть вентиль, чтобы освободить творческий поток» [5, 13]. Развитие танцотерапии как метода связано с

экспрессивными танцами на заданную тему М. Вигман, с гротескным танцем ее антогонистки Валески Герт. Большой вклад внесла «первая леди» танцевальной терапии Мэриэн Чэйс, работавшая в госпитале в Вашингтоне. Наибольшее развитие получил этот вид терапии в США, где была создана ассоциация танцевальной терапии. Во многом этому способствовала эмиграция ряда революционно для своего времени мыслящих психоаналитиков из Европы. В США танцевальные терапевты работают в тесном сотрудничестве с глубинно-психологически ориентированными психотерапевтическими школами, активно используя танцевальную терапию в клинической практике. Профессиональное объединение танцевальных терапевтов США основывается на определении Э. Вильке — метод, использующий танец и движение в качестве терапевтического средства, которое способствует процессу психической и физической интеграции индивида. В процессе работы терапевт использует телесные движения в качестве средства для установления терапевтических отношений с пациентом и развития его функциональных возможностей в эмоциональной, когнитивной и телесных областях [1].

Танцтерапия — это высокоэффективный метод, поскольку позволяет пациенту получить непосредственный опыт, а не просто вербализировать некие переживания. Движения соответствуют наиболее раннему уровню переживаний и позволяют выразить чувства, трудно облакаемые в слова. Существуют различные методы проведения танцтерапии, различающиеся по уровню структурированности занятия, групповым ритуалам, таким как приветствие, разминка, медитация и другие [11]. Терапевт может занимать различную позицию, быть наблюдателем или активным участником. В методике М. Чейз терапевт сосредотачивает свои усилия на отзеркаливании движений пациента, также терапевт может потенцировать своими движениями контакт членов группы между собой, изменять характер движений пациента. Методы различаются по характеру работы группы, члены группы могут танцевать одновременно, что дает участникам помимо всего возможность прочувствовать свою принадлежность к группе. В группе усиливается чувство сплоченности, особенно если движения происходят под ритмичную музыку, возникает феномен так называемой ритмической синхронизации. Альтернативой является поочередное представление своего танца в группе, когда акцент в работе делается на проявление и развитие самоидентичности [3].

Часть III. Направления и методы психотерапии

Методом, максимально использующим терапевтический потенциал танца как в качестве терапевтического средства, так и средства личностного роста, а поэтому заслуживающим особого внимания, является гуманструктуральная танцтерапия по Г. Аммону. Свой метод Гюнтер Аммон разработал в середине 80-х годов XX в. прежде всего для работы с теми, кому плохо доступны вербальные методы терапии, в первую очередь для пациентов с так называемыми президипальными, архаичными заболеваниями, к которым относятся психозы, личностные расстройства, психосоматические заболевания. Наблюдая за положительной динамикой состояния пациентов, синергическим воздействием танцевальной терапии, которая в значительной степени способствовала прогрессу и усиливала эффект других психотерапевтических методов, применяемых в системе динамической психиатрии, Г. Аммон назвал ее «королевской дорогой к бессознательному», перефразировав известное высказывание З. Фрейда о роли сновидений в психоанализе [4].

Целью танцтерапии являлось достижение и развитие различных личностных структур и целостная работа с ними с использованием телесного языка, в качестве языка образов, вместо логики словесности. В основе этой разновидности танцтерапии лежит добровольный и спонтанный танец отдельных индивидов под выбранную ими музыку, барабаны или без музыки в центре закрытой танцевальной группы, под руководством танцтерапевтов, одного или совместно с котерапевтами, которые также могут представить свой танец в группе, принимая таким образом активное непосредственное участие в процессе. Участники пытаются выразить себя под выбранную музыку, при этом поощряется использование и дополнительных средств, костюмов, грима, рекомендуется танцевать босиком.

Посредством представления в танцах патогенного опыта отношений, полученного на ранних стадиях развития, до овладения способности языковой символизации, становится более зримым, понятным внутриличностная проблематика. Конфронтация и проработка с приобретенными в течение жизни психотравмами, отвержением, покинутостью и другим негативным эмоциональным опытом, конфронтация с деструктивными и дефицитарными составляющими Я-структуры и их интеграция в рамках наверстывающего развития личности являются составными частями танцтерапии. Помимо этого важным элементом является работа с сохранной частью личности и ресурсным потенциалом, которые находятся в центре психотерапевтической работы, они должны быть осознаны, востребованы и укреплены,

таким образом, чтобы они могли быть использованы для выздоровления и дальнейшего развития пациента.

В танцтерапии в первую очередь большое внимание уделяется редукции приступов страха и тревоги, связанных с творческим самовыражением, способствованию развития осознанного ценностного отношения к своему креативному потенциалу. Первоначальная способность к творчеству, которая имеется у каждого ребенка от рождения и которая пострадала вследствие излишнего приспособления к социальным условиям и негативного воздействия социального окружения, должна быть вновь активирована и получить возможности для дальнейшего развития, что является одной из центральных задач терапии [2].

Креативность понимается в учении Г. Аммона как центральная бессознательная функция Я, как творческий личностный потенциал, имеющийся в распоряжении каждого человека с рождения для его развития. Танцтерапия дает пациенту возможность непосредственно узнать свой креативный потенциал. Проживание своих конструктивных качеств означает также ограничение собственного травматического опыта, противопоставление ему новых мыслительных и жизненных возможностей. Раскрытие креативного потенциала всегда связано с конструктивно работающей группой и с социально-энергетическим обменом в ней. Процессы развития креативности происходят, как правило, фазообразно, что манифестирует в изменении танцевального языка пациента [12].

Танцтерапия используется так же как средство диагностики, у терапевта есть возможность непосредственно в ситуации здесь и сейчас оценить ограничения двигательных возможностей пациента, особенности его контакта с группой и ее отдельными членами, с выбранной музыкой и с самим собой. Важными аспектами являются также способность расслабиться, эмоциональность, выражение лица и мимика, способность поддерживать зрительный контакт, положение тела, контакт с полом, преобладание определенных движений и их диапазон, способность выразить себя и к катарсическим переживаниям, а также общее энергетическое впечатление. После танца пациент рассказывает о том, что он хотел передать в нем, о своих переживаниях во время танца, а также получает обратную связь от терапевта и отдельных участников группы. При этом она (обратная связь) должна быть выражена в конструктивной форме. Часто имеются сильные расхождения между тем как воспринимает себя танцор и тем как группа восприняла танец [7]. Акцент при высказываниях делается на связи данного танца с предыдущими (то есть оценивается динамика процесса), а также на контакте с группой и с самим собой, степени спонтанности и свободы движений, соответствии музыки, танца и настроения танцора, опять же возможны высказывания фантазий и свободных ассоциаций, возникших во время танца.

Терапевт также проводит параллели между танцем и конфликтными переживаниями пациента и особенностями его поведения при проведении других форм терапии, если у него есть такая информация. Эта вербальная часть имеет важное значение, поскольку позволяет облечь в слова эмоциональные переживания, рассказать о своих чувствах в безопасной форме для психосоматических и ипохондрических больных. Кроме того, это уникальная возможность интегрировать свои эмоциональные и телесные переживания для пациентов с личностными расстройствами, получить доступ к своим чувствам, для психотических пациентов — установить контакт с другими, получить поддержку. Г. Аммон указывает на то, что феномен социальной энергии играет значительную роль в процессе танцтерапии для развития индивида, его личностного роста и развития, формирования идентичности и целостной структуры Я, что является важными целями как танцтерапии, так и для использования этого метода в группах личностного роста. Для того чтобы способствовать этому процессу, все танцы снимаются на видео, которое затем становится доступным для всех участников группы. При помощи видеосъемки можно проследить развитие в континууме и изменения пациентов, а также у них появляется возможность сравнить свои внутренние ощущения и представления с тем, что отражает видеоматериал, также возможен просмотр танцев с индивидуальным терапевтом или на занятиях в терапевтической группе. Для пациентов со сложностями вербальной коммуникации это часто является прекрасной возможностью рассказать о себе и тем самым получить свое место в группе [8].

Часть III. Направления и методы психотерапии

Существенным недостатком танцевальной терапии является отсутствие базы доказательных исследований ее эффективности. Однако следует отметить, что в последнее время ситуация сдвинулась с мертвой точки; так, в 2019 г. в высокорейтинговом журнале «Фронтирс» был опубликован метаанализ исследований, посвященных танцевдвигательной терапии, где авторы, оговаривая ограничения проведенного исследования, указывают на положительную динамику в плане аккумуляции данных. Они также делают вывод, что этот метод позволяет снизить проявления тревоги и депрессии, а также в значительной степени улучшают навыки

межличностного общения, психомоторные и когнитивные характеристики пациента и его качество жизни [9].

Список литературы

1. Васильева А.В., Незнанов Н.Г. Психотерапия. Гл. 13.4. С. 699–729 // Психиатрия: Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова; отв. ред. Г.Э. Мазо. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 768 с. DOI: <https://doi.org/10.33029/9704-6295-9-PSY-2021-1-768>.
2. Васильева А.В. Динамическая психиатрия — персонализированная модель лечения, ориентированная на личность пациента (к столетию со дня рождения Г. Аммона) // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2018, № 3. С. 106–107. DOI: <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2018-3-106-107>.
3. Васильева А.В. Танцотерапия — терапевтические возможности и варианты проведения // II Всероссийская Научно-практическая конференция «Танцевально-двигательная терапия в реабилитации детей и взрослых различных нозологических групп»: Сборник материалов. СПб.: Нацразвитие, 2019. С. 19–23.
4. Динамическая психиатрия в ракурсах времени. К столетию со дня рождения Гюнтера Аммона: Сборник / Под общ. ред. Н.Г. Незнанова, А.В. Васильевой; пер. с нем. В.Д. Вида. М.: Городец, 2019. 568 с.
5. Левина Т. Мэри Вигман: история выразительного танца // PRO Танец. 2012, № 3. С. 40–44.
6. Матушкина М.В. Танцевальная импровизация: истоки и история развития в начале XX в // Теория и практика общественного развития. 2014, № 9. С. 98–101.
7. Незнанов Н.Г., Аммон М., Бурбиль И., Васильева А.В. Андрогинность — новый гендерный конструкт, усиливающий адаптационный потенциал психического здоровья женщины // Женское психическое здоровье — от истерии к гендерночувствительному подходу / Под общ. ред. Н.Г. Незнанова; авт.-сост. А.В. Васильева, Т.А. Караваева. СПб.: Алеф-Пресс; Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, 2020. С. 355–378.
8. Психотерапия: учебник / под ред. А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой, Н.Г. Незнанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 864 с. DOI: <https://doi.org/10.33029/9704-6485-4-VKN-2022-1-864>.
9. Koch S.C., Riege R.F.F., Tisborn K. et al. Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes: A meta-analysis update // Front. Psychol. 2019. Vol. 10. P. 1806. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01806>.
10. Laban R. von. Der Moderne Ausdruckstanz in der Erziehung. Eine Einführung in die kreative tänzerische Bewegung als Mittel zur Entfaltung der Persönlichkeit. Wilhelmshaven, 2001.
11. Strassel J.K., Cherkin D.C., Steuten L. et al. A systematic review of the evidence for the effectiveness of dance therapy // Altern. Ther. Health Med. 2011. Vol. 17, N. 3. P. 50–59.
12. Vasileva A.V., Neznanov N.G. Dynamic Psychiatry of G. Ammon. Identity through the Group. Saint Petersburg, 2018. 328 p.
13. Wigman M. Tanzerlebnis und Tanzgestaltung // Sprache des Tanzes. Berlin, 1998.

Часть IV. Специальная психотерапия

Глава 27. Психотерапия невротических расстройств

27.1. Мишени психотерапии невротических расстройств

К числу самых сложных как методологических, так и практических вопросов относится определение содержания психотерапевтического процесса, а также выбор тех клинических, психопатологических, индивидуально-психологических характеристик, на которые необходимо направить психотерапевтические интервенции у конкретного пациента в рамках персонализированного подхода. В ходе супервизии часто выявляется, что специалисты затрудняются четко определить какие параметры должны быть подвергнуты изменениям, круг индивидуальных задач, требующих решений о курсе терапии, механизмы и способы воздействий, способствующие достижению основной цели психотерапевтической работы. Одним из ключевых понятий в описании психотерапевтического процесса является понятие «мишени психотерапии». Выбор мишеней при проведении психотерапии позволяет систематизировать психотерапевтическое воздействие, сделать его доступным для описания, воспроизведения и научного исследования.

Подробный анализ различных представлений о понятии «мишени психотерапии» и разработка собственной типологии мишеней проводилась в диссертационном исследовании С.В. Ляшковой. Она отмечает, что в современной научной литературе наблюдается чрезвычайно широкое употребление термина «мишень психотерапии», с одной стороны, и почти полное отсутствие хоть сколько-нибудь четкой коннотации этого понятия — с другой. Описание мишеней психотерапии происходит в различных плоскостях, что создает трудности в определении какой-либо систематики или общей схемы.

В монографии «Интегративная психотерапия» А.Л. Катков пишет, что под определением «психологические мишени» следует понимать особо важные сферы приложения целенаправленной терапевтической активности, адекватная идентификация которых позволяет:

- планировать и осуществлять психотерапевтическое воздействие концентрировано, целенаправленно и с максимальной эффективностью;
- измерять эффективность оказываемого воздействия в системе адекватных индикаторов и параметров;
- разрабатывать либо подбирать наиболее действенные средства терапевтической активности (структурированные психотерапевтические техники), способствующие достижению желаемого результата.

Автор предлагает дифференцировать универсальные и специальные психотерапевтические мишени. Под универсальными подразумевают психические феномены, связанные с процессом и механизмами психотерапевтического изменения. Специальные мишени становятся предметом воздействия структурированных психотерапевтических техник. Например, деформированная система отношений, ценностей, чрезмерные эмоциональные реакции, искаженные когнитивные схемы, неприемлемые поведенческие стереотипы, психофизиологические симптомы, воспринимаемые как болезнь.

В «Справочнике практического психолога» С.Л. Соловьева пишет о том, что психотерапевтическое воздействие адресовано некой психической реальности, психической структуре. Разнообразные психические явления рассматривают в рамках трех возможных феноменов — психических процессов, психических состояний, психических свойств, составляющих психическую структуру личности человека. С точки зрения автора, мишень психотерапевтического воздействия — это личность, отдельные свойства личности либо эмоционально-негативные психические состояния. Психологическое (психотерапевтическое) воздействие может быть направлено на личность человека, его свойства, и тогда это патогенетическая психотерапия, так как она призвана устранять причины психологического страдания. Психологическое (психотерапевтическое) воздействие может быть нацелено и на коррекцию текущих психических состояний и процессов, тогда это симптоматическая психотерапия, поскольку она направлена на симптом, на проявление психологического страдания.

«В том случае, когда мишенью психотерапии выступает личность, мы обычно предполагаем некоторую личностную дисгармонию, некоторое несовершенство, слабость, уязвимость личности, каковые составляют причину психологической проблемы, возникшей под воздействием каких-либо психотравмирующих факторов, с которыми данная личностная структура справиться не может. Тогда задача психотерапии — либо разрешение внутриличностного конфликта, либо гармонизация свойств личности со стимуляцией личностного развития и роста. Однако психологическое страдание не обязательно является следствием несовершенства личности. Человек может быть подвергнут столь мощному воздействию психической травмы, что, какой бы совершенной ни была личностная структура, она неизбежно продуцирует эмоционально-негативное состояние: человек впадает в отчаяние, в тоску, в депрессию. Каждый из нас переживает депрессию в ситуации потери, например, смерти близкого человека, в ситуации развода, разрыва отношений. Вследствие стихийных бедствий (пожар, землетрясение, наводнение) или техногенных катастроф практически у каждого возникает состояние тревоги или страха. Эмоционально-негативное психическое состояние может также сопровождать тяжелые или длительные соматические болезни, острые или хронические межличностные конфликты. В данном случае мишенью психотерапии должна быть не личность, а те психические состояния, в которых она находится. Целью психотерапевтического воздействия является нивелирование эмоционально-негативных психических состояний» (С.Л. Соловьева).

И.Г. Дехтяр в своей работе «Психотерапевтическая мишень в психотерапии» обозначает поиск мишени для интервенции как ключевой процесс в психотерапии любого направления. Он рассматривает мишень и алгоритм ее определения как внеметодическую психотерапевтическую технологию. С его точки зрения, мишень — это внутриличностные механизмы, создающие препятствия для дальнейшего развития. Чаще всего это некая идея, которая носит дезадаптивный характер, с которой связана сильная негативная эмоция и соответствующее поведение. Эта идея обязательно содержит внутреннее противоречие, при этом субъективно носит характер абсолютного закона. Автор различает психотерапевтические мишени в экстренной, краткосрочной и долгосрочной психотерапии. Так, для экстренной психотерапии мишенью служит сильный аффект на высоте кризиса дезадаптации. Для краткосрочной психотерапии — сам кризис дезадаптации. И для долгосрочной психотерапии — личностные особенности, которые служат основой для возникновения кризиса. Для психотерапии медицинской модели автор разделяет так

называемые «нозологические» мишени — симптомы расстройств и личностные мишени — интрапсихические механизмы возникновения расстройства.

Часть IV. Специальная психотерапия

В работе А.Б. Холмогоровой, посвященной созданию многофакторной психосоциальной модели расстройств аффективного спектра и обоснованию на ее основе модели интегративной психотерапии, подробно исследуются психосоциальные факторы возникновения нарушений, которые рассматривают как мишени для психотерапевтического лечения. Мишени, сформулированные как психосоциальные и личностные феномены, такие как «патогенные культурные ценности», «дефицит навыков эмоциональной саморегуляции», «перфекционизм», «дисфункциональные семейные сценарии» и другие, служат для формулирования задач психотерапии. Например:

- 1) развенчание патогенных культурных ценностей (культы сдержанности, успеха и совершенства), изменение негативных установок по отношению к эмоциям;
- 2) развитие навыков эмоциональной саморегуляции через поэтапное формирование рефлексивной способности к остановке, фиксации, объективации (анализу) и модификации дисфункциональных автоматических мыслей;
- 3) коррекция когнитивных искажений;
- 4) трансформация дисфункциональных личностных установок и убеждений: враждебной картины мира, нереалистичных перфекционистских стандартов неверия в собственные силы;
- 5) проработка (осмысление и отреагирование) травматического жизненного опыта и событий семейной истории;
- 6) работа с актуальными дисфункциями структуры, микро- и макродинамики, а также идеологии семейной системы;
- 7) отработка дефицитарных социальных навыков, развитие способности к близким доверительным отношениям, расширение системы интерперсональных связей.

В диссертационном исследовании В.В. Титовой систематизированы существующие в отечественной и зарубежной литературе представления об этиопатогенетических и психосоциальных механизмах развития аддиктивных расстройств. Описаны параметры психологических свойств личности, которые способствуют проявлению дефицита адаптации и формированию аддиктивного поведения. Автор диссертации изучала применение интегративно-развивающей психотерапии для лечения пациентов, зависимых от наркотиков. В описании примененной модели психотерапии предложен перечень используемых психотерапевтических мишеней, применявшихся на разных этапах психотерапевтического лечения. В качестве основных «мишеней» для психотерапевтического воздействия при работе с зависимыми от ПАВ определены:

- 1) структурные составляющие базисного адаптационного дефицита (недостаток развития «зрелых» свойств личности: эмоциональная инфантильность, неадекватная самооценка, экстернальный локус контроля, дефекты саморегуляции, несоответствие между потребностями и возможностью их удовлетворения и проч.);
- 2) патологическое влечение к ПАВ (динамический феномен, имеющий в своей структуре биологический и психологический компоненты);
- 3) патологический личностный статус (обслуживающий синдром зависимости — эпифеномен повторяющихся патологических потребностных циклов, аккумулирующий болезненные установки, ценности, смыслы, стереотипы поведения и весь комплекс соответствующих переживаний);
- 4) невротические переживания;
- 5) социальная дезадаптация;
- 6) мотивация к лечению.

Классификация мишеней. С.В. Ляшковская, проведя глубокий анализ различных подходов к пониманию феномена «мишень психотерапии», разработала классификацию, которая включила пять основных групп психотерапевтических мишеней и описала специфику каждой из выделенных групп (табл. 27.1) [1, 2].

Таблица 27.1. Классификация мишеней психотерапии (Ляшковская С.В.)

Группа мишеней	Название группы мишеней	Сфера определения мишеней психотерапии	Содержание мишеней психотерапии
I группа	Мишени, специфичные для клинической группы	Клинические проявления расстройства у пациентов, проходящих психотерапию	<ul style="list-style-type: none"> Текущие психические состояния и процессы. Негативные аффекты. Симптоматическое поведение

II группа	Мишени, специфичные для личности	Личностные и психологические характеристики пациентов, существенным образом влияющие на возникновение и динамику расстройства (факторы и механизмы этиопатогенеза)	<ul style="list-style-type: none"> Диспозиции, подлежащие усилению или ослаблению, или нормализации. Поведение, подлежащее изменению либо формированию; сфера саморегуляции; паттерны переживаний (отношений)
III группа	Мишени, специфичные для психотерапевтического контакта	Особенности взаимодействия в рамках психотерапевтического процесса	Какая-либо коммуникативная активность пациента или терапевта, подлежащая усилению, ослаблению, или изменению
IV группа	Мишени, специфичные для микросоциальной ситуации	Условия жизни и микросоциального функционирования пациента, в том числе имеющие психогенное и патопластическое влияние на расстройство	<ul style="list-style-type: none"> Особенности семейной адаптации. Особенности профессиональной адаптации. Особенности других аспектов социальной адаптации
V группа	Мишени, специфичные для метода	Теоретические понятия, сформулированные в теориях психотерапевтических методов	<ul style="list-style-type: none"> Механизмы этиопатогенеза. Феномены, подлежащие воздействию посредством технических приемов конкретного метода психотерапии

Часть IV. Специальная психотерапия

I — клинические психотерапевтические мишени (клинические проявления, симптомы); к мишеням I группы относят: симптомы расстройства, текущие психические состояния и процессы, негативные аффекты, симптоматическое поведение.

II — мишени, специфичные для индивидуально-психологических и личностных особенностей пациента, — личностные и психологические особенности пациентов, существенным образом влияющие на возникновение и динамику расстройства. К мишеням II группы относят: личностные характеристики, подлежащие усилению, ослаблению или нормализации; поведение, подлежащее изменению либо формированию; сфера саморегуляции; паттерны переживаний (отношений).

III — мишени, специфичные для психотерапевтического процесса — особенности психотерапевтического взаимодействия в лечебном процессе; к мишеням III группы относят коммуникативную активность пациента или терапевта, подлежащую усилению, ослаблению или изменению; ролевое структурирование, аспекты взаимоотношений.

IV — мишени, специфичные для микросоциальной ситуации — условия жизни и микросоциального функционирования пациента, в том числе имеющие психогенное и патопластическое влияние на расстройство; к мишеням IV группы относят: особенности семейной адаптации, особенности профессиональной адаптации, особенности других аспектов социальной адаптации.

V — мишени, специфичные для психотерапевтического метода — теоретические понятия, сформулированные в терминах психотерапевтических методов. К мишеням V группы относят: механизмы этиопатогенеза; феномены, подлежащие воздействию посредством технических приемов конкретного метода психотерапии.

I группа мишеней. Мишени группы рассматривают в качестве наиболее специфичных для разработки индивидуальной психотерапевтической программы, они связаны с конкретными проявлениями расстройств, определяющими причины обращения пациентов за медицинской помощью, и описываются на языке клинической семиотики (например, тревога, навязчивый страх, невротическая депрессия и т.д.). Наличие этой группы психотерапевтических мишеней в когнитивно-мотивационной схеме психотерапевта важно для интеграции психотерапии в систему медицинской помощи с содержательной стороны. Они не только способствуют формированию клинически ориентированной программы психотерапии, но и обеспечивают профессиональную коммуникацию между врачами-психотерапевтами (например, при проведении в одной лечебной программе индивидуальной, семейной и групповой психотерапии разными специалистами), между психотерапевтом и другими участниками психотерапевтической бригады, между психотерапевтом и руководителем лечебно-профилактического учреждения. Для включения психотерапевтической мишени в эту группу необходимо ее наличие в МКБ-10 или специальных клинических глоссариях.

II группа мишеней. К этой группе относят психотерапевтические мишени, связанные с личностными и индивидуально-психологическими особенностями пациентов. Они напрямую не ассоциированы с конкретным типом невротического расстройства или существующим симптомокомплексом, но их можно рассматривать в качестве существенных элементов этиопатогенеза невротических нарушений, которые являются факторами, определяющими их возникновение и развитие. Примерами таких феноменов могут быть либо устойчивые характеристики личности (проблемы самооценки, алекситимия, тревожность, инфантильность), а также личностные проявления, отражающие эти характеристики, например, межличностный конфликт, зависимые отношения и проч. Психотерапевтические мишени этой группы находятся на границе компетенции врача-психотерапевта и клинического (медицинского) психолога. Психотерапевт занимается межличностными конфликтами в процессе семейной психотерапии или коррекцией зависимых отношений, которые могут быть у пациента, тем самым повышается вероятность его выздоровления.

III группа мишеней. Эти психотерапевтические мишени имеют отношение к психотерапевтическому взаимодействию психотерапевта и пациента. Воздействие на эти мишени необходимо для создания качественных условий проводимой психотерапии. Примерами могут быть феномены, отражающие особенности участия в психотерапии пациента (избегание, пассивность, особенности мотивации к психотерапии, отношение к психотерапевту), психотерапевта (степень директивности или активности, отношение к пациенту, степень открытости) или стиля коммуникации между ними в процессе психотерапии (степень доверия между участниками психотерапевтического процесса). Содержание психотерапевтических мишеней этой группы — описание специфики построения психотерапевтических отношений, качество и особенности психотерапевтического контакта.

IV группа мишеней. Это особенности (параметры) микросоциальной ситуации. Выделение этой группы мишеней необходимо для разделения сфер компетенции специалистов, оно также помогает определять потребность в них [враче-психиатре, клиническом (медицинском) психологе, специалисте по социальной работе, коррекционном педагоге и проч.].

Есть основные причины отнесения феноменов этой группы к компетенции психотерапии: во-первых, учет этих феноменов напрямую влияет на качество психотерапевтического процесса, а часто и на саму возможность его осуществления; во-вторых, специфика микросоциальной ситуации нередко проявляется (или изменяется) только в процессе психотерапии, и фактическая сторона межперсональных сложностей пациента может выступать в качестве определенной части психотерапевтического процесса; в-третьих, привлечение участников психотерапевтической бригады должно в значительной мере учитывать запросы самого пациента (привлечение других специалистов является составляющей программы психотерапии).

Что касается первой причины, то речь, видимо, идет о симптоматическом уровне вмешательства, который возможен в рамках психотерапии любого направления. Однако в клинической психотерапии речь идет именно о затруднениях в обеспечении процесса психотерапии, а не о чем-то самоценном. Иначе говоря, если мы имеем дело с мишенями этого типа, то результативность воздействия на нее может быть необходимой предпосылкой для успеха, но не может быть успехом психотерапевтического вмешательства в целом. Примерами феноменов этого типа могут быть: уровень психологической осведомленности пациента, вовлеченность пациента в актуальную психотравмирующую ситуацию, кризис или напряжение в семье пациента в период течения его невротического расстройства, болезнь другого члена семьи, материальная зависимость пациента от членов семьи и проч.

Часть IV. Специальная психотерапия

Планирование даже краткосрочной динамической психотерапии в клинической ситуации утраты близких было бы неадекватным шагом, а назначение кризисной психотерапии в этой же ситуации на начальном этапе психотерапевтического вмешательства в большей мере учитывало бы интересы пациента.

У группа мишеней. Многие теории при описании мишеней психотерапии оперируют теоретическими конструктами (гипотетическими образованиями типа интрапсихического конфликта), часть из которых можно сопоставить с выявляемыми, проявляемыми или обозначаемыми феноменами. Они составляют группу мишеней, специфичных для психотерапевтического метода. Эти конструкты существуют в представлениях психотерапевта о пациенте и причинах невротического расстройства, определяют поведение психотерапевта по отношению к пациенту, являются теоретическими основаниями отдельных методов и неотделимы от собственно интервенции, предлагаемой этим методом. К примеру, интрапсихический невротический конфликт — это образование, объективизация которого затруднена, но проведение психодинамической психотерапии невозможно без предположения о конфликте такого типа, в противном случае все действия психотерапевта теряют смысл. Для выделения мишеней, специфичных для метода, необходимо соотнесение их не только с теорией личности, лежащей в основе какого-либо метода, но и с концепцией патологии, предлагаемой данной теорией. Выделение этих мишеней позволяет оценивать адекватность метода особенностям психотерапевтического заказа, клинического состояния, специфике личности пациента и клинической ситуации заявленным целям, в том числе во время супервизии.

Таким образом, под термином **«психотерапевтическая мишень»** предлагается рассматривать проявляемый (в процессе психотерапии) пациентом или предполагаемый психотерапевтом клинко-психологический феномен (симптоматические, поведенческие и внутриличностные нарушения, например, тревога, панические атаки, иррациональные когниции, неадекватные паттерны поведения, внутриличностные конфликты или противоречия, патологическая система отношения), изменение которого является целью психотерапевтического воздействия на конкретном этапе лечения и на который направлены психотерапевтические воздействия.

Выбор мишеней на разных этапах психотерапии. Было проведено изучение выбора мишеней врачами-психотерапевтами на разных этапах ЛОРП пациентов с невротическими расстройствами.

Выделялись три основных этапа психотерапии. Первый этап включал диагностику, установление контакта, определение целей и задач психотерапии. Второй этап — основные психотерапевтические интервенции, направленные на достижение поставленных целей. Третий этап — завершающий, включал интеграцию полученного опыта и оценку результатов психотерапии.

Основные усилия терапевта на **I этапе** психотерапии направлены на формирование межличностного контакта, актуальные переживания пациента, симптомы невротического расстройства, мотивацию к более глубокой психотерапевтической работе. Важными для проработки на первом этапе психотерапии являются также такие мишени, как неадекватная внутренняя картина болезни, психотравмирующие переживания, связанные с актуальными неприятными аспектами жизни.

На **II этапе** психотерапии ведущей мишенью становится неосознавание связи симптомов с эмоциональным напряжением, особенностями собственной личности и значимыми аспектами жизни, так называемая связь «личность–ситуация–болезнь». Очевидно, это очень важная мишень для ЛОРП, вокруг которой строятся все дальнейшие интервенции. Основные усилия терапевта на втором (основном) этапе психотерапии направлены также на повышение уровня рефлексии (то есть на расширение сферы осознания своих внутриличностных и межличностных процессов), на проработку внутриличностного конфликта, а также отдельные компоненты этиопатогенеза невротических расстройств — самоотношение, самооценку, трудности в близких отношениях, механизмы психологической защиты, недостаток осознания чувств, сильные негативные эмоции, нарушение саморегуляции, проблемное поведение и другие личностные феномены, участвующие в поддержании невротической системы отношений.

На **III этапе**, заключительном, фокус внимания врача-психотерапевта смещается в сторону поведенческой сферы, приоритетными мишенями становятся недостаточная интеграция терапевтического опыта, неадекватные поведенческие модели, проблемы целеполагания, трудности в решении актуальных сложных жизненных ситуаций. И одной из значимых задач становится преодоление зависимости от психотерапевта и психотерапии.

Уровни дезорганизации при невротических расстройствах. Результатом серьезного исследования И.С. Лысенко, выполненного под руководством Т.А. Караваевой на базе

отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, стало выделение мишеней разного уровня и соответствующих им задач психотерапевтических интервенций для пациентов с невротическими расстройствами. На базе таких основных принципов системного подхода, как целостность, иерархичность, структуризация, множественность и системность, с помощью доказательных методов были выделены три основных уровня дезорганизации при невротических расстройствах [3, 5].

Дезорганизация на внутриличностном (психологическом) уровне включает два основных базисных конфликта: *конфликт неадекватной самооценки и фрустрированную потребность в безопасности и эмоциональном благополучии*.

Конфликт неадекватной самооценки служит ядром личностных нарушений и отражает противоречия в отношении к себе, в оценке своих качеств, возможностей, способностей. Напряжение усугубляется, когда притязания и самооценка не соответствуют реальным возможностям. Это противоречие является центральным в системе отношений личности больных с невротическими расстройствами и не разрешаемым конструктивным способом. Данный конфликт является основой для всех типов невротических расстройств, но его содержание и интенсивность несколько различаются.

Часть IV. Специальная психотерапия

У больных с **истерическим типом** невротического расстройства отмечают расхождения между высоким уровнем притязаний, высокой самооценкой и действительными возможностями. Они тяжело реагируют на снижение самооценки, поскольку уровень притязаний остается высоким, для них непереносимо ощущение своей малозначимости. В связи с чем переоценивают социально привлекательные качества — альтруизм, коммуникативность, доброжелательность, самооценка остается высокой, поддерживая высокий уровень притязаний, но не соответствует реальным возможностям. Таким образом возникает замкнутый круг, нарастает напряжение, формируются условия для развития невротического расстройства.

У больных с **неврастеническим типом** невротического расстройства также отмечается несостоятельность самооценки. Имея высокий уровень притязаний и неспособность его снизить, они предъявляют к себе повышенные требования, стремятся выполнить все необходимые задачи, которые ставят перед ними окружающие. В данном случае снижение самооценки приводит к мобилизации всех возможных ресурсов организма, а в последующем к их истощению и адаптационному срыву. Так что переоценка своих возможностей и формирование неадекватного самовосприятия способствуют постановке целей, требующих чрезмерных усилий, что и приводит к декомпенсации состояния и проявлению клинических нарушений.

У больных с **обсессивно-фобическим типом** невротического расстройства отмечают наиболее выраженные показатели по базовому внутриличностному конфликту. Его уровень достоверно выше по сравнению с другими группами. Данным пациентам свойственны сниженная самооценка, недоверие к себе, высокая степень критичности по отношению к собственным возможностям, сомнения в наличии личностных качеств, достаточных для построения взаимоотношений.

Одной из важнейших составляющих этого уровня дезорганизации при невротических расстройствах является также *неудовлетворенная потребность в безопасности и эмоциональном благополучии*. Будучи важным звеном в мотивационно-потребностной сфере она характерна для всех типов больных с невротическими расстройствами. Пациенты часто испытывают неуверенность, волнение, обеспокоенность, чувствуют тревогу, нуждаются в удовлетворении потребности в безопасности и доверии. Больные с невротическими расстройствами недостаточно осознают данную потребность, несмотря на то, что она является центральной в спектре состояний в различных жизненных условиях. Осознанно больные с невротическими расстройствами скорее стремятся к эмоциональному комфорту и самоутверждению. В группе больных с истерическим типом неудовлетворенность потребности в безопасности тесно взаимосвязана с межличностными и социальными факторами: чувством обиды, возмущением, грустным настроением; у больных с неврастеническим типом эта неудовлетворенность проявляется в большей степени с чувством скуки, эмоциональным дискомфортом; у больных с обсессивно-фобическим типом — снижением потребности в общении, социальной изоляцией.

Социальный уровень дезорганизации проявляется в нарушении социального функционирования, обусловленного неудовлетворенностью потребности в общении. Больные с невротическими расстройствами испытывают не только потребность в установлении контакта с окружающими, но и в реализации способности устанавливать полноценные взаимоотношения с окружающими, то есть эмоционально насыщенные,

основанные на взаимном принятии, понимании и совместной деятельности. У больных с невротическими расстройствами хорошо получается устанавливать контакт, поскольку они стремятся вызывать положительное впечатление о себе, одобрение и принятие, получать сочувствие, понимание и поддержку, избегая открытых конфронтаций. При поддержании же более длительных отношений обнаруживают значительные трудности.

Так, у больных с **истерическим типом** невротических расстройств стремление к демонстрации положительных отношений и желание получать положительный отклик сочетаются с сильным переживанием негативных чувств, недовольства, гнева, раздражения и обид в адрес окружающих, что в конечном итоге приводит к дистанцированию и фрустрации потребности в общении. У больных с **неврастеническим** типом отмечают тенденции соответствовать ожиданиям окружающих, в том числе в ущерб своим собственным потребностям, что приводит к истощению и нарушению взаимности процесса общения. У больных с **обсессивно-фобическим** типом отмечается выраженное внутреннее противоречие между значимыми потребностями и моральными ценностями, психологическая защита срабатывает так, что неприемлемые мысли и чувства оказываются связанными с внешними факторами, и в результате проявляется значительная социальная изоляция.

Выраженность невротической симптоматики и уровень невротичности в структуре невротического расстройства представляют **уровень симптоматической (психофизиологической) дезорганизации** и определяют клинические проявления имеющихся нарушений. Данный уровень отражает наличие выраженного нервно-психического напряжения, нарушения работы вегетативной нервной системы, кроме этого эмоциональную реакцию и субъективную значимость отклонений в функционировании организма. Отмечена замена представлений о психологических механизмах заболевания ложными симптомоцентрированными представлениями, которые являются наиболее очевидными для больных с невротическими расстройствами, по сравнению с внутриличностными и межличностными трудностями.

Настоящая модель уровней дезорганизации соответствует пониманию невротических нарушений с точки зрения биопсихосоциальной концепции психических расстройств и показывает приоритет психогенных механизмов в их формировании. В таком случае определение мишеней и задач психотерапии целесообразно проводить с учетом полученных данных, ориентируясь на нарушения каждого уровня.

Защитно-компенсаторные механизмы (психологические защиты, копинги) можно рассматривать как ресурс личности, они выполняют адаптационную функцию, уменьшая уровень дезорганизации, ослабляя напряженность внутриличностного конфликта и приспособлявая личность к объективным реальным условиям жизни. От гармоничности и эффективности функционирования этой подсистемы зависят выраженность невротического расстройства, уровень внутреннего напряжения, степень дезорганизации и, как следствие, прогноз терапии и качества жизни.

Из трех описанных уровней, тот, что отражает выраженность симптоматики и уровень невротичности, лучше подвержен изменениям, поэтому при проведении психотерапевтической работы с пациентом положительная клиническая динамика происходит раньше, чем обучение устойчивым конструктивным стереотипам социальной коммуникации и, тем более, чем осознание внутриличностного конфликта и реконструирование системы отношений, что становится целью долговременной патогенетической психотерапии. Благодаря эффективному психотерапевтическому воздействию происходят сдвиги в переоценке уровня притязаний в соответствии с реальными возможностями, корректировка отношения к себе. Правильное понимание своих характеристик и способностей, формирование более гармоничного отношения к себе являются внутренними условиями удовлетворения потребности в безопасности и эмоциональном комфорте. Воздействие на все три уровня дезорганизации при невротических расстройствах, повышение зрелости и эффективности психологических защит и формирование системы адаптивных копинг-механизмов позволяют обеспечить достижение более качественного результата на основании дифференцированного, комплексного, персонализированного подхода в лечении пациентов с невротическими расстройствами.

Часть IV. Специальная психотерапия

В соответствии с описанными выше уровнями дезорганизации И.С. Лысенко и Т.А. Караваевой выделены нарушения, характерные как для невротических расстройств в целом, так и специфические для каждого типа, которые позволяют определить мишени психотерапевтического воздействия, сформулировать конкретные задачи, что в свою очередь позволяет увеличить эффективность интервенций, дифференцированно выбирать тактику лечения, создавать условия для персонализированного подхода [4, 6].

Мишени и задачи психотерапии согласно уровням дезорганизации

I. Симптоматический (психофизиологический) уровень дезорганизации.

Общие характерные нарушения, выявляемые при объективизации симптоматического состояния больных с невротическими расстройствами.

1. Высокий уровень тревоги, нервно-психического напряжения, нарушения функционирования вегетативной нервной системы.
2. Избыточная эмоциональная реакция на физиологические изменения соматических функций, связанных с тревогой и нервно-психическим напряжением: у пациентов отмечают повышенное внимание к работе своего организма и субъективную значимость отклонений в функционировании различных органов и систем.
3. Появление невротических симптомов связано преимущественно с соматическими нарушениями, недостаточно осознается роль психологических механизмов в заболевании, что затрудняет формирование мотивации на психотерапию и ее проведение, снижает эффективность и увеличивает длительность лечения.

Мишени психотерапии: тревога, ипохондрическая фиксация, соматоцентрированная внутренняя картина болезни, мотивация на психотерапию.

Задачи психотерапии:

- использование специальных техник, направленных на восстановление саморегуляции и приобретение навыков расслабления, приемов симптоматической психотерапии;
- формирование понимания принципов функционирования организма, особенностей проявления невротической симптоматики, функциональной природы нарушений;
- применение дополнительных приемов для создания психоцентрических представлений у пациентов относительно механизмов их заболевания, осознание причин возникновения заболевания и причин усиления невротической симптоматики;
- установление эффективного психотерапевтического контакта, прояснение терапевтических ожиданий больного, побуждение к активному участию в терапевтическом процессе.

Нарушения, характерные для больных с **истерическим типом** невротического расстройства.

1. Высокая интенсивность жалоб на физиологическую дезадаптацию, небольшая глубина, демонстративность, нарочитость переживаний и совершенно определенная ситуационная их обусловленность. Стремление использовать свою симптоматику в манипулятивных целях.
2. Изменчивая, полиморфная, разнообразная симптоматика. Чаще наблюдают конверсионные нарушения, разного рода фиксированные страхи, развивающиеся под воздействием острых неприятных впечатлений и отличающиеся нестойкостью, зависимостью от малейших изменений окружающей ситуации, изменчивостью, с подчеркиванием тяжести и необычности страдания.

Мишени психотерапии: манипулятивное поведение, демонстративность, стереотипы ситуативного реагирования.

Задачи психотерапии:

- перенос акцента психотерапевтических интервенций на разбор ситуаций, в которых возникают невротические симптомы;
- смещение фокуса в обсуждении на эмоциональную сторону жалоб;
- демонстрирование неэффективности манипулятивного поведения.

Нарушения, характерные для больных с **неврастеническим типом** невротического расстройства.

1. Интенсивность жалоб невысокая относительно других типов расстройства.
2. Отмечаются признаки астенических и депрессивных состояний, жалобы общего характера, такие как внутреннее напряжение, инсомния, головные боли, затруднения в социальных контактах.

Мишени психотерапии: нарушение восприятия сигналов утомления, ощущение напряжения, нарушения сна.

Задачи психотерапии:

- создание благоприятного режима труда и отдыха, обучение пациента приверженности к нему;
- обучение навыкам расслабления, релаксационным методикам, в том числе и с помощью биообратной связи;
- обучение навыкам гигиены сна, коррекция иррациональных установок.

Наиболее характерными нарушениями для больных с **обсессивно-фобическим** типом невротического расстройства являются жалобы на навязчивые, не поддающиеся контролю

мысли, слова, представления, отмечается страх неприятных событий.

Мишени психотерапии: обсессивно-компульсивные проявления, внутреннее напряжение.

Задачи психотерапии:

- десенсибилизация страхов;
- поведенческая терапия навязчивостей, комбинированная с суггестивной психотерапией с целью снижения напряжения.

II. Социальный уровень дезорганизации (межличностные отношения).

Общие характеристики межличностных отношений и социальной адаптации больных с невротическими расстройствами.

1. Больные с невротическими расстройствами достаточно хорошо устанавливают первичный контакт с окружающими. В дальнейшем чувствительность и эмоциональная восприимчивость нарушают установившуюся коммуникацию, в результате избегания конфликтных ситуаций происходит превращение взаимоотношений в однополярные, что затрудняет формирование доверия, открытости и препятствует развитию взаимоотношений.

2. В межличностных отношениях преобладают такие характеристики, как неуверенность, уступчивость, избегание конфронтации.

Мишени психотерапии: недостаточные навыки коммуникации, неуверенность, неконструктивное поведение в конфликтных ситуациях.

Задачи психотерапии:

- формирование представлений о многомерности процесса общения, понимания конфликта как способа прояснить позиции, выработать компромиссное решение;
- проведение тренинга уверенности, настойчивости и обучение построению эмоционально искренних отношений.

Часть IV. Специальная психотерапия

Характерные нарушения для больных с **истерическим типом** невротического расстройства — проявление заботливости и уступчивости в сочетании с выраженной экспрессией, свидетельствующие о том, что тенденции носят, скорее, демонстративный характер, и декларирование приоритета интересов и потребностей окружающих, социально привлекательного поведения происходит с целью получения одобрения со стороны окружающих.

Мишени психотерапии: демонстративное поведение, эгоцентризм, манипулятивность, неискренность.

Задачи психотерапии:

- прояснение истинных чувств: раздражения, обиды, гнева по отношению к окружающим, механизмов их возникновения, коррекция ожиданий в коммуникации;
- формирование представлений об искренней заботливости и симпатии, учет желаний окружающих, ответственности за выбор своего поведения.

Характерные нарушения для больных с **неврастеническим типом** невротического расстройства: в межличностных отношениях реакции внимания, сочувствия, желания помочь, уступчивость, открытое выражение альтруистических качеств проявляются иногда в ущерб собственным интересам.

Мишени психотерапии: уступчивость, перфекционизм.

Задачи психотерапии:

- обучение в межличностном общении учитывать свои интересы, дифференцировать эмоциональное отношение к разным окружающим лицам, отказывать им при необходимости.

Нарушения, характерные для больных с **обсессивно-фобическим типом** невротического расстройства, — сложности в межличностных отношениях, проявляющиеся в избегании социального взаимодействия, восприятии интересов окружающих как противопоставленных собственным.

Мишени психотерапии: недостаточные навыки межличностного общения.

Задачи психотерапии:

- налаживание процесса интеграции интересов окружающих и собственных интересов.

III. Внутрилиchnостный уровень дезорганизации (внутрилиchnостные конфликты).

Общие характеристики внутрилиchnостных конфликтов у пациентов с невротическими расстройствами (патогенетическое звено).

1. Мотивационная сфера и ее направленность характеризуются в большей степени ситуационной обусловленностью и множеством противоречий. В результате рассогласованности намерений, сформированных под действием внутренних мотивационных факторов, в регуляции этой сферы возрастает роль внешних условий, ситуативных факторов, и базовые потребности могут оставаться неудовлетворенными.

2. Противоречия в мотивационной направленности в большей степени проявляются в отношении к себе, к своим интересам и потребностям. С одной стороны, пациенты готовы ориентироваться на интересы окружающих для избегания открытой конфронтации, с другой — испытывают фрустрацию собственных потребностей. Среди мотивов наиболее значимо удовлетворение потребности в безопасности и в установлении доверительных, качественных отношений с окружающими.

3. Нарушены взаимоотношения личности и среды, в которой та находится, снижена адаптация вследствие противоречий между требованиями к личности и не соответствующими ее возможностями.

4. Отмечают противоречия в отношении к себе, неспособность объективной и рациональной самооценки. В описании собственных реакций пациенты с невротическими расстройствами не используют эмоционально-нюансированные оценки, отражающие чувственный компонент переживаний. У них отмечают малую дифференцированность эмоциональных переживаний, сниженную способность анализировать и понимать свои чувства, недостаточную рефлексивность, трудности в распознавании своего отношения к внешним событиям.

Мишени психотерапии: противоречия в формировании мотивов, неадекватная самооценка, недостаточно сформированные ценностные ориентации, нарушенные межличностные отношения, недостаточная эмоциональная рефлексивность.

Задачи психотерапии:

- формирование адекватной самооценки, позволяющей соотносить притязания личности с ее потенциальными возможностями, интегрировать стремления, требования и возможности;
- переориентирование в формировании мотива и организации поведения на внутренние мотивационные факторы, чтобы ситуативно возникающие потребности не расходились с базовыми намерениями;
- изменение представлений о характере взаимоотношений с окружающими, создание условий для совладания с фрустрацией при возникающей конфронтации, обучение установлению истинно доверительных, качественных отношений;
- расширение эмоциональной палитры переживаний с осознанием их, обучение описанию с нюансированными оценками собственных чувств, формирование навыка распознавания эмоций окружающих.

Нарушения, характерные для больных с **истерическим типом** невротического расстройства.

1. В мотивационной сфере отмечают выраженную фрустрацию в конфликтных ситуациях, особенно при негативной критической оценке со стороны окружающих. Характерны противоречия между желанием сохранить независимость, стремлением к самостоятельности, носящие преимущественно декларативный характер, и ожиданием понимания, сочувствия, поддержки со стороны окружающих. Стремление к социально одобряемому поведению сочетается с гедонистическими мотивационными установками.

2. Противоречие между стремлением к позитивной оценке со стороны окружающих и потребностью в индивидуализации, желанием выделяться среди других, что может приводить к нарушению социальных и групповых норм. Желания и ожидания личности расходятся с объективными условиями окружающей среды.

3. Отношение к другим характеризуется высоким уровнем притязаний, требованием от них действий с целью удовлетворения собственных потребностей. Представления о себе имеют завышенный характер, превышают реальные возможности личности. Самооценка обусловлена преимущественно внешними признаками, в частности оценками окружающих, одобрением, отсутствием конфронтации.

Мишени психотерапии: завышенная самооценка, высокий уровень притязаний по отношению к окружающим, инфантильные черты поведения, сниженная фрустрационная толерантность, эгоцентрические ценностные ориентации, манипулятивность.

Часть IV. Специальная психотерапия

Задачи психотерапии:

- проведение интервенций, направленных на осознание внутриличностного конфликта между потребностью в самоутверждении и бессознательным желанием получить обязательное одобрение своих качеств и поступков;
- формирование адекватных притязаний, соответствующих объективным условиям среды, социальным нормам и возможностям личности;
- выработка навыка принятия критических оценок со стороны окружающих, конструктивного, проблемно-решающего поведения в конфликтных ситуациях;
- коррекция иррациональных установок и неоправданных ожиданий, принятие ответственности за свои решения и поступки;
- формирование отношения к себе на основе понимания своих личностных качеств, чувств, мыслей, желаний, вместо акцентирования на атрибутивных аспектах.

Нарушения, характерные для больных с **неврастеническим типом** невротического расстройства.

1. Отмечают противоречия между стремлением к проявлению независимости, самостоятельности, что требует активной личностной вовлеченности, затраты энергии и потребности в отдыхе, спокойствии, ограничении внешних раздражителей, что во многом обусловлено сенсорной чувствительностью, соматизацией эмоциональных переживаний.
2. В связи с отсутствием усвоения сигнала об усиливающейся усталости и астенизации происходит значительное увеличение напряжения в периоды свободного времени, что может приводить к нарастанию истощения.
3. Противоречивое отношение к деятельности вообще, проявляемое в наличии противоположных тенденций в восприятии своих достижений и неудач, в оценке перспективы. Нацеленность на активное приложение усилий и ожидание заведомо завышенного результата сочетаются с опасениями неудачи, формируя основу для перфекционизма.
4. Противоречия между требованиями различных социальных ролей к личности, которым пациенты стремятся максимально соответствовать, и ее возможностями, что способствует усилению тревоги в случае неудачной социальной реализации. Больные с неврастеническим типом невротического расстройства восприимчивы к требованиям со стороны окружающих и чувствительны к ситуациям-неудачам.
5. Противоречивое самовосприятие проявляется в постановке целей, требующих чрезмерных усилий, не соответствующих возможностям личности, что и приводит к декомпенсации состояния и проявлению клинических нарушений, при этом достижения и личный вклад недооцениваются, воспринимаются критично.

Мишени психотерапии: нерациональное целеполагание, неумение определения иерархии потребностей и задач, недостаточно целостное самовосприятие, неадекватная самооценка, перфекционизм, низкая толерантность к неудачам, конформность, неконструктивные поведенческие стереотипы.

Задачи психотерапии:

- формирование понимания необходимости разграничения удовлетворения от выполнения требований со стороны окружающих и подлинное ощущение успеха в результате реализации собственных стремлений, соотношенных с возможностями;
- обучение постановке целей, которые должны соотноситься с собственными желаниями и возможностями, научение временным и организационным ограничениям; при недостижении изначально поставленной цели необходима переориентация на более доступные и приемлемые установки и задачи;
- выработка устойчивых представлений о том, что построение партнерских взаимоотношений необходимо основывать на открытости и учете своих потребностей наряду с потребностями окружающих, формирование навыка создания алгоритма оптимального распределения обязанностей;
- научение восприятия неудачи, негативной оценки деятельности со стороны окружающих, критических замечаний с адекватным эмоциональным ответом, конструктивной переработкой.

Нарушения, характерные для больных с **обсессивно-фобическим типом** невротического расстройства.

1. Неосознаваемая потребность в безопасности, внутренней эмоциональной удовлетворенности, сочетающаяся со сниженным желанием устанавливать контакт с окружающими, со стремлением избегать общения, эмоционально насыщенных контактов; потребность в социальной изоляции.

2. Долженствование, потребность ориентироваться на моральные нормы, опасения неудач и невозможность поступиться собственными желаниями, что формирует склонность к сомнениям, нерешительности и тревоге. Фиксируют страх ситуаций, в которых актуализируется противоречие между желаниями и долгом, между принципами и личностными привязанностями.

3. Противоречивая оценка личностных качеств, стремлений и возможностей, несоответствие стремлений личности ее этическим принципам, противоречия между собственными желаниями и моральными нормами, представлениями о долге, из-за чего больные с обсессивно-фобическим типом невротического расстройства относятся к себе как к объекту моральных норм и в то же время, оставаясь субъектом, имеют свои желания, потребности и представления.

Мишени психотерапии: чрезмерно жесткие моральные принципы, нарушенная система ценностных ориентаций, противоречивые желания, потребности, склонность к сомнениям, нерешительность.

Задачи психотерапии:

- обучение распознавания и удовлетворения базовых потребностей с учетом их иерархии приемлемыми способами как с точки зрения внутренних моральных норм, так и на основании социально обусловленных;
- формирование ощущения безопасности выражения истинных собственных чувств, переживаний, построения доверительных отношений в профессиональной и личной сфере;
- создание системы моральных норм, ценностей, долженствований, не создающей мучительных противоречий, формирование гибких представлений о них.

Часть IV. Специальная психотерапия

Защитно-компенсаторные механизмы (ресурсы личности). Общие характеристики защитно-компенсаторных механизмов у больных с невротическими расстройствами.

1. Неосознаваемое преодоление внутриличностных конфликтов характеризуется использованием незрелых механизмов психологической защиты.

2. Наиболее часто используемые совладающие со стрессом стратегии характеризуются, с одной стороны, неадаптивным принятием собственного бессилия и отступлением, с другой — адаптивным сохранением самообладания, обращением за помощью и оптимизмом.

3. Отмечен высокий уровень ситуативной, приобретенной в течение жизни психической ригидности как состояния в ответ на ситуации, вызывающие тревогу. Психическую ригидность наблюдают в большей степени в эмоциональной сфере как неспособность влиять на эмоциональные переживания, что может формировать резистентность к психотерапии.

Мишени психотерапии: незрелые механизмы психологической защиты, неадаптивные копинг-стратегии, ригидность.

Задачи психотерапии:

- 1) повышение гибкости в эмоциональном реагировании;
- 2) прояснение тревожных мыслей, чувств и импульсов, осознание их истинных причин;
- 3) расширение способов совладающего поведения.

Нарушения, характерные для больных с **истерическим типом** невротического расстройства.

1. Преодоление стрессовых ситуаций чаще реализуют наиболее простыми и доступными способами, соответствующими более ранним стадиям психоэмоционального развития, в поведении они проявляются в виде инфантильности и экспрессивности, ухода от тревоги, используя помощь со стороны окружающих, «значимых старших», часто неприемлемые, тревожащие чувства, мысли, импульсы трансформируются в противоположные тенденции.

2. Снижена адаптивность копинг-стратегий в поведенческой сфере, что проявляется преимущественно в уходе от решения проблем, и частично в эмоциональной, в результате подавления истинных эмоций.

Мишени психотерапии: дефекты в проблемно-решающем поведении, инфантильность, манипулятивность.

Задачи психотерапии:

- 1) переключение на более зрелые механизмы психологической защиты;
- 2) формирование адаптивных копинг-стратегий в поведенческой сфере, таких как сотрудничество и альтруизм, помимо стратегии обращения за помощью;
- 3) обучение навыкам проблемно-решающего поведения.

Нарушения, характерные для больных с **неврастеническим типом** невротического расстройства.

1. Среди механизмов психологической защиты преобладают игнорирование и подавление своих чувств. Неприемлемые импульсы становятся бессознательными, они не находят

разрешения в поведении и сохраняют свои эмоциональные и психовегетативные компоненты.

2. Несмотря на преобладание адаптивных копинг-стратегий, в эмоциональной сфере отмечают неадаптивные тенденции активного подавления эмоций.

Мишени психотерапии: вытеснение, подавление эмоций.

Задачи психотерапии:

1) формирование условий для разрядки подавленных чувств;

2) укрепление адаптивных копинг-стратегий в эмоциональной сфере.

Нарушения, характерные для больных с **обсессивно-фобическим типом** невротического расстройства.

1. Высокая степень напряженности психологических защит, больные данной группы справляются с тревогой и разрешают внутриличностные конфликты преимущественно бессознательными способами. Характерно использование более простых и привычных поведенческих стереотипов; неприемлемые для личности тревожные чувства, мысли, импульсы отрицаются и локализируются вовне.

2. Среди копинг-стратегий отмечено стремление найти личностный смысл в стрессовой ситуации и трудностях, что делает копинг-стратегии в когнитивной сфере наиболее уязвимыми и слабыми.

Мишени психотерапии: незрелые психологические защиты, защитные ритуалы, ограничительное поведение.

Задачи психотерапии:

1) проведение интервенций, позволяющих снизить напряженность психологических защит;

2) создание условий для осознания пациентом проекции собственных тревожных чувств на внешнюю реальность, проявляемые в виде ритуалов и ограничений.

Список литературы

1. Болезнь и здоровье, психотерапия и сопереживание: Сборник научных трудов / Авт.-сост. А.В. Васильева, Т.А. Караваева; под общ. ред. Н.Г. Незнанова. 2-е изд., перераб. и доп. СПб.: Алеф-Пресс, 2019.
2. Васильева А.В., Караваева Т.А., Ляшкова С.В. Типология психотерапевтических целей и изменения состояния пациентов с невротическими расстройствами в ходе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии // Архивы психиатрии и психотерапии. 2017. Т. 19, № 4. С. 22–31. DOI: <https://doi.org/10.33396/1728-0869-2019-12-32-39>.
3. Лим А.В., Исурина Г.Л. Особенности внутриличностных конфликтов и мотивационной сферы у больных с невротическими расстройствами // Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ. 2014, № 2. С. 165–172.
4. Лысенко И.С., Караваева Т.А. Определение психотерапевтических мишеней на основе особенностей мотивационных тенденций у больных с разными типами невротических расстройств // Вестник психотерапии. 2015. Т. 53 (58). С. 7–19.
5. Лысенко И.С., Караваева Т.А. Уровни дезорганизации при невротических расстройствах: психолого-математическое обоснование // Наука и практика российской психотерапии и психиатрии: достижения и перспективы развития: Тезисы научно-практической конференции с международным участием, Санкт-Петербург, 05–06 февраля 2016 г. СПб.: Альта Астра, 2016. С. 52–53.
6. Психотерапия: учебник / под ред. А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой, Н.Г. Незнанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 864 с. DOI: <https://doi.org/10.33029/9704-6485-4-VKN-2022-1-864>.

Часть IV. Специальная психотерапия

27.2. Психотерапия тревожных невротических расстройств

Среди тревожных нарушений невротического уровня чаще всего встречаются паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство и тревожно-фобические расстройства (агорафобия, социальные фобии, специфические (изолированные) фобии) [7].

Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога) — одно из наиболее распространенных психических расстройств, которое проявляется повторными паническими приступами (паническими атаками), часто возникающими спонтанно, непредсказуемо для пациента, без связи со специфическими ситуациями, конкретными объектами, физическим напряжением или опасными для жизни ситуациями, при этом довольно быстро формируется антиципационная тревога — страх ожидания приступа [7, 8].

Паническая атака (паника) представляет собой очерченный кратковременный эпизод интенсивной тревоги с внезапным началом, достигающий максимума в течение нескольких минут, сопровождающийся беспокойством и/или страхом смерти или потери контроля в сочетании с выраженными соматовегетативными нарушениями [1, 5].

В клинической картине панического расстройства ведущее значение имеет периодическое возникновение приступов панических атак различной интенсивности, страх и тревога, ожидание новых приступов, а также высокая вероятность формирования ограничительного поведения.

Типичная картина приступа. Характерное начало с появления симптомов со стороны сердечно-сосудистой системы: внезапно возникшее «сильное сердцебиение», ощущение «перебоев», «остановки», дискомфорта или боли в области сердца [17]. Большинство панических атак сопровождаются подъемом артериального давления, цифры которого могут быть достаточно высокими. По мере снижения интенсивности панической атаки цифры артериального давления снижаются параллельно дезактуализации страха, что может служить надежным диагностическим критерием при дифференциальной диагностике гипертонической болезни с кризовым течением и паническим расстройством.

Наиболее выраженные нарушения в дыхательной системе: затрудненное дыхание, чувство нехватки воздуха с одышкой и гипервентиляцией, «чувство удушья». Описывая приступ, пациенты сообщают, что «перехватило горло», «перестал поступать воздух», «стало душно». Именно эти ощущения заставляют больного открывать окна, балкон, искать «свежий воздух». Приступ может начинаться с ощущения удушья, и в этих случаях страх смерти возникает как следствие «затруднения» дыхания.

Реже наблюдаются желудочно-кишечные расстройства, такие как тошнота, рвота, отрыжка, неприятные ощущения в эпигастрии.

Как правило, в момент панической атаки больной испытывает головокружение, потливость, тремор с чувством озноба, «волны» жара и холода, парестезии, похолодание кистей и стоп. В завершающей стадии приступа могут быть полиурия и/или частый жидкий стул.

Объективно определяют изменение цвета лица, частоты пульса, колебания артериального давления, причем нередко обнаруживается диссоциация между субъективным переживанием вегетативных нарушений больными и их выраженностью при объективном осмотре.

Ключевым отличием панических расстройств от изолированных панических атак является формирование страха ожидания новой панической атаки и, как следствие, охранительного поведения, то есть избегания мест и ситуаций, в которых уже возникла паническая атака (общественного транспорта, большого скопления людей и т.п.).

Характерные вторичные нарушения:

- страх смерти, утрата самоконтроля, сумасшествие;
- избегание какой-либо ситуации, в которой паническая атака возникла впервые;
- вторичные страхи: остаться одному, людных мест, повторных панических атак;
- социальные фобии;
- ипохондрические расстройства;
- депрессивные расстройства;
- злоупотребление алкоголем (с анксиолитической целью);
- зависимость от седативных средств.

По мере продолжения приступов паники они могут связываться с различными жизненными обстоятельствами, которые становятся как бы условными фобическими триггерами.

Панические приступы, возникнув, имеют тенденцию к закреплению и повторяются в сходных ситуациях (места большого скопления людей, общественный транспорт и проч.). У больных возникают тревожные ожидания возможности повторения приступов (антиципационная тревога). Нередко устойчивое чувство страха формируется уже после первого пароксизма и касается той ситуации, в которой он возник (метро, автобус, толпа). Если приступ случается дома, в одиночестве, часто появляется страх одному оставаться дома. Это способствует формированию особого режима ограничительного поведения, так называемого поведения избегания или фобического поведения, которое формируется из ситуации прошлого приступа и способствует возникновению агорафобии.

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) — распространенная и устойчивая тревога и напряжение, развивающееся вне связи с жизненными обстоятельствами, не ограниченными или не вызванными преимущественно какими-либо особыми окружающими обстоятельствами («свободно плавающая тревога»). Заболевание характеризуется хроническим или рекуррентным течением и может приводить к выраженной дезадаптации и повышенному суицидальному риску. Длительность тревожного состояния составляет как минимум 6 мес, не поддается сознательному контролю, его невозможно подавить усилием воли или рациональными убеждениями, при этом интенсивность тревожных переживаний несопоставима актуальной жизненной ситуации пациента. Клиническая картина представлена преимущественно тремя характерными группами симптомов ГТР [7, 20].

Часть IV. Специальная психотерапия

1. Беспокойство и опасения, которые пациенту трудно контролировать и которые длятся больше, чем обычно. Это беспокойство генерализовано диффузно и не фокусируется на специфических проблемах, таких как возможность приступа паники (как при паническом расстройстве), оказаться в затруднительном положении (как при социальной фобии) или оказаться загрязненным (при ОКР).

Другими психическими симптомами ГТР являются раздражительность, повышенная бдительность (гипервигилитет), трудности сосредоточения и чувствительность к шуму (гиперакузия).

2. Мышечное напряжение, которое может выражаться в треморе, неспособности расслабиться, повышенном мышечном тонусе (и быть причиной болей различной локализации), головной боли (обычно билатеральной и часто в лобной и затылочной областях), ноющих мышечных болях, ригидности мышц, особенно мышц спины и плечевой области.

3. Гиперактивность вегетативной нервной системы, которая выражается повышенным потоотделением, тахикардией, сухостью во рту, дискомфортом в эпигастрии, головокружением и другими симптомами вегетативного возбуждения [6–8].

Тревожно-фобические расстройства (ТФР) — группа расстройств, в клинической картине которых преобладают опредмеченная тревога, страх определенных ситуаций или объектов (внешних по отношению к субъекту), не представляющих реальной опасности. В результате больной старается избегать таких ситуаций или вынужден, оказавшись в них, преодолевать чувство страха. Как правило, переживая страх в провоцирующей обстановке, ситуации, пациенты пытаются сопротивляться ему, ослаблять его интенсивность, искать способы борьбы с ним, используя различные приемы и отвлечения [5, 7].

К наиболее частым типам ТФР относят **агорафобию**, которая объединяет довольно хорошо очерченную группу фобий, таких как боязнь остаться без какой-либо помощи вне дома, в толпе, общественных местах, в одиночестве, при переездах, в транспорте, метро, поездах, автобусе, самолете, на мостах и др. Несмотря на то что интенсивность тревоги и выраженность избегающего поведения различны, это наиболее дезадаптирующее из фобических расстройств, приковывающих некоторых пациентов к дому, поскольку они подчас не могут выходить на улицу из-за страхов. В некоторых случаях им это удается в сопровождении близких, которых они считают надежными в ситуации, когда может понадобиться помощь. У лиц с преобладанием истероидного радикала в личностной организации симптоматика может носить демонстративный, манипулятивный характер, заставляя окружающих выполнять желания и капризы пациента. При агорафобии проявление тревоги ограничено следующим ситуациями: толпа, общественные места, передвижения вне дома, путешествие в одиночестве. Избегание фобических ситуаций значительно выражено, вплоть до полного отказа. Пациент в полной мере осознает содержание своего страха, попытки пересилить себя обычно не дают результата или переносятся с большим дискомфортом. В некоторых случаях пациент выбирает компромиссное поведение, например, при необходимости передвижения выбирает не общественный транспорт, а такси, при страхе общественных мест стремится покупать продукты не в больших супермаркетах, а в маленьких магазинах.

Другой частой формой ТФР являются **социальные фобии**, представляющие одну из форм нарушения межперсонального взаимодействия. Страх внимания, негативной оценки со стороны других людей в большинстве случаев носит иррациональный характер и формируется часто в подростковом возрасте, когда негативная обратная связь и комментарии со стороны окружающих воспринимаются особенно остро. Пациент боится в случае попадания в центр внимания негативной реакции со стороны окружающих и фиксируется на этом. Даже в ситуациях, когда другие люди объективно не обращают на него внимание, ему кажется, что взгляды прикованы к нему и оценка его поведения или внешности исключительно негативная, презрительная или насмешливая. Данное расстройство одинаково часто возникает у мужчин и у женщин. Кроме страха оказаться просто в центре внимания нередко встречается страх повести себя не так, не справиться с заданием, совершить смешной или глупый поступок, сказать нелепость, быть осмеянным. Поскольку социальные фобии широко распространены в популяции, и психотерапия играет ведущую роль в лечении этих нарушений, клинические, психологические особенности социальной тревожности и возможные психотерапевтические интервенции будут подробно описаны в отдельной главе.

В качестве третьей большой группы ТФР выделяют **изолированные (специфические) фобии** — психопатологическое расстройство, характеризующееся наличием страха относительно определенного объекта или действия. Часто страх у людей с данной фобией ассоциирован с конкретным объектом, бывшим причиной реальной или воображаемой

опасности в прошлом. Роль пускового механизма при специфической фобии выполняет изолированная ситуация, попадание в нее может вызвать ужас, панику, как при агорафобии или социальной фобии. В момент страха отмечаются яркие вегетативные проявления, вследствие чего формируется выраженное избегание таких ситуаций. Необходимо отметить, что страх носит иррациональный характер и не соответствует реальной опасности объекта или ситуации. Отмечают значительное эмоциональное беспокойство из-за симптомов или из-за стремления избежать ситуаций, при этом у страдающих ТФР присутствует критика, понимание, что фобические переживания чрезмерны или не обоснованы. Страх фобических объектов не обнаруживает тенденции к колебаниям интенсивности, в противоположность агорафобии. Объекты страха иногда появляются в тревожных, кошмарных сновидениях. Выделяют страх объекта (например, животного, насекомого) и страх определенной ситуации (например, высоты, грома, темноты, закрытого пространства, рвоты, мочеиспускания или дефекации, употребления определенных пищевых продуктов, лечения зубов, вида крови или травмы) с необходимостью их избегать. К этой же диагностической категории относят и нозофобии: страх остановки сердца, страх заболеть, чаще всего — лучевой болезнью, онкологическим заболеванием, заразиться венерической инфекцией, ВИЧ-инфекцией, гепатитом С и др. Специфические (изолированные) фобии чаще возникают в детстве или юношеском возрасте и могут существовать десятилетиями. Снижение адаптации зависит от того, насколько легко больной может избежать фобической ситуации. Для достоверного диагноза необходимо убедиться, что психологические или вегетативные симптомы являются первичными проявлениями тревоги, а не вторичными по отношению к другим симптомам, таким как бред или навязчивые мысли; тревога должна ограничиваться определенным объектом или ситуацией; фобическая ситуация избегается, когда только это возможно.

Часть IV. Специальная психотерапия

Лечение тревожно-фобических расстройств. Данные современных научных исследований подтверждают высокую эффективность как психофармакотерапии [применение препаратов групп селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН), бензодиазепиновых и небензодиазепиновых анксиолитиков, атипичных нейролептиков и др.], так и психотерапии (когнитивно-поведенческой, динамической, релаксационной и др.). Имеются исследования, показывающие высокую эффективность сочетанного применения психофармакотерапии и психотерапии. Выбор стратегии терапии и соотношение психофармакотерапии и психотерапии зависят от проявлений клинической симптоматики, этапа лечения, особенностей личности, установок и ожидания пациента, актуальных ресурсов и организационных возможностей и должны гибко оцениваться с учетом персонализированного подхода в каждом конкретном случае. Имеются показания и противопоказания как для психофармакологического, так и для психотерапевтического лечения. Они преимущественно связаны с состоянием пациента, побочными эффектами и организационными условиями. Преимуществами психотерапии являются отсутствие соматических побочных эффектов лечения и, согласно некоторым исследованиям, лучшая сохранность достигнутых результатов. Недостатком — большая стоимость, необходимость еженедельных визитов, критическая значимость личной мотивации и вовлеченности пациента в процесс лечения. Психофармакотерапия требует меньше материальных и временных затрат, но достаточно часто вызывает выраженные побочные эффекты и рецидивы симптоматики после отмены лечения. Препаратами первой линии фармакотерапии тревожных расстройств невротического уровня принято считать антидепрессанты из группы СИОЗС. Доказана эффективность эсциталопрама, пароксетина, циталопрама, сертралина, флувоксамина, флуоксетина, а также антидепрессантов других групп — дулоксетина, миртазапина, венлафаксина, тразадона, трициклических антидепрессантов. Применяются также с целью снижения уровня тревоги, частоты панических атак, выраженности фобических переживаний бензодиазепиновые анксиолитики коротким курсом (до 3–4 нед) — клоназепам, лоразепам, алпразолам, диазепам и небензодиазепиновые анксиолитики (гидроксизин, буспирон, этифоксин). В ряде случаев назначают нейролептики — атипичные антипсихотики в сочетании с антидепрессантами (оланзапин, арипипразол, рисперидон, сульпирид, алимемазин, хлорпротиксен, кветиапин, алимемазин, хлорпротиксен) [2, 3, 7, 9, 10].

Психотерапия является доказанным эффективным методом лечения невротических расстройств. В ряде исследований показана равная эффективность психотерапии и психофармакотерапии при данных нарушениях. Надо отметить, что в целом психофармакотерапия дает более быстрое улучшение состояния и требует меньше усилий пациента, временных и экономических затрат, но симптоматика может возобновляться при отмене медикаментов. Психотерапия, в особенности если психологические механизмы

формирования и поддержания тревожного расстройства играют существенную роль, дает более качественный эффект и более стойкую ремиссию. Оптимальным является сочетание психофармакотерапии и психотерапии, поскольку это в максимальной степени соответствует современной биопсихосоциальной концепции формирования психических расстройств и позволяет реализовать принципы персонализированной медицины, повысить эффективность терапевтических вмешательств. Соотношение психофармакотерапии и психотерапии определяется гибко, в зависимости от индивидуальных клинических проявлений и психологических характеристик пациента. Имеются доказательные исследования в отношении ряда методов психотерапии. Однако необходимо помнить, что дизайн доказательных исследований в психотерапии достаточно сложен, и клиническая практика по многим параметрам отличается от научного эксперимента. Большое количество источников, показывающих эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии, связано, скорее, с возможностью в рамках научных исследований воспроизводить определенные техники, а не с безусловным приоритетом этого метода для пациентов с тревожными расстройствами. Другие методы психотерапии, имеющие на сегодняшний день меньшую доказательную базу, могут быть не менее, а, возможно, в определенных случаях более эффективными, чем когнитивно-поведенческая психотерапия [11, 19].

Противопоказано и/или ограничено психотерапевтическое лечение пациентам, у которых/которые:

- 1) страх перед самораскрытием и преобладанием отрицания в комплексе используемых механизмов психологической защиты;
- 2) недостаточная мотивация к изменениям и очевидной вторичной выгодой от болезни;
- 3) низкая интерперсональная сенситивность;
- 4) не смогут регулярно посещать сеансы психотерапии;
- 5) не будут участвовать в процессе активной вербализации и слушания в индивидуальной и групповой психотерапии;
- 6) характерологические особенности не позволят конструктивно работать в индивидуальной и групповой психотерапии и извлекать из этой работы пользу (которые постоянно отыгрывают свои эмоции вовне в качестве защитной реакции, а не наблюдают за своим психологическим состоянием; или пациенты с серьезным негативизмом или ригидностью).

Когнитивно-поведенческая психотерапия

Когнитивная модель панического расстройства. Пациенты с паническим расстройством склонны рассматривать любой необъяснимый симптом или ощущение как признак неминуемой катастрофы. Главной чертой людей с паническими реакциями является наличие убеждения в том, что их физиологические системы — кардиоваскулярная, респираторная, центральная нервная — потерпят крах. Пациенты с паническим расстройством имеют специфический когнитивный стиль: они неспособны реалистично воспринимать свои ощущения и катастрофически их интерпретируют.

Когнитивная модель ГТР. В мышлении тревожного пациента доминируют темы опасности, то есть он предполагает события, которые окажутся пагубными для него, для его семьи, для его имущества и для других ценностей. Тревожные индивиды испытывают трудность в распознавании сигналов безопасности и других свидетельств, которые уменьшают угрозу опасности.

Когнитивная модель фобий. При фобиях имеется предчувствие физического или психологического ущерба в специфических ситуациях. Если пациент в состоянии избежать подобной ситуации, он не ощутит угрозы и сохранит спокойствие. Если же он попадет в такую ситуацию, то почувствует субъективные и физиологические симптомы тревоги. Страх перед отдельными ситуациями основан на преувеличенном представлении пациента об особых пагубных свойствах этих ситуаций (например, страх высоты, страх собак). При оценочных фобиях имеется страх неудачи в социальных ситуациях. Поведенческие и физиологические реакции на потенциальную «опасность» (отвержение, недооценка, неудача) могут мешать функционированию пациента до такой степени, что вызовут как раз то, чего он боится. Основными мишенями когнитивно-поведенческой психотерапии являются: низкая толерантность к неопределенности; позитивные убеждения относительно беспокорства; отсутствие ориентации на решение проблем; когнитивное избегание [7, 12, 13].

В рамках КПТ не все техники имеют высокую эффективность. Есть исследования, показывающие различную результативность техник этой психотерапии. В некоторых источниках отмечается неэффективность мышечной релаксации, которая в определенных случаях может способствовать фиксации внимания пациента на внутренних ощущениях. Для лечения ГТР могут использоваться следующие техники в рамках КПТ.

1. Когнитивное реструктурирование. Проводятся вмешательства по коррекции ошибочных представлений и интерпретаций телесных сенсаций, что может дополняться экспозицией систематической десенсилизации *in vivo* для получения дополнительной информации, которая будет опровергать ошибочные суждения.

2. Тренировка дыхания. Показана в случае выраженного гипервентиляционного компонента в структуре тревоги. Тренинг также может дополняться принудительной гипервентиляцией с приобретением навыков контроля симптоматики за счет дыхания в мешке.
3. Прикладная релаксация. Использование прогрессивной мышечной релаксации и обучение пациентов навыкам контроля своего физического состояния.

Часть IV. Специальная психотерапия

4. Тренинг по осознанию беспокойства (с записями о времени и содержании беспокоящих мыслей).
5. Тренинг, направленный на осознание и преодоление собственной низкой толерантности к неопределенности.
6. Тренинг, направленный на выработку навыков проблемно-решающего поведения. Могут быть использованы и другие техники КПТ.

Тренировка дыхания проводится в случае выраженного гипервентиляционного компонента, возникающего при выраженной тревоге. В связи с тем, что на фоне стресса возникает диспноэ, которое оценивается, как угрожающее здоровью и провоцирует или усиливает страх, вызванный внешними тревожными стимулами, рекомендуется проводить тренинг по контролю дыхания с последующей когнитивной реатрибуцией значения симптомов. Тренинг может дополняться экспериментальной гипервентиляцией с приобретением навыков контроля симптоматики за счет дыхания в мешке. Ее эффективность не всегда оценивается однозначно и во много зависит от клинических проявлений панического расстройства и установок пациента.

Хороший доказанный эффект имеет **интероцептивная экспозиция** — повышение толерантности к внутренним неприятным ощущениям, которые возникают у пациента во время тревожных приступов и панических атак. Когнитивное реструктурирование и декатастрофизация направлены на коррекцию ошибочных представлений и интерпретаций телесных сенсаций. Может дополняться экспозицией *in vivo* для получения дополнительной информации, которая будет опровергать ошибочные суждения; техникой «привлечение/отвлечение внимания» — внимание пациента при экспозиции может полностью концентрироваться на фобических переживаниях, когда пациент полностью сосредотачивается на своих ощущениях и мыслях, напоминает себе о необходимости не отвлекаться и др. Хорошо зарекомендовала себя техника проведения поведенческих экспериментов, основанная на парадоксальной интервенции, когда условие поведенческого задания предписывает пациенту постараться привлечь внимание окружающих своим нелепым, смешным поведением, к примеру, громко петь на улице, или обратиться к продавцу с неуместным вопросом.

Экспозиция в реальных условиях не всегда повышает эффективность лечения, но может быть полезна для тестирования поведения в реальности и повышения приверженности лечению. Современными вариантами экспозиции является активное использование возможностей виртуальной реальности для ее проведения, к примеру, специальных очков.

КПТ может проводиться как в индивидуальной, так и в групповых формах [7, 14].

Развитие технических возможностей способствовало разработке методик, использующих виртуальную реальность, интернет-технологии, мобильные приложения. Есть исследования, как подтверждающие, так и опровергающие эффективность экспозиции в виртуальной реальности. Имеются данные, что использование КПТ дистанционно не снижает в значительной степени ее эффективности и в дальнейшем можно использовать данную технологию.

Метакогнитивная психотерапия (МКТ) делает акцент на особенностях метакогнитивного блока при тревожных расстройствах («мышление оценивающее мышление»), определяющего восприятие собственных мыслей и когнитивный стиль. В первую очередь — это прецептивно-когнитивный синдром (от англ. *cognitive-attentional syndrome*), основанный на избыточной концептуальной обработке, принимающей формы беспокойства и руминирования, его составляют длинные цепочки преимущественно вербального мышления. Этот конструкт состоит из специфического негативного персеверировующего когнитивного стиля, сочетающего тревожные руминации, беспокойные мысли, катастрофические сценарии и дезадаптивные копинг-стратегии с метаубеждениями о пользе поддержания беспокойства и настороженности, негативные переживания, связанные с невозможностью полностью контролировать свой мыслительный процесс. Включается также постсобытийный когнитивный процессинг, представляющий негативную переработку уже случившегося, что затрудняет интеграцию успешного опыта, приводит к формированию неоправданных тревожных ожиданий. Значимым элементом этой системы является негативное селективное восприятие, сосредоточенное на мониторинге возможных внешних и внутренних угроз, при этом снижается произвольность внимания. Именно благодаря этому конструкту формируется

самоподдерживающаяся система, устойчивое патологическое состояние, лежащее в основе эмоциональных нарушений.

Развитие технических возможностей способствовало разработке методик, использующих виртуальную реальность, интернет-технологии, мобильные приложения. Есть исследования, как подтверждающие, так и опровергающие эффективность экспозиции в виртуальной реальности. Имеются данные, что использование КПТ дистанционно не снижает в значительной степени ее эффективности и в дальнейшем можно использовать данную технологию [16, 18].

При лечении пациентов с паническим расстройством применяется **краткосрочная психодинамическая психотерапия**. Рандомизированные доказательные исследования позволили подтвердить эффективность использования психодинамического подхода в лечении панических расстройств — *PFPP* (от англ. psychodynamic formulation for panic disorder), чему способствовало выделение симптоматических мишеней [7, 15]. Это специфическая структурированная форма психоаналитической психотерапии, в фокусе которой находятся панические симптомы и аспекты психодинамики, ассоциированные с проявлениями паники. Лечение направлено на идентификацию значения панических симптомов, привлечение внимания к проявлениям механизмов психологической защиты, которые подавляют осознание отрицаемых, связанных с паникой чувств, конфликтов и фантазий. В качестве основных техник используются прояснение, конфронтация и интерпретация.

В терапии выделяются *три фазы*, которые не обязательно следуют друг за другом и могут иметь различную продолжительность, в зависимости от особенностей пациента. *Первая фаза* направлена на идентификацию специфического содержания и значения панических эпизодов. Проводится анализ анамнеза пациента для выявления специфических уязвимостей, которые могли способствовать манифестации панического расстройства, такие как специфические репрезентации родителей, психотравмирующие ситуации, трудности в выражении и регуляции чувств гнева и злости. Терапевт в нейтральной манере помогает пациенту вербализовать неосознаваемые или трудно толерируемые фантазии и чувства, к примеру, страх быть покинутым или желания мести. Информация используется для формулирования интрапсихического конфликта, связанного с гневом, развитием личной автономии и сексуальностью. Основная цель — редукция панических симптомов.

Часть IV. Специальная психотерапия

Вторая фаза направлена на выявление психодинамических компонентов, определяющих уязвимость для манифестации и поддержания паники. Наиболее частыми являются конфликтные переживания, связанные с признанием и регуляцией чувства гнева, противоречивые переживания из-за зависимости-автономии с проявлениями сепарационной тревоги, а также конфликты, связанные с проявлениями сексуального возбуждения. Особенности динамики этих отношений проявляются как в обсуждении актуальных отношений пациента, так и со значимыми другими в прошлом. В отношениях с терапевтом эти пациенты часто воспроизводят в реакциях переноса свои конфликты, связанные с гневом, сепарацией и независимостью. Лучшее понимание этих конфликтов помогает разорвать порочный круг, связанный с «паникой перед паникой», и снижает уязвимость для панических симптомов.

Третья фаза (окончания) позволяет проработать конфликты, связанные с гневом и автономией по мере их проявления в контексте окончания лечения и расставания. Терапевт помогает пациенту сфокусироваться на переживании и артикуляции чувств, связанных с окончанием отношений с терапевтом. Лучшее осознание и понимание способствует успешной регуляции этих чувств и снижает вероятность развития выраженных панических атак. Способность выражать гнев в социально приемлемой, не вызывающей страх, форме, является важным достижением терапии. Более высокая ассертивность и способность обсуждать интерперсональные конфликты улучшает психосоциальное функционирование и снижает риск возникновения панических атак.

Пациентам с тревожными расстройствами рекомендуется с целью снижения уровня тревожности, снижения частоты панических атак, для контроля дыхания и мышечного напряжения использование **релаксационных методов** — 10–15 сеансов. Существуют исследования, подтверждающие эффективность релаксационных методов при лечении тревожных расстройств и описывающие их ограниченные возможности. Использование биообратной связи позволяет пациенту обучиться регуляции своего состояния и возможности его мониторингирования.

С целью снижения уровня тревожности, снижения интенсивности фобических переживаний, преодоления социальной тревожности, улучшения коммуникативных навыков, преодоления ограничительного поведения показано проведение **групповой краткосрочной**

интерперсональной психотерапии — 20 сеансов по 1,5 ч — 5 сеансов в нед. Целью этого метода психотерапии являются конструктивные изменения, прежде всего, в межличностной сфере. Они достигаются через раскрытие, анализ, осознание и переработку межличностных проблем пациента и коррекцию его неадекватных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих стереотипов на основе анализа и использования межличностного взаимодействия. В процессе психотерапии, ориентированной на коррекцию неадекватных интеракций, конфликтные отношения пациента утрачивают свой центральный характер. Это влечет за собой снижение выраженности симптоматики. Вторично наблюдается уменьшение и внутриличностной проблематики. Задачи психотерапии также фокусируются, в основном, на трех составляющих самосознания: самопонимании (когнитивный аспект), отношении к себе (эмоциональный аспект) и саморегуляции (поведенческий аспект). Использование в лечении больных с тревожными расстройствами групповой интерперсональной психотерапии позволяет воздействовать на более специфические психотерапевтические «мишени», характерные для данной группы больных — нарастание ограничительного поведения, приводящего к сужению социальных связей, выраженность симптомов социофобического характера, дефицитарность коммуникативной системы и др. Преимущество межличностного подхода заключается в том, что пациент выходит из состояния изоляции, создаются условия для установления контактов с другими людьми, возникает возможность для формирования более адекватной самооценки. Проведение данного вида психотерапии способствует активизации и усилению фактора универсализации, который у данного контингента больных проявляется в изменении и снижении чувства уникальности собственного расстройства, связанного со страхом смерти, сумасшествия, потери контроля. В конечном итоге это приводит к изменению устойчивых неадаптивных стереотипов поведения.

Существует адаптированная для лечения социального тревожного расстройства **модель психодинамической терапии Л. Люборски**. Лечение основано на поддерживающе-экспрессивной терапии Люборски, которая дополняется элементами лечения, специфичными для социального тревожного расстройства. Лечение включает характерные элементы поддерживающе-экспрессивной терапии, то есть постановку целей, сосредоточение на основной теме конфликтных отношений, связанной с симптомами пациента; интерпретативные вмешательства для улучшения понимания метода экспрессивной терапии конфликтных отношений и поддерживающие вмешательства, в частности, укрепление терапевтического альянса. Особое внимание уделяется искаженным представлениям пациентов о себе, стыду и нереалистичным потребностям или специфическим моделям переноса и контрпереноса. Для того чтобы адаптировать модель к лечению социальной тревожности, автором были добавлены такие элементы лечения, как психообразование и поощрение пациента к конфронтации с тревожными ситуациями. Включены также более директивные вмешательства, конкретные предписания, направленные на остановку процесса постоянного самооценивания. Создание безопасного терапевтического альянса является одним из важнейших элементов этой модели лечения, а экспрессивные вмешательства связывают симптомы социального тревожного расстройства с основной темой конфликтных отношений пациента, что снижает выраженность симптоматики социального тревожного расстройства.

Патогенетическим методом лечения невротических расстройств является **личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Б.Д. Карвасарского, Г.Л. Исуриной, В.А. Ташлыкова (ЛОРП)**, разработанная на основе теории отношений В.Н. Мясищева, — метод, направленный на разрешение основных невротических механизмов. Пациентам с тревожными невротическими расстройствами проводят как индивидуальную, так и групповую ЛОРП — 20–30 сеансов [4, 7].

ЛОРП может быть отнесена к отечественному варианту психодинамического направления. Психотерапия направлена на восстановление нарушенной системы отношений больного через изучение специфики личностных расстройств у него, анализ и осознание особенностей формирования системы отношений пациента, патогенной ситуации и невротического конфликта. Сбалансированное использование механизмов лечебного воздействия (конфронтации, эмоционально-корректирующего опыта и научения) позволяет изменять нарушенные отношения больного, учитывая три плоскости ожидаемых изменений (в когнитивной, эмоциональной и мотивационно-поведенческой сферах). Кроме позитивной динамики на уровне симптоматических проявлений, существенно улучшается межличностное, социальное функционирование пациента, качество его жизни.

Часть IV. Специальная психотерапия

Список литературы

1. Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторак С.В. и др. Критерии и алгоритм диагностики панического расстройства // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2015, № 2. С. 3–9.
2. Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторак С.В. Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2016, № 4. С. 42–51.
3. Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторак С.В., Колесова Ю.П. Принципы и алгоритмы психофармакологического лечения тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2016, № 1. С. 3–9.
4. Караваева Т.А., Михайлов В.А., Васильева А.В. и др. Сравнительное исследование эффективности личностно-ориентированной (реконструктивной) и когнитивно-поведенческой психотерапии при тревожных расстройствах невротического уровня с инсомнией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. Т. 118, № 4-2. С. 60–66.
5. Караваева Т.А., Коцюбинский А.П. Холистическая диагностика пограничных психических расстройств. СПб.: СпецЛит, 2017. 286 с.
6. Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторак С.В. и др. Критерии и алгоритм диагностики генерализованного тревожного расстройства // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2015, № 3. С. 124–130.
7. Психотерапия: учебник / под ред. А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой, Н.Г. Незнанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 864 с. DOI: <https://doi.org/10.33029/9704-6485-4-VKN-2022-1-864>.
8. Психиатрия: Национальное руководство / под ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 1008 с.
9. Andrisano C., Chiesa A., Serretti A. Newer antidepressants and panic disorder: A meta-analysis // Int. Clin. Psychopharmacol. 2013. Vol. 28, N. 1. P. 33–45.
10. Bandelow B., Michaelis S., Wedekind D. Treatment of anxiety disorders // Dialogues Clin. Neurosci. 2017. Vol. 19, N. 2. P. 93–107.
11. Barry T.J., Yeung S.P., Lau J.Y.F. Meta-analysis of the influence of age on symptom change following cognitive-behavioural treatment for anxiety disorders // J. Adolesc. 2018. Vol. 68. P. 232–241. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.08.008>.
12. Carpenter J.K., Andrews L.A., Witcraft S.M. et al. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials // Depress. Anxiety. 2018. Vol. 35, N. 6. P. 502–514. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.22728>
13. Cuijpers P., Gentili C., Banos R.M. et al. Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis // J. Anxiety Disord. 2016. Vol. 43. P. 79–89. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.003>.
14. Gersh E., Hallford D.J., Rice S.M. et al. Systematic review and meta-analysis of dropout rates in individual psychotherapy for generalized anxiety disorder // J. Anxiety Disord. 2017. Vol. 52. P. 25–33. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.10.001>.
15. Keefe J.R., Chambless D.L., Barber J.P., Milrod B.L. Treatment of anxiety and mood comorbidities in cognitive-behavioral and psychodynamic therapies for panic disorder // J. Psychiatr. Res. 2019. Vol. 114. P. 34–40. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.04.009>.
16. Meyerbröker K., Morina N., Kerkhof G., Emmelkamp P. Virtual reality exposure treatment of agoraphobia: A comparison of computer automatic virtual environment and head-mounted display // Annual Review of Cyber Therapy and Telemedicine — 2011 / Eds B.K. Wiederhold et al. San Diego, USA: Interactive Media Institute, 2011. Vol. 167: Evidence-Based Clinical Application of Information Technology. P. 40–45.
17. Roy-Byrne P., Craske M., Stein M. Panic disorder // Lancet. 2006. Vol. 368, N. 9540. P. 1023–1032.
18. Stech E.P., Lim J., Upton E.L. Internet-delivered cognitive behavioral therapy for panic disorder with or without agoraphobia: A systematic review and meta-analysis // J. Affect. Disord. 2019. Vol. 257. P. 376–381. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.033>.
19. Swift J.K., Greenberg R.P., Tompkins K.A., Parkin S.R. Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: A meta-analysis of head-to-head comparisons // Psychotherapy. 2017. Vol. 54, N. 1. P. 47–57. DOI: <https://doi.org/10.1037/pst0000104>.
20. Tyrer P., Baldwin D. Generalised anxiety disorder // Lancet. 2006. Vol. 368, N. 9553. P. 2156–2166. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69865-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69865-6).

Часть IV. Специальная психотерапия

27.3. Психотерапия социальных фобий

В последние десятилетия в связи с увеличением численности пациентов с социальными фобиями невротического спектра как в общей популяции, так и в клинической выборке, отмечается повышенный интерес к изучению методов лечения и профилактики данного контингента больных, а феномен социальной тревожности становится предметом интенсивных эмпирических исследований. В то время как тревожность является традиционным предметом исследования в отечественной психологии, исследования такой ее формы, как социальная тревожность, немногочисленны [2, 3]. В развитии социальной тревожности принимают участие многие факторы, эти нарушения в полной мере можно назвать биопсихосоциальными, поскольку в научных исследованиях доказана роль всех этиологических компонентов [30, 41, 65, 66, 68, 70]. Для человека в современном обществе страх публичного унижения, отвержения, потери социального статуса, а также боязнь непонимания и отрицательной социальной оценки сильнее, чем страх одиночества, боли или болезни [4, 10], а социальное тревожное расстройство признано, как одно из самых распространенных тревожных состояний (8–12% мировой популяции) [60]. Социофобические переживания, распространяющиеся не только на оценки со стороны авторитетных фигур, но и на оценки случайных людей, накладывают отпечаток на мировосприятие и поведение человека, затрудняют процесс его самореализации, ухудшают качество жизни и способствуют в конечном итоге социальной дезадаптации [9]. Недаром это расстройство называют «болезнью утраченных возможностей».

В связи с этим проблема психопрофилактики и психотерапии пациентов с социальными фобиями становится объектом пристального внимания со стороны психиатров, психотерапевтов и клинических психологов.

Клинические, психологические аспекты социальных фобий

Застенчивость — психологический феномен, не имеющий четкого определения и представляющий собой тревогу и дискомфорт в социальных ситуациях, в особенности в случаях, включающих оценку авторитетными фигурами, дискомфорт и торможение в интерперсональных ситуациях [14], и страх негативной оценки [5].

Социальная тревожность — тревожность, триггером для которой служат разного рода ситуации социального взаимодействия. Понятие социальной тревожности включает целый ряд явлений, от наиболее мягкой формы — застенчивости до клинического расстройства — социальной фобии или тревожного (уклоняющегося) расстройства личности.

Социальная фобия (от франц. *phobie des situations sociales*) — выраженный страх одной или нескольких ситуаций, связанных с действиями в присутствии других людей и/или страх предполагаемой негативной оценки (критики, насмешки) со стороны других в относительно малых группах, но не в толпе. Это состояние отличается от обычной «застенчивости» тем, что приводит к серьезным нарушениям в жизни субъекта [60]. Социальные ситуации, вызывающие тревогу, избегаются пациентом или переживаются в состоянии дистресса, при этом он понимает, что его страх избыточен и иррационален. Избегающее поведение и тревожность приводят к значительному функциональному ухудшению. В МКБ-10 этот диагноз кодируется шифром F 40.1.

Социальное тревожное расстройство — расстройство, основанное на страхе негативной оценки со стороны окружающих, термин заменивший собой диагноз МКБ-10 — «Социальная фобия», в МКБ-11 шифр 6 BO4.

Клинические характеристики социальных фобий. Диагноз «Социальные фобии» в МКБ-10 (F40.1) имеет следующие критерии.

А. Должен присутствовать один из следующих признаков у диагноза:

- 1) выраженный страх оказаться в центре внимания или страх повести себя так, что это вызовет смущение или унижение;
- 2) выраженное избегание пребывания в центре внимания или ситуаций, связанных со страхом повести себя так, что это вызовет смущение или унижение.

Эти страхи проявляются в социальных ситуациях, таких как прием пищи или общение в общественных местах, случайная встреча знакомых лиц на публике, пребывание в небольших группах (например, на вечеринках, собраниях, в классной комнате).

Б. В то или иное время после начала расстройства должны обнаруживаться минимум два симптома тревоги в пугающих ситуациях, как это определяется критерием Б в F40.

С начала заболевания хотя бы в одном случае должны быть представлены одновременно не менее чем два симптома тревоги в пугающих ситуациях, причем один из них должен относиться к пунктам 1–4 нижеследующего списка:

- вегетативные симптомы:
 - 1) сильное или учащенное сердцебиение;
 - 2) потливость;
 - 3) дрожание или тремор;
 - 4) сухость во рту (но не из-за лекарств или обезвоживания);

- симптомы, относящиеся к телу:
 - 5) затруднения дыхания;
 - 6) чувство удушья;
 - 7) дискомфорт или боли в грудной клетке;
 - 8) тошнота или неприятное ощущение в животе (например, жжение в желудке);
- симптомы, относящиеся к психическому состоянию:
 - 9) чувство головокружения, неустойчивости, обморочности;
 - 10) чувство, что предметы нереальны (дереализация), или что собственное Я отделилось или «по-настоящему находится не здесь» (деперсонализация);
 - 11) страх потери контроля, сумасшествия или наступающей смерти;
 - 12) страх умереть;
- общие симптомы:
 - 13) приливы или чувство озноба;
 - 14) онемение или ощущение покалывания.

Наблюдается также один из следующих симптомов:

- покраснение и «дрожь»;
- страх рвоты;
- позывы или страх мочеиспускания или дефекации.

Часть IV. Специальная психотерапия

В. Выраженное эмоциональное беспокойство из-за симптомов или стремления избежать ситуаций и осознание, что беспокойство чрезмерное или необоснованное.

Г. Появление симптомов тревоги только или по преимуществу в ситуациях, вызывающих страх, или мысли о них.

Д. Наиболее часто используемые критерии исключения. Симптомы, перечисленные в критериях А и Б, не обусловлены бредом, галлюцинациями или другими расстройствами, такими как органическое психическое расстройство (F00–F09), шизофрения и связанные с ней расстройства (F20–F29), (аффективные) расстройства настроения (F30–F39) или обсессивно-компульсивное расстройство (F42), и не являются вторичными по отношению к культуральным верованиям и традициям.

В МКБ-11 эта патология включена в блок L1–6BO «Расстройства, связанные с тревогой и страхом», диагноз «Социальное тревожное расстройство» (6BO4) описан следующим образом: социальное тревожное расстройство характеризуется выраженным и чрезмерным переживанием страха и тревоги, которые постоянно возникают в одной и той же или нескольких публичных ситуациях, таких как социальное взаимодействие (например, в процессе разговора), пребывание на виду (например, во время приема пищи в присутствии других) или выступление на публике (например, произнесение речи). Человек беспокоится, что поведет себя таким образом или проявит такие признаки тревоги, что это вызовет негативную оценку окружающих. От соответствующих публичных ситуаций постоянно пытаются уклониться, либо если они переносятся, то с интенсивным чувством страха или тревоги. Симптомы сохраняются по крайней мере в течение нескольких месяцев и являются достаточно тяжелыми, чтобы вызвать выраженный дистресс или значительные нарушения в личной, семейной, социальной, учебной, профессиональной и других важных сферах функционирования [47, 54, 64].

Дебютируют социальные фобии, как правило, в подростковом возрасте/юности, могут впоследствии нивелироваться либо продолжают на протяжении многих лет с разной интенсивностью [1, 21, 22].

Условно выделяется две формы социальной тревоги.

1. Генерализованная социофобия — пациент боится всех социальных ситуаций, социум оказывает всестороннее влияние, являясь постоянным источником тревожного напряжения и неуверенности в себе. Протекает тяжело, лечение осложнено.

2. Специфическая (изолированная) социофобия. В этом случае пациент реагирует только на определенные социальные ситуации. Протекает более мягко, лечение проходит достаточно успешно.

Индивид испытывает тревогу в социальных ситуациях лишь при совпадении двух условий: 1) высокой мотивации произвести нужное (определенное), чаще положительное впечатление на окружающих; 2) наличии сомнений в том, что это достижимо.

К основным ситуациям, актуализирующим социофобические переживания у пациентов с социальными фобиями, относятся [60]:

- необходимость поддержать разговор;
- публичное выступление;

- участие в театральных постановках и самодеятельности;
- знакомство;
- встречи с противоположным полом;
- игра в оркестре, пение в хоре;
- общение с начальством;
- прием посетителей;
- принятие пищи дома в присутствии других людей, даже членов семьи;
- выполнение работы при посторонних;
- медицинское обследование;
- использование общественного туалета и т.д.

Пациент с социальными фобиями патологически боится пристального внимания со стороны окружающих, подвергнуться насмешкам, критике осуждению, быть униженным, не оправдать чужие ожидания [67].

Основными темами социофобических переживаний этих пациентов являются следующие:

- «люди считают меня плохим»;
- «моя внешность кажется окружающим непривлекательной»;
- «окружающие считают меня глупым»;
- «я смешно и нелепо выгляжу, хожу, разговариваю»;
- «я не оправдаю ожидания значимых мне людей»;
- «я неинтересный человек»;
- «я неотзывчивый, безответственный, несамостоятельный, тревожный, слабый, безынициативный»;
- «у меня ничего не получится», и т.д.

Тревога у пациента с социальными фобиями может достигать такого уровня интенсивности, что провоцирует вторичные когнитивные и соматические симптомы.

К наиболее распространенным вторичным когнитивным проявлениям социофобической симптоматики относятся:

- «пустота» в голове;
- неспособность сконцентрироваться;
- ощущение, что мысли невозможно контролировать, «сумбур в голове»;
- «навязчивое проигрывание» ситуации;
- завышенные требования к себе;
- сосредоточенность на контроле своего поведения.

К наиболее распространенным вторичным физиологическим/вегетативным проявлениям относятся:

- затрудненность дыхания;
- тахикардия;
- тошнота;
- нарушения координации движений;
- покраснение лица;
- урчание в животе, усиление перистальтики;
- гипергидроз.

Усиливает социофобическую симптоматику дополнительное беспокойство, что окружающие заметят смущение пациента, стеснение, неспособность подобрать слова, заикание, а также, что он теряет мысль, потеет, краснеет, у него трясутся руки, дрожит голос, и т.д. Именно поэтому во время обострения болезненной симптоматики он может быть крайне напряжен, всячески стараться избежать контакта с окружающими, не смотреть в глаза собеседнику, испытывать неловкость, предпринимать попытки уйти, убежать, спрятаться [67].

Часть IV. Специальная психотерапия

Следует помнить, что социофобическая симптоматика проявляется у пациентов преимущественно в сравнительно небольших группах людей.

Психологические особенности пациентов с невротическими социальными фобиями.

Пациенты с невротическими социальными фобиями эмоционально лабильны, у них часто меняется настроение, они могут раздражаться без объективного повода, нервничать, плакать. Могут демонстрировать высокую требовательность к себе и самокритичность. Важной мотивацией поведения и ценностной ориентацией для них является стремление произвести

на окружающих хорошее впечатление, выглядеть «хорошими», привлекательными в их глазах. При этом пациенты внутренне искренно убеждены, что все равно о них будут думать плохо, они произведут негативное впечатление. В ожидании потенциально опасной ситуации лица с социофобией заранее продумывают способы избегания социального взаимодействия и уверены в том, что даже при больших усилиях потерпят фиаско при общении с окружающими. Перед триггерной ситуацией, социальным взаимодействием пациенты с социальной фобией представляют в деталях все то, что им кажется может произойти [6, 7]. Вслед за этим возникает тревога, их сознание переполняется образами прошлых неудач, негативными представлениями о себе, предчувствиями о возможных провалах и отвержениях [60]. Подобные размышления приводят к избеганию ситуации межперсонального взаимодействия. Если же социальное событие все же произошло, пациенты с социальной фобией анализируют его малейшие детали, акцентируясь на тех, которые подтверждают негативную схему, таким образом, событие всегда воспринимается более негативно, чем оно было на самом деле [13]. На самом деле в большинстве случаев негативного впечатления социофобические пациенты не производят на окружающих, однако подобные тревожные руминации возникают практически ежедневно, приводя иногда к затруднению засыпания из-за социофобических переживаний. Обычно формированию социальной фобии предшествует низкий уровень социальных навыков, заниженная самооценка и боязнь критики. В анамнезе у таких пациентов нередко можно встретить неудачный опыт взаимоотношений в школьном коллективе, отвержение сверстниками, издевки со стороны педагогов. В родительских семьях также отношение к ребенку способствует формированию заниженных представлений о себе [12, 44, 55]. Патологический страх заставляет человека с социофобией вести себя неестественно в присутствии окружающих людей (коллег, начальства, партнеров). Во время общения у него могут проявляться соматические эквиваленты тревоги, вегетативные нарушения — тревожный взгляд и мимика, покраснение лица, шеи, потливость, тремор рук, дрожание голоса, суетливость или заторможенность, скованность. Он пытается дистанцироваться от окружающих людей, может внезапно выйти из помещения, а иногда обманывает собеседника, придумывая, что ему нужно срочно куда-то идти. Потом больной тяжело переживает о подобном поведении, многократно воспроизводит его в своем сознании, дополняя все новыми негативными деталями [20, 40, 44]. Носители социальной фобии боятся негативной оценки со стороны окружающих, признавая при этом, что их страх гипертрофирован и ничем не обоснован, но не могут его преодолеть [44].

В развитии социального тревожного расстройства описана роль гнева [34, 45]. Пациенты отличаются большей интенсивностью ситуативно испытываемого гнева, склонны испытывать гнев в широком диапазоне ситуаций (спектр гнева), особенно будучи раскритикованными или негативно оцененными, они чаще испытывают гнев при виде несправедливого обращения с другими (реактивный гнев), и более склонны испытывать гнев без провокаций (темпераментно обусловленный гнев), при этом имеют сложности с выражением гнева, а скорее склонны подавлять его или направлять внутрь [8, 46].

Адаптационные трудности пациентов с социальными фобиями негативно влияют на их жизнь, отрицательно сказываясь как на личной жизни, так и на профессиональной сферах, в тяжелых случаях приводят к выраженному нарушению социального функционирования и самоизоляции. Им трудно устанавливать контакты, знакомиться, проявлять инициативу в общении, развивать отношения [51]. В попытке преодолеть коммуникативные затруднения, для преодоления тревожности больные могут начать прибегать к употреблению ПАВ с анксиолитической целью с формированием в дальнейшем вторичной химической зависимости [35, 56, 57]. Кроме того, доказана коморбидность социального тревожного расстройства с депрессией и суицидальным риском.

Этиологические подходы к пониманию социальных фобий. В рамках **эволюционного подхода** социальная тревожность является неотъемлемой частью общественной жизни. С позиции эволюционной психологии различные формы человеческого поведения рассматриваются с точки зрения адаптации к окружающей среде. Согласно эволюционной модели социальной тревожности человечество как вид существует в группах, организованных по принципу иерархии. Принадлежность к социальной группе способствует успешной адаптации, в то время как исключение из группы снижает для индивида возможность выжить и передать свои гены следующему поколению [65, 68]. Иерархия в группах облегчает жизнь их членам, снижая вероятность конкуренции за еду и половых партнеров, а также агрессии членов по отношению друг к другу. Социальная тревога является в этом случае адаптивной функцией, обеспечивающей бдительность к опасности и активацию реакции «борьбы или бегства». Несмотря на субъективный дискомфорт, который она доставляет отдельному человеку, она способствует регулированию социальной жизни, снижает вероятность антисоциального поведения, а на индивидуальном уровне помогает человеку выработать определенные модели поведения и развивать саморегуляцию [23, 71].

В рамках **современного психоаналитического подхода**, известный штутгартский психоаналитик Peter Kutter рассматривает социальное тревожное расстройство как расстройство невротического уровня, подчеркивая активацию у данного контингента больных таких видов психологических защит, как вытеснение и изоляция. Тип конфликта — Эдипов комплекс, тип страха — страх наказания, стыда, оскорбления [5].

Часть IV. Специальная психотерапия

Н.Н. Шурупов отмечает, что этот элемент ощущения стыда свидетельствует о повышенной активности у пациентов с социальным тревожным расстройством инстанции «супер-Эго» [18]. Otto Fenichel рассматривает стыд не только как проявление кастрационной тревоги, но и как архаичного физиологического паттерна, развивающегося в следующей последовательности: восприятие нахождения в центре взглядов окружающих как выражение всеобщего презрения, защитный сигнал от Эго в формулировке «при совершении следующих действий я буду подвергнут разглядыванию и презрению», при невозможности разрядки импульса этот сигнал неэффективен, чувство стыда лавинообразно нарастает и принимает разрушительный характер. Таким образом, Эго под влиянием чувства стыда не только защищается от инстинктивных импульсов, но и может отвергать их [16]. О. Fenichel рассматривает страхи, связанные с пребыванием на публике, выступлением, как защитные реакции от эксгибиционизма или вуайеристического побуждения, являющихся для индивида неприемлемыми и вытесняющимися из сознания.

Карен Хорни считала, что в основе невроза лежит базальная тревога — ощущение небезопасности, пронизывающее все существование индивида, а корни этой тревоги лежат в нарушенных отношениях между ребенком и значимыми другими в его детстве (родителями). При фрустрированной потребности ребенка в безопасности возникает чувство базальной враждебности, неприемлемое для ребенка и поэтому вытесняемое. Однако это чувство, не покидая индивида, а лишь уходя из фокуса сознания, оказывает влияние на дальнейшее взаимодействие ребенка с социумом. Для того чтобы справиться с ним, ребенок выстраивает защитные стратегии, которые использует затем в течение жизни [17, 31].

В рамках **бихевиорального подхода** социальная тревожность рассматривается как одна из простых фобий, в отношении которой применимы универсальные объяснительные модели, характерные для всех фобий в целом и неспецифичные именно для социальной. С точки зрения бихевиоризма, социальная фобия развивается в результате прямого обусловливания (то есть вследствие психотравмирующего события в социальной области — например, опыта отвержения сверстниками), либо в результате наблюдения за подобным поведением (вследствие викарного научения). Для объяснения специфики именно социальной фобии в рамках бихевиорального подхода существует получившая широкое распространение модель дефицита социальных навыков, согласно которой в этиологии социальной фобии большая роль принадлежит несформированным навыкам социального взаимодействия.

Согласно **интерперсональной концепции** самоподдерживающегося интерперсонального цикла человек ожидает от других людей такого же отношения к себе, с каким сталкивался в своем прошлом опыте, и поэтому ему свойственно повторять те поведенческие паттерны, которым он обучился в результате прошлых событий. Человек своим поведением оказывает влияние на окружающих, подтверждая свои ожидания и предположения. Социальная тревожность отрицательно влияет на отношения с окружающими, поэтому пациентам с социальными фобиями свойственны менее удовлетворительные интерперсональные взаимодействия, чем другие люди [67]. Социофобические пациенты отмечают, что у них мало друзей, меньший опыт отношений с противоположным полом, они реже вступают в брак (даже по сравнению с пациентами, страдающими другими тревожными расстройствами). Таким образом, в ситуации опасности социально тревожные пациенты прибегают к поведению, обеспечивающему им безопасность (начинают избегать визуального контакта, закрываются, дистанцируются), что, в свою очередь, вызывает негативную реакцию со стороны окружающих. Возникающий в результате порочный круг проявляется в самовоспроизводящемся цикле негативных интерперсональных отношений.

В рамках **когнитивного подхода** наиболее influentialными остаются две когнитивные модели социальной фобии, разработанные еще в 90-х годах прошлого века (модель социальной фобии D.M. Clark, A. Wells и модель социальной фобии R.M. Rapee, R.G. Heimberg), в которых рассматриваются когнитивные искажения относительно социального взаимодействия. Согласно модели D.M. Clark, A. Wells, у пациентов с социальной фобией в процессе раннего опыта формируется система ложных убеждений относительно себя и окружающего мира, активизирующаяся только в социальных ситуациях и включающая: 1) чрезмерно высокие стандарты в отношении социальных взаимодействий («я должен говорить всегда уверенно и интересно», «я никогда не должен выдавать своего волнения»); 2) убеждения относительно последствий своего поведения («если я не соглашусь с кем-то, меня отвергнут», «если я

выдам свою тревогу, люди подумают, что я глупый, некомпетентный», «если я кому-то не нравлюсь, это моя вина», «то, что другие думают обо мне, и есть правда»); 3) базовые негативные убеждения о себе («я глупый», «я скучный», «я непривлекательный») [27–29]. Такие убеждения приводят к тому, что обычные социальные ситуации начинают представляться индивиду как потенциально опасные, и достижение желаемого уровня социального взаимодействия становится невозможным. Если социальная ситуация оценивается через призму подобных ложных убеждений, уровень тревоги повышается, а многочисленные порочные круги поддерживают дистресс, не позволяя разубедить пациента в его необъективных негативных убеждениях и оценках. Когда пациенты с социальной фобией считают, что существует опасность быть оцененными негативно, они направляют все свое внимание на тщательный самомониторинг и самонаблюдение и, исходя из результатов самонаблюдения, а не по реакции окружающих, делают ложные выводы о том, как они выглядели и что подумали о них окружающие (не проводя различий между «чувствовать себя униженным» и «быть униженным»).

Центральным понятием когнитивной модели социальной фобии R.M. Rapee, R.G. Heimberg является ментальная репрезентация, которая формируется в ситуации социального взаимодействия и представляет собой состоящий из образов долговременной памяти, внутренних ощущений и внешних сигналов собирательный портрет того, каким индивид предстает в глазах окружающих. Пациенты с социальной фобией целиком сосредоточены на внутренних ощущениях, игнорируя внешние сигналы [34, 63]. Согласно представлениям R.M. Rapee и R.G. Heimberg, в детские годы гиперопекающие и сверхинтрузивные родители социофобических пациентов подкрепляли их в убеждении, что они не способны справляться со сложными социальными ситуациями, а также в том, что оценки окружающих имеют большое значение. Пациент с социальной фобией, убежденный в том, что оценка окружающих крайне важна, пытается понять ожидания окружающих и соответствует ли он им, обращаясь при этом к собственной репрезентации. Однако поскольку его репрезентация искажена, он делает вывод о своем несоответствии ожиданиям окружающих и начинает предчувствовать негативные оценки и негативные социальные последствия этих оценок. Подобные негативные ожидания вызывают тревогу и, таким образом, тревога и искаженные саморепрезентации образуют порочный круг, усиливая друг друга. Убеждение о важности внешней оценки и искаженная саморепрезентация способствуют появлению гиперчувствительности к сигналам о возможных негативных последствиях в социальной сфере. Таким образом внимание пациентов с социальной фобией фокусируется на внешних угрозах в социальной сфере, на вызывающих тревогу сигналах о собственном поведении и внешнем виде и на требованиях текущей социальной задачи. К подобному распределению внимания может присоединиться также дефицит социальных навыков, сформировавшийся вследствие избегания социальных ситуаций.

Часть IV. Специальная психотерапия

Принципы психотерапии пациентов с социальными фобиями. Психотерапия является доказанным эффективным методом лечения невротических больных в целом, и пациентов с социальными фобиями, в частности. В отношении этой патологии, исследования показали приоритетное значение психотерапии по сравнению с фармакотерапией, показывающей меньшую эффективность у данного контингента больных [13, 19, 26, 53, 61]. И хотя преимуществом психофармакотерапии является более быстрое симптоматическое улучшение, меньшие временные и экономические затраты, а также меньшие усилия, прилагаемые самим пациентом, в долгосрочной перспективе, медикаментозное лечение недостаточно эффективно, поскольку при этом заболевании ведущая роль принадлежит психологическим патогенетическим факторам и механизмам формирования. Психотерапия дает более качественный эффект и более стойкую ремиссию, позволяет воздействовать на личностные характеристики, изменить иррациональный стиль мышления и сформировать адаптивные паттерны поведения. В случаях с выраженными социофобическими проявлениями оптимальным является сочетание психофармакотерапии и психотерапии, поскольку это в максимальной степени соответствует современной биопсихосоциальной концепции формирования психических расстройств и позволяет реализовать принципы персонализированной медицины, повысить эффективность терапевтических вмешательств. Имеются доказательные исследования в отношении ряда методов психотерапии. Однако необходимо помнить, что дизайн доказательных исследований в психотерапии достаточно сложен и клиническая практика по многим параметрам отличается от научного эксперимента. Многочисленными РКИ и метааналитическими исследованиями доказана эффективность КПТ при лечении социальных фобий невротического уровня, последняя признана «золотым стандартом» нефармакологического лечения социального тревожного расстройства, что скорее связано с возможностью в рамках научных исследований

воспроизводить определенные техники, а не с безусловным приоритетом этого метода для указанной группы больных.

Когнитивные техники КПТ, которые могут проводиться как индивидуально, так и в группе, нацелены у пациентов с социальной фобией на неадаптивные мысли и установки, а поведенческий компонент сводится к экспозиционной терапии. Доказано, что экспозиционная терапия может давать эффект без добавления других компонентов КПТ, а эффективность КПТ с акцентом на межличностные отношения сравнима по результату со стандартной КПТ, но, помимо этого, еще и повышает степень удовлетворенности межперсональными отношениями. Имеются публикации, демонстрирующие более низкую эффективность интерперсональной психотерапии относительно традиционной КПТ. Хотя ряд исследований говорит о предпочтительности индивидуальной психотерапии, метаанализы не обнаружили значительной разницы в эффективности индивидуальной и групповой КПТ. Менее эффективной, но способной улучшить состояние при социальном тревожном расстройстве является и когнитивная психотерапия, основанная на осознанности. Другие методы психотерапии, имеющие на сегодняшний день меньшую доказательную базу, могут быть не менее эффективными в лечении пациентов с социальными фобиями, чем КПТ. В лечении социальных фобий невротического уровня доказали свою эффективность методы, использующие технологии виртуальной реальности для создания экспозиции и формировании толерантности к фобическим стимулам, а также ИКПТ (КПТ с помощью Интернета) [9, 15, 32, 33, 37, 42, 43, 69].

В лечении пациентов с социальными фобиями рекомендованы психотерапевтические интервенции (коррекция иррациональных установок, помощь в осознании внутриличностных противоречий и психологических механизмов, лежащих в основе болезненного расстройства, реконструкция нарушенной системы отношений личности, повышение социальной компетенции, помощь в преодолении ограничительного поведения и выработке навыков более эффективного общения, обучение методам релаксации) в сочетании с психофармакотерапией. Соотношение психофармакотерапии и психотерапии определяется гибко в зависимости от индивидуальных клинических проявлений и психологических характеристик пациента [9, 19, 37, 69].

Когнитивно-поведенческая психотерапия. Пациенты с социальными фобиями склонны проявлять повышенное внимание к себе при взаимодействии с окружающими, вследствие ложного убеждения в том, что другие могут видеть их беспокойство. Фиксируясь на избыточном самонаблюдении, и одновременно недостаточном наблюдении за другими людьми, они сосредотачиваются на негативных реакциях и склонны интерпретировать неоднозначную и нейтральную обратную связь исключительно в негативном ключе, что приводит к неверным выводам о том, как их воспринимают окружающие. Ложные когнитивные установки вызывают избегание социальных ситуаций и/или широкое использование безопасного поведения (например, избегание зрительного контакта, тихий голос, зажатая поза, уход от общения).

С позиций КПТ, в основе социофобических переживаний лежат ошибки мышления и нерациональные когнитивные схемы, которые способствуют ошибочной обработке информации, поступающей из социальной среды, и неверной интерпретации фактов объективной реальности [9, 11, 39, 62].

С целью снижения социальной тревоги и напряжения, возникающих в процессе межличностного взаимодействия, изменения иррациональных установок и овладения навыками адаптивного мышления и поведения, пациентам с социальным тревожным расстройством рекомендуется проведение в среднем 10–20 сеансов когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ) [9, 39, 48].

Мишенями когнитивно-поведенческой психотерапии при лечении социального тревожного расстройства являются: низкая толерантность к неопределенности; позитивные убеждения относительно беспокойства; отсутствие ориентации на решение проблем; когнитивное избегание.

В качестве основных техник КПТ при работе с пациентами с социальными фобиями используют когнитивное реструктурирование — проводят вмешательства по коррекции ошибочных представлений. Это может дополняться рядом методик:

- экспозицией *in vitro* для получения дополнительной информации, которая будет опровергать ошибочные суждения;
- interoцептивной экспозицией — повышение толерантности к внутренним неприятным ощущениям, которые возникают у пациента во время социофобического переживания;
- экспозицией *in vivo* — проведение повторных приближенных к условиям реальности поведенческих тренировок для получения дополнительной информации, которая будет опровергать ошибочные суждения;
- привлечением/отвлечением внимания — внимание пациента при экспозиции может полностью сосредотачиваться на социофобических переживаниях, когда пациент

полностью погружается в свои ощущения и мысли, напоминает себе о необходимости не отвлекаться и др.

Хорошо зарекомендовала себя техника проведения поведенческих экспериментов, основанная на парадоксальной интенции, когда условие поведенческого задания предписывает пациенту постараться привлечь внимание окружающих своим нелепым, смешным поведением, к примеру, громко петь на улице или обратиться к продавцу с неуместным вопросом [9].

Экспозиция в реальных условиях не всегда повышает эффективность лечения, но может быть полезна для тестирования поведения в реальности и повышения приверженности лечению [38].

В настоящее время для проведения экспозиции активно используют программы виртуальной реальности, которые позволяют проводить дозированную персонализированную экспозицию в сочетании с релаксационными техниками в безопасных условиях психотерапевтического кабинета [24, 36, 59].

Согласно рекомендациям Национального центра по вопросам сотрудничества в области психического здоровья Великобритании «золотым стандартом» в лечении социального тревожного расстройства признана индивидуальная КПТ в рамках модели D.M. Clark, A. Wells и модели R.M. Rapee, R.G. Heimberg [58].

Часть IV. Специальная психотерапия

Для индивидуальной КПТ по модели D.M. Clark, A. Wells лечение должно состоять из 14 сеансов продолжительностью 90 мин в течение 4 мес и включать:

- психообразование о социальной тревожности;
- практические упражнения для демонстрации негативных последствий сосредоточенного на себе внимания и безопасного поведения;
- видеообратную связь, чтобы исправить искаженную негативную самооценку;
- систематическое обучение внешнему вниманию;
- поведенческие эксперименты в течение сеанса для проверки негативных убеждений с помощью связанных домашних заданий;
- обучение «переписыванию отношения», чтобы справиться с проблемными воспоминаниями о социальной травме;
- изучение и изменение основных убеждений;
- модификацию проблемной обработки до и после события;
- профилактику рецидивов.

Индивидуальная КПТ по модели R.M. Rapee, R.G. Heimberg должна состоять из 15 сеансов продолжительностью 60 мин и 1 сеанса продолжительностью 90 мин в течение примерно 4 мес и включать:

- психообразование о социальной тревожности;
- когнитивную перестройку;
- постепенное взаимодействие с вызывающими тревогу социальными ситуациями, как на сеансах лечения, так и в качестве домашней работы;
- изучение и изменение основных убеждений;
- профилактику рецидивов.

При работе с пациентами с социальным тревожным расстройством в рамках КПТ в качестве наиболее эффективной признана групповая терапия в таких формах, как тренинг самоутверждения, тренинг повышения уверенности в себе (ассертивный), тренинг социальных навыков.

Пациенты с социофобией стремятся избегать групповых форм работы как субъективно психотравмирующих, не позволяющих включить привычные механизмы «безопасного» поведения, однако страх перед групповой работой преодолевается благодаря присутствию других пациентов с похожей проблематикой, их искренней поддержки и заботы. В рамках социально-психологических тренингов, участники группы с помощью психотерапевта проигрывают новые формы более адаптивного поведения до тех пор, пока они не закрепятся. Для того чтобы пациент увидел себя со стороны, возможно использование видеозаписи. Пациенты совместно со специалистом обсуждают ролевые игры, свои ошибки и достижения. Таким образом, у КПТ в работе с пациентами с социальным тревожным расстройством есть несколько задач.

1. Работа с иррациональными установками и ложными убеждениями, вызывающими тревогу в социальных ситуациях. Сначала пациенты учатся отслеживать свои негативные мысли, затем

проверять, соответствуют ли они действительности, а далее заменять их на реалистичные.

2. Приобретение социальных навыков, которых обычно у пациента с социальным тревожным расстройством недостаточно. Этого удастся достичь с помощью ролевых игр в группе.

3. Преодоление отчуждения. Пациенты выполняют специальные упражнения на самораскрытие: посещают вечеринку, возвращают купленный бракованный товар в магазин, знакомятся с кем-то и т.д.

В процессе психотерапии пациент принимает на себя ответственность за выполнение всех рекомендаций специалиста и домашних заданий. Пациент ведет рабочую тетрадь, в которую записывает негативные и позитивные моменты, связанные с общением, и постоянно перечитывает их. В начале лечения заметок, посвященных негативному коммуникативному опыту, будет больше, это даже может привести к некоторому унынию и сомнению. Однако в дальнейшем положительный социальный опыт начнет преобладать, что будет являться видимым результатом лечения.

Некоторые упражнения в первое время будут забирать много энергии, вызывать волнение, страх, тревогу и даже панику, поэтому целесообразным является включение в психотерапевтическую работу методов релаксации, снижающих физическое напряжение и дающие возможность пациенту расслабиться.

Динамическая психотерапия

Краткосрочная динамическая психотерапия. При лечении пациентов с социальным тревожным расстройством применяется краткосрочная динамическая психотерапия [49]. Это специфическая структурированная форма психоаналитической психотерапии, в фокусе которой находятся симптомы социофобии и аспекты психодинамики, ассоциированные с проявлениями тревоги. Лечение направлено на идентификацию значения тревожных симптомов, привлечение внимания к проявлениям механизмов психологической защиты, которые подавляют осознание отрицаемых, связанных с социальной тревогой чувств, конфликтов и фантазий [50].

Краткосрочная психодинамическая психотерапия при социальных фобиях состоит из 25–30 сеансов продолжительностью 50 мин в течение 6–8 мес и включает следующие задачи:

- психообразование о социальной тревожности;
- создание безопасного позитивного терапевтического альянса для изменения небезопасных привязанностей;
- акцент на основной теме конфликтных отношений, связанных с симптомами социальной тревоги;
- фокус на стыде;
- поощрение участия в потенциально тревожных социальных ситуациях вне сеансов терапии;
- поддержка в установлении самоутверждающегося внутреннего диалога;
- помощь в улучшении социальных навыков.

В качестве основных техник в рамках динамической психотерапии используются прояснение, конфронтация и интерпретация. В терапии выделяются три фазы, которые не обязательно следуют друг за другом и могут иметь различную продолжительность, в зависимости от особенностей пациента [9, 50].

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (ЛОРП). В России особое место занимает метод патогенетической психотерапии, основанный на теории отношений В.Н. Мясищева, направленный на разрешение основных невротических механизмов — ЛОРП Б.Д. Карвасарского, Г.Л. Исуриной, В.А. Ташлыкова (ЛОРП). Пациентам с тревожными расстройствами невротического уровня, в том числе и с социальными фобиями, в частности, рекомендовано проведение как индивидуальной, так и групповой ЛОРП — 20–30 сеансов [9].

Часть IV. Специальная психотерапия

ЛОРП направлена на восстановление нарушенной системы отношений больного через изучение специфики личностных расстройств у него, анализ и осознание особенностей формирования системы отношений пациента, патогенной ситуации и невротического конфликта. Патогенетическая психотерапия предполагает уточнение особенностей жизненного опыта больного в различные возрастные периоды, отношения его к себе и окружающим, его тягостных и радостных переживаний, интересов, системы оценок, мотивации своего поведения, понимания жизни и мира в целом и своего места в нем, его мечтаний и ожиданий, симпатий и антипатий — всего того, что образует внутренний мир человека, — и сопоставление этих данных с реальными условиями его жизни в настоящем и прошлом. Уточняется, каким образом сформировалась социофобическая симптоматика, какие внутренние противоречия способствовали появлению нарушений. Внимание пациента

привлекается не только к его субъективным тенденциям и тем внешним обстоятельствам, с которыми они пришли в противоречие. Основная задача заключается в том, чтобы в процессе психотерапии сам больной уловил взаимосвязи между историей его жизни, сформированными ею отношениями, вытекающими из них неадекватными реакциями на сложившуюся ситуацию и проявлениями болезни — все те взаимосвязи, которые он до того не осознавал. Центральной мишенью психотерапевтических интервенций в ЛОРП является самооценка, соотношение, так как при формировании социальных фобий эта личностная структура всегда страдает. Пациент сомневается в себе, своих способностях, недоволен собственным поведением, внешностью присваивает другим людям и считает, что окружающие воспринимают его также негативно, как и он себя. Решающим моментом служит завершающая процесс психотерапии перестройка нарушенных отношений больного — изменения в восприятии себя. Новые приобретенные способы во взаимодействии с окружающими позволяют ему преодолеть социальную тревожность и наладить межличностное функционирование. При этом речь идет не просто об изменении отношения пациента к данному травмирующему обстоятельству, что само по себе не всегда возможно. Излечение наступает, если удастся отрегулировать систему отношений больного в целом, если изменятся в широком плане его жизненные позиции и установки.

ЛОРП включает в качестве своих задач три плоскости изменений (когнитивную, эмоциональную и поведенческую) [9].

Задачи ЛОРП с учетом ожидаемых изменений в трех плоскостях более подробно могут быть сформулированы следующим образом.

1. Познавательная сфера (когнитивный аспект, интеллектуальное осознание) — осознание связей «личность–ситуация–болезнь», осознание интерперсонального плана собственной личности и осознание генетического (исторического) плана. Формируется понимание, какие личностные особенности и противоречия способствовали формированию неадекватной самооценки, нарушению межперсонального функционирования и развития социофобических переживаний.

2. Эмоциональная сфера — точное распознавание и вербализация собственных эмоций, а также их принятие; переживание заново и осознание прошлого эмоционального опыта; непосредственное переживание и осознание опыта психотерапевтического процесса и своего собственного; формирование более эмоционально благоприятного отношения к себе.

3. Поведенческая сфера — формирование эффективной саморегуляции на основе адекватного, точного самопонимания и более эмоционально благоприятного отношения к себе, расширение репертуара навыков межличностного взаимодействия, преодоление неэффективных поведенческих стратегий в социальном функционировании.

Таким образом, задачи ЛОРП фокусируются на трех составляющих самосознания — на самопонимании, отношении к себе и саморегуляции, а общая цель может быть определена как формирование адекватного самосознания и расширение его сферы.

Сбалансированное использование механизмов лечебного воздействия (конфронтации, эмоционально-корректирующего опыта и научения) позволяет изменять нарушенные отношения больного, учитывая три плоскости ожидаемых изменений (в когнитивной, эмоциональной и мотивационно-поведенческой сферах). Кроме позитивной динамики на уровне симптоматических проявлений существенно улучшается межличностное, социальное функционирование пациента, качество его жизни [9].

При работе с пациентами с социальными фобиями применяются как индивидуальная, так и групповая формы ЛОРП. Если индивидуальная работа больше направлена на генетический план истории личности, анализ причин формирования нарушений, осознание и разрешение внутриличностных противоречий, то групповая имеет важное значение для изменения мнения о восприятии пациента окружающими, формировании адаптивных навыков межличностного общения. Инструментом психотерапевтического воздействия в этом случае выступает многоплановая обратная связь от терапевта и членов группы. Каждый участник за счет обратной связи получает разнообразную информацию о самом себе: как он воспринимается другими, какие эмоциональные реакции вызывает его поведение у окружающих, насколько адекватно его понимание различных межличностных ситуаций, каковы цели и мотивы его поведения, насколько его актуальное поведение способствует или препятствует достижению этих целей и насколько они реалистичны, какие эмоциональные и поведенческие стереотипы для него характерны, какую связь между его прошлым опытом и актуальным поведением видят другие и проч. Обратная связь дает участнику группы возможность осмыслить и оценить значение собственного Я в типичных для него межличностных ситуациях и, соотнося прошлое и настоящее, понять собственные проблемы и особенности своих отношений. Пациент видит себя как бы в различных зеркалах, которыми являются участники психотерапевтической группы. Конфронтация пациента с отраженным образом Я, во многом не согласующимся с существующим представлением о себе, способствует осознанию новых аспектов собственной личности и интеграции полученной информации, что приводит к расширению образа Я и его большей адекватности.

Краткосрочная групповая личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия.

С целью преодоления социальной тревожности, улучшения коммуникативных навыков, преодоления ограничительного поведения, пациентам с социальным тревожным расстройством показано проведение краткосрочной групповой ЛОРП [9].

Целью краткосрочного варианта групповой ЛОРП является коррекция неадекватных отношений, связанных с субъективной неразрешимостью психотравмирующей ситуации, обусловивших невротическую симптоматику и способствующих ее поддержанию.

Краткосрочная групповая ЛОРП решает следующие задачи.

1. Коррекция патогенных отношений личности, неадекватность которых привела к усилению внутриличностного конфликта в настоящем, и которые делают актуальную ситуацию субъективно трудноразрешимой.
 2. Достижение изменений в личностном функционировании больного, а именно коррекция неадекватных установок (изменения познавательного характера), принятие самого себя (изменения аффективного характера) и усвоение действий, приносящих удовлетворение (изменения поведенческого характера).
 3. Достижение изменений в межличностном функционировании пациента, а именно коррекция неконструктивного социального восприятия (на познавательном уровне), достижение чувства удовлетворения в отношениях с людьми (на аффективном уровне), приобретение социальных навыков и улучшение социального функционирования (на поведенческом уровне).
 4. Достижение симптоматического улучшения у больного, то есть редукция психопатологической симптоматики невротического спектра, снижение социальной тревожности, преодоление ограничительного поведения в социальных взаимодействиях.
- Основные концептуальные положения и механизмы лечебного действия краткосрочной групповой ЛОРП [9]:*

1. *Введение ограничения во времени в качестве механизма лечебного действия.*
2. *Ограничение терапевтических целей.* Сужение терапевтического фокуса до актуальной психогенной проблематики больного, а именно коррекции только тех нарушенных отношений, которые явились причиной манифестации невротической симптоматики.

Часть IV. Специальная психотерапия

3. *Решение психотерапевтических задач* осуществляется путем более интенсивной обратной связи и более насыщенной эмоциональной поддержки за счет применения специальных приемов и техник, а также за счет активной позиции психотерапевта.

4. *Анализ поведения, чувств, межличностных интеракций* в контексте «здесь и сейчас» с обязательным переходом в плоскость реальных отношений «там и тогда», с установлением связи между поведением пациентов в группе и эмоционально значимыми событиями в их жизни в настоящем или прошлом.

5. *Активная позиция психотерапевта.* Ведущий активно наблюдает за групповым взаимодействием, стимулирует, направляет и объясняет его, с тем, чтобы члены группы быстрее смогли обнаружить и решить общие для них задачи. Однако активность психотерапевта относительна и должна постепенно снижаться по мере развития группы.

6. *Эмоциональное отреагирование, как важная часть психотерапевтического процесса.* При использовании ограниченного во времени подхода эмоциональные реакции остаются основным инструментом работы.

7. *Интеграция в краткосрочную групповую ЛОРП иных технических приемов:* когнитивной, гештальт-, поведенческой, а также модифицированных техник долговременной групповой ЛОРП, которые призваны направленно воздействовать на когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты отношений личности, позволяя интенсифицировать групповые процессы в условиях лимита времени.

Продолжительность психотерапии и состав участников.

Краткосрочная групповая ЛОРП проводится в течение 4 нед (20 групповых сессий). Занятия проходят ежедневно, 5 раз в нед, продолжительность одной групповой сессии составляет 90 мин. Группы комплектуются из 9–12 человек [9].

Алгоритм проведения краткосрочной групповой ЛОРП.

Для оптимизации лечебного процесса проведение краткосрочной групповой ЛОРП структурировано на два этапа — отборочный и собственно психотерапевтический, определена и последовательность их применения.

Отборочный этап. На данном этапе большое внимание уделяется вычленению и анализу ситуации, предшествующей манифестации невротической симптоматики у пациента и выявлению нарушенных отношений личности, которые делают эту ситуацию субъективно неразрешимой, приводя к обострению внутриличностного конфликта.

Психотерапевтический этап. Психотерапевтический процесс краткосрочной групповой ЛОРП имеет фазное течение и свою специфику. Фазы группового процесса являются короткими по времени, интенсивными по эмоциональному накалу и насыщенными по содержанию, при этом рабочая фаза составляет 50% общего времени терапии — именно столько времени необходимо для индивидуальной проработки проблематики каждого участника группы. В рабочей фазе при социальных фобиях акцент делается на анализе социального взаимодействия пациента, обратной связи участников группы для коррекции восприятия образа себя, расширении репертуара навыков межличностного общения. Психотерапевтический этап краткосрочной групповой ЛОРП включает пять фаз:

- 1) фаза развития первичной мотивации;
- 2) фаза конфронтации;
- 3) фаза групповой сплоченности;
- 4) рабочая фаза — продолжительность этой фазы составляет 10 групповых сессий (15 ч);
- 5) фаза расставания.

Релаксационные методы. С целью снижения уровня тревоги, напряжения, уменьшения интенсивности фобических переживаний, контроля над дыханием и мышечным напряжением, обучения саморегуляции применяются различные релаксационные методы — 10–15 сеансов. Использование биообратной связи позволяет пациенту обучиться регуляции своего состояния и возможности его мониторингирования [9, 25].

Существуют исследования как подтверждающие эффективность релаксационных методов при лечении тревожных расстройств невротического уровня, включая социофобию, так и описывающие их ограниченные возможности.

Сравнительная эффективность методов психотерапии при лечении социальных фобий.

По результатам исследований К. Grave такие психотерапевтические методики, как гипноз, медитацию, аутогенную тренировку, а также прогрессирующую мышечную релаксацию по Джекобсону, у пациентов с социальным тревожным расстройством, рекомендуется применять только в комплексе с основной психотерапией (когнитивно-поведенческой, либо психодинамической). Суггестивные и релаксационные методы, применяемые изолированно, не способствуют снижению социальной тревожности и позитивным изменениям в межличностных отношениях. В связи с этим в психотерапии социальных фобий суггестивные методы, а также методы релаксации могут использоваться лишь как вспомогательные технические приемы.

В 2013 г. было проведено мультицентровое рандомизированное контролируемое исследование сравнительной эффективности когнитивно-поведенческой и психодинамической психотерапии при лечении социального тревожного расстройства [50], в котором участвовали 495 пациентов в возрасте 18–70 лет, с диагностированным социальным тревожным расстройством согласно критериям DSM-IV, и оценкой не менее 30 баллов по шкале социальной тревожности Liebowitz. Они были случайным образом распределены на КПТ ($N = 209$), психодинамическую терапию ($N = 207$) или в лист ожидания ($N = 79$). В исследовании участвовали 55 когнитивно-поведенческих терапевтов и 53 психодинамических терапевта. Оценки были проведены в начале и в конце лечения. Показатели ремиссии (снижение по шкале социальной тревожности Liebowitz < 30) и ответа на терапию (снижение по меньшей мере на 31% по шкале социальной тревожности Liebowitz) были использованы в качестве первичных результатов измерения. В качестве вторичных критериев оценки использовались инструменты самоотчетов, такие как опросник социальной фобии и тревоги, опросник депрессии А.Т. Бека и опросник межличностных проблем. Метод КПТ, примененный в этом исследовании, был основан на модели D.M. Clark, A. Wells и включал создание персональной версии модели, поведенческие эксперименты на основе ролевой игры, отработку внешнего фокуса внимания и реструктуризацию искаженного представления о себе с помощью видеосвязи или поведенческих экспериментов. Форма психодинамической терапии была основана на модели L.B. Luborsky и адаптирована для лечения социального тревожного расстройства. Эта модель включала как поддерживающие, так и экспрессивные вмешательства. Создание безопасного помогающего альянса является одним из важнейших элементов этой модели, а экспрессивные вмешательства связывают симптомы социального тревожного расстройства с основной темой конфликтных отношений пациента, что приводит к снижению выраженности симптомов социального тревожного расстройства.

Часть IV. Специальная психотерапия

Уровень ремиссии в группах КПТ, психодинамической терапии и в листах ожидания составил 36, 26 и 9% соответственно. Частота ответов на терапию составила 60, 52 и 15% соответственно. КПТ и психодинамическая терапия значительно превосходили лист ожидания как по ремиссии, так и по ответу на терапию. КПТ значительно превосходила психодинамическую терапию по ремиссии, но не по ответу. Величины межгруппового

эффекта для ремиссии и ответа были небольшими. Вторичные результаты показали значительные различия в пользу КПТ для преодоления социальной фобии и межличностных проблем. КПТ и психодинамическая терапия были эффективными при лечении социального тревожного расстройства, но были значительные различия в пользу КПТ. Что касается психодинамической терапии, то частота ответов была сопоставима с показателями, указанными для фармакотерапии и когнитивно-поведенческой групповой терапии. В критическом обзоре J.C. Markowitz, J. Lipsitz, B.L. Milrod, посвященном сравнительному анализу эффективности интерперсональной терапии по сравнению с когнитивно-поведенческой и краткосрочной психодинамической психотерапией, проводилось исследование шести открытых и пяти контролируемых испытаний интерперсональной терапии для социального тревожного расстройства. По результатам этого исследования интерперсональная терапия показала большую эффективность, чем нахождение в листе ожидания, была равносильна поддерживающей психодинамической психотерапии, но менее эффективна, чем КПТ для социального тревожного расстройства, однако обладала равной эффективностью по сравнению с групповой КПТ при лечении социального тревожного расстройства [52].

Список литературы

1. Грошев И.В. Анализ современных исследований гендерно-половозрастных характеристик социофобических психических расстройств, детерминирующих поведенческие паттерны личности // Российский психиатрический журнал. 2010, № 3. С. 16–24.
2. Долгополова Е.В. Социальная тревожность в подростковом возрасте // Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія: Психологія. 2011, № 45 (937). С. 69–72.
3. Мякотин И.С. Особенности идентичности при социальной фобии // Ярославский педагогический вестник. 2017, № 3. С. 189–193.
4. Краснова-Гольева В.В. Социальное познание при тревожных расстройствах: Обзор зарубежных исследований // Консультативная психология и психотерапия. 2015, № 1. С. 153–165.
5. Куттер П. Современный психоанализ. Введение в психологию бессознательных процессов: пер. с англ. СПб.: Б.С.К., 1997. 348 с.
6. Никитина И.В., Холмогорова А.Б. Социальная тревожность: содержание понятия и основные направления изучения. Ч. 1 // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 1. С. 80–85.
7. Никитина И.В., Холмогорова А.Б. Социальная тревожность: содержание понятия и основные направления изучения. Ч. 2 // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21, № 1. С. 60–67.
8. Никитина И.В., Холмогорова А.Б., Краснова В.В. Социальная тревожность у пациентов с расстройствами аффективного спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 3. С. 30–35.
9. Психотерапия: учебник / под ред. А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой, Н.Г. Незнанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 864 с. DOI: <https://doi.org/10.33029/9704-6485-4-VKN-2022-1-864>.
10. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Социальные страхи и социофобии. Томск: Изд-во Томского университета, 2007. 210 с.
11. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Метакогнитивные стратегии при социальном тревожном расстройстве // Вектор науки ТГУ. 2012, № 1 (8). С. 254–257.
12. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Психология социального тревожного расстройства. Томск: Изд-во Томского университета, 2014. 248 с.
13. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Стоянова И.Я. Синдром социальной фобии и его психологическое содержание // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017. Т. 117, № 4. С. 15–22.
14. Стоссел С. Век тревожности. Страхи, надежды, неврозы и поиски душевного покоя: пер. с англ. М.: Альпина нон-фикшн, 2020. 464 с.
15. Троицкий М.С., Токарев А.Р., Паньшина М.В. Возможности немедикаментозной и лекарственной терапии тревожных расстройств (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. 2018. Т. 25, № 1. С. 61–70.
16. Фенихель О. Психоаналитическая теория неврозов/ пер. с с англ. и вступ. ст. А.Б. Хавина. М.: Академический проект, 2004. 848 с.
17. Хорни К. Невроз и личностный рост: борьба за самоосуществление: пер. с англ. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа и БСК, 1997. 400 с.
18. Шурупов Н.Н. Психоаналитический аспект работы с личностными конфликтами при лечении пациентов с фобическими тревожными расстройствами // Вестник новых медицинских технологий. 2008. Т. 15, № 1. С. 78–81.
19. Эльзессер А.С., Кадыров Р.В., Маркелова Е.В. Эффективность краткосрочной психотерапии депрессивных и тревожных расстройств // Вестник Кемеровского государственного университета. 2018, № 2 (74). С. 122–130.

20. Alden L.E., Trew J.L. If it makes you happy: Engaging in kind acts increases positive affect in socially anxious individuals // *Emotion*. 2013. Vol. 13, N. 1. P. 64–75.
DOI: <https://doi.org/10.1037/a0027761>.
21. Asher M., Asnaani A., Aderka I.M. Gender differences in social anxiety disorder: A review // *Clin. Psychol. Rev.* 2017. Vol. 56. P. 1–12. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.004>.
22. Banerjee R., Henderson L. Social-cognitive factors in childhood social anxiety: A preliminary investigation // *Soc. Dev.* 2001. Vol. 10, N. 4. P. 558–572. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00180>.
23. Barlow D. *Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York: Guilford Press, 1988. 704 c.
24. Botella C., Fernández-Álvarez J., Guillén V. et al. recent progress in virtual reality exposure therapy for phobias: A systematic review // *N. Engl. J. Med.* 2017. Vol. 376, N. 23. P. 255–2264.
DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1614701>.
25. Bögels S.M. Task concentration training versus applied relaxation, in combination with cognitive therapy, for social phobia patients with fear of blushing, trembling, and sweating // *Behav. Res. Ther.* 2006. Vol. 44, N. 8. P. 1199–1210. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.08.010>.
26. Cuijpers P., Gentili C., Banos R.M. et al. Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis // *J. Anxiety Disord.* 2016. Vol. 43. P. 79–89. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.003>.
27. Clarke P., MacLeod C., Shirazee N. Prepared for the worst: readiness to acquire threat bias and susceptibility to elevate trait anxiety // *Emotion*. 2008. Vol. 8. P. 47–57.
DOI: <https://doi.org/10.1037/1528-3542.8.1.47>.
28. Clark D.M., McManus F. Information processing in social phobia // *Biol. Psychiatry*. 2002. Vol. 51, N. 1. P. 92–100. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(01\)01296-3](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(01)01296-3).
29. Clark D.M., Wells A. A cognitive model of social phobia // *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment* / Eds R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope, F.R. Schneier. New York: Guilford Press, 1995. P. 69–93.
30. Cremers H.R. Roelofs K. Social anxiety disorder: A critical overview of neurocognitive research // *Wiley Interdiscip. Rev. Cogn. Sci.* 2016. Vol. 7, N. 4. P. 218–232.
DOI: <https://doi.org/10.1002/wcs.1390>.
31. Cuming S., Rapee R. Social anxiety and self-protective communication style in close relationships // *Behav. Res. Ther.* 2009. Vol. 48, N. 2. P. 87–96.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.09.010>.
32. Curtiss J., Andrews L., Davis M. et al. A meta-analysis of pharmacotherapy for social anxiety disorder: An examination of efficacy, moderators, and mediators // *Expert Opin. Pharmacother.* 2017. Vol. 18, N. 3. P. 243–251. DOI: <https://doi.org/10.1080/14656566.2017.128590732>.
33. Eaton W.W., Bienvenu O.J., Miloyan B. Specific phobias // *Lancet Psychiatry*. 2018. Vol. 5, N. 8. P. 678–686. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30169-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30169-X).
34. Erwin B.A., Heimberg R.G., Schneier F.R., Liebowitz M.R. Anger experience and expression in social anxiety disorder: Pretreatment profile and predictors of attrition and response to cognitive-behavioral treatment // *Behav. Ther.* 2003. Vol. 34, N. 3. P. 331–350.
DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(03\)80004-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(03)80004-7).
35. Fehm L., Beesdo K., Jacobi F., Fiedler A. Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: Prevalence, comorbidity and impairment in the general population // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2008. Vol. 43, N. 4. P. 257–265. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0299-4>.
36. García-Palacios A., Botella C., Hoffman H., Fabregat S. Comparing acceptance and refusal rates of virtual reality exposure vs in vivo exposure by patients with specific phobias // *Cyberpsychol. Behav.* 2007. Vol. 10, N. 5. P. 722–724. DOI: <https://doi.org/10.1089/cpb.2007.9962>.
37. Garakani A., Murrough J.W., Freire R.C. et al. Pharmacotherapy of anxiety disorders: current and emerging treatment options // *Front. Psychiatry*. 2020. Vol. 11. Article ID 595584.
DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.595584>.
38. Gentili C., Messerotti Benvenuti S., Lettieri G. ROI and phobias: The effect of ROI approach on an ALE meta-analysis of specific phobias // *Hum. Brain Mapp.* 2019. Vol. 40, N. 6. P. 1814–1828.
DOI: <https://doi.org/10.1002/hbm.24492>.
39. Gregory B., Peters L. Changes in the self during cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder: A systematic review // *Clin. Psychol. Rev.* 2017. Vol. 52. P. 1–18.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.11.008>.
40. Hirsch C.R., Meynen T., Clark D.M. Negative self-imagery in social anxiety contaminates social interactions // *Memory*. 2004. Vol. 12, N. 4. P. 496–506.
DOI: <https://doi.org/10.1080/09658210444000106>.
41. Hofmann S.G., Anu Asnaani M.A., Hinton D.E. Cultural aspects in social anxiety and social anxiety disorder // *Depress. Anxiety*. 2010. Vol. 27, N. 12. P. 1117–1127.
DOI: <https://doi.org/10.1002/da.20759>.

42. Hofmann S.G., Otto M.W. Practical clinical guidebooks series // Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder: Evidence-Based and Disorder-Specific Treatment Techniques. New York: Routledge; Taylor & Francis Group, 2008. 230 p.
43. Jefferson J.W. Benzodiazepines and anticonvulsants for social phobia (social anxiety disorder) // J. Clin. Psychiatry. 2001. Vol. 62, N. 1. P. 50–53. PMID: 11206035.
44. Kachin K.E., Newman M.G., Pincus A.L. An interpersonal problem approach to the division of social phobia subtypes // Behav. Ther. 2001. Vol. 32, N. 3. P. 479–501. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80032-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80032-0).
45. Kashdan T.B., Collins R.L. Social anxiety and the experience of positive emotion and anger in everyday life: An ecological momentary assessment approach // Anxiety Stress Coping. 2010. Vol. 23, N. 3. P. 259–272. DOI: <https://doi.org/10.1080/10615800802641950>.
46. Kashdan T.B. Social anxiety spectrum and diminished positive experiences: Theoretical synthesis and meta-analysis // Clin. Psychol. Rev. 2007. Vol. 27, N. 3. P. 348–365. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.003>.
47. Kogan C., Stein D., Maj M. et al. The Classification of Anxiety and Fear-Related Disorders in the ICD-11 // Depress. Anxiety. 2016. Vol. 33, N. 12. P. 1141–1154. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.22530>.
48. Laposa J.M., Rector N.A. A prospective examination of predictors of post-event processing following videotaped exposures in group cognitive behavioural therapy for individuals with social phobia // J. Anxiety Disord. 2011. Vol. 25, N. 4. P. 568–573. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.01.004>.
49. Leichsenring F., Beutel M., Leibing E. Psychodynamic psychotherapy for social phobia: A treatment manual based on supportive-expressive therapy // Bull. Menninger Clin. 2007. Vol. 71, N. 1. P. 56–83. DOI: <https://doi.org/10.1521/bumc.2007.71.1.56>.
50. Leichsenring F., Salzer S., Beutel M.E. et al. Psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: A multicenter randomized controlled trial // Am. J. Psychiatry. 2013. Vol. 170, N. 7. P. 759–767. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12081125>.
51. Manning R. P., Dickson M., Palmier-Claus J. et al. A systematic review of adult attachment and social anxiety // J. Affect. Disord. 2017. Vol. 211. P. 44–59. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.020>.
52. Markowitz J.C., Lipsitz J., Milrod B.L. Critical review of outcome research on interpersonal psychotherapy for anxiety disorders // Depress. Anxiety. 2014. Vol. 31, N. 4. P. 316–325. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.22238>.
53. Mattick R.P., Clarke J.C. Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety // Behav. Res. Ther. 1998. Vol. 36, N. 4. P. 455–470. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)10031-6](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)10031-6).
54. McNeil D.W. Terminology and Evolution of Constructs Related to Social Phobia. From Social Anxiety to Social Phobia / Eds S.G. Hofmann, P.M. DiBartolo. Boston, MA: Allyn & Bacon, 2001. 632 p.
55. Melfsen S., Osterlow J., Florin I. Deliberate emotional expressions of socially anxious children and their mothers // J. Anxiety Disord. 2000. Vol. 14, N. 3. P. 249–261. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(99\)00037-7](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(99)00037-7).
56. Miloyan B., Bulley A., Brilot B. et al. The association of Social Anxiety Disorder, Alcohol Use Disorder and reproduction: Results from four nationally representative samples of adults in the USA // PLoS One. 2017. Vol. 12, N. 11. Article ID e0188436. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188436>.
57. Miloyan B., Van Doorn G. Longitudinal association between social anxiety disorder and incident alcohol use disorder: Results from two national samples of US adults // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2019. Vol. 54, N. 4. P. 469–475. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1569-z>.
58. Moreno A.L., Osório F.L., Martín-Santos R., Crippa J.A.S. Heritability of social anxiety disorder: A systematic review of methodological designs // Arch. Clin. Psychiatry. 2016. Vol. 43, N. 4. P. 83–92. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-608300000000090>.
59. Morina N., Ijntema H., Meyerbröker K. Can virtual reality exposure therapy gains be generalized to real-life? A meta-analysis of studies applying behavioral assessments // Behav. Res. Ther. 2015. Vol. 74. P. 18–24. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.08.010>.
60. Morrison A., Heimberg R. Social anxiety and social anxiety disorder // Annu. Rev. Clin. Psychol. 2013. Vol. 9, N. 1. P. 249–274. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185631>.
61. Nordahl H., Wells A. Testing the metacognitive model against the benchmark CBT model of social anxiety disorder: Is it time to move beyond cognition? // PLoS One. 2017. Vol. 12, N. 5. Article ID e0177109. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177109>.
62. Nordahl H., Nordahl H.M., Hjemdal O., Wells A. Cognitive and metacognitive predictors of symptom improvement following treatment for social anxiety disorder: A secondary analysis from a randomized controlled trial // Clin. Psychol. Psychother. 2017. Vol. 24, N. 6. P. 1221–1227. DOI: <https://doi.org/10.1002/cpp.2083>.

63. Rapee R.M., Spence S.H. The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model // Clin. Psychol. Rev. 2004. Vol. 24, N. 7. P. 737–767. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.06.004>.
64. Rebello T.J., Keeley J.W., Kogan C.S. et al. Anxiety and fear-related disorders in the ICD-11: Results from a global case-controlled field study // Arch. Med. Res. 2019. Vol. 50, N. 8. P. 490–501. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2019.12.012>.
65. Scaini S., Belotti R., Ogliari A. Genetic and environmental contributions to social anxiety across different ages: A meta-analytic approach to twin data // J. Anxiety Disord. 2014. Vol. 28, N. 7. P. 650–656. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.07.002>.
66. Spence S.H., Rapee R.M. The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model // Behav. Res. Ther. 2016. Vol. 86. P. 50–67. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.06.007>.
67. Spokas M., Luterek J.A., Heimberg R.G. Social anxiety and emotional suppression: The mediating role of beliefs // J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry. 2009. Vol. 40, N. 2. P. 283–291. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2008.12.004>.
68. Stein M.B., Chen C.Y., Jain S. et al. Genetic risk variants for social anxiety // Am. J. Med. Genet. B Neuropsychiatr. Genet. 2017. Vol. 174, N. 2. P. 120–131. DOI: <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32520>.
69. Wang Z., Whiteside S.P.H., Sim L. et al. Comparative effectiveness and safety of cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy for childhood anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis // JAMA Pediatr. 2017. Vol. 171, N. 11. P. 1049–1056. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.3036>.
70. Weeks J.W., Jakatdar T.A., Heimberg R.G. Comparing and contrasting fears of positive and negative evaluation as facets of social anxiety // J. Soc. Clin. Psychol. 2010. Vol. 29, N. 1. P. 68–94. DOI: <https://doi.org/10.1521/jscp.2010.29.1.68>.
71. Weiser M.J., Pauli P., Muhlberger A. Probing the attentional control theory in social anxiety: An emotional saccade task // Cogn. Affect. Behav. Neurosci. 2009. Vol. 9, N. 3. P. 314–322. DOI: <https://doi.org/10.3758/CABN.9.3.314>.

Часть IV. Специальная психотерапия

27.4. Психотерапия обсессивно-компульсивных расстройств

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) — одно из распространенных психических заболеваний гетерогенной природы, выделенное в МКБ-10 как отдельное психическое нарушение, характеризующееся повторяющимися навязчивыми мыслями, образами, импульсами или идеями (обсессиями), обычно вызывающими беспокойство или страдание (дистресс), а также повторяющимися идеаторными (мыслительными) или поведенческими феноменами (компульсиями), сопровождающимися ощущением необходимости их выполнить либо в соответствии с обсессиями, либо согласно определенным правилам, которые необходимо соблюсти для достижения чувства «завершенности действия» [5]. Начало развития заболевания приходится, как правило, на подростковый или юношеский возраст, что ведет к появлению трудностей социальной адаптации в будущем, проявляется в нарушении установления пациентом социальных связей, задержке формирования у него необходимых навыков и квалификации для осуществления трудовой деятельности. Пациентам с обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР) характерен ряд личностных черт, которые рассматриваются как мишени психотерапии при длительном лечении. Им свойственны ананкастные, тревожно-мнительные черты личности, алекситимия, высокий уровень тревоги и ранимости, повышенная неадекватная ответственность и повышенное чувство вины. Ключевыми дефинициями ОКР являются патологические сомнения, неадекватно высокая оценка риска и отсутствие завершенности действий. Клиническая картина ОКР представлена обсессиями или компульсиями, а также сочетанием того и другого одновременно. При этом исследования показывают, что именно сочетание в клинической картине обсессий и компульсий встречается чаще, чем каждый из синдромов по отдельности [2].

В рамках ОКР можно различать обсессивно-фобические и обсессивно-компульсивные симптомокомплексы.

Обсессии — это повторяющиеся или неотвязные тягостные мысли, идеи, убеждения, образы, возникающие помимо воли, но признаваемые как свои собственные, которые в стереотипной форме насильственно вторгаются в сознание пациента и которым он пытается противостоять. Именно это сочетание внутреннего чувства компульсивного побуждения и усилий сопротивляться ему характеризует обсессивные симптомы. Спровоцировать обсессии способны любые незначительные события, такие как посторонний кашель, соприкосновение с предметом, который воспринимается больным как нестерильный и неиндивидуальный (поручни, дверные ручки и т.п.), а также личные опасения, не связанные с чистотой. Обсессии могут носить устрашающий или непристойный характер, чаще чуждый личности больного. Обострения могут произойти в местах большого скопления людей, например, в

общественном транспорте. Для борьбы с Obsessиями больные, как правило, применяют защитные действия, призванные предотвращать или минимизировать опасения [5, 6].

Компульсии — это повторяющиеся движения, действия, сложные поведенческие или идеаторные акты, которые пациент совершает стереотипно или из чувства необходимости. Навязчивый характер могут иметь как простые движения (постукивания, стряхивания, покусывание рук, расчесывание кожи и др.), так и более сложные действия (строго последовательное, по определенному плану проведение утреннего туалета, продолжающееся, иногда часами; расположение в определенном порядке вещей на письменном столе и т.д.). Одни компульсии тяготят больных до тех пор, пока они не будут реализованы, другие не замечаются самими пациентами. Компульсии могут встречаться самостоятельно (изолированно), но чаще входят в сложную структуру фобического синдрома и выступают в качестве защитных ритуалов [5, 6].

Целью ритуального поведения является уменьшение дистресса, вызванного Obsessиями, или предотвращение нежелательных событий («отстранение зла»). При этом компульсии никак не связаны с этими «опасными» событиями или очевидно избыточны, в сравнении с обычными действиями. Другие компульсии могут выполняться для избавления от чувства «незавершенности», например, многократное повторение действия, пока оно не будет выполнено «абсолютно правильно». Выполнение ритуалов не приносит удовольствия. Проведя ритуал, больной испытывает временное облегчение, переходя в «идеальное» постритуальное состояние. Однако спустя какое-то время все повторяется заново. Больные могут не только сами совершать ритуальные действия, но и заставляют выполнять их и своих близких. Кроме того, следует отметить, что если в одних случаях больной вопреки желанию вынужден совершать определенные, логически немотивированные движения и действия, так как это приводит к успокоению, то в других случаях все усилия его, часто безуспешные, направлены на то, чтобы не производить каких-либо действий.

Тревога является важным компонентом ОКР. Некоторые ритуалы ослабляют тревогу, тогда как после других она возрастает.

В качестве наиболее характерной тенденции в динамике ОКР необходимо указать хронификацию. Случаи эпизодических проявлений расстройства и полного выздоровления встречаются сравнительно редко.

Лечение. ОКР — одно из труднокурабельных расстройств. В связи с этим пациентам с ОКР в качестве основной терапевтической стратегии с целью повышения эффективности лечения рекомендована комбинация психофармакотерапии и психотерапии.

Данные современных научных исследований подтверждают эффективность как психофармакотерапии, так и психотерапии [динамической; когнитивно-поведенческой, КПТ; экспозиционной, ERP (от англ. exposure and response prevention — экспозиция и предотвращение реакций)] в коррекции Obsessивных и компульсивных симптомов при ОКР [1, 3, 5, 11].

Комбинированная терапия ОКР (сочетание психофармакотерапии и психотерапии) является на сегодняшний день оптимальной, в максимальной степени соответствует современной биопсихосоциальной концепции формирования психических расстройств, позволяет реализовывать принципы персонализированной медицины, имеет доказанную эффективность.

Часть IV. Специальная психотерапия

Выбор стратегии терапии и соотношение психофармакотерапии и психотерапии зависят от проявлений клинической симптоматики, этапа лечения, особенностей личности, установок и ожидания пациента, актуальных ресурсов, организационных возможностей и должны гибко оцениваться с учетом персонализированного подхода в каждом конкретном случае. Имеются показания и противопоказания как для психофармакологического, так и для психотерапевтического лечения. Они преимущественно связаны с состоянием пациента, побочными эффектами и организационными условиями.

Психофармакотерапия и психотерапия. Психофармакотерапия при ОКР включает применение антидепрессантов, нейрорептиков и анксиолитиков. Лечение проводят трициклическими антидепрессантами, чаще всего клонипрамином (золотой стандарт для лечения ОКР) и серотонин-повышающими антидепрессантами, в первую очередь СИОЗС — циталопрамом, пароксетином, сертралином, эсциталопрамом, флуоксетином, флувоксамином, показавшими в неоднократно реплицированных РКИ высокую эффективность в отношении купирования симптомов навязчивостей. В начале лечения возможно усиление целевой симптоматики. Терапевтический эффект наступает через 12–26 нед. Применяют также комбинации СИОЗС и мягких нейрорептиков — хлорпроксидина, тиоридазина, алимемазина. Среди анксиолитиков чаще всего назначают бензодиазепиновые транквилизаторы — клоназепам, алпразолам, Феназепам[®], хлордiazепоксид и другие

(целесообразны короткие курсы с целью купирования выраженной тревоги). При резистентной симптоматике возможно назначение инцизивных нейрорептиков (рисперидона, оланзапина, галоперидола и др.), а также сочетание их с кломипрамином (например, рисперидон и кломипрамин). Альтернативные методы адьювантной терапии могут также включать противосудорожные препараты (вальпроевую кислоту, габапентин, ламотриджин, топирамат), а также мемантин, мirtазапин и ондансетрон [5]. Понимание со стороны больного ненужности, бессмысленности навязчивостей отчасти обеспечивает не только перспективность психотерапии, но и самопомощи. Стеничность, ответственность, стремление достичь поставленной цели способствует эффективности психотерапии, завершению ее курса, устойчивости достигнутых результатов лечения. В то же время для пациентов с навязчивыми состояниями, по-видимому, характерно бедное воображение, отсюда вытекает относительно слабая эффективность ауто- и гетеросуггестии [3, 5, 10].

Наиболее эффективными психотерапевтическими методами при ОКР являются *когнитивно-поведенческая* (КПТ), *поведенческая* и *психодинамическая психотерапия*. Используют также релаксационные и гипносуггестивные техники.

КПТ при обсессивно-компульсивном расстройстве проводят в несколько этапов [5, 8, 9]. На начальном этапе пациента следует ознакомить с общими принципами и основными понятиями когнитивной терапии. Затем на основании глубокого и всестороннего изучения проблем больного их формулируют в категориях КПТ и представляют в виде четырех блоков:

- первый блок — характер проблемной ситуации, вызванные ею автоматические мысли и их последствия в эмоциях и поведении;
- второй блок — промежуточные и глубинные убеждения;
- третий блок — поиск жизненных событий, повлиявших на обоснование ошибочного глубинного убеждения;
- четвертый блок — компенсаторные стратегии пациента, в том числе ритуализированное поведение.

Далее составляют план терапии, пациент обучается ряду специальных техник, включающих самомониторирование, самоконтроль, определенные тренинги. Обязательной является работа с неадаптивными (негативными автоматическими) мыслями. Она включает четыре этапа:

- 1-й — идентификация — умение находить и верно квалифицировать такие мысли, устанавливая для них специальные фильтры;
- 2-й — отдаление — эмоциональное выхолащивание содержания мыслей, их отстранение от собственного Я;
- 3-й — проверка истинности негативных мыслей путем жесткого логического анализа;
- 4-й — замена негативных убеждений на адаптивные — способствующие разрешению проблем и глобальному улучшению ситуации.

При наличии у больного ритуалов необходимо помнить, что улучшение обычно наступает при использовании сочетания метода предотвращения реакции с помещением больного в условия, усугубляющие эти ритуалы (метод экспозиции и предупреждения). Значительного, но не полного улучшения можно ожидать приблизительно у 75% больных с умеренно тяжелыми ритуалами. Если вследствие такого лечения снижается выраженность ритуалов, то, как правило, отступают и сопутствующие навязчивые мысли. При панофобиях используют преимущественно поведенческие методики, направленные на снижение чувствительности к фобическим стимулам, дополняемые элементами эмоционально-поддерживающей психотерапии. В случаях преобладания ритуализированных фобий наряду с десенсибилизацией активно используется групповая форма поведенческой психотерапии, способствующая преодолению избегающего поведения. Поведенческая терапия значительно менее эффективна в отношении навязчивых мыслей, не сопровождающихся ритуалами. В лечении фобий применяется технический прием «остановки мыслей», но его специфический эффект убедительно не доказан [5, 7].

Удовлетворительную эффективность в терапии ОКР показывает *краткосрочно-стратегическая терапия* (КСТ), предложенная Джорджио Нардонэ [4]. Как КПТ, так и КСТ нацелены не просто на анализ ситуации (этот этап работы безусловно является достаточно важной частью всего терапевтического процесса), а в большей степени на *изменения*, которые должны произойти в жизни и поведении человека. Именно за счет произведенных изменений решается проблема, с которой обращается к терапевту клиент, обеспечивая завершенность процесса терапии. Именно поэтому как КПТ, так и КСТ сформулировали строгие протоколы вмешательства, основанные как на диалогах, так и на терапевтических предписаниях. Теория Дж. Нардонэ — это *теория изменений*. Положительная динамика возникает благодаря тому, что терапевтические воздействия в первую очередь нацелены на изменения восприятия человека и его реакций на противостояние реальным жизненным

ситуациям. В результате этих изменений человек обретает способность управлять этими процессами. Изменения в КСТ являются результатом применения терапевтических стратегий, которые создают новый эмоционально-корректирующий опыт без того, чтобы клиент осознавал их полностью. КСТ более приспособлена для работы с сопротивлением к изменению, характерным для ОКР, поэтому может являться более экономичной, чем КПТ (то есть результаты достигаются за меньшие сроки, количества сессий).

Часть IV. Специальная психотерапия

Терапия состоит из **четырёх этапов**, на каждом из которых есть свои цели и стратегии.

Первая стадия длится от 1 до 3 сессии. Ее основными *целями* являются:

- 1) достижение доверия и сотрудничества;
- 2) ломка обсессивной цепи мыслей и действий;
- 3) достижение первого конкретного изменения.

На данном этапе применяются следующие *стратегии*:

- 1) содействие пациенту в его обсессиях;
- 2) парадоксальное реструктурирование и техника путаницы;
- 3) предписание симптома;
- 4) рассказывание анекдотов и историй.

Вторая стадия длится от 4 до 6 сессии и включает следующие цели и стратегии:

Цели:

- 1) побуждение и укрепление первого маленького конкретного изменения;
- 2) сдвиг внимания с себя на других;
- 3) дальнейшее развитие конкретного изменения.

Стратегии:

- 1) парадокс «иди медленно»;
- 2) парадоксальное предвидение рецидива;
- 3) побуждение и укрепление первого маленького конкретного изменения;
- 4) сдвиг внимания с себя на других;
- 5) дальнейшее развитие конкретного изменения.

Третья стадия длится с 6 до предпоследней сессии. Ее *цели*:

- 1) постепенное укрепление способности не иметь рецидивов навязчивого состояния;
- 2) переопределение восприятия самого себя, других людей и окружающего мира.

Стратегии:

- 1) переопределение ситуации в настоящий момент;
- 2) предписание «магической формулы» (в некоторых случаях).

И, наконец, *четвертая* стадия. Данная стадия является заключительной и проводится на последней сессии. Ее *цель* заключается в окончательном укреплении возможностей и самостоятельности клиента.

Стратегии:

- 1) детальное объяснение проделанной работы;
- 2) заключительное переопределение умений и продемонстрированных пациентом способностей [4].

Большое количество техник для лечения ОКР есть и в *гипносуггестивной психотерапии*.

Первый из них — метод директивного изменения убеждений. Суть метода заключается в том, что человеку, страдающему ОКР, в состоянии гипнотического транса внушаются новые убеждения и варианты поведения. За счет этого снижаются проявления навязчивостей, увеличивается социальная адаптация.

Метод косвенного изменения убеждения. Данный метод позволяет закрепить «внушения» как на уровне сознания, так и на бессознательном уровне, что также приводит к снижению симптоматики и улучшению качества жизни пациента.

И, наконец, *методы работы со временем* (регрессия, прогрессия, замешательство). Суть данных методов заключается в том, что в состоянии гипноза искажается субъективное восприятие времени, что позволяет, путем внушения, активизировать внутренние ресурсы личности, либо создавать новые.

При ОКР могут использоваться различные методы *гипнотерапии*: мотивированное внушение по И.В. Иванову, имеющее не только симптоматическую, но и, в известной мере, патогенетическую направленность; удлинённая гипнотерапия Е.В. Рожнова; длительный гипноз-отдых К.И. Платонова. Могут быть использованы также фракционный гипноз, ступенчатый активный гипноз по Е. Кречмеру, эриксоновский гипноз. Терапевтический эффект от суггестивных воздействий в гипнозе может быть получен во всех трех его стадиях — сомнолентности, гипотаксии и сомнамбулизме. Гипнотерапия при ОКР может проводиться в форме индивидуального и коллективного гипноза (точнее, гипноза в группе) [3]. При ОКР также показана *аутогенная тренировка*. Аутогенная тренировка включает

мышечную релаксацию, самовнушение и аутодидактику и направлена на восстановление динамического равновесия саморегулирующих процессов организма, нарушенного в результате стрессового воздействия. Аутогенная тренировка включает две ступени. Низшая ступень направлена на обучение релаксации. Для этого применяются упражнения, направленные на ощущение тепла, тяжести, на овладение сердечным ритмом и дыханием. Упражнения выполняются в одной из трех поз: сидя, полулежа или лежа; с закрытыми глазами. Данная ступень включает шесть стандартных упражнений. Высшая ступень включает аутогенную медитацию. Данная методика позволяет снизить уровень тревоги и напряжения [3].

Из динамически ориентированных отечественных концепций психотерапии, успешно использующихся в лечении пациентов с ОКР, активно применяется *личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Б.Д. Карвасарского, Г.Л. Исуриной, В.А. Ташлыкова*. Данный метод служит подтверждением представлений о преемственности между личностной концепцией, концепцией патологии и собственно практикой психотерапевтической работы как условием для развития и распространения той или иной психотерапевтической системы [3, 5].

Понимание ОКР в рамках ЛОРП как психогенного заболевания, то есть заболевания, в этиологии и патогенезе которого существует психологически понятная связь между возникновением нарушений, клинической картиной и ее динамикой, с одной стороны, и особенностями системы отношений, личностными особенностями, а также характером и динамикой психотравмирующей патогенной ситуации — с другой, определяет ориентацию психотерапевтических интервенций на коррекцию личности и реконструкцию ее нарушенных отношений. Концепция ЛОРП содержит представления о ее целях и задачах, механизмах лечебного действия, особенностях и этапах психотерапевтического процесса, методических подходах и технических приемах. Задачи ЛОРП при лечении ОКР сфокусированы на достижении изменений в познавательной, эмоциональной и поведенческой сферах больного.

Процесс психотерапии в познавательной сфере направлен на осознание пациентом связей «личность–ситуация–болезнь» (эта стадия не имеет определяющего значения для психотерапевтического эффекта, она, скорее, создает более устойчивую мотивацию для активного и осознанного участия больного в психотерапевтическом процессе); осознание интерперсонального плана собственной личности; осознание генетического (исторического) плана собственной личности.

Часть IV. Специальная психотерапия

Аспекты процесса психотерапии в эмоциональной сфере включают: точное распознавание и вербализацию собственных эмоций, а также их принятие; переживание заново и осознание прошлого эмоционального опыта; непосредственное переживание и осознание опыта психотерапевтического процесса и своего собственного; формирование более эмоционально благоприятного отношения к себе.

Изменения в поведенческой сфере в общем виде можно сформулировать как формирование эффективной саморегуляции на основе адекватного и точного самопонимания, а также более эмоционально благоприятного отношения к себе.

Таким образом, задачи ЛОРП при лечении пациентов с ОКР касаются трех составляющих самосознания больного (самопонимания, отношения к себе и саморегуляции), а общую цель можно определить как формирование адекватного самосознания и расширение его сферы. В системе ЛОРП индивидуальная и групповая ее формы решают общие психотерапевтические задачи (раскрытие и переработку внутреннего психологического конфликта, коррекцию нарушенных отношений личности, обусловивших возникновение и субъективную неразрешимость конфликта, а также фиксирующих его), используя свою специфику. При этом индивидуальная психотерапия в большей степени ориентирована на исторический (генетический) план личности больного, но учитывает и реальную ситуацию взаимодействия, а групповая — на межличностные аспекты, но обращается и к историческому плану личности больного.

В качестве дополнительного метода при лечении ОКР показала свою *эффективность рациональная психотерапия* как отдельно, так и в сочетании с другими методами и подходами. Ключевыми лечебными средствами здесь выступают авторитет врача, убеждение, переубеждение, разъяснение, одобрение, отвлечение и др. В процессе рациональной психотерапии основная лечебная стратегия должна быть направлена на изменение неадекватного отношения пациента с ОКР к своему заболеванию и разъяснение ему сущности его заболевания.

Кроме того, при ОКР для учета роли семейных дисфункций в этиологии расстройства активно применяется семейная психотерапия, направленная на коррекцию нарушенных семейных

отношений, имеющая своей целью устранение эмоциональных нарушений в семье или их компенсацию.

Список литературы

1. Александров А.А. Интегративные аспекты патогенетической психотерапии // Вестник психотерапии. 2010, № 36. С. 7–16.
2. Караваева Т.А., Коцюбинский А.П. Холистическая диагностика пограничных психических расстройств. СПб.: Спецлит, 2017. 286 с.
3. Карвасарский Б.Д. и др. Психотерапия. СПб.: Питер, 2007. 365 с.
4. Нардонэ Дж., Вацплавик П. Искусство быстрых изменений. Краткосрочная стратегическая терапия. М.: Института психотерапии, 2006. С. 128–144.
5. Психотерапия: учебник / под ред. А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой, Н.Г. Незнанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 864 с. DOI: <https://doi.org/10.33029/9704-6485-4-VKN-2022-1-864>.
6. Abramowitz J.S., Taylor S., McKay D. Obsessive-compulsive disorder // Lancet. 2009. Vol. 74, N. 9688. P. 491–499.
7. Abramowitz J.S. Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive compulsive disorder: A meta-analysis // Behav. Ther. 1996. Vol. 27, N. 4. P. 583–600.
8. Clark D.A. Cognitive-Behavioral Therapy for OCD. New York: Guilford Press, 2004.
9. Emmelkamp P.M.G., Beens H. Cognitive therapy with obsessive — compulsive disorder: A comparative evaluation // Behav. Res. Ther. 1991. Vol. 29, N. 3. P. 293–300.
10. Foa E.B., Kozak M.S. Psychological treatments for obsessive compulsive disorder // Long-Term Treatments of Anxiety Disorders / Eds M.R. Mavissakalian, R.P. Prien. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1996. P. 285–309.
11. Wilhelm S., Steketee G. Cognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: A Guide for Professionals. Oakland: New Harbinger, 2006.

Часть IV. Специальная психотерапия

27.5. Психотерапия посттравматического стрессового расстройства

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) является экзогенным психическим расстройством, оно развивается в ответ на воздействие мощного стрессового фактора, который в большинстве случаев характеризуется угрозой жизни или благополучия и может вызвать дистресс практически у любого индивида. В том числе по современным представлениям диагноз жизнеугрожающего, инвалидизирующего заболевания является мощным стрессогенным фактором, который может привести к срыву адаптационных механизмов, истощению психологических ресурсов психического и физического здоровья пациента. Он вызывает сильнейший психологический дистресс у каждого человека и при дефиците механизмов совладания может приводить к развитию ПТСР [2–5, 10, 12]. Специфические симптомы, проявляющиеся в чувстве беспомощности, растерянности, вторгающихся пугающих образов, стойких руминаций о прогрессировании заболевания могут в значительной степени влиять на совладание с соматическим заболеванием. Диссоциативные симптомы, обусловленные воздействием психотравмы, препятствуют своевременному обращению за помощью, нарушают комплаенс пациентов. Согласно данным международных исследований до 61% людей в разные периоды своей жизни сталкиваются с травматическими событиями, которые потенциально могут быть причиной развития ПТСР, однако расстройство манифестирует только у некоторых из них, процент заболевших сильно варьирует от 13 до 50%, что зависит от индивидуальной уязвимости и характера травматического воздействия. В качестве мер профилактики манифестации ПТСР на сегодняшний день рекомендуется использовать терапию только для тех лиц, подвергшихся травматизации, кто демонстрирует ассоциированные с травмой или со стрессом симптомы [21].

В МКБ-10 посттравматическое стрессовое расстройство входит в раздел «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F40–F48), где «Посттравматическое стрессовое расстройство» составляет рубрику F43.1, оно «возникает как отставленная и затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера, которая может вызвать дистресс почти у каждого человека». Событие считается психотравмирующим, если имеет место смерть, серьезное повреждение или угроза смерти либо повреждения, а также при наличии в спектре переживаний индивида в ответ на событие выраженного негативного аффекта. Под действием психотравмы у индивида утрачивается способность думать, прорабатывать, сглаживать негативный опыт, искать возможность выхода из сложившейся ситуации из-за интенсивности психотравмирующего воздействия, подрывается чувство базовой безопасности и представления о предсказуемости происходящего. Травматичность стрессового события определяется его внезапностью, угрозой для идентичности и глобальным характером

воздействия. Заболевание может развиваться через некоторое время после латентного периода в течение 6 мес с момента воздействия стрессора. Общие закономерности развития и проявлений ПТСР не зависят от того, какие конкретно травматические события послужили причиной психических и вегето-соматических нарушений, хотя в структуре психологических переживания ПТСР специфика травматического стрессора, безусловно, находит свое отражение. Отечественные исследования, посвященные клинической типологии ПТСР продемонстрировали, что ПТСР манифестирующее как в результате боевого, так и небоевого стресса является феноменологически единым образованием, которое может иметь разную степень выраженности, частоты и тяжести симптомов в зависимости от этапа расстройства, что определяет единый общий алгоритм терапии [6, 7, 9].

Диагностические критерии ПТСР в МКБ-10 (F43.1)

А. Больной должен быть подвержен воздействию стрессорного события или ситуации (как краткому, так и длительному) исключительно угрожающего или катастрофического характера, что способно вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума.

Б. Стойкие воспоминания или «оживление» стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах, либо повторное переживание горя при воздействии ситуаций, напоминающих или ассоциирующихся со стрессором.

В. Больной должен обнаруживать фактическое избегание или стремление избежать обстоятельства, напоминающие либо ассоциирующиеся со стрессором.

Г. Любое из двух.

1. Психогенная амнезия, либо частичная, либо полная, в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора. Для некоторых целей начало расстройства, отставленное более чем на 6 мес, может быть включено, но эти случаи должны быть точно определены отдельно с исключением более подходящих диагнозов, как ОКР и депрессивное расстройство, к примеру.

2. Стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора), представленные любыми двумя из следующих:

- а) затруднения засыпания или поддержания сна;
- б) раздражительность или вспышки гнева;
- в) затруднения концентрации внимания;
- г) повышение уровня бодрствования (гипервигилитет);
- д) усиленный рефлекс четверохолмия.

Д. Критерии Б, В и Г возникают в течение 6 мес после стрессогенной ситуации или в конце периода стресса.

Симптоматические критерии ПТСР в практических целях можно разделить на три большие категории:

- повторяющееся переживание травмирующего события или интрузия;
- спонтанно возникающие вторгающиеся наплывы воспоминаний о событии ощущения, что травматическая ситуация возвращается как будто наяву (в виде иллюзий, галлюцинаций и флешбэков);
- также возможны повторяющиеся кошмарные сновидения, отражающие травматические переживания [13].

Часть IV. Специальная психотерапия

Интрузия (позднелатинское *intrusio* — внедрение, от лат. *intrudo* — вталкивать) — вторжение, наплыв, непроизвольное (непрошенное) повторное переживание травматических событий, ощущения, что травматическое событие возвращается как будто наяву (в форме иллюзий, галлюцинаций, флешбэков, ночных кошмаров), развивающееся по неосознаваемым ассоциативным связям и вызывающее сильный психологический дистресс, что может сопровождаться соответствующим поведением. Частые триггеры — обстоятельства, символизирующие травматические события или имеющие с ними сходство (к примеру, годовщина травма, новогодние фейерверки для комбатантов).

Флешбэк (от англ. flashback) — в общеупотребительном смысле возврат в прошлое, переживание чувств, эмоций, ощущений, ситуации из прошлого. Термин заимствован из фильмографии, где он означает отклонение от повествования в прошлое, когда сюжетная линия прерывается и мы наблюдаем действия, происходившие ранее. Чаще всего обратный кадр объясняет поступки и действия героев повествования, раскрывает их мысли, движимые идеи. В психиатрии флешбэк — это диссоциативное обратное видение, спонтанное реалистичное воспоминание травматических событий. В наркологии флешбэки проявляются спонтанными краткосрочными рецидивами симптоматики острой интоксикации в отсутствии факта употребления ПАВ.

В ситуациях непосредственно схожих или ассоциативно напоминающих травматическую возникает состояние выраженного эмоционального дискомфорта, сопровождающееся вегето-соматическими проявлениями.

Избегание действий и ситуаций, напоминающих о травме (фактическое избегание, эмоциональная отстраненность, ограничительное поведение). Часто пациенты стараются избегать места, людей или деятельность, напоминающих о травматическом событии, а также разговоры, чувства и мысли, ассоциированные с ней. Может развиваться антиципационная ангедония, утрата интереса к деятельности, которая раньше приносила удовольствие, уверенность, что жизнь никогда не будет прежней. У ряда пациентов возникают чувства эмоционального онемения, отгороженности, отдаленности от мира, в том числе: деперсонализация — стойкое или периодически повторяющееся переживание оторванности от других и чувство, как будто бы наблюдаешь со стороны за собственными психическими процессами или за собственным телом (например, чувство, что все происходит как будто бы во сне, чувство нереальности личности или тела, ощущение замедленного течения времени); или дереализация — стойкое или повторяющееся переживание нереальности окружающего (например, окружающий мир воспринимается как нереальный, напоминающий сновидение, отдаленный либо измененный).

Чрезмерное физиологическое возбуждение (бессонница, повышенная реакция испуга, гипервигилитет — сверхнастороженность, реакции вздрагивания, трудности сосредоточения) [14].

В МКБ-11 появится раздел «Расстройства, непосредственно связанные со стрессом», он включает «расстройство адаптации», «ПТСР» и «комплексное ПТСР», также включен новый самостоятельный диагноз «продолжительная реакция горя». Диагнозы МКБ-11 продолжительной реакции горя, ПТСР, комплексной ПТСР и расстройства адаптации могут встречаться у представителей всех возрастных групп, в том числе у детей и подростков. Данная группа также включает специфические расстройства привязанности у детей. Кроме того, острая реакция на стресс в настоящее время представляется как нормальная реакция и в связи с этим классифицируется в главе «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения».

Основные изменения в МКБ-11:

- более узкая концепция ПТСР, которая не позволяет выставлять диагноз на основе только неспецифичных симптомов;
- новая категория «комплексное ПТСР» («complex PTSD»), которая является аналогом «хроническое изменение личности вследствие переживания катастрофы»

Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (F62.0) — расстройство, которое возникает после воздействия чрезвычайного или длительного по своей природе стрессора, от воздействия которого избавиться трудно или невозможно. Расстройство характеризуется основными симптомами ПТСР, а также развитием персистирующих и сквозных нарушений в аффективной сфере, отношении к самому себе и в социальном функционировании, включая трудности в регуляции эмоций, ощущение себя как униженного, побежденного и ничего не стоящего человека, трудности в поддержании взаимоотношений. Клиника ПТСР связана с изменениями в системах нейромедиаторов головного мозга и с нейроэндокринными нарушениями. Хотя многочисленные исследования указывают на ведущую роль психотерапии в лечении этого расстройства, профилактики хронизации и рецидивов, однако для достижения быстрого эффекта и формирования приверженности пациентов лечению рекомендуется комплексный подход с оптимальным сочетанием фармако- и психотерапии.

Психофармакотерапия и психотерапевтическое лечение ПТСР. В качестве препаратов первой линии большинство руководств рекомендуют антидепрессанты из группы СИОЗС и СИОЗСН (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина) в терапевтических дозах, препаратами первой линии признаны венлафаксин, сертралин, флуоксетин, пароксетин.

К преимуществам антидепрессантов при лечении ПТСР относятся хороший профиль эффективности—переносимость—безопасность, возможность однократного приема, наличие долговременного эффекта от терапии; к недостаткам — отсроченный эффект, возможный анксиогенный эффект в начале приема, необходимость титрации дозировки, негативное влияние на сексуальную функцию. Одной из целей назначения антидепрессантов является лечение большого депрессивного расстройства, одного из наиболее часто встречающихся коморбидных нарушений при ПТСР.

В случае развития психотической симптоматики рекомендовано краткосрочное назначение современных антипсихотиков (типа рисперидона, оланзапина).

В клинике соматических заболеваний в случае жизнеугрожающих заболеваний рекомендовано профилактическое использование тофизопама с целью профилактики

развития ПТСР. Его назначение может быть весьма вариабельно в зависимости от целей фармакотерапии.

Часть IV. Специальная психотерапия

ПТСР часто принимает хроническое затяжное течение, относительно долгосрочной эффективности наиболее доказательным оказалось использование венлафаксина, сертралина и флуоксетина [18].

Психотерапия является наиболее эффективным методом лечения ПТСР. На сегодняшний день существует довольно много психотерапевтических подходов, используемых во всех основных направлениях для лечения посттравматического стрессового расстройства. Наибольшую доказательную базу имеет КПТ. В качестве метода, разработанного для лечения жертв войн и пыток, выделяется сходная с КПТ нарративная экспозиционная терапия, краткосрочный метод, сфокусированный на травме. Сегодня уже имеется довольно солидная база доказательных исследований об эффективном применении КПТ с модулем виртуальной реальности, который используется для проведения экспозиции и предотвращения симптоматического ответа [17, 19].

Несмотря на различную теоретическую базу, применяемые техники и приемы в психотерапии ПТСР имеют много сходства. В ряде стран последние 20 лет психотравматология выделяется в отдельную психотерапевтическую субспециальность. Анализ используемых методов позволил выделить общие принципы и этапы психотерапии ПТСР (табл. 27.2) [1, 22, 23].

Таблица 27.2. Интегративная модель психотерапии ПТСР

Цель	Задачи
Стабилизация и повышение психологической устойчивости	<ul style="list-style-type: none"> • Обеспечение стабилизирующего безопасного окружения, изоляция от психотравмирующей ситуации, построение терапевтического альянса. • Психообразование в отношении специфических проявлений ПТСР и реакции человека на чрезвычайное психотравмирующее воздействие. • Обучение навыкам эмоциональной регуляции, к примеру техникам дистанцирования (остановке мыслей и диссоциаций, упражнению «мысленные образы»). • Обучение навыкам релаксации и дыхательным упражнениям
Проработка травмы	<ul style="list-style-type: none"> • Проработка внутренних психических убеждений и психосоциальных последствий психотравматизации (стыд, негативные представления о мире, вина выжившего, представление о себе как о провокаторе насилия). • Коррекция самооотношения. • Проработка травматических воспоминаний (персонализированная экспозиция с дозированной конфронтацией с травматическим опытом и постоянной оценкой «эффективность/безопасность» интервенции). • Стимулирование переработки травмы с помощью глазодвигательной методики ДПДГ по Ф. Шапиро
Интеграция и посттравматический личностный рост	<ul style="list-style-type: none"> • Социальная реинтеграция с привлечением близкого окружения и правовой поддержкой. • Преодоление избегающего поведения. • Коррекция самостигматизации. • Формирование нового самооотношения с интеграцией травматического опыта. • Возвращение к занятиям, которые до травмы имели смысл для пациента и приносили удовольствие. • Профилактика рецидивов, обучение навыкам совладания со стрессом

Метод конфронтации с направленной билатеральной стимуляцией (посредством ритмичных движений глазами) с одновременным образным представлением травматического события. Придерживаясь в основном бихевиористской ориентации, автор предложила общую теоретическую модель ускоренной переработки информации, на основе которой действует психотерапевтическая техника ДПДГ. Эта модель рассматривает большинство патологических состояний как следствие предшествовавшего жизненного опыта, создающего устойчивый паттерн аффекта, поведения, самопредставления и соответствующей структуры личностной идентичности. Патологическая структура коренится в статической, недостаточно переработанной информации, откладывающейся в памяти во время травматического события. Модель рассматривается автором как нейрофизиологическая гипотеза. Согласно модели ускоренной переработки информации, существует естественная физиологическая система, предназначенная для преобразования беспокоящих впечатлений с целью их адаптивного разрешения, и эта система ориентирована на достижение психологической интеграции и физического здоровья.

Эмоциональная травма может нарушить работу системы переработки информации, поэтому информация будет сохраняться в форме, обусловленной травматическим переживанием, и может, например, привести к появлению выраженных симптомов посттравматического синдрома. Автор высказывает гипотезу, что движения глаз (могут быть и другие альтернативные раздражители), используемые при ДПДГ, запускают психологический процесс, активизирующий информационно-перерабатывающую систему. Во время процедуры ДПДГ, когда пациенту предлагается вызвать травматическое воспоминание, психотерапевт устанавливает связь между сознанием и участком мозга, в котором хранится информация о травме. Движения глаз активируют информационно-перерабатывающую систему и восстанавливают ее равновесие. С каждой новой серией движений глаз травматическая информация перемещается, причем ускоренным образом, дальше по соответствующим нейрофизиологическим путям, пока не достигается положительное разрешение этой информации. Одно из ключевых предположений в ДПДГ состоит в том, что активизация переработки травматических воспоминаний будет естественным образом направлять эти воспоминания к адаптивной информации, необходимой для положительного разрешения. Тем самым модели ускоренной переработки информации свойственна идея о психологическом самоисцелении. В целом же представление об активизации адаптивного информационно-перерабатывающего механизма является центральным в ДПДГ-психотерапии и принципиально важным в применении этой техники к разнообразным психическим расстройствам.

Часть IV. Специальная психотерапия

Информационно-перерабатывающая система пациента может быть активирована с помощью направляемых движений глаз либо с помощью альтернативных стимулов, таких как постукивание по руке или звуковые раздражители. Автором предлагается несколько видов движений глаз, которые могут быть использованы при ДПДГ-психотерапии. Задача психотерапевта — определить тип движений глаз, более соответствующий потребностям пациента. Необходимо обеспечить пациенту комфортные условия при выполнении движений глаз. Психотерапевт не должен продолжать использование этих движений, если пациент говорит о боли в глазах или беспокойстве, возникающих во время процедуры. Цель психотерапевта — вызвать движения глаз у пациента от одного края его визуального поля до другого. Такие полные двусторонние движения глаз следует выполнять с максимально возможной скоростью, но избегая при этом появления чувства дискомфорта. Обычно психотерапевт держит два пальца вертикально с ладонью, обращенной к пациенту, примерно на расстоянии не менее 30 см. При этом психотерапевт должен оценить способность пациента следить за движениями пальцев — вначале медленно, а потом все быстрее и быстрее до достижения той скорости, которая воспринимается как максимально комфортная. Затем можно проверить эффективность диагональных движений глаз, перемещая руку вдоль линии, проходящей через середину лица пациента, справа и снизу, вверх и влево (или же наоборот), то есть от уровня подбородка до уровня противоположной брови. При других вариантах движений глаза пациента будут двигаться вверх-вниз, по кругу или же в форме восьмерки. Вертикальные движения оказывают успокаивающее действие и могут быть особенно полезными для снижения эмоционального беспокойства или чувства тошноты. Продолжительность серий движений глаз также определяется обратной связью со стороны пациента. Первая серия включает 24 двусторонних движения, где перемещение справа налево и затем снова направо представляют собой одно движение. Такое же количество движений может быть использовано и в первой серии движений. После первоначальной перерабатывающей серии движений глаз психотерапевту следует спросить у пациента: «Что вы сейчас чувствуете?» Этот вопрос дает пациенту возможность сообщить о том, что он

испытывает в форме образов, инсайтов, эмоций и физических ощущений.

Среднестатистическому пациенту необходима серия из 24 движений для переработки когнитивного материала и достижения нового уровня адаптации. Некоторым пациентам для переработки материала необходима серия из 36 движений глаз или даже большего их количества.

Иные пациенты могут оказаться почти неспособными следить за движениями руки или же могут находить эти движения неприятными; в этом случае необходимо применить способ, при котором используются обе руки. Психотерапевт помещает свои сжатые в кулаки руки по обе стороны визуального поля пациента, а затем поочередно поднимает и опускает указательные пальцы обеих рук. Пациенту даются указания переводить глаза от одного указательного пальца к другому.

ДПДГ-психотерапия состоит из **восьми стадий**. *Первая* стадия — история пациента и планирование психотерапии — включает оценивание факторов безопасности пациента и ответственна за отбор пациентов. Основным критерием для определения того, пригодны ли пациенты для ДПДГ-психотерапии, является их способность справляться с тем высоким уровнем беспокойства, который может возникнуть при переработке дисфункциональной информации. Психотерапевт в ходе изучения истории пациента выделяет цели для переработки.

Вторая стадия — подготовка — включает установление терапевтических отношений с пациентом, объяснение сущности процесса ДПДГ-психотерапии и ее эффектов, определение ожиданий пациента, а также вводную релаксацию. Важно, чтобы пациент овладел техникой релаксации и мог использовать специальные аудиозаписи, помогающие справляться с проблемами, возникающими в интервалах между сеансами ДПДГ-психотерапии. Если в конце психотерапевтического сеанса пациент проявляет признаки беспокойства или продолжаетотреагирование, психотерапевту необходимо применить гипноз или направляемую визуализацию. Пациент также обучается созданию в воображении образа безопасного места, где он испытывает комфорт.

Третья стадия — определение предмета воздействия — отражает выявление основных формотреагирования в отношении травматического воспоминания, идентификацию отрицательного самопредставления и создание положительного самопредставления.

Четвертая стадия — десенсибилизация — психотерапевт повторяет серии движений глаз, внося в них при необходимости изменения фокусировки до тех пор, пока уровень беспокойства пациента не снизится до 0 или 1 по шкале субъективных единиц беспокойства. Между каждой серией движений глаз психотерапевт должен очень внимательно выслушивать пациента, чтобы идентифицировать следующий фокус для переработки. Автор метода подчеркивает, что во многих случаях серии движений глаз недостаточно для полной переработки.

Пятая стадия — инсталляции — сфокусирована на установлении положительного самопредставления, определенного пациентом, и на увеличении его силы, для того чтобы оно могло заменить собой отрицательное самопредставление. В то время как отрицательные образы, мысли и эмоции становятся более рассеянными, диффузными с каждой новой серией движения глаз, положительные образы, мысли и эмоции становятся все более яркими.

Шестая стадия — сканирование тела — вскрывает области остаточного напряжения, проявляющиеся в форме ощущений в теле. Такие ощущения избираются затем в качестве цели для последовательных движений глаз. В этой стадии пациенту предлагают удерживать в сознании как избранное в качестве цели травматическое событие, так и положительное самопредставление и при этом сканировать сверху вниз все свое тело.

Седьмая стадия — завершение — предполагает возвращение пациента в состояние эмоционального равновесия и комфорта в конце каждого сеанса (обычно сеанс длится 90 мин, 1 раз в нед). Использование дневника с личными записями и техник визуализации, которым пациента обучит психотерапевт, либо аудиозаписи для релаксации, является важным для поддержания равновесия между сеансами.

Восьмая стадия — переоценка — проводится с помощью различных протоколов, применяемых в технике ДПДГ-психотерапии, и полного психотерапевтического плана лечения. Эта стадия определяет качество достигнутых психотерапевтических эффектов. Каждый сеанс по переработке должен быть направлен на определенную цель. Общие типы целей даны в стандартном протоколе следующим образом:

- 1) прошлый опыт, являющийся основой патологии;
- 2) существующие в настоящее время обстоятельства или факторы, которые вызывают беспокойство;
- 3) планы будущих действий.

Перед завершением курса психотерапии материал, вскрытый во время анализа истории пациента и последующей переработки, должен быть подвергнут переоценке. Все необходимые воспоминания, нынешние раздражители и предвидимые будущие действия должны быть избраны предметом воздействия и переработки, а пациенту должны быть

предложены положительные примеры для будущих действий, способствующие возникновению новых, более адаптивных форм поведения и переработке любых когнитивных искажений. Завершающая переоценка проводится для того, чтобы определить, можно ли заканчивать курс психотерапии.

Часть IV. Специальная психотерапия

Различные гипотезы объясняют психотерапевтический эффект, возникающий при использовании движений глаз, разрушением стереотипной реакции, отвлечением внимания, гипнозом, изменением синаптических потенциалов, реакцией релаксации, активацией обоих полушарий мозга, вызывающей интегративную переработку. Некоторые элементы основных психологических подходов (психодинамического, поведенческого, когнитивного, гуманистического) соединяются воедино в продолжающем свое развитие интегрированном подходе ДПДГ-психотерапии [16].

Психообразование и обучение навыкам совладания с симптомами. Ознакомление пациента с типичным ответом человека на травматизацию и ассоциативные триггеры, связанные с травмой. Выявление персонализированного травматического опыта пациента, его нормализация с дистанцированием от оценок связанных с потерей контроля над собственной психической деятельностью. Составление перечня внешних и внутренних, связанных с сенсорными переживаниями триггеров симптомов ПТСР. Формирование представлений о заболевании, как о временном явлении и надежды на выздоровление. Психообразование должно проводиться именно по такому пути, персонализировано с учетом интеллектуальных, интроспективных и культуральных особенностей пациента, уровня алекситимии.

Психотерапевт помогает пациенту идентифицировать потенциальные факторы, активирующие воспоминания о травме (люди, ситуации, места, запахи, телесные сенсации), которые запускают каскад психологических, физических и нейробиологических реакций, сходных с первичным ответом на психотравмирующее воздействие.

Навыки релаксации. Релаксационные упражнения могут помочь пациентам снизить интенсивность симптомов чрезмерного возбуждения и осуществить перенастройку функционирования амигдаларного комплекса и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, отвечающих за ответ на стрессовое воздействие. Техники подбираются индивидуально, к наиболее популярным относятся прогрессивная мышечная релаксация, йога с дыхательным комплексом и визуализация. Основным условием является их регулярное применение.

Навыки аффективной регуляции. Психотерапевт обучает пациента комфортной экспрессии негативных чувств, связанных с травматическим опытом, а также навыкам управления негативными эмоциональными состояниями. Наиболее распространенные приемы включают фокусировку на «здесь и сейчас», поиск социальной поддержки, проблемно-решающий копинг, техники позитивного отвлечения внимания (использование юмора, помощь другим, оценка в перспективе, чтение, прогулка) а также стратегии управления гневом. Пациента поощряют сформировать свой персонализированный набор инструментов, который будет эффективен лично для него для модуляции аффекта при актуализации травматических воспоминаний.

Навыки когнитивного процессинга. Техника «когнитивный процессинг» направлена на обучение пациента схеме эмоции–мысли–поведение с последующей заменой дезаппетивных когнитивных схем на более конструктивные. Для реализации этих целей могут использоваться сократический диалог, эвристический диспут, упражнение «адвокат дьявола» и другие.

Нарратив травмы и процессинг (2–6 сессий). В этой фазе в интерактивном психотерапевтическом процессе пациенту помогают «вербализовать невербализуемое», выразить в словах наиболее тяжелые аспекты травматических переживаний, включая мысли, чувства и телесные сенсации, возникшие во время травматизации. Это дает пациенту возможность преодолеть симптоматику избегания и получить опыт управления своими травматическими переживаниями. На этой фазе также создается возможность лучшего переструктурирования дисфункциональных убеждений как, к примеру, «я сама спровоцировала насильника», за счет дистанцирования по отношению к травматическому опыту. Возможно использование письменных заданий для переработки травмы.

Интеграция и консолидация (2–8 сессий). Проведение совместных сессий с членами семьи, где психотерапевт выступает в качестве модератора, помогая пациенту разделить травматические переживания с членами семьи. Во время этих сессий возможно обсуждение и других эмоциональных значимых тем, а также члены семьи могут задать друг другу важные вопросы, к примеру, касающиеся чувства вины и принятия, связанных с травматическим событием.

Создание безопасной среды достигается посредством обсуждений планов мероприятий, связанных с безопасностью, к примеру, могут обсуждаться планы «нет насилию», запрет на

употребление ПАВ в семье и т.п.

После овладения пациентом навыками стабилизации своего психического состояния возможно проведение конфронтации с травматическим опытом для его интеграции, консолидации памяти и включения его в самоотношение. Посредством дозированного столкновения с пугающей ситуацией и обучением, что катастрофический прогноз не оправдывается, на смену избеганию приходит опыт владения своим психическим состоянием. Еще на этапе стабилизации, если состояние пациента позволяет, может начинаться дозированная экспозиция с упражнений на воображение и постепенным переходом к вариантам «*in vivo*», к примеру с посещением мест, связанных с травматическими событиями [8, 11, 15, 20].

Будущие исследования в области эффективности применения психотерапии должны быть направлены на изучение наиболее оптимальной длительности психотерапии, поскольку на сегодняшний день доказательная база основывается на достаточно коротких протоколах, что возможно связано с недостаточной финансовой поддержкой этой сферы. Перспективным также является изучение компьютеризированных, онлайн форм психотерапии, которые пока могут быть рекомендованы как дополнительные средства.

Знание и умение точно выделить критерии, позволяющие своевременно и точно поставить диагноз ПТСР, способность оценить выраженность клинических проявлений, индивидуальные психологические особенности пациента, его ресурсные возможности, наличие социальной поддержки позволяют специалистам разработать персонализированные стратегии эффективной комплексной помощи. Выделение психотерапевтических мишеней позволяет выбрать методы, направленные на решение основных стратегических задач, и грамотно их интегрировать с методами, решающими тактические вопросы. Соотношение психотерапии и фармакотерапии должно определяться индивидуально и гибко меняться на различных этапах лечения с учетом клинической динамики, эффективности и переносимости терапии.

Часть IV. Специальная психотерапия

Список литературы

1. Бундало Н.Л. Способы лечения посттравматического стрессового расстройства (обзор литературы) // Вестник восстановительной медицины. 2008, № 4. С. 21–24.
2. Васильева А.В., Караваева Т.А., Лукошкина Е.П., Карпов А.В. Клинико-психологические факторы риска развития посттравматического стрессового расстройства у пациентов с онкологическими заболеваниями прямой кишки, подвергшихся хирургическому лечению с формированием колостомы // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2018, № 2. С. 44–43.
3. Васильева А.В., Караваева Т.А., Лукошкина Е.П. и др. ПТСР у пациенток с раком молочной железы после оперативного лечения (мастэктомии), клинико-психологические особенности // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2018, № 4. С. 83–93.
4. Васильева А.В., Караваева Т.А., Мизинова Е.Б., Лукошкина Е.П. Психологические особенности у больных раком молочной железы в зависимости от наличия коморбидного посттравматического стрессового расстройства // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29, № 2. С. 145–163. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290207>.
5. Васильева А.В., Караваева Т.А., Лукошкина Е.П. Психологические предикторы развития ПТСР у пациенток после хирургического лечения (мастэктомии) рака молочной железы // Женское психическое здоровье — от истерии к гендерно-сенситивному подходу / Под общ. ред. Н.Г. Незнанова; авт.-сост. А.В. Васильева, Т.А. Караваева. СПб.: Алеф-Пресс; Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, 2018. С. 66–79.
6. Волошин В.М. Клиническая типология посттравматических стрессовых расстройств и вопросы дифференцированной психофармакотерапии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2001. Т. 3, № 4. С. 125–129.
7. Волошин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство. М.: Анахарсис, 2005. 198 с.
8. Гаранян Н.Г. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия посттравматического стрессового расстройства // Консультативная психология и психотерапия. 2013. Т. 21, № 3. С. 46–72.
9. Колов С.А. Особенности посттравматического стрессового расстройства у комбатантов // Тюменский медицинский журнал. 2011, № 1. С. 23–31.
10. Караваева Т.А., Васильева А.В., Лукошкина Е.П. Развитие посттравматического стрессового расстройства у пациентов с онкологическими заболеваниями // Онкопсихология для врачей онкологов и медицинских психологов: Руководство / под ред. А.М. Беляева, В.А. Чулковой, Т.Ю. Семиглазовой, М.В. Рогачева. СПб., 2017. С. 227–240.

11. Лихи Р., Сэмпл Р. Посттравматическое стрессовое расстройство: когнитивно-бихевиоральный подход // Московский психотерапевтический журнал. 2002, № 1. С. 1–18.
12. Олейникова И.Н., Генс Г.П., Коробкова Л.И. и др. Диагностика посттравматического стрессового расстройства у больных раком яичников // Вопросы онкологии. 2013. Т. 59, № 3. С. 12–25.
13. Посттравматическое стрессовое расстройство: Международная (Россия — Армения — Беларусь — Украина) коллективная монография / под ред. В.А. Солдаткина. Ростов н/Д: Изд-во ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, 2015. 623 с.
14. Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. М.: Изд-во Института психотерапии, 2000. 128 с.
15. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.
16. Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: основные принципы, протоколы и процедуры. М.: Класс, 1998.
17. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / под ред. Э. Фоа, Т.М. Кина, М. Фридмана. М.: Когито-Центр, 2005. 467 с.
18. Bisson J., Berliner L., Cloitre M. et al. The International Society for Traumatic Stress Studies new guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder: methodology and development process // J. Trauma Stress. 2019. Vol. 32, N. 4. P. 475–483.
19. Courtois A. et al. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults. American Psychological Association, 2017.
20. Ehlers A., Clark D. A cognitive model of posttraumatic stress disorder // Behav. Res. Ther. 2000. Vol. 38. P. 319–345.
21. Kessler R., Sonnega A., Bromet E. et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey // Arch. Gen. Psychiatry. 1995. Vol. 52. P. 1048–1060.
22. Lewis C., Roberts N.P., Andrew M. et al. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis // Eur. J. Psychotraumatol. 2020. Vol. 11, N. 1. Article ID 1729633.
23. Mendes D., Mello M., Ventura P., Passarela C. A systematic review on the effectiveness of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder // Int. J. Psychiatry Med. 2008. Vol. 52. N 3. P. 241–259.

Часть IV. Специальная психотерапия

27.6. Экстренная психологическая помощь пострадавшим при чрезвычайных ситуациях. Чрезвычайные ситуации, пожары, наводнения, разрушительные природные бедствия, военные конфликты век за веком испытывают человека на прочность. Последствиями таких событий неизбежно становятся разрушения и экономический ущерб, но самыми страшными являются потери человеческих жизней, утраченное здоровье, как физическое, так и психическое (МЧС России: <https://www.mchs.gov.ru/deyatelnost/itogi-deyatelnosti-mchs-rossii>) [6]. Экстренная психологическая помощь при чрезвычайных ситуациях наряду с другими мероприятиями, такими как психологическое сопровождение деятельности специалистов экстремального профиля, организация пролонгированной психологической помощи жертвам и пострадавшим от бедствий и катастроф является неотъемлемой составляющей большой системы мероприятий, направленных на сохранение психического здоровья в чрезвычайных ситуациях.

Оказание экстренной психологической помощи осуществляется в острый период — начинается непосредственно после травмирующего события и длится на протяжении периода осуществления поисково-спасательных, аварийно-спасательных и других неотложных работ. Таким образом, можно выделить несколько специфических организационных характеристик этого вида психологической помощи.

- Срочность экстренной психологической помощи.
- Небольшая продолжительность мероприятий по оказанию такой помощи.
- Необходимость оказания помощи в малоприспособленных для этого условиях.
- Необходимость учета всей совокупности мероприятий по ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций и их влияния на состояние пострадавших людей при оказании психологической помощи.
- Возможность нахождения на месте происшествия большого числа людей, находящихся в особом психологическом состоянии.

Опираясь на выделенные характеристики, можно определить основные задачи, решение которых необходимо в этих особых случаях организации психологической помощи. Таких

задач три:

- реализация системы мероприятий, направленных на оптимизацию актуального состояния пострадавших;
- реализация системы мероприятий, направленных на снижение вероятности возникновения отсроченных последствий травматического стресса;
- реализация системы мероприятий, направленных на минимизацию риска возникновения массовых неблагоприятных реакций, таких как паника, массовые проявления агрессии, распространение слухов и др.

Таким образом, экстренная психологическая помощь — самостоятельный вид психологической работы, представляющий собой систему мероприятий, реализуемых в короткие сроки и непосредственно после травматического события, направленных на помощь человеку, малой или большой группе людей, проводимых в связи с травмирующим событием и имеющих целью сохранение психического здоровья.

Важно отметить, что при всей особенности ситуации и условий, в которых реализуется экстренная психологическая помощь, возможно и необходимо соблюдение этических принципов: уважения, профессиональной компетентности, ответственности, честности («Этический кодекс психолога», <http://xn--n1abc.xn--p1ai/rpo/documentation/ethics.php>) [12]. Тут рассматривается организация и методы работы, направленные на человека, личность — как при решении задачи оптимизации его актуального состояния, так и при оказании психологической помощи, направленной на сохранение психического здоровья и профилактику возникновения неблагоприятных последствий травматического стресса. Психологическая работа с большими группами людей, направленная на минимизацию массовых явлений, обычно рассматривается отдельно.

Прежде чем приступить к рассмотрению организации, принципов и методов оказания экстренной психологической помощи целесообразным представляется подробнее остановиться на описании состояния людей, подвергшихся воздействию травматического события, в том числе сверхинтенсивного, так как именно оно определяет специфику этого вида психологической работы.

Состояние, возникающее в ответ на такое событие, обозначается в МКБ-10 как острое стрессовое расстройство и имеет следующие характеристики:

- первоначальное ошеломление, дезориентированность, снижение когнитивных функций;
- реакции «ухода от реальности», которые могут быть достаточно разнообразны по своим проявлениям и степени выраженности и варьироваться от состояния диссоциативного ступора до ажитации, сверхактивности;
- возникновение сразу (в течение нескольких минут) после травмирующего события;
- небольшая продолжительность нарушений от нескольких часов до нескольких суток.

Можно выделить еще несколько особенностей состояния людей, переживающих травмирующее событие, которые возникают непосредственно после него и длящихся за пределами продолжительности острого стрессового расстройства.

- Ощущение отсутствия временной перспективы, переживание феномена «пустого настоящего и пустого будущего»; сложность или невозможность построения плана действий на ближайшую и отдаленную перспективу, связанное с этим ощущение отсутствия контроля над собственной жизнью.
- Выраженные эмоциональные реакции: гнев, отчаяние, страх, тревога, апатия, отрешенность и проч.
- Сложности в использовании имеющихся ресурсов для улучшения своего состояния.

Эти особенности являются специфическими для последствий травматического стресса, детерминированы им, в первую очередь из-за разрушения состояния адаптации человека с окружающим миром. Травмирующие события зачастую оказывают настолько сильное воздействие на жизнь человека и его внутренний мир, что имеющиеся у него способы адаптации в когнитивной, коммуникативной, социальной, смысловой сфере оказываются непригодными или сложно применимыми для этой ситуации.

Часть IV. Специальная психотерапия

Основным принципом оказания экстренной психологической помощи являются представления о закономерности, нормальности реакций человека на травматическое воздействие. Широко распространенный тезис о том, что острый стресс — это нормальная

реакция на ненормальные обстоятельства, точно иллюстрирует этот принцип. Стратегия оказания помощи, следовательно, строится из «нормоцентрической» или даже «здоровьесцентрической» модели, которая предполагает наличие механизмов и ресурсов у человека для переработки и переживания травматического опыта. Деятельность психолога в такой модели направлена на то, чтобы отладить, настроить, запустить процесс переживания, актуализировать необходимые для этого ресурсы, а ключевой проблемой является сохранение психического здоровья, профилактика возникновения болезненных последствий в противовес с «патоцентрической» моделью и центральной проблемой лечения, коррекции уже сформировавшихся нарушений.

Безусловно, некоторая часть людей, подвергшихся травматическому стрессу, не может справиться с такой психологической задачей как переживание травматических событий и построение новой ситуации адаптации с окружающим миром самостоятельно. В таких случаях необходима коррекция эмоционального состояния и активация адаптационных ресурсов. Однако в острый период делать заключение о формировании психических нарушений некорректно и преждевременно, хотя возможно и целесообразно выделить предикторы таких последствий и учитывать их при оказании психологической помощи. При оказании индивидуальной экстренной психологической помощи можно выделить два вида мероприятий, которые отличаются друг от друга интенсивностью и глубиной интервенции: информационно-психологическая поддержка и психологическое консультирование. Каждое из них может проводиться как в очном, так и в дистанционном формате (в основном посредством телефонной связи, которая на современном этапе развития технологий имеет лучший баланс между доступностью и возможностью установить полноценный эмоциональный контакт между специалистом и клиентом).

Информационно-психологическая поддержка. Чрезвычайная ситуация любого масштаба существенно увеличивает интенсивность коммуникации и передачи информации между всеми участниками процесса: специалистами, участвующими в ликвидации последствий, пострадавшими, их родными и близкими, людьми так или иначе вовлеченными в трудные обстоятельства, а в том случае, если катастрофа крупная и вызывает общественный резонанс, в этот процесс включаются представители СМИ и, следовательно, их аудитория. С возрастанием спроса на информацию существенно и резко возрастает ее значимость, что увеличивает количество людей, участвующих в этом информационном обмене. Такое увеличение неизбежно ведет за собой ускорение трансформации, искажения первоначальных сообщений и, как следствие, возникновение и возрастание рисков деформации восприятия событий и осложнения процесса ликвидации последствий чрезвычайной ситуации. Согласно наблюдениям специалистов и проведенным исследованиям именно нарушения информационных процессов в чрезвычайных ситуациях оказывает существенное влияние на состояние людей [9]. Для минимизации рисков процесс передачи информации должен быть управляем и структурирован. Можно выделить три направления информационного обмена, в каждом из которых решаются свои задачи: информационный обмен по линии оперативных служб; информирование общества через средства массовой информации; предоставление информации людям, вовлеченным в ситуацию: пострадавшим, их родственникам и близким. Лица, лично вовлеченные в чрезвычайные события, представляют собой особую группу, которая характеризуется:

- особыми информационными потребностями (информация о деталях, подробностях, вариантах развития ситуации и др.);
- острой потребностью в информации;
- специфическим психологическим состоянием, вызванным воздействием травматического стресса.

Ключевым способом информирования этой группы людей является информационно-психологическая поддержка.

Информационно-психологическая поддержка — мероприятие, направленное на удовлетворение потребности в информации человека, подвергшегося действию травматического стресса, осуществляемое с учетом актуального состояния. Важно отметить, что изменение состояния человека в ходе реализации этого мероприятия обусловлено в первую очередь удовлетворением депривированной информационной потребности, способ насыщения которой позволяет нивелировать эмоциональные и когнитивные нарушения, вызванные острой стрессовой реакцией. Другими словами, это не психотерапевтическая интервенция, но использование психологических приемов с целью разъяснения человеку необходимых ему деталей текущей ситуации, особенности его самочувствия и положения, что в свою очередь оказывает влияние на общее психологическое состояние.

Методы, применяемые при оказании информационно-психологической поддержки

Информирование с учетом состояния клиента (можно определить как вид беседы) — процесс коммуникации, происходящий между специалистом и пострадавшим (клиентом), в

котором специалист решает две параллельные задачи: информирование — передача информации и формирование условий для ее понимания и усвоения; оптимизация актуального состояния пострадавшего. При реализации этого метода работы профессиональная деятельность специалиста осуществляется как на подготовительном этапе, так и непосредственно в процессе коммуникации. При подготовке к коммуникации специалисту предстоит решить несколько задач.

- Анализ информационных потребностей клиента, на основании которого делается вывод о том, какие сведения ему необходимы. Предоставляемая информация должна удовлетворять потребности клиента, но не превышать их (например, если человек интересуется мерами профилактики инфекции, не стоит помимо этого рассказывать о всех возможных последствиях заболевания, это может вызвать ухудшение самочувствия, а часть информации не будет воспринята или будет усвоена с устойчивыми искажениями).
- Поиск, верификация и адаптация необходимой информации к потребностям клиента. Это прежде всего получение необходимых сведений в достоверном (официальном) источнике и «перевод» их в ту форму, которая будет понятна клиенту. Зачастую та информация, которая необходима пострадавшему, выходит за пределы профессиональной компетенции специалиста-психолога (например, сведения об особенностях проведения процедуры идентификации тел погибших или о документальном оформлении социальных выплат), но именно психолог обладает необходимыми профессиональными навыками, чтобы доступно объяснить необходимое, ориентируясь на личностные особенности и актуальное состояние человека, поэтому задача чаще всего реализуется специалистами именно этого профиля.
- Создание оптимальных условий для информационно-психологической поддержки, предполагающее как техническую оснащенность (наличие блокнота, ручки или технического устройства клиента — телефона, планшета для записи, достаточная освещенность и уединенность места, необходимые для изучения фотоматериалов, схем, если это требуется), так и меры психологического характера (присутствие родственников, близких, друзей, которые могут оказать психологическую поддержку клиенту; установление личного контакта с пострадавшим).

Часть IV. Специальная психотерапия

Внутри самого процесса коммуникации, помимо собственно информационного обмена основные задачи специалиста можно обозначить следующим образом:

- оценка и контроль актуального состояния пострадавшего;
- при необходимости помощь в купировании острых проявлений реакции на стресс (истероидных, агрессивных и т.д.).

Для решения этих задач применяют дополнительные, по отношению к информированию, методы, выбор и содержание которых осуществляется с учетом состояния клиента:

Эмпатическое или активное слушание. Широко известная в психологии система приемов, которая позволяет выстроить комфортную для клиента ситуацию для рассказа о своих переживаниях, выражения эмоциональной реакции. В чрезвычайной ситуации эта система направлена на изучение потребностей клиента, оценку его состояния и необходимости психологической помощи в других формах. Эмпатическое слушание позволяет бережно и корректно «запустить» процесс переживания травматического события.

Психологическая поддержка. Психологическая поддержка является системой простых психологических приемов, направленных на оптимизацию актуального состояния пострадавших при различных вариантах течения острой стрессовой реакции. Эта система является результатом обобщения и анализа эмпирического опыта специалистов психологической службы МЧС России, отбора и ревизии наиболее простых и нетребовательных (к условиям и квалификации оказывающего помощь) приемов, позволяющих влиять на степень выраженности острой стрессовой реакции. Выбор приемов, применяемых в каждом конкретном случае, зависит от демонстрируемой симптоматики у пострадавшего (клиента). Выделяют следующие основные группы приемов.

- Экспресс-оценка состояния пострадавшего, основанная на наблюдении за внешними, видимыми в поведении признаками: мимика, жестикуляция, выраженность эмоциональной реакции; из оценки актуального состояния когнитивных процессов (по внешним признакам: речи, продуктам деятельности); по способности к вступлению в

контакт с окружающими. В результате такой экспресс-диагностики возможно сделать вывод о форме протекания острой стрессовой реакции — агрессивной реакции, истероидной реакции, признаках диссоциативного ступора, ажитированного поведения, вариантов продуктивного и контрпродуктивного эмоционального реагирования. На основании вывода о форме протекания острой стрессовой реакции выстраивается стратегия дальнейшей работы с пострадавшим через реализацию приемов, наиболее эффективных при конкретном поведенческом проявлении.

- Инициация, оформление и поддержание контакта, включающее невербальные, паравербальные и вербальные способы присоединения, «подстройки» к состоянию клиента.
- Приемы, направленные на оптимизацию психофизиологического состояния: элементы саморегуляции, физическая активность, удовлетворение витальных потребностей. Элементы технологий саморегуляции, в первую очередь — приемы, связанные с дыханием: гиповентиляция, в случаях когда целесообразно повышение уровня активности парасимпатической нервной системы и, как следствие, снижение активации (например, при истероидной, агрессивной реакции, острых переживаниях тревоги, страха), и техники, способствующие гипервентиляции, активации симпатического отдела нервной системы, когда показано повышение уровня активности (например, при апатии). Наборы простых физических упражнений также направлены на оптимизацию актуального состояния, они влияют на уровень активации, задействуя психофизиологические механизмы, позволяя, с одной стороны, утилизировать энергию, появившуюся в результате стрессовой реакции, с другой стороны, — мягко стимулируют симпатический отдел нервной системы. Удовлетворение витальных потребностей предполагает в первую очередь заботу о достаточном количестве жидкости и питательных веществ, что в дальнейшем обеспечивает необходимую для переживания травматического стресса физическую основу.
- Приемы, направленные на оптимизацию эмоционального состояния. Эта группа приемов предполагает создание комфортных, безопасных условий для эмоционального реагирования: обеспечение уединения, эмоциональная поддержка (в том числе посредством применения приемов активного слушания), нормализация реакций (формирование у пострадавшего представления о том, что его реакции стандартны для текущей ситуации).
- Приемы, направленные на нормализацию когнитивных процессов, предполагают активизацию внимания, памяти, мышления посредством решения соответствующего типа когнитивных задач (вспомнить, сформулировать, найти и т.д.), включенных в контекст чрезвычайного события (то есть в обязательном порядке связанных с текущей ситуацией). Когнитивная нагрузка увеличивается постепенно: от простых задач к сложным, от решения трудностей с помощью специалиста к самостоятельной деятельности.

Завершая рассмотрение технологии психологической поддержки, необходимо отметить, что эта система приемов, сконструирована таким образом, что применять ее может человек без психологического образования, но прошедший специальную подготовку. Такая конструкция создавалась целенаправленно, для решения задачи повышения психологической грамотности населения, увеличения случаев оказания такой помощи при авариях, травмах, несчастных случаях и, как следствие, улучшение ситуации с сохранением психического здоровья. Эта идея нашла свое воплощение в последнее десятилетие в России — с 2012 г. психологическая поддержка является одним из мероприятий первой помощи (приказ Минздравсоцразвития России от 04.05.2012 № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи»). Таким образом, каждый человек, имеющий определенные навыки может оказать психологическую поддержку. Специфика применения этой системы приемов профессиональным психологом состоит в том, что она для него имеет вспомогательный характер по отношению к решаемой им профессиональной задаче.

Часть IV. Специальная психотерапия

Резюмируя представленные материалы об информационно-психологической поддержке, можно сделать заключение о том, что этот вид психологической работы, встроенный в контекст деятельности пострадавшего, реализуется посредством удовлетворения имеющихся у него информационных потребностей, а в качестве основного психологического результата предполагает стабилизацию психологического состояния и ослабление силы протекания острой стрессовой реакции. Еще одним результатом является выраженное влияние мероприятий по информационно-психологической поддержке (при условии их грамотной и масштабной организации) на снижение рисков возникновения массовых неблагоприятных

реакций и стабилизация общей обстановки на месте катастрофы, при ликвидации ее последствий.

Консультирование в особых условиях. Основной формой работы при оказании индивидуальной экстренной психологической помощи является психологическое консультирование. Специфика условий реализации мероприятий, описанная выше, влияет на длительность и содержание каждого этапа психологической консультации: организацию контакта, предъявление жалобы, сбор сведений о клиенте, уточнение анамнеза проблемной ситуации, формулировку запроса и планов на дальнейшую работу.

Существует множество способов выделить этапы психологической консультации, широта литературных источников и авторских позиций по этом вопросу лишь подчеркивает многовариантность этого вида психологической практики [1]. Наиболее целесообразным для формирования представлений об этапах консультирования является применение функционального подхода — этапы выделяются как последовательно решаемые специалистом задачи.

Организация терапевтического контакта. В классической практике психологического консультирования этот этап, как правило, очень краткий — ограничивается знакомством и несколькими вводными фразами и не требует специальных навыков от психолога (клиент является инициатором взаимодействия, или, как минимум, самостоятельно и добровольно идет на контакт). В практике оказания экстренной психологической помощи этот этап часто предстает в развернутом виде и может занимать значительное время. Это обусловлено спецификой течения острой стрессовой реакции у конкретного пострадавшего. Некоторые формы протекания — апатия, эмоциональное реагирование (переживания страха, тревоги, чувства отчаяния, чувства вины) предполагают реализацию этого этапа как при классическом консультировании, в то же время другие формы — ступор, ажитация, агрессивная или истероидная реакция требуют более долгих и сложных действий специалиста, в первую очередь, направленных на «подстройку», присоединение к клиенту, реализуемых через возможные с учетом его состояния каналы: вербальные, невербальные (поза, жесты, дыхание), паравербальные (интонации, темп и громкость речи). Часто уже в ходе установления контакта происходит купирование или снижение остроты проявления стрессовой реакции. Основная задача, решаемая на этом этапе, — создание доверительного личностного контакта, необходимого для дальнейшей работы.

Предъявление жалобы и сбор анамнеза. В отличие от классического процесса консультирования при оказании экстренной психологической помощи предъявления жалоб в виде декларации повода для обращения к психологу, как правило, не происходит. Это обусловлено тем, что инициатором контакта в этом случае чаще выступает сам специалист. Жалобы предъявляются, уточняются в процессе сбора анамнеза. Сама процедура сбора анамнеза также некоторым образом трансформируется: в первую очередь сбор сведений ведется посредством использования метода наблюдения, при помощи которого специалист оценивает эмоциональные, когнитивные и поведенческие реакции пострадавшего, стараясь дифференцировать ответ на ситуацию и устойчивые индивидуальные особенности клиента. Второй метод, используемый для решения этой задачи, — это беседа, при помощи нее уточняются особенности состояния человека, личностные характеристики, специфика его социальной ситуации до травматического события (состав семьи и особенности внутрисемейной коммуникации, наличие близкого внесемейного социального окружения) и ее изменение в связи с произошедшими событиями (есть ли погибшие, пострадавшие из близкого круга контактов, кто в настоящий момент находится рядом). Основными вопросами, на которые специалист стремится получить ответ в процессе оказания экстренной психологической помощи, чаще всего являются: форма проявления острой стрессовой реакции и возможности оптимизации актуального состояния клиента; области дезадаптации клиента в ответ на травмирующее событие (физическое здоровье, социальные изменения, эмоциональное состояние и т.д.); возможности для корректного построения адаптационного процесса (личностная позиция пострадавшего, наличие и сформированность ресурсов).

Психологическая интервенция. Формулировка запроса и построение планов на дальнейшую работу. Процесс классического психологического консультирования далеко не всегда предполагает наличие специально обозначенной интервенции — процесс направлен на осознание проблемной ситуации, ее причин, особенностей течения, способов ее преодоления и наличия для этого необходимых ресурсов. Терапевтический эффект в консультировании достигается за счет решения клиентом этих задач и трансформации, изменения собственного отношения к проблемной ситуации, а, следовательно, и поведения в проблемном поле. Результатом психологической консультации является точно сформулированная проблема (в случае, если в качестве способа решения проблемной ситуации клиент выбирает психотерапию или психологическую коррекцию это можно обозначить как «формулировка запроса») и план действий по ее преодолению.

В случае консультирования в особых условиях при оказании экстренной психологической помощи специалистом должны быть решены те же задачи. Специфику работы можно

обозначить несколькими пунктами.

- Психологическая работа в таких условиях может быть направлена исключительно на работу с последствиями травматического стресса. Попытка консультирования по проблемам, сформировавшимся до травмирующего события, в остром состоянии может быть опасна.
- Крайне желательным является проведение полного завершённого цикла мероприятий по психологическому консультированию в рамках одного сеанса, одной встречи.
- При принятии решения о необходимости проведения психологической интервенции (например, коррекция непродуктивных эмоциональных реакций — чувства вины, несоразмерного переживания тревоги, страха) выбираются краткосрочные и безопасные методы.
- Особое значение приобретает формирование плана действий, реализуемое на финальном этапе психологического консультирования. В ситуации острого стресса одной из характерных особенностей состояния является разрушение временной перспективы (что неизбежно при разрушении адаптации), при этом следует учитывать, что такое разрушение часто имеет тотальный характер, то есть распространяется на все сферы жизни, а не только на наиболее деформированную травматическим событием. Таким образом, построение временной перспективы, в идеале распространённое на весь контекст жизни человека, в процессе психологического консультирования само по себе обладает мощным терапевтическим эффектом. Именно поэтому проговариваются планы на ближайшие часы и дни, и на отдалённые отрезки времени — недели и месяцы во всех значимых для клиента сферах.
- Заимствованные из различных областей психологической практики методы (приемы телесно-ориентированной и арт-терапии, поведенческой терапии, краткосрочной позитивной терапии и др.) должны быть адаптированы к условиям их применения в рамках оказания экстренной психологической помощи, валидизированы для чрезвычайных условий и быть эффективны для решения специфических психологических проблем. Критическое применение таких технологий, при условии их осознанной переработки, позволяет сформировать обширный репертуар профессиональных действий.

Часть IV. Специальная психотерапия

Наиболее распространённые методы индивидуальной работы при оказании экстренной психологической помощи представлены в табл. 27.3.

Таблица 27.3. Методы индивидуальной работы при оказании экстренной психологической помощи

Методы	Информационно-психологическая поддержка	Психологическая консультация в особых условиях
Показания	Дефицит информации или депривация информационных потребностей	Тяжелые формы реагирования на травматическое событие (развернутая форма острой стрессовой реакции), непродуктивные формы реагирования
Ожидаемый результат	<ul style="list-style-type: none"> • Оптимизация актуального состояния. • Улучшение состояния пострадавшего вследствие предоставления ему необходимой информации в форме, учитывающей его актуальное состояние 	<ul style="list-style-type: none"> • Оптимизация актуального состояния. • Формирование представления о текущем состоянии и построение планов на будущее. • Инициация процесса переживания и переработки травматического опыта. • Инвентаризация ресурсов
Методы	<ul style="list-style-type: none"> • Активное, эмпатическое слушание. 	<ul style="list-style-type: none"> • Активное, эмпатическое слушание.

	<ul style="list-style-type: none"> • Информирование с учетом актуального состояния. • Психологическая поддержка 	<ul style="list-style-type: none"> • Психологическая поддержка. • Валидизированные к условиям, краткосрочные методы психологической коррекции и психотерапии
Требования к подготовке, оказывающего помощь	<p>Желательно: психологическое образование. Обязательно:</p> <ul style="list-style-type: none"> • специальная подготовка к оказанию психологической поддержки (в том числе в дистанционных формах); • дополнительная подготовка к работе в чрезвычайных ситуациях; • знания в смежных областях деятельности, затрагивающих значимые для пострадавших сферы (меры социальной поддержки, ход проведения спасательных работ, элементы следственных действий). <p>Этот вид помощи может быть оказан лицами, не имеющими профильного психологического образования, при условии дополнительной подготовки и общей координации действий специалистами. При таком варианте может снижаться качество помощи, возможно возникновение ошибок в оценке состояния пострадавшего, поэтому его применение допустимо и целесообразно при нехватке специалистов</p>	<p>Требования к высшему профессиональному образованию обязательны. Остальные требования те же, что и при оказании информационно-психологической поддержки</p>

Завершая изложение основных позиций, касающихся оказания экстренной психологической помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях, представляется целесообразным обозначить основные принципы работы со специалистами, принимающими участие в их ликвидации.

Обозначая в качестве адресата психологической помощи специалистов, необходимо акцентировать внимание на том, что специалисты не представляют собой единую однородную группу — в процессе ликвидации последствий принимают участие большое число различных профессиональных групп, с разной ведомственной принадлежностью и специфическим функционалом. Взяв в качестве критерия потребность в психологической помощи, можно разделить всех участников ликвидации последствий на две большие группы: специалисты экстремального профиля, профессионально занимающиеся спасением (например, спасатели, пожарные, врачи экстренной медицины и др.) и привлеченные специалисты, чьи профессиональные знания и навыки могут помочь в конкретной ситуации (например, инженеры, представители администрации учреждений и др.). У двух этих групп разные потребности в психологической помощи в активный период ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.

Привлеченные специалисты, как правило, не имеют специальной подготовки, сложившихся стратегий совладания и необходимого уровня адаптации к работе в экстремальных условиях, что приводит к таким наиболее распространенным состояниям, как:

- острая реакция на стресс — в этом случае реакция привлеченных специалистов не отличается от реакции пострадавших;
- быстрое истощение, астенизация вследствие нетипичных, экстремально высоких трудовых нагрузок, сопряженных с высоким уровнем личностной значимости ситуации.

Опираясь на оценку состояния и потребность в психологической помощи, выстраивается стратегия работы специалиста-психолога.

При возникновении острой реакции на стресс в зависимости от степени выраженности и конкретной симптоматики подбирается и реализуется комплекс мероприятий, уже изложенный выше.

При истощении, астенизации действия специалиста направлены на оптимизацию режима труда и отдыха и проведение мероприятий по повышению эффективности отдыха, восстановлению (сеансы аутогенной тренировки, релаксации, тренинги, направленные на формирование простых навыков саморегуляции). Система психологического сопровождения специалистов экстремального профиля является составной частью системы сохранения психического здоровья в чрезвычайных ситуациях. Ее реализация базируется на следующих основных принципах:

Часть IV. Специальная психотерапия

- приоритет предупреждающих мероприятий;
- включение мероприятий по психологическому сопровождению в контекст профессиональной деятельности;
- комплексный подход к реализации мероприятий по сохранению и укреплению психического здоровья специалистов.

Психологическая работа со специалистами экстремального профиля (на примере МЧС России) выстраивается таким образом, что подавляющий ее объем реализуется в режиме повседневной деятельности, обеспечивая необходимую психологическую устойчивость [10] и минимизируя вероятность возникновения потребности оказания психологической помощи во время активной фазы ликвидации последствий чрезвычайной ситуации (исключение составляют длительные спасательные экспедиции, в этом случае психолог, как правило, включается в состав группы и реализует мероприятия по психологическому сопровождению личного состава).

Основные мероприятия по психологическому сопровождению специалистов МЧС России представлены в табл. 27.4.

Таблица 27.4. Основные мероприятия по психологическому сопровождению специалистов

Мероприятие	Ожидаемый результат
Профессиональный психологический отбор; аттестация при назначении на должность	Выявление уровня развития профессионально важных качеств, позволяющих решать поставленные задачи без ущерба для психического здоровья и психологического благополучия (Методическое руководство по психодиагностическому обеспечению в МЧС России, 2011)
Периодическое мониторинговое обследование	Динамическое наблюдение за психическим здоровьем профессионала для формирования рекомендаций о профилактике нарушений или необходимости проведения коррекционных мероприятий
Постэкспедиционное обследование после длительных, тяжелых, связанных с наличием угрозы жизни, здоровью ситуаций	Экспресс-оценка состояния психического здоровья непосредственно после события, которое имеет вероятность оказать травмирующее воздействие
Психологическая подготовка	Освоение знаний и навыков, необходимых для сохранения психического здоровья специалиста (например, элементы самодиагностики, саморегуляции); освоение знаний и навыков, необходимых для реализации профессиональных задач (например, навыки психологической поддержки)
Психологическая профилактика (система тренингов, направленная на повышение устойчивости к негативным факторам профессиональной деятельности)	Повышение психологической устойчивости к сложным условиям деятельности, формирование персональных адаптационных стратегий и стратегий совладания
Психологическая коррекция	Коррекция нарушений, связанных с профессиональной деятельностью (например, клинических симптомов посттравматического стрессового расстройства, тревожных, фобических проявлений и т.д.)

Экстренная психологическая помощь является самостоятельным видом психологической практики. Специфика этой области predetermined особенностью условий реализации этих мероприятий, с одной стороны, и актуальным состоянием пострадавших, с другой.

Экстренная психологическая помощь представляет собой сложную систему взаимодополняющих мероприятий, направленных на оптимизацию актуального состояния пострадавших (снижение интенсивности протекания острых стрессовых реакций); снижение

вероятности возникновения отсроченных последствий (ПТСР, тревожных, депрессивных состояний, патологических форм переживания утраты); минимизацию рисков возникновения неблагоприятных массовых социально-психологических явлений (массовой паники, агрессии, неконтролируемого распространения слухов). Эта система мероприятий реализуется в разных формах: создание оптимальных условий на месте чрезвычайной ситуации; организация процессов с участием пострадавших; организация информационной работы; различные формы групповой психологической работы и индивидуальная психологическая помощь, рассматриваемая в данной статье.

Основными формами индивидуальной работы при оказании экстренной психологической помощи являются информационно-психологическая поддержка (в очном и дистанционном формате) и психологическая консультация в особых условиях (также в очном и дистанционном формате). Эти формы работы отличаются друг от друга показаниями к применению, ожидаемым результатом, перечнем используемых методов и требованиями к квалификации специалиста, оказывающего помощь.

Психологическая помощь привлеченным специалистам в ходе ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций направлена на нормализацию и оптимизацию их актуального состояния с учетом стоящих перед ними профессиональных задач.

Психологическая работа со специалистами экстремального профиля реализована в виде системы психологического сопровождения деятельности личного состава и осуществляется в режиме повседневной деятельности.

В отечественной и зарубежной литературе, в нормативных документах отражены основные организационные и содержательные аспекты оказания психологической помощи в чрезвычайных ситуациях, это важное направление деятельности продолжает развиваться и совершенствоваться [1–14].

Список литературы

1. Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. М.: Редакционно-издательский центр Консорциума «Социальное здоровье семьи», 1993. 170 с.
2. Информирование о рисках при чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения. Руководство ВОЗ по политике и практике информирования о рисках при чрезвычайных ситуациях (ИРЧС) [Электронный ресурс]. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272769> (дата обращения: 24.02.2021).
3. Линдемманн Э. Клиника острого горя // Психология эмоций. Тексты / под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. М.: Изд-во Московского университета, 1984. 288 с.
4. Методическое руководство по психодиагностическому обеспечению в МЧС России / под ред. Ю.С. Шойгу. М., 2011. 44 с.
5. МКБ-10 [Электронный ресурс]. URL: <https://mkb-10.com/> (дата обращения: 24.02.2021).
6. МЧС России [Электронный ресурс]. URL: <https://www.mchs.gov.ru/deyatelnost/itogi-deyatelnosti-mchs-rossii>. (дата обращения: 24.02.2021).
7. Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи: приказ Минздравсоцразвития России от 04.05.2012 № 477н [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_129862/ (дата обращения: 24.02.2021).
8. Цыбуля В.И. Особенности психологической профилактики и коррекции в системе психологического сопровождения деятельности специалистов МЧС России // Устный доклад на конференции «Актуальные вопросы ведомственной медицины: неустрашимые риски». М., 24–25 мая 2017.
9. Шойгу Ю.С., Пыжьянова Л.Г. Оценка социально-психологических факторов риска и оперативное прогнозирование неблагоприятных социально-психологических последствий чрезвычайных ситуаций федерального характера // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2011, № 3. С. 87–92.
10. Шойгу Ю.С., Цыбуля В.И., Мамедова Э.А. Модель интегральной оценки здоровья специалистов МЧС России // Устный доклад на Ананьевских чтениях. СПб., 8–12 декабря 2020.
11. Экстренная психологическая помощь: настольная книга психолога МЧС России / под ред. Ю.С. Шойгу. М., 2012. 320 с.
12. Этический кодекс психолога [Электронный ресурс]. URL: <http://xn--n1abc.xn--p1ai/rpo/documentation/ethics.php> (дата обращения: 24.02.2021).
13. Dyregrov A., Kristensen P. Information to Bereaved Families Following Catastrophic Losses. Why Is It Important? // J. Loss Trauma. 2020. Vol. 25, N. 5. P. 472–487. DOI: <https://doi.org/10.1080/15325024.2019.1710954>.
14. Schwabe L., Joels M., Roozendaal B. et al. Stress effects on memory: An update and integration // Neurosci. Biobehav. Rev. 2012. Vol. 36, N. 7. P. 1740–1749. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2011.07.002>.

Часть IV. Специальная психотерапия

27.7. Психотерапия расстройств адаптации

Эта категория отличается от других тем, что включает расстройства, которые определяют не только на основе симптоматологии и течения, но и на основании наличия одного или другого из двух причинных факторов: исключительно сильного стрессового жизненного события, вызывающего острую стрессовую реакцию, или значительного изменения в жизни, приводящего к продолжительно сохраняющимся неприятным обстоятельствам, в результате чего развивается расстройство адаптации [5].

Важное место в формировании этих нарушений играет индивидуальная уязвимость для стрессорной нагрузки. Можно считать, что этиологическим фактором в данном случае выступает не только стрессовое событие или продолжительные неприятные обстоятельства, но и индивидуально-психологические особенности личности, ее психологические ресурсы, навыки преодолевающего поведения. Психосоциальные факторы являются основным, первичным причинным фактором, без него бы не развилось расстройство. Необходимо также отметить, что нарушения адаптации могут развиваться как в результате острого тяжелого стресса, так и в результате пролонгированной травмы.

Острая реакция на стресс (F43.0) — транзиторное расстройство значительной тяжести, которое развивается у лиц без видимого психического расстройства в ответ на исключительный физический и психологический стресс и которое обычно проходит в течение нескольких часов или дней. Стрессом может быть сильное травматическое переживание, включая угрозу безопасности или физической целостности индивидуума или любимого лица (например, природная катастрофа, несчастный случай, битва, преступное поведение, изнасилование), или необычно резкое и угрожающее изменение в социальном положении и/или окружении больного, например, потеря многих близких или пожар в доме. Риск развития расстройства увеличивается при физическом истощении или наличии органических факторов (например, у пожилых больных) [2, 5].

В момент стресса возникает фиксация на таких механизмах защиты, как экстремальная идентификация, вытеснение. В результате возможны изменения сознания, нарушения восприятия и поведения. Симптомы обнаруживают типичную смешанную и меняющуюся картину и включают начальное состояние «оглушенности» с некоторым сужением поля сознания и снижением внимания, неспособность адекватно реагировать на внешние стимулы и дезориентировку. Часто проявляются вегетативные признаки профузной тревоги (тахикардия, потливость, покраснение). Может иметь место частичная или полная амнезия стрессового события, обычно диссоциативного характера.

Диагностика «острой реакции на стресс» осуществляется при наличии обязательной и четкой временной связи между воздействием необычного стресса и началом симптоматики, в соответствии со следующими критериями.

Для профилактики развития ПТСР и терапии острой реакции на стресс могут быть рекомендованы кризисные интервенции, к примеру, дебрифинг, который может проводиться психотерапевтом, медицинским психологом в индивидуальной или групповой формах.

Основной целью является минимизация последствий стрессовых воздействий. Воздействие направлено на проработку травматических впечатлений, реакций и чувств, организацию и архивацию специфического опыта. Дополнительным преимуществом групповой формы является возможность нормализовать собственные переживания, нивелировать представления об уникальности и патологичности собственных реакций.

Дебрифинг состоит из трех частей и семи фаз:

- 1) идентификация и проработка основных чувств и совладание со стрессом;
 - 2) подробное обсуждение симптомов в защищенной, поддерживающей атмосфере;
 - 3) активация ресурсов, обеспечение информирования и определение планов на будущее.
- Пациентов следует информировать, что им может понадобиться дополнительная терапия в ряде случаев:

- если нет положительной динамики симптомов спустя 6 нед;
- если симптомы со временем усилились;
- если нарушено адекватное функционирование на работе и/или дома.

Дебрифинг способствует лучшему пониманию причин и особенностей проявления травматического стресса, его симптомов, освоению навыков совладания со стрессом, профилактике дальнейших отсроченных психических нарушений, обучает способам эффективного их преодоления, предупреждает возможность возникновения отсроченных отрицательных последствий для психического здоровья.

Одним из вариантов проведения данной интервенции является психологический дебрифинг стресса критических инцидентов, разработанный американским психологом Дж. Митчеллом в

1983 г. как форма оказания помощи группам людей, совместно испытывавшим стрессовые или трагические события. По сути это форма групповой рациональной психотерапии с организованным обсуждением стресса, совместно пережитого группой людей. Основная цель интервенции — это минимизировать нежелательные психологические последствия и предупредить развитие ПТСР. Она реализуется путем обмена впечатлениями и эмоциями («вентиляции»); когнитивной структуризации опыта; редукции эмоционального напряжения; понимания универсального характера индивидуальных реакций, достигаемого в процессе интенсивного обмена и шеринга в группе; мобилизации ресурсов для взаимной поддержки, усиления групповой солидарности и сплоченности; подготовки участников к правильному восприятию своего последующего состояния и использованию различных стратегий психологической помощи.

В случае интенсивно выраженной симптоматики рекомендовано проведение КПТ, сфокусированной на травме.

Расстройство адаптации (расстройство приспособительных реакций, F43.2) — состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, обычно препятствующие социальному функционированию и продуктивности и возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию (включая наличие или возможность серьезной физической болезни).

Часть IV. Специальная психотерапия

Связанные с дистрессом расстройства адаптации объединяют в группу, так как в их патогенезе существенную роль играет психогенный (стрессовый) фактор, то есть воздействие психотравмирующей ситуации, различной степени выраженности и длительности. Более важную, чем при других расстройствах этой группы, роль в риске возникновения и формирования проявления расстройств адаптации играет индивидуальная предрасположенность или уязвимость, но, тем не менее, считается, что это состояние не возникало бы без стрессового фактора. Проявления его различны и включают депрессивное настроение, тревогу, беспокойство (или их смешение); чувство неспособности справиться, планировать или продолжать оставаться в настоящей ситуации; а также некоторую степень снижения продуктивности в ежедневных делах. Ни один из симптомов не является столь существенным или преобладающим, чтобы свидетельствовать о более специфическом диагнозе [4].

Индивидуальные свойства личности, предрасполагающие к появлению расстройства адаптации: низкая стрессоустойчивость, общая негативная аффективность, склонность к переживанию негативных эмоций, сензитивность, ранимость, мнительность, впечатлительность, импульсивность, повышенная тревожность (в том числе и социальная), нерешительность, низкая толерантность к критике, депрессивная настроенность (склонность драматизировать ситуацию), сниженная самооценка, незрелость личности, перфекционизм, отрицание личной уязвимости, склонность к исключению эмоций из профессиональной деятельности, социальная отчужденность. Определенную роль может сыграть также наличие в прошлом негативного опыта адаптации к сложным жизненным ситуациям [3].

Начало проявлений отмечается обычно в течение месяца после стрессового события или изменения в жизни, а продолжительность симптоматики обычно не превышает 6 мес (кроме F43.21 — пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации).

Практика показывает, что ситуации напряжения носят не острый краткосрочный, а длительный характер и затрагивают систему значимых отношений индивида. Таким образом, большое значение имеет сохранение способности пациента к проблемно-решающему поведению и адекватной оценке ситуации. Часто сам факт наличия высокого уровня тревоги является психотравмирующим фактором, существенно влияющим на самооценку больного. При этом незрелые личности обладают ограниченными способностями к модификации поведения и овладению новыми навыками, им недостает умения классифицировать события в соответствии с прошлым опытом, они склонны к стереотипному реагированию по инфантильным паттернам. Патологические формы реагирования на симптомы (обескураженность, формирование защиты, требование внешней помощи) встречаются гораздо чаще, чем рациональная адаптация [7, 8].

Одной из основных жалоб при дистрессовом расстройстве адаптации является жалоба на тревогу, которая неожиданно переполняет пациента и сопровождается выраженными вегетативными реакциями, что становится особенно болезненным при неразвитом навыке ассимилировать эмоции и приспособляться к ним. Такие пациенты чаще склонны преобразовывать свою тревогу в активные действия и имеют ограниченные интроспективные способности; цепляясь за «рациональность», полностью игнорируют «логику эмоций»; для них потеря привычного уровня работоспособности становится

дополнительным психотравмирующим фактором. Именно поэтому они часто нуждаются в назначении медикаментозной терапии, которая, снижая тревогу, позволяла бы сохранять интеллектуально-мнестическую деятельность на оптимальном уровне. Психотерапия с этим контингентом больных требует времени, поскольку их ограниченные рефлексивные способности часто сочетаются со страхом доверительных отношений, а сама ситуация необходимости обратиться за помощью к другому человеку воспринимается как унижительная, что усиливает тревогу и затрудняет построение рабочих терапевтических отношений.

Продолжительность симптоматики обычно не превышает 6 мес. При сохранении симптоматики диагноз следует изменить в соответствии с имеющейся клинической картиной. Психогенный характер данных состояний определяет ведущую роль психотерапевтических и реабилитационных интервенций [5, 6].

Психотерапия

Когнитивно-поведенческая психотерапия. Пациентам с расстройством адаптации рекомендуется с целью снижения уровня тревожности, нормализации настроения, снижения интенсивности переживаний, уровня напряжения, повышения толерантности к стрессовым ситуациям, коррекции иррациональных установок, преодоления ограничительного поведения проведение 10–15 сеансов КПТ.

Когнитивная модель. В мышлении тревожного пациента часто доминируют темы опасности, то есть он предполагает события, которые окажутся пагубными для него, для его семьи, для его имущества и для других ценностей. Тревожные индивиды испытывают трудность в распознавании сигналов безопасности и других свидетельств, которые уменьшают угрозу опасности.

Мишенями когнитивно-поведенческой психотерапии являются: низкая толерантность к неопределенности; позитивные убеждения относительно беспокойства; отсутствие ориентации на решение проблем; когнитивное избегание.

Для лечения расстройств адаптации могут использоваться следующие техники в рамках КПТ.

1. Когнитивное реструктурирование. Проводятся вмешательства по коррекции ошибочных представлений и интерпретаций телесных сенсаций.
 2. Прикладная релаксация. Использование прогрессивной мышечной релаксации и обучение пациентов навыкам контроля своего физического состояния.
 3. Тренинг по осознанию беспокойства (с записями о времени и содержании беспокоящих мыслей).
 4. Тренинг, направленный на осознание и преодоление собственной низкой толерантности к неопределенности.
 5. Тренинг, направленный на выработку навыков проблемно-решающего поведения.
- Могут быть использованы и другие техники КПТ.

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия. Пациентам с расстройством адаптации рекомендовано использование *динамической ЛОРП* — 20 сеансов (индивидуальной и/или групповой) с целью снижения тревоги и напряжения, осознания механизмов заболевания, разрешения внутренних противоречий, реконструкции системы отношений.

Часть IV. Специальная психотерапия

Психотерапия направлена на восстановление нарушенной системы отношений больного через изучение специфики личностных расстройств у него, анализ и осознание особенностей формирования системы отношений пациента, патогенной ситуации и невротического конфликта. Сбалансированное использование механизмов лечебного воздействия (конфронтации, эмоционально-корректирующего опыта и научения) позволяет изменять нарушенные отношения больного, учитывая три плоскости ожидаемых изменений (в когнитивной, эмоциональной и мотивационно-поведенческой сферах), причем индивидуальная психотерапия, в отличие от групповой, сфокусирована в большей степени на когнитивных аспектах.

Релаксационные методы. Пациентам с расстройством адаптации рекомендуется с целью снижения уровня тревожности, снижения интенсивности переживаний, контроля дыхания и мышечного напряжения использование *релаксационных методов* — 10–15 сеансов.

Целесообразно использование техник КПТ третьей волны, к примеру, техники *mindfulness* (*майндфулнесс*), направленной на развитие навыков проживания актуального момента, активного внимания, дыхательных движений, процесса питания или своего эмоционального состояния, что необходимо для полноценной адаптации. Набор упражнений по созерцанию и безоценочному описанию происходящего является основой для развития навыков эффективной регуляции эмоционального напряжения. Необходимо учиться принимать любой опыт безоценочно как преходящий. В процессе упражнений следует проживать свои

эмоции, мысли и соматические ощущения без стремления их прекратить, так как самоконтроль определяется как умение пережить свой опыт наиболее полно. Один из основных постулатов гласит, что сопротивление принятию болезненного опыта, нежелательных событий парадоксальным образом усугубляет неприятные ощущения и страдания.

В процессе терапии пациенту постоянно напоминают о том, что любая мысль — это ментальное явление, которое не всегда является отражением объективной реальности. Нейтральное отношение на метакогнитивном уровне к привычным руминациям может снизить интенсивность паттернов негативного мышления, так как прерывается их подкрепление. Этот метод позволяет уменьшить проявления самостигматизации, а также интенсивность самокритики и самообвинения.

Терапия, сфокусированная на сострадании (сопереживании) (от англ. compassion psychotherapy) была разработана П. Гилбертом для работы с пациентами, в основе психического неблагополучия которых лежит чувство стыда и избыточная самокритика. Основная цель терапии — при помощи различных упражнений обучить пациента «быть другом самому себе», то есть сопереживающим, принимающим отношение к себе, а также обучить навыкам сглаживания, смягчения, амортизации стрессовых воздействий, тем самым повысив адаптивность его системы отношений. Основными элементами работы является психообразование и обучение навыкам эмоциональной регуляции посредством тренинга «сострадательного разума», дающего опыт безопасности, принятия, «внутренней теплоты», обучение навыкам сглаживания и переформулировки категоричных требований к себе без учета обстоятельств. Посредством освоения приемов самоуспокоения и обучения принятия поддержки от других развиваются чувства безопасности и удовлетворенности.

Межличностная (интерперсональная) терапия — еще один вариант психотерапии, проверенный эмпирическим путем и показавший свою действенность на практике. Суть метода заключается в установлении связи между чувствами человека с определенным жизненным событием, в котором фигурируют члены его семьи, друзья и близкие люди. Определив источник напряжения, пациент учится справляться с беспокойством, в результате чего его самочувствие постепенно приходит в норму и стабилизируется. Концепция интерперсональной психотерапии подчеркивает, что невротическое расстройство возникает в контексте текущих межличностных отношений индивида со значимыми людьми в его жизни, поэтому действия психолога направлены на этот текущий межличностный контекст. В теоретической концепции интерперсональной терапии психическая патология характеризуется как совокупность трех следующих основных компонентов: симптоматики, социального и межличностного взаимодействия со значимыми людьми (члены семьи, друзья, коллеги по работе и т.д.) и личностные особенности.

Экзистенциальная психотерапия широко применяется при таких проявлениях расстройства адаптации, как депрессия и тревога, особенно при состояниях, вызванных утратой близкого или потерей смысла жизни. Она рассчитана на долгосрочную работу, но ее элементы могут быть реализованы и относительно краткосрочно. Задача психотерапевта — наблюдать достаточно тонкие изменения, происходящие в пациенте, включая его чувства, переживания и телесные изменения, и давать этому свою оценку (обратную связь). Основная техника данной работы — «комментарии по процессу». Дж. Бьюдженталь неоднократно подчеркивал, что пациент приходит в терапию не за новыми знаниями, а за новым опытом. Психотерапевт предоставляет пациенту возможность пережить этот опыт получения экзистенциального понимания себя и своей жизни [1]. Внутренние конфликты с помощью этого метода рассматриваются как необходимые моменты переосмысления жизни и способы обнаружения новых возможностей человека. Депрессия, согласно этому виду психотерапии, считается симптомом потери старых ценностей, но при этом дающая возможность найти новые. Тревога является знаком необходимости совершения выбора, и она пройдет, как только человек сделает его. Задача психотерапевта помочь пациенту не застревать на негативных переживаниях и стимулировать к действию.

В случае невозможности психотерапевтических вмешательств корректная психофармакотерапия с дифференцированным применением малых доз антидепрессантов и анксиолитиков позволяет существенно редуцировать психопатологическую симптоматику. При недостаточной эффективности психофармакотерапии при расстройствах адаптации следует повторно оценить состояние пациентов на предмет наличия тревожных или депрессивных расстройств.

Список литературы

1. Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта. СПб.: Питер, 2001. 304 с.
2. Вельтищев Д.Ю. Расстройство адаптации как стрессовый синдром: психопатология и терапия // Доктор.Ру. 2013, № 5 (83). С. 76–81.
3. Исаева Е.Р. Психологические адаптационные ресурсы личности в условиях здоровья и болезни // Медицинская психология в России. 2015, № 1 (30). С. 8.

4. Малинина Е.В., Колмогорова В.В., Забозлаева И.В., Пилявская О.И. Механизмы психической дезадаптации и пограничные психические расстройства. Челябинск, 2015. 78 с.
5. Психотерапия: учебник / под ред. А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой, Н.Г. Незнанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 864 с. DOI: <https://doi.org/10.33029/9704-6485-4-VKN-2022-1-864>.
6. Domhardt M, Baumeister H. Psychotherapy of adjustment disorders: Current state and future directions // World J. Biol. Psychiatry. 2018. Vol. 19. Suppl. 1. P. S21–S35. DOI: <https://doi.org/10.1080/15622975.2018.1467041>. PMID: 30204563.
7. Hamama-Raz Y., Ben-Ezra M., Lavenda O. Factors associated with adjustment disorder — the different contribution of daily stressors and traumatic events and the mediating role of psychological well-being // Psychiatr. Q. 2021. Vol. 92, N. 1. P. 217–227. DOI: <https://doi.org/10.1007/s1126-020-09779-6>.
8. O'Donnell M., Agathos J., Metcalf O. et al. Adjustment disorder: Current developments and future directions // Int. J. Environ. Res. Public Health. 2019. Vol. 16, N. 14. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16142537>.

Часть IV. Специальная психотерапия

27.8. Психотерапия расстройств телесных ощущений и диссоциативных расстройств

В настоящее время в медицинской практике используется несколько терминов для обозначения состояний, характеризующихся появлением различных функциональных соматоневрологических нарушений. Расстройства телесных ощущений (терминология МКБ-11) включают разнообразные симптомы физического неблагополучия, которые вызывают у человека беспокойство и чрезмерно привлекают его внимание. Соматоформные расстройства (терминология МКБ-10) характеризуются различными телесными симптомами, которые напоминают соматические заболевания, но при этом таковыми не являются, поскольку объективными методами исследования значимой органической патологии, объясняющей выраженность патологической симптоматики, не обнаруживается.

В медицине часто используются и другой термин — «психосоматические расстройства», включающие весь спектр патологических состояний, при которых сочетаются психопатологические и соматоневрологические нарушения при достаточной степени их взаимовлияния (собственно соматоформные расстройства, соматопсихические расстройства, нозогении и др.). Ранее также использовался термин «органный невроз», под которым подразумевалось наличие относительно изолированных функциональных нарушений отдельных органов (кардио- и ангионеврозы, психогенная одышка, ахалазия, синдром «раздраженного» кишечника, мочевого пузыря и проч.). Для всех этих нарушений характерно появление неприятных физических ощущений, которые не могут быть в полной мере обусловлены соматической или неврологической патологией и при этом нередко сочетаются с психосоциальными проблемами и психоэмоциональными конфликтами.

Диссоциативные расстройства представляют собой трансформированные в различные физические симптомы переживания, вызванные конфликтными ситуациями, которые пациент не в состоянии разрешить. Главная особенность диссоциативных расстройств — нарушение интеграции функций сознания, памяти, идентичности и восприятия. Диссоциативные расстройства могут проявляться различной симптоматикой (неврологическими симптомами, нарушениями со стороны сенсорных систем, когнитивными расстройствами) невротического и психотического уровня, но, как и при расстройствах телесных ощущений, без значимой органической патологии, определяющей возникновение данных функциональных нарушений.

Согласно модели стресс-диатеза расстройства телесных ощущений, диссоциативные расстройства, как и другие невротические нарушения, развиваются тогда, когда комбинация предрасположенности (уязвимости) и напряжения вследствие воздействия специфических средовых стрессоров превышает порог, имеющийся у человека. Иными словами, к формированию данных расстройств приводит не столько воздействие стресса, сколько специфическая реакция на него индивидуума. По мнению Ю.А. Александровского (1993), баланс психопротективных и психотравмирующих факторов обеспечивается индивидуальным «барьером психической адаптации».

Соматизацию долгое время рассматривали почти исключительно с позиций учения об истерии, согласно которому неприятные душевные переживания вытесняются из сферы сознания и трансформируются в разнообразные нарушения, часто бессознательно используемые больным для привлечения внимания окружающих. Однако выявление конверсионных расстройств не предполагает облигатную связь с истероидными чертами личности, которые могут не обнаруживаться у пациентов с расстройствами телесных ощущений и диссоциативными расстройствами. Гистрионный радикал может быть «спрятан» в глубине личности, реализуясь в психосоматических проявлениях при определенных условиях.

Формирующаяся на измененной конституционально-личностной почве патология «телесных ощущений» в дальнейшем когнитивно перерабатывается и дополняется неспецифическими аффективными нарушениями. Согласно концепции В. Рифа [15] при соматоформном расстройстве формируется некий «патогенетический круг»: усиленное восприятие неприятных физических ощущений приводит к фиксации на них внимания и повышению возбуждения, из-за чего ощущения субъективно воспринимаются как болезненные, что обуславливает щадящее и уклоняющееся поведение, а это, в свою очередь, вновь стимулирует повышенное восприятие негативных ощущений и так далее «по кругу» (так называемый эффект маховика).

Расстройства телесных ощущений и диссоциативные расстройства манифестируют нередко спонтанно и не всегда в связи с психогенией, продолжаться они могут от нескольких месяцев до нескольких лет. В зависимости от клинической оформленности симптомов (анатомической локализации, схожести проявлений с соматоневрологическими расстройствами) пациент может обращаться за помощью к врачам различных специальностей.

Клиническая картина расстройств телесных ощущений и диссоциативных расстройств имеет две составляющие: соматическую дисфункцию и сопутствующие психические изменения. Соматоневрологическая дисфункция чаще всего проявляется патологическими телесными сенсациями (болевыми феноменами, сенестопатиями, дизестетическими кризами) и/или нарушениями движений (судорогами, расстройствами моторики). Психические нарушения включают симптомы, относимые к аффективным расстройствам (тревожным, фобическим, обсессивным) и ипохондрическим проявлениям, при этом патохарактерологические изменения могут приводить к снижению адаптационного потенциала, чрезмерной фиксации на своем соматическом Я и, в ряде случаев, к изменению привычек и привязанностей. Телесный дистресс чаще всего выступает на первый план, а собственно психические нарушения скрываются за физическим дискомфортом и могут не отмечаться ни самим пациентом, ни врачами.

Как правило, патологические телесные сенсации сопровождаются ипохондрической настроенностью, тревогой в отношении возможного наличия «опасного заболевания». Иногда опасения по поводу собственного здоровья перерастают в фобии ипохондрического содержания, тематический характер которых определяется проекцией дискомфортных ощущений. В отдельных случаях ипохондрические волнения могут расширяться до переживаний по поводу мнимых малокурабельных заболеваний (онкология, остеомиелит и т.п.).

Часть IV. Специальная психотерапия

Испытывая угнетающие физические ощущения, пациенты стремятся к поиску «органической» причины страдания посредством медицинского обследования. Отсутствие объективных доказательств в пользу физической болезни как основы телесных ощущений и попытки объяснения их возникновения психологическими причинами нередко вызывают негативную реакцию со стороны больного.

В значительной части случаев верификация расстройств телесных ощущений и диссоциативных расстройств осуществляется после тщательного соматоневрологического обследования, в ходе которого не обнаруживается «органическая» основа нарушений (так называемая минус-диагностика) или же имеет место минимальная соматическая или неврологическая дисфункция, наличие которой не может объяснить в полной мере выраженность дискомфортных ощущений.

В ряде случаев в поведении больных обнаруживаются элементы демонстративности, направленные на привлечение внимания, напористый и драматичный характер предъявления жалоб. Обнаружить отчетливую связь появления симптомов с конфликтами или психосоциальными проблемами не всегда удается, однако на фоне эмоциональных переживаний телесный дистресс, как правило, усиливается.

Прежде чем приступать к психотерапии расстройств телесных ощущений и диссоциативных расстройств, необходимо убедиться в отсутствии выраженных соматоневрологических нарушений, сопровождающихся схожими физическими переживаниями. В пользу органической патологии свидетельствуют данные инструментальных методов исследования, при этом стоит учитывать, что у больных с расстройствами телесных ощущений и диссоциативными расстройствами по мере их ознакомления с медицинской литературой симптомы могут становиться все более похожими на реальные.

При первом контакте с пациентом психотерапевту необходимо добиться максимального взаимопонимания, разъяснить, что он понимает мучительность болезненных переживаний пациента и не воспринимает его жалобы как выдумку или симуляцию. Врач в доступной форме должен объяснить пациенту причину его ощущений, подчеркивая, что, несмотря на

выраженность телесного дискомфорта, заболевание не является опасным для жизни и, как правило, имеет благоприятное течение.

Психотерапия расстройств телесных ощущений и диссоциативных расстройств включает различные методы, направленные на: выявление и отреагирование пациентом негативных переживаний в условиях эмоциональной поддержки и эмпатии со стороны психотерапевта; осознание пациентом своих дезадаптивных когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов, связанных с формированием и сохранением болезненных проявлений; уменьшение выраженности патологической симптоматики (вплоть до ее полной редукции) и сохранение контроля над резидуальными проявлениями.

Гипнотерапия расстройств телесных ощущений и диссоциативных расстройств. В зависимости от установок, особенностей клинической картины, мотивации и запроса пациента могут использоваться классические или эриксоновские техники гипнотерапии. Суггестивные формулировки при классическом гипнозе, как правило, имеют более конкретный и рациональный характер, они сконцентрированы на конкретном симптоме, хотя и обращены к бессознательному. Терапевтические внушения при эриксоновском подходе имеют расплывчатый характер, нередко в форме метафор, направленных на активизацию саногенных ресурсов. Для пациентов с выраженной пассивной установкой на лечение и повышенной внушаемостью эффективными могут быть классические гипносуггестивные техники. Для пациентов с выраженной тревожностью, но активной лечебной установкой на сотрудничество с психотерапевтом целесообразно использование эриксоновской гипнотерапии. Нередко применяются смешанные подходы, меняющиеся от сеанса к сеансу или даже в рамках одной сессии.

Гипнотерапия расстройств телесных ощущений и диссоциативных расстройств имеет различные цели и задачи:

- дезактуализация переживаний по поводу психогенных событий, послуживших причиной возникновения конверсионных реакций;
- создание широкого доступа к внутренним ресурсам, используя различные виды ресурсных трансов (путешествие в ресурсное место, сопровождение в приятном воспоминании, возрастная прогрессия в исцеление и др.);
- работа с ограничивающими убеждениями, возникшими вследствие психотравмы, «расшатывание» их, поиск новых адаптивных убеждений;
- работа со вторичной выгодой, которая появилась в результате возникновения расстройств от повышенного внимания со стороны окружающих, до получения группы инвалидности (вторичная выгода при длительно текущих состояниях, как правило, возникает за счет адаптации пациента к новым условиям существования);
- создание новых стратегий поведения, совладания со стрессом приемами поведенческой гипнотерапии;
- работа с внутриличностными конфликтами, которые часто обнаруживаются у пациентов с конверсионными нарушениями, например, сочетание скрытой агрессии с невозможностью ее проявить в связи с социальными или личностными запретами;
- работа с отдельными симптомами, в частности, с болью и другими физиологическими реакциями (тошнотой, головокружением и т.д.);
- работа с семейной системой, поддерживающей (чаще неосознанно) наличие заболевания.

При гипнотерапии расстройств телесных ощущений и диссоциативных расстройств применяются различные гипнотические приемы: прямое внушение, отвлечение, диссоциация, регрессия, символизация и т.п. Решение патогенетических задач предполагает актуализацию в гипнотическом трансе прошлого личного опыта пациента по преодолению трудностей для формирования устойчивой положительной эмоциональной установки. При решении симптоматических задач используются визуальные образы соматовегетативных болезненных проявлений с их последующей суггестивной редукцией в субъективном восприятии пациента. В частности, психотерапевт помогает пациенту вызывать спонтанный образ, ассоциирующийся с основными симптомами болезненных проявлений, а затем изменить его, что в свою очередь приводит к снижению выраженности патологической симптоматики.

Часть IV. Специальная психотерапия

Пациенты с расстройствами телесных ощущений и диссоциативными расстройствами в состоянии гипнотического транса могут осуществлять мысленное «путешествие по своему телу» или «инспекцию внутренних частей тела», творчески находя способы символических целительных воздействий на функциональные нарушения в тех или иных органах или

системах. Полученный символический материал в дальнейшем обсуждается с психотерапевтом для достижения более глубокого его осознания.

Стратегия работы в гипнозе, особенно при эриксоновском подходе, определяется возможностью воздействия как на изолированные симптомы, так и на телесный дистресс в целом. В процессе психотерапевтических интервенций целесообразно рассматривать сигнальную роль соматоформных и диссоциативных симптомов: так же как органическая боль сигнализирует о физическом неблагополучии, расстройства телесных ощущений сигнализируют о неблагополучии психологическом.

Работу с телесным симптомом следует стремиться проводить на уровне бессознательного реагирования. С этой целью нередко применяются такие идеомоторные феномены, как сигналинг и левитация, что обосновано несколькими факторами: идеомоторные феномены возникают уже на относительно глубоком уровне транса, поддерживают его, являются показателями обратной связи с бессознательным, позволяют вести структурное пошаговое гипнотическое воздействие. Использование идеомоторных движений в трансе предоставляет возможность пациенту пройти три этапа: исследование мотивации — выявление истоков проблемы — обнаружение решения. Нередко работа проводится только на уровне бессознательного без участия сознательной части психики, а эффективность психотерапевтических интервенций оценивается по степени клинического улучшения. В соответствии с парадигмой эриксоновского гипноза в бессознательном есть полная информация о проблеме и ресурсы, необходимые для ее решения.

При гипнотерапии расстройств телесных ощущений и диссоциативных расстройств учитывается предыдущий опыт компенсации болезненных переживаний: в трансе актуализируются воспоминания о предыдущей ремиссии, либо в терапевтической метафоре создается образ успешного исцеления другого пациента (использование эриксоновской метафоры «друг Джо»). Сознательная и особенно подсознательная мотивация к изменениям и выздоровлению усиливается посредством интенсивного переживания в гипнотическом состоянии ситуаций будущего, в которых пациент чувствует себя уже всецело контролирующим болезненную симптоматику.

Важным аспектом любой психотерапевтической работы, в том числе и гипнотерапии, является сотрудничество психотерапевта и пациента, который становится активным участником терапевтического процесса — заинтересованным субъектом психотерапии, а не просто объектом гипнотического воздействия. Именно поэтому большое значение уделяется собственной работе пациента, включающей домашние задания. Между психотерапевтическими сеансами пациент выполняет задания по аналитическому исследованию своей жизни и упражнения по самогипнозу, прежде всего, погружения в ресурсные трансы с целью накопления резервных возможностей, необходимых для стратегических сессий с психотерапевтом.

Одним из домашних заданий являются парадоксальные интервенции, например, когда пациент по «предписанию» психотерапевта осознанно усиливает болезненные проявления. Цель подобных упражнений — трансформировать привычные патологические паттерны поведения и социального реагирования для того, чтобы способствовать усилению контроля со стороны пациента над патологической симптоматикой вплоть до ее полной редукции.

Когнитивно-поведенческая терапия расстройств телесных ощущений и диссоциативных расстройств. На подготовительном этапе применения КПТ в психотерапии телесных ощущений и диссоциативных расстройств исследуются индивидуальные когнитивно-поведенческие особенности пациента, способствующие поддержанию дисфункциональных убеждений и дезадаптивных особенностей поведения, а также уточняется влияние стрессовых факторов на возникновение и сохранение болезненных проявлений. В результате подготовительной работы определяются сформировавшиеся в течение жизни пациента убеждения (глубинные и промежуточные), особенности восприятия и толкования им текущей ситуации (автоматические мысли), а также индивидуально значимые жизненные события, оказавшие влияние на формирование установок глубинного и промежуточного уровней. К установкам глубинного уровня относятся ключевые представления пациента о себе, а промежуточного уровня — жизненные правила, сформулированные на основе глубинных убеждений и личного опыта. Индивидуально значимые (критические) жизненные события, влияющие на формирование конверсионной симптоматики, могут быть как долговременными (например, особенности стиля воспитания или общения в семье), так и эпизодическими (например, неожиданная смерть близкого родственника от соматической патологии).

На подготовительном этапе также проясняется запрос пациента (его ожидания и представления о возможных результатах психотерапии) и формируется психотерапевтический контракт. В рамках психообразования пациенту предоставляется адекватная информация о происхождении и течении имеющихся у него расстройств, психотерапевтических возможностях по их коррективке, а также необходимость активного участия пациента в лечебном процессе. Крайне важно донести до понимания пациента

информацию о том, что эмоции могут иметь телесные эквиваленты, которые нередко ошибочно трактуются как признаки соматических расстройств. Основной этап КПТ телесных ощущений и диссоциативных расстройств включает различные техники, направленные на коррекцию когнитивных искажений и поведенческих особенностей. Одной из ключевых задач психотерапии является формирование адекватных представлений о собственном состоянии, поскольку для пациентов с данными расстройствами типична фиксация внимания на соматическом состоянии при недостаточном понимании (или полном игнорировании) психоэмоциональных механизмов. Важное место отводится выявлению повторяющихся циклов дисфункционального эмоционального и когнитивного реагирования, поддерживающих болезненную симптоматику, а также раскрытию механизмов их прерывания. Ключевым дисфункциональным когнитивным искажением для пациентов с расстройствами телесных ощущений и диссоциативными расстройствами является катастрофизация функциональных соматических проявлений. Как правило, даже незначительные физические симптомы пациент воспринимает как признаки серьезной опасности, что приводит к нарастанию сопутствующей тревоги, которая, в свою очередь, усиливает имеющиеся телесные проявления. Весьма характерная для таких пациентов алекситимия также способствует усилению функциональных соматических нарушений, а тревожные переживания, влияющие на когнитивные искажения, усиливают проявления катастрофизации. В итоге формируется своеобразный «порочный круг», способствующий закреплению патологической симптоматики.

Часть IV. Специальная психотерапия

Уменьшение проявлений алекситимии проводится с помощью упражнений, направленных на распознавание эмоций, разграничение эмоциональных реакций и автоматических мыслей. Для описания роли когнитивных процессов, эмоциональных переживаний и поведенческих особенностей пациента знакомят со схемой ABC, где особое внимание уделяется автоматическим мыслям и эмоциональным реакциям, возникающим в ответ на соматоформные проявления. В процессе психотерапевтической сессии и при выполнении домашних заданий пациент осваивает возможность самостоятельно регистрировать автоматические мысли и взаимосвязанные эмоциональные и поведенческие реакции для их дальнейшей оценки и коррекции.

При стремлении пациента к проведению дополнительных обследований и негативном отношении к объяснению имеющихся симптомов психологическими причинами применяется когнитивная реструктуризация и поведенческие техники, направленные на отказ от нецелесообразных консультаций и исследований. Коррекция искаженного восприятия имеющихся телесных ощущений достигается в том числе осознанием пациентом противоречия между стремлением к достижению кратковременного анксиолитического эффекта от очередного обследования, не подтверждающего наличие соматической патологии, и закреплением подобного неверного стереотипа поведения, усиливающего тревогу в дальнейшем. Кроме того, проводится работа по устранению нежелательного ограничительного поведения и подкрепление положительных изменений в образе жизни, способствующих расширению социальной активности вне рамок медицинских обследований. Для повышения адаптационного потенциала и усиления способности совладания со стрессовыми факторами с пациентом проводится работа, направленная на осознание необходимости гибкого использования копинг-стратегий в зависимости от особенностей текущей ситуации. Для этого применяют техники изменения оценки значимости стрессора, коррекции негативных автоматических мыслей и дисфункциональных когнитивных схем, сопровождающих проблемные ситуации, а также поведенческие эксперименты.

На завершающем этапе психотерапии основной задачей является поддержание достигнутых изменений и предупреждение рецидивов ухудшения состояния. Психотерапевтические сессии на данном этапе, как правило, проводят реже, в них включают оценку стабильности достигнутых положительных изменений и их мотивирующее поддержание, а также, при необходимости, выявление и проработку новых дисфункциональных когнитивных схем.

Гештальт-терапия расстройств телесных ощущений и диссоциативных расстройств.

Одним из важных аспектов гуманистической психотерапии является концентрация внимания пациента на необходимости сотрудничества в поисках психологических причин соматоформных проявлений и побуждение к совместной ответственности за достижение результата.

Поскольку развитие расстройств телесных ощущений и диссоциативных расстройств напрямую связано с конверсионными механизмами, для формирования устойчивого психотерапевтического альянса важно включить пациента в процесс раскрытия символического значения его болезненных симптомов и их связей с текущей жизненной ситуацией. В рамках гештальт-терапии симптомы расстройств телесных ощущений и

диссоциативных расстройств воспринимаются как своего рода метафоры и коммуникативные «послания», определяющие способы организации поведения в социальной системе. В соответствии с идеей Ф. Перлза и П. Гудмана [14] о том, что переживание происходит на границе между организмом и его окружением, гештальт-терапия направлена на работу с патологией контакта, через которую осуществляется воздействие на патологическую симптоматику.

Ключевой задачей гештальт-терапии расстройств телесных ощущений и диссоциативных расстройств является восстановление целостной субъектности пациента в противовес его саморасщеплению на Я и «симптом». Болезненный симптом в гештальт-терапии воспринимается как ретрофлексированная форма контакта с окружающим миром. Под ретрофлексией в данном случае понимается механизм искажения контакта, при котором действие, первоначально обращенное к окружающей среде, обращается к самому себе, то есть организм пациента «воспринимает» самого себя как окружающую среду. В концепции гештальт-терапии универсальным запуском патогенетического процесса является отказ от переживания как способа преодоления критической ситуации. Эмоциональный компонент переживания является своего рода сигналом об отношениях человека с миром и со своей жизнью. Функциональный болевой феномен сигнализирует о психологических проблемах, и пациент, не понимая «функцию» боли, невольно блокирует осознаваемое переживание. Выраженные болевые ощущения все же побуждают пациента к активному реагированию на данную ситуацию, однако компенсаторное мышечное и психологическое напряжение снижает ее выраженность и способствует хронизации процесса. Хроническое напряжение приводит и к физиологическим последствиям (метаболическим и гормональным изменениям), усугубляющим соматизацию. В итоге патологический симптом, являясь изначально формой контакта, постепенно утрачивает эту функцию, и задачей гештальт-терапии является возвращение симптома на границу контакта. Гештальт-терапия расстройств телесных ощущений и диссоциативных расстройств предполагает несколько этапов:

- 1) генерализация проекции, в ходе которой пациенту предлагается поговорить от имени болезненной симптоматики;
- 2) проявление активной нереализованной потребности, стоящей за болезненной симптоматикой, осознание этой потребности;
- 3) выражение «заблокированного» чувства, осознанной потребности по отношению к личному окружению;
- 4) интеграция полученного опыта, включение его в систему целостной личности.

В процессе психотерапевтической работы пациенту помогают понять, почему возникают патологические ощущения в тех или иных ситуациях. Функциональные болезненные симптомы возникают при определенном взаимодействии с окружающим миром, и если удастся «де-ретрофлексировать» эти проявления и восстановить контакт, дискомфортные ощущения меняют свою интенсивность (патологические симптомы становятся более «подвижны»). У пациента также могут возникать так называемые контрсимптомы — телесные процессы, позволяющие избежать обострения симптома и удерживать болезненные проявления в менее выраженном состоянии. Сопоставление симптоматических и контрсимптоматических ощущений в процессе психотерапии соотносится с типом взаимодействия с окружающим миром, поскольку тип взаимодействия является пусковым для патологической симптоматики.

Часть IV. Специальная психотерапия

При гештальт-терапии расстройств телесных ощущений и диссоциативных расстройств частичную проекцию трансформируют в тотальную путем идентификации с болезненными переживаниями. Затем осуществляется реконструкция личного контекста взаимоотношений. С возникающими у пациента фигурами может быть проведена работа с помощью техники «пустого стула».

По мере того как пациент принимает ответственность за переживание того или иного чувства, постепенно восстанавливается исходное переживание, «заблокированное» болезненной симптоматикой, что в итоге приводит к компенсации патологических проявлений. В завершение осуществляется оценка устойчивости обретенной ответственности, например, при взаимодействии с участниками группы, если с пациентом работают в рамках групповой психотерапии.

В заключение необходимо отметить, что представленные в данном разделе методы психотерапии расстройств телесных ощущений и диссоциативных расстройств не исчерпывают все разнообразие психотерапевтических возможностей оказания помощи пациентам с расстройствами данного круга. В ряде случаев для достижения наилучшего результата целесообразно комбинировать методы, направленные на раскрытие

психологического конфликта и перестройку личности (психодинамическая психотерапия, экзистенциально-гуманистические подходы), с методами, ориентированными на симптомы и модификацию поведения (когнитивно-поведенческая психотерапия, гипнотерапия, телесно-ориентированные подходы) [1–16]. Не менее важными являются психосоциальные аспекты терапии, предполагающие такое изменение образа жизни пациента, при котором будет снижаться внимательная фиксация на болезненных переживаниях, что, в свою очередь, будет способствовать уменьшению их интенсивности.

Список литературы

1. Гордеев М.Н. Классический и эриксоновский гипноз: Практическое руководство. М.: Изд-во Института психотерапии, 2001. 240 с.
2. Дауд Е.Т. Когнитивная гипнотерапия. СПб.: Питер, 2003. 224 с.
3. Лазарус А. Мысленным взором: образы как средство психотерапии: пер. с англ. М.: Класс, 2000. 217 с.
4. Немиринский О.В. Гештальт-терапия психосоматических расстройств: от симптома к контакту // Московский психотерапевтический журнал. 1997, № 1. С. 84–91.
5. Пережогин Л.О. Соматоформные расстройства. Диагностика, лечение, профилактика: клинические рекомендации. М.: ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России, 2015. 22 с.
6. Прибытков А.А., Еричев А.Н. Соматоформные расстройства. Часть вторая: методика когнитивно-поведенческой психотерапии // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2017, № 2. С. 10–16.
7. Психосоматические расстройства в клинической практике / под ред. А.Б. Смулевича. М.: МЕДпресс-информ, 2019. 776 с.
8. Психотерапия: учебник. 3-е изд. / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2007. 672 с.
9. Семинар с доктором медицины Милтоном Г. Эриконом (уроки гипноза). М.: Класс, 2006. 336 с.
10. Ташлыков В.А. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия с интеграцией когнитивных и гипносуггестивных техник при лечении соматоформных расстройств // Вестник психотерапии. 2014, № 49 (54). С. 23–30.
11. Beck J.S. Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond. 2nd ed. New York: The Guilford Press, 2011. 391 p.
12. Kerner J.I. Body Process: A Gestalt Approach to Working with the Body in Psychotherapy. Cleveland: GIC Publication, 1987. 262 p.
13. Oyama O., Paltoo C., Greengold J. Somatoform disorders // Am. Fam Physician. 2007. Vol. 76, N. 9. P. 1333–1338.
14. Perls F.S., Hefferline M., Coodman P. Gestalt Therapy. New York: Delta Book, 1951. 227 p.
15. Rief W. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population // Psychosom. Med. 2001. Vol. 63. P. 595–602.
16. Saxe G.N. et al. Dissociative disorders in psychiatric inpatients // Am. J. Psychiatry. 1993. Vol. 150. P. 1037–1042.

Часть IV. Специальная психотерапия

27.9. Психотерапия неврастении

В действующей сегодня МКБ-10 это единственная из форм невротических расстройств, которая перешла из традиционных научных классификаций в относительно неизменном виде. Являясь психогенным (в патогенетическом понимании), стрессогенным, функциональным расстройством, в клиническом плане неврастения представляет, прежде всего, комплекс непсихотических астенических, эмоционально-аффективных, волевых и соматовегетативных расстройств. Определенная трудность в понимании этиопатогенетических механизмов неврастении определяется тем, что среди диагностических критериев, указанных в МКБ-10, отсутствуют указания на психогенную природу этого заболевания [1].

С точки зрения классических отечественных представлений неврастения — это психогенное заболевание, проявляемое как неспособность личности справиться с повседневной нагрузкой вследствие выраженного чувства усталости, и сопровождаемое расстройствами сна и функциональными соматовегетативными нарушениями, прежде всего, симптомами, обусловленными повышенным мышечным напряжением, в том числе головными болями напряжения, определяемого традиционно, как «каска неврастеника». Психогенной основой заболевания является выраженное внутреннее противоречие между предъявляемым к себе жестким набором требований со стороны индивида и неспособностью им соответствовать вследствие преморбидных конституциональных особенностей либо из-за их нереалистичности [3].

Особые социокультуральные требования современности определяют специфические формы и способы социализации, создавая приоритет культа совершенства, успеха, силы и эмоциональной сдержанности, ведущий к развитию деструктивных стилей социального взаимодействия, изменению ценностных ориентаций. Следствием этого является нарастание физического и психологического напряжения человека, появление усталости, астенизации и невозможности реализовывать собственные задачи и амбиции, что способствует росту внутреннего недовольства собой, нарушению социального функционирования. Формируются предпосылки для возникновения неврастенического типа невротического конфликта, лежащего в основе заболевания, проявляющегося клинической картиной неврастения. Для планирования системы лечебных мероприятий целесообразно клинически выделять гипостенический и гиперстенический варианты [2].

В развитии *гипостенического варианта неврастения* основную роль играют биологические особенности личности в виде астенической конституции, снижающей толерантность индивида даже к обычным среднестатистическим нагрузкам.

При *гиперстеническом варианте* в основе лежат стеничные, категоричные, амбициозные индивидуальные черты, где высокие достижения, перфекционизм в сфере деятельности составляют особо значимые компоненты системы отношений, что приводит к перенапряжению, игнорированию биологических границ переносимости нагрузок.

Основным в патогенезе неврастенических расстройств становится отрицание сигнальной функции утомления как «команды» о необходимости прекратить деятельность. В ответ индивид прикладывает дополнительные волевые усилия, что вызывает аффективное и интеллектуальное истощение.

Гиперстенический вариант неврастения. В отдельных случаях расстройство манифестирует остро симпато-адреналовым кризом на фоне ситуации напряжения рабочего характера, чаще имеет место быть подострое и постепенное начало заболевания. Нарушения носят как волнообразный характер с практически полным выздоровлением между ухудшениями состояния, так и непрерывный характер с постепенным усложнением симптоматики и присоединением депрессивных, а впоследствии ипохондрических нарушений, что встречается реже.

Основным пусковым фактором являются ситуации напряжения рабочего характера, связанные с высоким уровнем нагрузки и межличностными нарушениями. Проблемы в партнерских отношениях носят вторичный характер и могут быть следствием проявлений раздражительной слабости у изначально неконфликтных больных. Главными патогенетическими факторами становятся непомерный объем информации, ограниченное время для ее переработки при одновременно существующей выраженной мотивации высоких достижений («информационная» триада М.М. Хананашвили). Это означает, что триггерная производственная ситуация во многом воспроизводит условия экспериментального невроза по И.П. Павлову [4].

Нарастающее переутомление и истощение приводят к мобилизации волевого контроля личности и аффективной перегрузке. Невротическое расстройство, как правило, манифестирует головными болями напряжения, с ощущениями «несвежей головы». В анамнезе жизни у этих пациентов преобладает сидячий образ жизни с длительной работой за компьютером, поскольку большинство больных неврастением имеют высшее образование и относятся к категории служащих. Возникает застойное напряжение мышц верхнего плечевого пояса и усиление симптоматики. Имея преимущественно соматоцентрическую внутреннюю картину болезни, эти пациенты, в первую очередь, обращаются к невропатологам, которые обычно рассматривают головную боль напряжения в качестве самостоятельного диагноза, наиболее частого вида первичных головных болей. Постепенно нарастают характерные диссомнические нарушения с преобладанием трудностей засыпания из-за тревожных руминаций, связанных с психотравмирующими переживаниями, сон становится чутким, поверхностным, без чувства отдыха по утрам, развивается астенизация. Падает работоспособность, увеличивается количество ошибок в работе, отмечаются проблемы с сосредоточением внимания, больным неврастением становится трудно доводить начатое дело до конца, что еще больше усугубляет дистресс.

Из психопатологических астенических проявлений на первый план выступает раздражительная слабость, эмоциональная лабильность, которые проявляются вспыльчивостью, возбудимостью, агрессивностью, плаксивостью, чувством неуверенности в себе, в своих силах. Аффективные вспышки сопровождаются искренним сожалением больных о своей несдержанности. Они с трудом переносят ситуации, связанные с ожиданием, в которых тревога усиливается несоразмерно значимости ситуации [5, 6].

Часть IV. Специальная психотерапия

Личность больных отличается активностью, амбициозностью, с выраженным чувством долга, склонностью к некоторой переоценке собственных возможностей. Они склонны предъявлять повышенные требования к себе, стремятся контролировать ситуацию межличностного взаимодействия, внимательно относятся к реакциям окружающих и стараются предупредить появление критических замечаний. Повышенная тревожная настороженность в стрессовых ситуациях становится дополнительным астенизирующим фактором. Усвоив безразличное отношение к болезням, которое проявляли родители в детстве, они игнорируют соматические сигналы переутомления, что усугубляет декомпенсацию. В семейном анамнезе обращает на себя внимание, что воспитание в родительских семьях отличалось строгостью, высокой требовательностью, ориентацией на социальный успех и мнение окружающих при дефиците искренней заинтересованности, поддержки. При этом основное внимание уделялось недостаткам. Таким образом, формировалось внутреннее противоречие: стремление к вниманию и успеху, достижение которых одновременно означало повышение риска критических замечаний.

Особенностью противоречивых конфликтных переживаний при неврастеническом типе невротического расстройства является их частичная социальная приемлемость и даже поощряемость. Повышенная требовательность к себе, мотивация высоких достижений традиционно относят к положительным социальным установкам. Когда при этом игнорируются реальные возможности личности, это определяет неспособность справляться с поставленными задачами при одновременном активном стремлении их разрешить. Патогенные источники обнаруживают не в тенденциях личности и их направленности, а в неумении больных правильно соотносить свою активность с внутренними и внешними средствами выполнения задачи и достижения поставленной цели. В данном случае в системе отношений наиболее страдает самоотношение. Своеобразие внутреннего противоречия, его эго-синтонность как для пациента, так и для врача приводят к гиподиагностике на ранних этапах и затяжному течению невротического расстройства неврастенического типа.

Гипостенический вариант неврастения. Чаще развивается у пациентов со специфическими преморбидными особенностями личности, такими как повышенная утомляемость, сниженная толерантность как к умственным, так и физическим нагрузкам, инертность, трудная переключаемость при изменении условий задания, рациональность, совестливость, повышенная вегетативная лабильность, пониженный психический и физический тонус. При оценке анамнеза жизни выявляются специфические особенности раннего развития. В периоды школьного обучения этих пациентов отличают пассивное следование правилам и требованиям, высокая и средняя успеваемость, тщательное выполнение домашних заданий, при этом они затрачивают на учебу больше времени. После прихода с учебы домой они нуждаются в отдыхе. Встречаются также повышенная тревожность, склонность к сомнениям, в стрессовых ситуациях — преувеличение опасности и последствий негативного исхода событий. Среди особенностей семейного анамнеза обращают на себя внимание низкая конфликтность в родительской семье, наличие нравственных требований, лишение пациентов инициативы, что не способствует развитию навыков совладания со стрессовыми ситуациями. Имея склонность к завышению возможных негативных последствий стрессовых ситуаций, эти пациенты не получают необходимый опыт конфликтного взаимодействия с последующим разрешением ситуации и примирением, у них не формируются навыки проблемно-решающего поведения. Одновременно с этим семейный анамнез таких пациентов отличает повышенная строгость, нормативность в воспитании, ориентация на внешние правила и нормы, чрезмерное следование общепринятым социальным стереотипам, которые интернализируются (то есть происходит процесс превращения убеждений, ценностей, оценок и норм поведения значимых других в собственные качества личности), и в дальнейшем это приводит к формированию собственного категоричного, сверхстрогого, лишенного гибкости и приспособляемости сверх-Я. Таким образом, складываются условия для конфликтных противоречий, связанных, с одной стороны, с психастенической почвой, ограничивающей возможности личности, и с другой — с повышенной требовательностью к себе, нетерпимостью к проявлениям слабости и неспособностью к самостоятельному ранжированию задач по значимости [5, 6]. Заболевание может начинаться постепенно, тогда пациенты затрудняются в проведении границы между здоровым и болезненным состоянием. Чаще оно связано с началом самостоятельной трудовой деятельности, где учебный стереотип с четким чередованием труда и отдыха и конкретным набором правил сменяется на более неопределенные условия поощрений с необходимостью самостоятельного принятия решений и организацией распределения нагрузки. Начавшись, заболевание может приобретать непрерывный характер, когда пациенты затрудняются выделить периоды полноценной работоспособности и хорошего самочувствия.

На первый план выступают жалобы астенического характера, повышенная утомляемость, неспособность справляться с повседневной нагрузкой, ошибки при выполнении рабочих заданий. Перерывы в работе не приносят облегчения и не способствуют восстановлению сил.

На этом фоне нарастает тревожная симптоматика, связанная с опасениями возможных негативных последствий своей низкой продуктивности. Пациенты имеют тенденцию по механизму проекции приписывать окружающим собственное негативное отношение к низкой продуктивности. Нарастание тревоги с развитием диссомнических нарушений еще больше усиливает астенизацию, вегетативные нарушения как симпатической, так и парасимпатической природы, чаще в виде головной боли, связанной с повышением тонуса мышц головы и шеи, а также неприятных ощущений в области сердца, пульсации сосудов, неспецифических гастроинтестинальных жалоб, при этом преобладает соматоцентрированная внутренняя картина болезни.

Среди психопатологических проявлений характерны обидчивость, сенситивность, плаксивость, беспомощность, чувство неуверенности в себе, в своих силах, повышенная впечатлительность, тревожность. Принятие статуса больного служит пациентам единственным оправданием для ограничения нагрузок. По мере течения заболевания клиническая картина усложняется за счет присоединения новых симптомов, нарастания ипохондричности, переходом впоследствии в невротическое развитие личности, когда само заболевание становится причиной вторичных личностных изменений. Личность этих пациентов характеризуется недостаточной интегрированностью образа своего Я, когда наличие собственных положительных качеств мгновенно ставится под сомнение даже при незначительных промахах [1, 5].

Лечение и психотерапия неврастения. Лечение неврастения является непростой задачей. К сожалению, в практической медицине многие специалисты, особенно соматического направления, придерживаются симптоматического подхода. С целью редукции астенических проявлений применяют нейрометаболические, ноотропные препараты, витаминотерапию, физиотерапевтическое, санаторно-курортное лечение. В качестве психотерапевтических техник правомерно использовать релаксационные методики, расслабляющие приемы. Несомненно, эта терапия оказывает положительное влияние и улучшает состояние больного, но отсутствие патогенетического воздействия на психологические механизмы и специфические для неврастения мишени способствует повторному возобновлению симптоматики. Принципиальным в лечении неврастения является применение патогенетических психотерапевтических методов, направленных на разрешение основного конфликта — противоречия между возможностями личности и завышенными требованиями ее к себе. Интервенции должны быть направлены на такие характерные психотерапевтические мишени, как нарушение восприятия сигналов утомления, внутреннее напряжение, неадекватные представления о своих возможностях, тревожность, сенситивность, неумение ранжировать поставленные цели, неустойчивая самооценка, перфекционизм, конформность, сниженная толерантность к критике и неудачам и проч. Учитывая сложность в выборе психотерапевтических методов и подходов при лечении неврастения приведена модель патогенетической интегративной психотерапевтической мишенеориентированной стратегии на примере этой патологии [7].

Часть IV. Специальная психотерапия

Одним из детально разработанных, патогенетических методов психотерапии является **лично-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (ЛОРП)**, интегрирующая приемы и техники КПТ для достижения большей эффективности в ограниченные сроки. Основные положения этого подхода могут использоваться и в терапии других форм невротических расстройств, при условии коррекции мишеней психотерапевтического воздействия в зависимости от основных невротических механизмов и характера внутриличностных противоречий. Изучением неврастения и разработки терапевтических подходов в последние годы в Санкт-Петербургской (Ленинградской) школе психотерапии занимались Т.А. Караваева, А.В. Васильева, О.А. Вахренева [3, 5–7].

Применяются как индивидуальная, так и групповая формы психотерапии. Индивидуальная психотерапия ориентирована примерно на 14–15 сессий (встреч) с регулярностью 1–2 раза в нед. Перерыв между занятиями обусловлен необходимостью наличия периода времени для самонаблюдения, выполнения домашних заданий, реализации поведенческих экспериментов и закрепления полученных навыков.

Продолжительность каждой сессии — 55 мин.

В терапии можно условно выделить три основных этапа.

1. Начальный этап (1–4-я встреча), состоящий из трех модулей: первый — знакомство и сбор информации; второй — психообразовательный модуль; третий — формирование собственной модели болезни и на ее основе планирование лечения.

2. Основной этап (5–13-я встречи) или активное лечение, состоящий из трех модулей: первый — работа, направленная на коррекцию фиксации на симптоматике и состоянии (5–7-я встреча); второй — работа, направленная на коррекцию тревоги, связанной с

неудовлетворением профессиональной деятельностью (8–10-я встречи); третий — работа, направленная на коррекцию перфекционизма в профессиональной деятельности (11–13-я встречи).

3. Завершающий этап: встреча 14 (15), посвященная обсуждению профилактики рецидивов состояния и завершению психотерапии.

Содержание сессий (встреч)

Этап I — начальный. Целями этого этапа являются: вовлечение пациента в терапевтические взаимоотношения, направленные на сотрудничество; детальный анализ проблемы — уточнение особенностей симптоматики, уровня активности, отдыха, собственной версии пациента о его состоянии; подробный сбор анамнеза жизни пациента; согласование конкретной, реалистичной, измеримой конечной цели терапии; разъяснение пациенту модели психотерапии и получение его согласия на участие в лечении; выявление ожиданий и страхов пациента, связанных с психотерапией.

Встреча 1-я:

- знакомство;
- определение «повестки дня»;
- сбор анамнеза заболевания; выяснение ситуации и событий, на фоне которых возникла болезнь;
- прояснение анамнеза жизни;
- обсуждение количества и частоты встреч.

Крайне важно, как пройдет первая встреча с пациентом. Необходимо проявлять неподдельный интерес, теплоту и сочувствие на протяжении всей встречи, чтобы пациент мог почувствовать, что он понят и с его проблемами считаются. Важно признать реальность симптоматики, степени нарушений, ухудшений, которые пациент испытывает.

Сбор анамнеза заболевания. Эта сессия включает получение точной информации о начале симптоматики, уровне активности, режиме отдыха и сна, представлениях пациента о его состоянии и влиянии заболевания на его жизнь. При сборе жалоб пациента необходимо попросить проранжировать их и начать с тех, которые наиболее беспокоят, постепенно продвигаясь в сторону менее актуальных симптомов. Это позволяет создать более структурированное представление о состоянии пациента. Достаточное количество времени на выяснение жалоб помогает пациенту почувствовать себя услышанным, а вербализация может на самых начальных этапах терапии несколько уменьшить напряжение и тревогу, что облегчит построение психотерапевтического контакта. Особое внимание следует обратить на перенесенные накануне изменения физического и психологического состояния, соматические заболевания, стрессовые жизненные обстоятельства и непосредственно образ жизни пациента. Течение и развитие заболевания необходимо обсудить в свете представлений больного. Выявить факторы, которые улучшают или ухудшают состояние. Анамнез заболевания следует рассматривать в контексте анамнеза жизни, чтобы выявить личностные особенности, черты характера пациента, его «слабые стороны».

Важно выяснить масштаб изменений и ограничений деятельности в различных сферах жизни (работа, социальное функционирование, спорт, личные и семейные отношения). Для выяснения полной картины жизненной ситуации большое значение приобретает обсуждение «типичного дня» и «типичной недели». Уточнение времени пробуждения и вставания с постели, количество эпизодов отдыха в течение дня, время активности, количество времени, проведенного в кровати. Существуют ли дни, отличающиеся от других, например, выходные или праздничные дни? Необходимо установить типичные стереотипы дня пациента. Задавая вопросы о деятельности и отдыхе пациента, требуется получить точные временные показатели, так как они могут являться отправными точками для дальнейшей терапии.

Необходимо знать, делает ли он что-нибудь на регулярной основе (посещение каких-либо курсов, занятий, выходы в театр, кино и т.д.)? Подробным образом следует расспросить о возникновении заболевания: было ли оно спровоцировано жизненными событиями, инфекционным заболеванием или другими факторами? Необходимо выяснить особенности течения заболевания с момента его возникновения до обращения к психотерапевту, осторожно пытаясь выяснить возможную связь с жизненными событиями, особенно с профессиональной деятельностью и взаимоотношениями со значимыми людьми. Выяснить, что пациент предпринимает, чтобы уменьшить или избежать симптомы, так как эта информация может пролить свет на поддерживающие факторы заболевания, например, чрезмерный отдых. Выяснить, существуют ли какие-либо факторы и условия, способные изменить состояние в сторону ухудшения или улучшения? Уточнить все изменения в жизни пациента, к которым привело заболевание. Подробным образом необходимо выяснить существующие у пациента представления о причине заболевания и его течении. Если пациент категорически убежден в каких-либо физических причинах своего состояния, нужно отнестись к этому внимательно и осторожно, и обсуждать эти убеждения одними из первых в

процессе терапии, так как они могут блокировать дальнейшую работу. Заключение врачей об отсутствии органических изменений у пациентов с неврастением зачастую не приводят к изменению представлений о причинах возникновения нарушений, но принятие статуса больного служит пациенту единственным оправданием для ограничения нагрузок, снижения требований к себе и способствует улучшению самочувствия.

Часть IV. Специальная психотерапия

При изучении истории жизни пациента, кроме непосредственных фактов и событий, необходимо уделять особое внимание отношению пациента к происходящему, тому, как он понимает, оценивает и переживает разные эти события исходя из его системы ценностей, представлений и отношений. Какую роль в этом процессе играют его личностные особенности и реагирование.

Число, частоту и время встреч необходимо обсудить на первой сессии. С одной стороны, это структурирует работу и обозначит ответственность терапевта и пациента, а с другой — позволит второму не чувствовать себя зависимым, что само по себе может сыграть терапевтическую роль.

Встреча 2-я:

- краткая оценка текущего состояния пациента;
- определение «повестки дня»;
- продолжение выяснения «анамнеза жизни»; акцентирование внимания терапевтом на убеждениях пациента для использования их в дальнейшей работе;
- ознакомление пациента с моделью психотерапии;
- обсуждение не ясных для пациента аспектов терапии и возникших вопросов.

Краткая оценка текущего состояния пациента включает эмоциональное состояние и выяснение произошедших событий после последней встречи в тезисном виде.

«Повестка дня». Обозначение в начале каждой встречи тем и вопросов, которые планируется обсудить за время сессии, помогает пациенту вернуть чувство контроля ситуации и, соответственно, состояния, и стать более активным участником процесса терапии.

«Анамнез жизни». На второй встрече продолжается выяснение деталей анамнеза жизни пациента, его переживаний различных ситуаций и способов реагирования.

Ознакомление пациента с моделью патогенетической ЛОРП.

Невротическое расстройство понимают как психогенную (конфликтогенную) нервно-психическую патологию, которая возникает в результате нарушения особенно значимых отношений человека, проявляется в специфических клинических феноменах.

Определяющую роль в патогенезе невроза играет психологический, то есть внутренний конфликт, который представляет собой несовместимость, столкновение противоречивых отношений личности. Для невращения характерно противоречие между актуальными возможностями личности: с одной стороны, ее стремлениями и, с другой, — требованиями к себе, которые не противоречат, а соответствуют требованиям окружающего мира. В этой ситуации личность не умеет справляться со стоящей перед ней задачей, несмотря на выраженное стремление сделать это.

Психологический конфликт обуславливает развитие эмоционального напряжения, длительность которого зависит не столько от длительности существования трудной психотравмирующей ситуации, сколько от противоречивого характера отношения к ней личности, препятствующего рациональному разрешению конфликта.

Особенностью противоречивых конфликтных переживаний при невращении типе невротического расстройства становится их частичная социальная приемлемость и даже поощряемость. Повышенную требовательность к себе, мотивацию высоких достижений всегда относили к положительным социальным установкам. При этом игнорировали реальные возможности личности, которые у невращенического типа и определяют неспособность справляться с поставленными задачами при одновременном активном стремлении их разрешить. Таким образом, патогенные источники можно обнаружить не в тенденциях и их направленности, а в неумении личности правильно соотносить свою активность с внутренними и внешними средствами выполнения задачи и достижениями поставленной цели.

В условиях ЛОРП необходимо расширить у больного область осознаваемого, чтобы помочь ему уяснить причинно-следственные связи, породившие невроз, вербализовать смутные переживания и уточнить те соотношения, которые сам пациент прежде не соединял в своем сознании. Важно «натолкнуть» больного на связывающие звенья между различными аспектами его поведения и эмоциональными особенностями, раскрыть уязвимые точки его личности.

Самое главное и самое трудное для терапевта при обсуждении таких взаимосвязей заключается в том, чтобы помочь пациенту понять, что его невроз был вызван не только обстоятельствами жизни и внешними конфликтами, но и внутренним психологическим конфликтом. Уяснение пациентом психологических механизмов болезни не является чисто рациональным, познавательным процессом; в него обязательно должны быть включены достаточно значимые эмоциональные переживания, которые и делают возможной необходимую перестройку личности на основе положительных внутренних ресурсов. Осознание и понимание являются лишь началом психотерапии, вернее, ее условием. Важна реорганизация тех значимых в данной жизненной ситуации отношений личности, дезадаптирующее влияние которых проявляется в целостном функционировании пациента. *Ознакомление пациента с моделью КПТ.* Когнитивная модель психотерапии заключается в том, что эмоциональное состояние пациента в любой момент времени (как и физические реакции, и поведение) зависит от его восприятия ситуации, особенно от мыслей по этому поводу. Искаженные когниции являются причиной ложных представлений и самосигналов и, следовательно, неадекватных эмоциональных реакций. В КПТ восприятие объекта или события опосредуются мышлением, и, только осознав это опосредующее звено, можно понять реакцию индивида, прежде всего, ее эмоциональные и поведенческие аспекты. Именно поэтому целью КПТ является исправление неадекватных когниций, осознание правил неадекватной обработки информации и замена их правильными. Важная задача начального этапа — *сведение проблем* (идентификация проблем, имеющих в основе одни и те же причины, и их группировка). Эта задача включает как соматические (психопатологические) симптомы, так и эмоциональные. При этом достигается укрупнение мишеней психотерапевтического воздействия. Следующая часть начального этапа — *осознание*, вербализация неадаптивных когниций, искажающих восприятие реальности. После обучения пациента умению идентифицировать свои неадаптивные когниции нужно научить его рассматривать их объективно. Процесс объективного рассмотрения мыслей называется отдалением; больной рассматривает свои неадаптивные когниции, автоматические мысли как обособленные от реальности психологические явления. Отдаление повышает способность пациента проводить разграничение между мнением, которое надо обосновать («я считаю»), и неопровержимым фактом («я знаю»), развивает умение осуществлять дифференциацию между внешним миром и своим отношением к нему. Прием обоснования, доказательства реальности своих автоматических мыслей больным облегчает психотерапевту дистанцирование от них пациента, формирует у последнего навык видеть в них гипотезы, а не факты. В процессе отдаления пациенту становится более ясным путь искажения восприятия события.

Часть IV. Специальная психотерапия

Еще одна часть начального этапа условно получила название — *этап изменения правил регуляции поведения*. Согласно КПТ люди для регуляции своей жизни и поведения других используют правила (предписания, формулы). Эта система правил в значительной степени предопределяет обозначение, истолкование и оценку событий. Правила регуляции поведения, которые носят абсолютный характер, влекут за собой регуляцию поведения, не учитывающую реальную ситуацию и потому создающую проблемы для индивида. Для того чтобы у пациента не было таких проблем, ему необходимо модифицировать их, сделать менее генерализованными, менее персонифицированными, более гибкими, больше приспособленными к реальности.

В начальный этап также входит *самонаблюдение* больного. Оно должно носить достаточный, но не избыточный характер и иметь своей целью обнаружение искажений, самозапретов, самопорицаний, установление всего диапазона правил, объясняющих появление соответствующей симптоматики, вызвавшей обращение пациента за помощью. Вначале желательно использовать навыки продуктивного решения проблем пациентом в других сферах, а затем уже генерализовать в сфере профессиональной, в случае пациентов с неврастениями.

Усвоение информации должно проходить в форме активного диалога, при котором пациент сам приходит к соответствующим выводам. На начальном этапе лучше использовать примеры из жизни других людей. Собственные жизненные ситуации воспринимаются человеком более многомерно чем чужие, и часто через призму собственных неосознаваемых установок, поэтому вначале такое обсуждение может быть непродуктивным. Следующий шаг после обсуждения модели КПТ — ее применение непосредственно к ситуации и обстоятельствам пациента с запускающими и поддерживающими заболевание факторами. Таким образом, работа идет на двух уровнях когнитивного процесса: первый уровень — с так называемыми «автоматическими» образами и мыслями, связанными с переработкой текущей информации и являющимися реакциями (эмоциональными и

поведенческими) на происходящее в настоящий момент; второй уровень — с убеждениями, установками и правилами — глубинными источниками расстройств, системой представлений пациента о себе и об окружающем мире, в которой зафиксирован его прошлый опыт.

Встреча 3-я:

- краткое выяснение текущего состояния пациента;
- определение «повестки дня»;
- предоставление индивидуального обоснования метода терапии — очерчивание индивидуального «замкнутого круга» в состоянии пациента;
- определение домашнего задания;
- обсуждение не ясных для пациента аспектов терапии и других вопросов.

Предоставление индивидуального обоснования. Привлечение индивидуальных фактов при объяснении модели терапии продемонстрирует четкое понимание терапевтом состояния пациента. Необходимо создать для каждого пациента понимание его «порочного круга» с учетом собранной информации, включая его провоцирующие и поддерживающие триггеры, обсуждая и согласовывая каждый из них с пациентом. Важно подробнейшим образом рассмотреть провоцирующие обстоятельства: соматические — перенесенные заболевания; социальные — жизненные события, чрезмерно активный или, напротив, пассивный образ жизни, тяжелые условия работы; эмоциональные причины и особенности личности — добросовестность, перфекционизм, тревожность, сниженное настроение. Важно с самого начала обсудить с пациентом способы, которыми он может помочь себе сами, чтобы получить максимальную отдачу от терапии. В том числе заполнение дневников самоконтроля, где отмечается уровень активности, режим отдыха и сна, с указанием прогресса в ходе лечения, — формирование четкого понимания пациентом, что изменение состояния будет зависеть не только от работы с терапевтом во время встреч, но и от того, как он сам будет работать и выполнять домашние задания между сессиями. Акцентировать внимание пациента на том, что его активное участие в обсуждении повесток встреч, выяснение любых неясных аспектов по поводу лечения сыграют только положительную роль в достижении успеха терапии.

Встреча 4-я:

- краткая оценка текущего состояния пациента;
- определение «повестки дня»;
- анализ домашнего задания;
- повторение модели терапии и обоснования выбора метода;
- определение целей терапии;
- создание исходного базового уровня активности, отдыха и режима сна;
- определение нового домашнего задания;
- обсуждение не ясных для пациента аспектов терапии и вопросов.

Повторение модели терапии и обоснования выбора метода. На этой встрече важно обсудить вопросы и сложности, возникшие после прошлой сессии.

Определение целей терапии. Необходимо подчеркнуть для пациента разнообразие целей: социально значимые, связанные с работой, с домашним функционированием, физической активностью, хобби и др. Цели должны быть реалистичными: вернуться к полному рабочему графику после длящейся несколько месяцев болезни или вдруг пробежать в марафоне, чего пациент не делал никогда раньше — цели нереальные. Они должны быть конкретными и измеримыми, например, «ходить в кино еженедельно», а не «выходить из дома чаще». Цели должны отражать то, что пациент хотел бы достичь для восстановления или улучшения состояния. Целесообразно обсудить, какие именно шаги нужно предпринять для достижения каждой цели. Для реальных изменений каждый следующий шаг должен обеспечить увеличение (хотя бы минимальное) уровня активности. Следует тщательно избегать резкого увеличения активности, поскольку это, скорее всего, приведет к усилению симптомов, вынужденному чрезмерному отдыху и разочарованию.

Для установления целей терапии необходимо:

- информировать пациента о том, что установка целей обеспечит четкое направление и определит фокус терапии;
- выявить проблемы, переформулировать их для установления целей, включив в том числе не только цели, направленные на ближайшее будущее, но и на отдаленную перспективу;
- определить с пациентом различные типы целей, достижение которых сделает его жизнь максимально сбалансированной, включив в список не только работу, бытовые обязанности, но также события и мероприятия, которые приносят удовольствие;

- добиваться того, чтобы цели были реалистичными и достижимыми [проявлять осторожность в работе с изначально высокими амбициями пациента (если цели действительно слишком амбициозны, важно обсудить, почему это не очень хорошая идея; если пациент хочет добиться всего, что он делал, прежде чем заболел, необходимо обсудить возможность того, что его образ жизни и повышенная активность могли сыграть роль в развитии заболевания];
- информировать пациента, что его цели могут меняться и дополняться по мере достижения начальных;
- определить, что именно хочет осуществить пациент, как часто он планирует совершать выбранный вид деятельности и продолжительность времени, которое пациент хочет ему посвящать;
- записывать все обсуждения пациенту и терапевту.

Часть IV. Специальная психотерапия

Вопросы, которые могут помочь идентифицировать цель: «Чего я хочу добиться (результат)?», «Как я узнаю, что добился цели (признаки)?», «Когда мне это необходимо (условия)?», «Чего мне не достает, чтобы достичь цели (средства)?», «Что мешало мне достичь цели раньше (ограничения)?», «Что произойдет, если я достигну цели (ценность)?»

Мониторинг и планирование видов деятельности. Желая получить больше сведений о пациенте (о том, какими занятиями заполнен его день), терапевт может предложить ему отслеживать свою активность. Вначале терапевт дает логическое обоснование; убеждается, что пациент понимает это задание и согласен его выполнить; помогает пациенту начать выполнение домашнего задания на сессии и выясняет, что может помешать пациенту продолжить эту работу самостоятельно. Последующие изменения активности пациента часто приводят к значительным улучшениям его настроения.

Терапевт и пациент сообща анализируют виды деятельности.

Пример.

1. Доля каких видов деятельности пациента чрезмерна (с позиции сбалансированного образа жизни)? Уделяет ли пациент достаточно времени занятиям, связанным с работой/учебой, семьей, друзьями; физической форме (занятия спортом); домашним делам; его духовным, культурным, интеллектуальным интересам; просто приятным для него видам активности?

2. Какие занятия доставляют пациенту наибольшее удовольствие и сопряжены с ощущением успеха? Следует ли пациенту уделять им больше времени? Как это осуществить?

3. Какие занятия совсем не доставляют пациенту удовольствия и не позволяют испытать ощущение успеха? Являются ли эти виды деятельности по сути дисфоричными (например, длительное пребывание в постели), частоту и продолжительность которых необходимо снизить? Или же пациент не получает удовольствия от позитивных видов активности и своих автоматических мыслей? В последнем случае терапевту следует обратиться к дисфункциональным когнициям пациента, вместо того чтобы советовать ему сократить продолжительность данных занятий.

Этап II — основной, или активное лечение. Основной этап (5–13-я встречи), или активное лечение состоит из трех модулей со своими техниками и приемами.

Первый модуль (5–7-я встречи). Коррекция фиксации на симптоматике и состоянии.

Встреча 5-я — выявление и оценка автоматических мыслей и убеждений.

Встреча 6-я — конфронтация с этими автоматическими мыслями и убеждениями.

Встреча 7-я — логическая и эмпирическая проверка этих автоматических мыслей и убеждений.

В схеме развития ипохондрии важным звеном является постоянно сохраняющаяся тенденция искаженно интерпретировать безобидные соматические симптомы как доказательство соматического заболевания.

Типичные когнитивные ошибки могут многократно выявляться в образе мышления лиц, страдающих ипохондрией. Чаще всего это поспешные выводы и «катастрофизация», то есть ощущение безнадежности своего состояния. Возникшую тревогу о здоровье поддерживают несколько факторов. Среди них более значимые и чаще встречаемые формы поведения — избегание, проверки, поиск заверений.

Когнитивные признаки тревоги о здоровье. Одной из ярких характеристик лиц, страдающих ипохондрией, является их поглощенность своими ипохондрическими волнениями.

Убежденность в наличии серьезного заболевания зачастую приводит к появлению вторичных депрессивных симптомов. Больные в основном понимают, что их плохое настроение вызвано тревогой о здоровье, которая предшествует депрессивной симптоматике.

Подобные изменения в поведенческой, когнитивной, соматической и аффективной сферах поддерживают тревожность, которая, в свою очередь, приводит к появлению у больного все большего количества негативных мыслей и, таким образом, завершает порочный круг.

Прямо или косвенно терапевт доносит до пациента определенные принципы. Во-первых, восприятие реальности — это не сама реальность. Возникающий у пациента образ реальности подвержен естественным ограничениям со стороны его сенсорных функций — зрения, слуха, обоняния и т.д. Во-вторых, его интерпретации сенсорных ощущений зависят от таких когнитивных процессов, как интеграция и дифференциация стимулов. Эти интерпретации могут быть ошибочными, так как физиологические и психологические процессы могут менять восприятие и оценку реальности. Такие искажения могут возникать в том числе при состоянии утомления, что характерно для пациентов с неврастенией. Кроме того, оценка реальности может быть искажена нереалистическими способами мышления.

Встреча 5-я.

Когнитивная репетиция (вариант техники воображения) — пошаговое воспроизведение эмоциогенной ситуации в воображении с одновременным самонаблюдением за мелькающими в голове мыслями. При этом проговаривают вслух как события, так и сопутствующие им автоматические мысли. Основная задача — стимулировать клиента к «размышлениям вслух».

Встреча 6-я.

Техника «колонки» — заполнение специально разграфленного на несколько колонок листа. В первой колонке регистрируют проблемную ситуацию, во второй — возникшее в ситуации чувство, в третьей колонке записывают автоматические мысли, возникшие в ситуации, в четвертой — все соображения «за», то есть подтверждающие автоматические мысли. В пятую колонку заносят все соображения «против», опровергающие как автоматические мысли, так и соображения «за». Эти аргументы «альтернативной логики» следует записывать в емкой, лаконичной форме. Задача пациента — воспроизводить эти аргументы для каждой проблемной ситуации.

Встреча 7-я.

Эмпирическая проверка гипотез. Эта процедура требует организации специальных экспериментов по оценке валидности автоматических мыслей. С этой целью используют бихевиоральные техники.

Логическая проверка гипотез. Основной прием, — это сократический дедуктивный диалог терапевта с пациентом. В ходе такого диалога терапевт помогает ему представлять свои убеждения в форме гипотез и проверять их с помощью многократных наводящих вопросов, которые позволяют пациенту прийти к самостоятельным выводам.

Часть IV. Специальная психотерапия

Техники, используемые в работе:

- «шкалирование» — процедура, в ходе которой смягчение крайностей «поляризации» достигается с помощью введения градаций;
- намеренное преувеличение — доведение идеи до крайности (даже до абсурда) стимулирует переоценку дисфункционального умозаключения;
- оценка объяснений, даваемых поведению других людей; оценка положительных и отрицательных последствий сохранения или изменения убеждений;
- подсчет вероятности самого худшего варианта событий и вероятности того, что это не произойдет.

Второй модуль (8–10-я встречи). Коррекция тревоги, связанной с неудовлетворением профессиональной деятельностью.

Встреча 8-я — выявление и оценка автоматических мыслей и убеждений (техники, которые могут выявить иррациональность, не находясь на работе).

Встреча 9-я — конфронтация с этими автоматическими мыслями и убеждениями.

Встреча 10-я — логическая и эмпирическая проверка этих автоматических мыслей и убеждений.

Встреча 8-я:

- краткая оценка текущего состояния пациента;
- определение «повестки дня»;
- анализ домашнего задания;
- выявление и оценка автоматических мыслей и убеждений, связанных с тревогой и неудовлетворением в профессиональной деятельности (с помощью техник, которые могут выявить иррациональные убеждения пациента, переживаемые вне работы);
- определение нового домашнего задания.

Для больных неврастениями характерны неадаптивные мысли, которые несовместимы со способностью справляться с работой, нарушают внутреннюю гармонию и продуцируют неадекватную, чрезмерно интенсивную и болезненную эмоциональную реакцию в ходе выполнения профессиональной деятельности, вызывают и фиксируют внимание на мыслях или образах, порождающих дискомфорт, страдание или самообвинения.

При повышенной тревоге этими пациентами даже безобидный стимул воспринимается как представляющий опасность. Предпосылкой для применения психологических техник в данном случае является способность пациента улавливать различия между внешней реальностью (безобидным стимулом) и психическим феноменом (оценкой опасности). Для пациентов с неврастениями характерны автоматические дисфункциональные мысли, связанные с их профессиональной деятельностью, ситуациями рабочего характера, во взаимоотношениях с коллегами, которые и вызывали тревогу различной степени выраженности. Например, такая мысль, как «если я не добьюсь успеха, я — неудачник», вызывает повышение уровня тревоги и соответствующие компенсаторные стратегии: использование завышенных стандартов, упорство и приложение слишком больших усилий при выполнении работы, повышенное внимание к ошибкам и просчетам с целью исправить их, отказ от помощи других людей.

Интенсивные негативные эмоции крайне болезненны и могут быть дисфункциональными, если лишают пациента способности ясно мыслить, разрешать жизненные проблемы, эффективно действовать и достигать удовлетворения. Многим пациентам трудно уловить разницу между мыслями и чувствами, тем, о чем они думают, и тем, что испытывают на уровне эмоций.

Оценка интенсивности эмоций позволяет определить, эффективной ли оказалась работа с мыслями или убеждениями. Терапевт и пациент совместно решают, требует ли данная когниция (мысль или убеждение) дальнейшего вмешательства, оценивая снижение интенсивности связанных с ней негативных эмоций.

Пациентам, которым сложно определять интенсивность своих эмоций с помощью цифр, терапевт может предложить использовать такую шкалу.

0% — Совсем не тревожусь;

25% — Немного тревожно;

50% — Довольно тревожно;

75% — Очень тревожно;

100% — Самая сильная тревога, которую испытывал(-а) или могу себе представить.

Дистанцирование. Если пациент автоматически приравнивает мысль к реальности, его способность к дистанцированию слаба. Если же он способен принять ее не как факт, а как гипотезу или умозаключение, то дистанцирование развито хорошо. По мере успешного выявления автоматических мыслей способность пациентов относиться к ним объективно возрастает. Дистанцирование предполагает способность к различению утверждений «Я верю» (то есть мнение, которое должно стать предметом валидации) и «Я знаю» (неопровержимый факт). Способность к такому различению приобретает особую важность при попытках модифицировать те виды реакций пациента, которые связаны с искажениями. Ниже перечислены вопросы, которые могут способствовать переформулированию факта в гипотезу.

- Каковы доказательства, поддерживающие эту идею?
- Каковы доказательства, противоречащие этой идее?
- Существует ли альтернативное объяснение?
- Что самое плохое может произойти? Смогу ли я пережить это?
- Что самое лучшее может произойти?
- Каков самый реалистичный исход?
- Каковы последствия моей веры в автоматическую мысль?
- Каковы могут быть последствия изменения моего мышления?
- Что я должен делать в связи с этим?
- Что я мог бы посоветовать знакомому (другу), который находится в такой же ситуации?

Пациенту необходимо помочь найти доказательства, как подтверждающие, так и опровергающие его проблемную мысль, сформулировать рациональное альтернативное объяснение произошедшему, предложить оценить возможные варианты дальнейшего развития событий.

Часть IV. Специальная психотерапия

Создание метафор. С помощью психотерапевтических метафор терапевт может представить информацию, адресованную пациенту, в символической форме. Метафоры помогают

пациенту по-новому осмыслить привычные ситуации и тем самым дистанцироваться от болезненных глубинных убеждений.

Встреча 9-я:

- краткая оценка текущего состояния пациента;
- определение «повестки дня»;
- выявление конфронтации с автоматическими мыслями и убеждениями, связанными с профессиональной деятельностью;
- определение нового домашнего задания.

Необходимо подчеркнуть целесообразность комбинации вербального взаимодействия с регистрацией дисфункциональных автоматических мыслей и ответов на них в письменном виде. Записывание ключевых моментов способствует успеху терапии и позволяет пациенту вернуться к важным вопросам спустя недели и месяцы после завершения лечения.

Создание новых убеждений — это совместный процесс. Однако чтобы правильно выбрать стратегию изменения старой идеи, терапевт мысленно формулирует более адаптивное убеждение. Он задает себе вопрос: «Как можно изменить убеждение пациента, чтобы сделать его более функциональным?»

Прежде всего, терапевт должен убедиться в том, что это ключевое убеждение, которому пациент доверяет, и мысленно сформулировать более функциональную и гибкую идею, логически связанную с проблемным убеждением, но способную, как полагает терапевт, принести пациенту пользу. Терапевт не навязывает новое убеждение пациенту, а с помощью сократического диалога подводит его к созданию альтернативной идеи.

Работая с конкретным убеждением, терапевт время от времени просит пациента оценить его уверенность в справедливости данной идеи (от 0 до 100%) и на основании этого определяет, необходимо ли продолжить работу. Если пациент доверяет своему проблемному убеждению меньше чем на 30%, проведенную работу можно считать успешной. Скорее всего, пациент продолжит процесс изменения дисфункциональной идеи самостоятельно, а со временем сумеет от нее отказаться (табл. 27.5).

Таблица 27.5. Примеры убеждений пациентов до и после психотерапии

Старые убеждения	Более функциональные убеждения
Если я не настолько успешен, как другие люди, я — неудачник	Если я не настолько успешен, как другие люди, то я не неудачник, а просто человек
Если я попрошу о помощи, я покажу свою слабость	Если я в случае необходимости попрошу о помощи, я продемонстрирую свои хорошие навыки решения проблем (а это признак силы и уверенности в себе)
Если я не добьюсь успеха на работе, то ничего не стою как человек	Даже если я не добьюсь успеха на работе, это не отражает всей моей сути. (Я — не только работник, но и человек, сын, брат, муж. Я — это не только мои успехи или неудачи, но и мои качества: доброта, отзывчивость, готовность помогать людям и т.д.). Кроме того, любая неудача — это не навсегда
Я должен добиваться успеха во всем, за что берусь	Я не должен добиваться успеха, если я не талантлив в этой сфере (и, кроме того, хочу и могу потратить свое время и усилия на другие занятия)
Я должен всегда делать все, на что способен, и во всем добиваться успеха	Я должен стараться достичь успеха, прилагая к этому усилия в пределах здравого смысла
Если я не сделаю все, на что способен, я потерплю неудачу	Если я не сделаю все, на что способен, я могу добиться успеха на 70, 80 или 90%, а не на 100%
Если я не буду все время упорно трудиться, я потерплю неудачу	Если я не буду все время упорно трудиться, я, вероятно, достигну относительного успеха, и моя жизнь будет более гармоничной

Для пациентов желательно в процессе терапии отслеживать и записывать выявленные убеждения. Целесообразно отмечать не только дисфункциональные убеждения, но и более функциональные, а также степень своего доверия к каждому убеждению (выраженную в процентах).

Домашнее задание. Пациент ежедневно перечитывает оба убеждения и отмечает, насколько он им доверяет.

Встреча 10-я:

- краткая оценка текущего состояния пациента;
- определение «повестки дня»;
- логическая и эмпирическая проверки автоматических мыслей и убеждений, связанных с профессиональной деятельностью;
- определение нового домашнего задания.

Обычно вопрос о валидности собственных мыслей никому не приходит в голову. Люди склонны рассматривать собственные идеи как микрокосм внешнего мира. Мысли наделяют той же мерой правдивости, что и восприятия внешнего мира. У людей есть склонность отождествлять собственные умозаключения с реальностью и принимать гипотезу за факт. Пациенты зачастую обходят здравую логику и используют произвольные умозаключения, свехобобщения и преувеличения.

Для определения неточности и необоснованности умозаключений больного психотерапевт может применять специальные техники. Поскольку пациент привык искажать реальность, терапевтические процедуры состоят преимущественно из исследования его умозаключений и проверки их реальностью. Терапевт работает с пациентом над изучением того, как складываются его умозаключения, помогает проверить наблюдения и в конце подвести итоги и сделать выводы.

Часть IV. Специальная психотерапия

С помощью поведенческих экспериментов, должным образом разработанных и осуществленных, многим пациентам удастся изменить проблемные убеждения успешнее, чем применяя вербальные техники.

Рационально-эмотивная ролевая игра, или техника «вопрос–контрвопрос». Она особенно полезна в том случае, когда пациент умом понимает, что убеждение дисфункционально, но сердцем в него не верит. Перед игрой терапевт, как и всегда, логически обосновывает пациенту необходимость применения данной методики, а затем предлагает разыграть «эмоциональную» часть его представлений, поддерживающих дисфункциональное убеждение. Далее терапевт представляет «рациональную» часть пациента, затем они меняются ролями. Важное условие — в обеих частях ролевой игры и пациент, и терапевт, выступающий в роли пациента, используют местоимение «я».

Обмен ролями дает пациенту возможность произнести вслух рациональные аргументы, только что сформулированные терапевтом. Терапевт при этом использует те же самые эмоциональные доводы, которые приводил пациент, и пытается точно воспроизвести его слова. Используя выражения пациента и избегая новых высказываний, терапевт помогает сформулировать более точные ответы на его конкретные сомнения.

Если пациенту не удастся вербализовать ответ из «рациональной» роли, то терапевт может еще раз поменяться с ним ролями, либо они оба на время выходят из игры и обсуждают сложный момент. Как и с любой техникой, направленной на изменение убеждений, терапевт оценивает ее эффективность и необходимость дальнейшей работы над убеждением. Для этого после проведения вмешательства он просит пациента оценить степень его уверенности в справедливости данного убеждения.

Действия «как... если бы...» Изменения убеждений обычно влекут соответствующие изменения в поведении пациентов. В свою очередь, изменения в поведении способствуют изменениям убеждений. Если убеждение не укоренилось, пациентам зачастую удается без особого труда, даже без значительного когнитивного вмешательства, изменить соответствующее поведение. (Однако во многих других случаях для того, чтобы пациент согласился и был способен изменить свое поведение, необходима предварительная кропотливая работа с убеждениями.) Тем не менее зачастую требуется лишь незначительная коррекция дисфункциональной идеи, а не полный отказ от нее. По мере изменения соответствующего поведения убеждение теряет свою силу (следовательно, пациенту легче придерживаться новой модели поведения, что еще больше ослабляет убеждение, и т.д.). Существует другая техника, в которой используется сила воображения.

1. Терапевт выявляет конкретную ситуацию, которая вызывает у пациента негативные переживания, что, вероятно, обусловлено наличием важного глубинного убеждения.
2. Терапевт усиливает эмоциональные реакции пациента, обращая его внимание на сопутствующие автоматические мысли, чувства и физические ощущения.
3. Терапевт помогает пациенту восстановить в памяти и вновь пережить опыт раннего события, связанный с возникновением глубинного убеждения.
4. Терапевт обращается к «более молодой» или «детской» части пациента, чтобы определить эмоции, автоматические мысли и убеждения.
5. Применяя техники воображения, сократический диалог и/или ролевую игру, терапевт помогает пациенту переосмыслить ранний опыт.

Техника реатрибуции. Техника, предназначенная для переубеждения в том, что пациент является центром всех событий. Если терапевт обнаруживает, что пациент объясняет неприятности только собственными просчетами и изъятиями, например, ругает себя за неумелость или недостаток старательности, он может применить технику реатрибуции. Цель данной техники вовсе не в том, чтобы полностью снять ответственность с пациента, а в том, чтобы путем объективного анализа ситуации высветить все факторы, которые могли повлиять на исход событий. Объективный взгляд на вещи помогает пациенту уточнить свои просчеты, выработать пути исправления неблагоприятной ситуации и предотвратить ее повторение. Техника реатрибуции особенно полезна при работе с пациентами, склонными к самобичеванию и/или принятию на себя чрезмерной ответственности. Терапевт может применить следующие тактики:

- а) рассмотреть «факты», вызвавшие самокритику;
- б) показать пациенту, что он исходит из разных критериев при оценке собственного поведения и действий других людей (двойной стандарт);
- в) оспорить убежденность пациента в том, что он «на сто процентов» ответствен за неблагоприятную ситуацию.

Третий модуль (11–13-я встречи). Коррекция перфекционизма в профессиональной деятельности.

Высокие стандарты сами по себе не исключают позитивного стремления к успеху, высокой активности и удовольствию от деятельности. Лишь в сочетании с запретом на ошибку и неудачу, поляризованной оценкой результата («не справился блестяще» = «не справился совсем»), исключительной ориентацией на самых успешных и эффективных людей, высокие стандарты становятся деструктивными. Клинические наблюдения показывают, что лицам с высоким уровнем перфекционизма присущи выраженный страх перед ошибкой и неудачей, преимущественная ориентация на блестящий результат при невозможности получать удовольствие от процесса деятельности.

Перфекционизм имеет ряд важных последствий для продуктивной деятельности. С одной стороны, перфекционистские установки могут стимулировать индивида к повышению активности по типу сверхмобилизации ресурсов. Высокие результаты деятельности, развитые умения, знания и навыки являются позитивным аспектом этой поведенческой стратегии. Однако она сопряжена и с негативными последствиями в виде высокого риска сгорания, повышенной стрессогенности жизни, хронических перегрузок и развития неврастения. Важно очертить возможные последствия перфекционизма для процесса лечения. К ним относятся: «слепота» на маленькие сдвиги и улучшения, их обесценивание в силу неадекватных ожиданий «быстрого и чудесного» исцеления; недоверие к специалистам и частые разочарования в них из-за чрезмерно высоких требований к профессионализму, отзывчивости, личностным качествам; частые преждевременные отказы от лечения (как медикаментозного, так и психотерапевтического).

Часть IV. Специальная психотерапия

Дисфункциональная личностная черта — перфекционизм имеет сложную психологическую структуру, включающую наряду с высокими стандартами деятельности и притязаниями параметры когнитивных искажений: восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (за счет такого стиля обработки информации, как «чтение мыслей»), постоянное сравнение себя с окружающими (персонализация, стиль обработки информации — «несправедливые сравнения»), дихотомическую оценку результата деятельности и ее планирование по принципу «все или ничего» (поляризованное мышление, стиль обработки информации — «дихотомическое мышление»), селективное информирование о собственных неудачах и ошибках (негативное селективное информирование, стиль обработки информации — «негативный фильтр» или «сверхобобщение»).

Деструктивное мышление и техники исправления

«Чтение мыслей». В случае, когда «чтение мыслей» становится доминирующей стратегией, и аргументация предположений недостаточна или вовсе отсутствует, происходит неадаптивное и иррациональное «додумывание» за другого человека, предполагаются его возможные оценки той или иной ситуации. При этом вывод строится не столько на реальных сигналах, что другой человек действительно так подумал, сколько на склонности клиента предугадывать. Часто такие пациенты даже не проверяют обоснованность своих предположений и фактически сами себя лишают возможности оценить, насколько эффективно их «чтение мыслей». Появляющиеся свидетельства ошибочности предположений зачастую попросту игнорируются или же их корректирующая роль оказывается недостаточной.

Поскольку слабым местом «чтения мыслей» является склонность угадывать, игнорируя случаи с неправильными предсказаниями и/или не имея обратной связи для оценки успешности

данной стратегии, задачей психотерапии будет налаживание обратной связи и обеспечение анализа результативности стратегии «чтения мыслей». Дополнительно потребуется анализ причин формирования данного способа обработки информации и поиск возможностей генерировать более адаптивные стратегии.

Описание техники

- *Рациональная аргументированность.* Необходима оценка аргументации, лежащей в основе выводов о мыслях другого человека. Анализ причин того или иного вывода должен приводить клиента к оценке логичности или эмоциональности умозаключений.
- *Формирование нового способа обработки информации.* Какой бы патологической ни была стратегия обработки информации, она обслуживает некие потребности человека. Осознание этих потребностей и формирование адаптивного способа мышления под них являются основной целью данного шага терапии. Для того, чтобы понять характер потребности, достаточно проанализировать несколько актуальных для пациента автоматических мыслей, в формулировках которых и будет заключена основная цель патогенной стратегии мышления.
- *Осознание выгоды от применения нового способа и недостатков старого (в прямом сравнительном режиме).* Необходимо, чтобы клиент имел наглядные и непосредственные сравнения успешности своего неадаптивного сценария обработки информации и разработанного нового (более адаптивного) сценария. Целенаправленное осмысление выгод и недостатков позволяет быстрее отойти от неадаптивного способа мышления и сгенерировать или «реанимировать» адаптивную стратегию. Альтернативная идея и способ считывания, способные заменить «чтение мыслей» в дальнейшей перспективе, должны основываться на неудовлетворенной потребности, а не придумываться по случаю.
- *Формирование автоматических навыков применения нового способа мышления.* Для автоматизации навыка на данном этапе имеет смысл продолжить работу над исследованием выгод и недостатков сравниваемых способов мышления, что послужит основой для аверсивного и положительного подкрепления. При этом чем быстрее будет производиться оценка выгод и недостатков (а лучше сразу вслед за актом реализации патогенного и/или адаптивного сценария), тем успешнее будет научение. Следует учитывать, что более внимательного анализа требуют межличностные коммуникации.

Возникающие проблемы, как правило, связаны со страхом подтверждения, что «прочтенные мысли» действительны и другой человек на самом деле так думает. Именно поэтому во время работы над стилем переработки информации используются различные сочетания базовых техник, в зависимости от случая (переформулирование, реатрибуция, поиск альтернатив и др.).

«Негативный фильтр» — сосредоточенность на негативных сторонах жизни с последующей концентрацией и проживанием именно такой оценки, даже при очевидных противоречиях с действительностью.

Для коррекции данной стратегии необходимо включение «фильтра» позитивного восприятия. Однако это невозможно при прямом противопоставлении позитивных мыслей негативным. Самочувствие пациентов не улучшается или это улучшение незначительно, если им предложить оценивать и осмыслять только положительные события. Практика показывает, что на основе «наводнения» сознания положительными когнициями формирование поведенческих стратегий и развертка оптимистических сценариев поведения происходят либо очень медленно, либо не происходят вовсе. Решением проблемы, а точнее ее упрощением, будет не увеличение дневниковых заданий, направленных на отслеживание положительных событий и их позитивистскую проработку, а поиск мотивации.

Описание техники.

- *Исследование аргументации негативного восприятия.* Прежде чем приступить к непосредственной коррекции, необходимо оценить аргументированность и когнитивную проработанность оснований для негативного мышления.
- *Поиск фрустрированной мотивации.* Так или иначе, но негативное мышление появляется вследствие неудовлетворения какой-либо из потребностей. Указывать на эту потребность будут темы, спонтанно выбираемые клиентом.
- *Стимуляция мотивации и ее адаптивная формулировка.* После идентификации неудовлетворенной потребности ее необходимо сформулировать в адаптивной форме (дополнительно можно использовать техники по переформулированию и т.п.) и при необходимости актуализировать.
- *Генерация стратегии поведения, направленного на удовлетворение данной мотивации.* Актуализированная потребность может активировать у клиента привычные

дисфункциональные стратегии поведения. В связи с чем проработка и прогнозирование поведения могут потребовать некоторого времени.

Часть IV. Специальная психотерапия

«Сверхобобщение». В результате сверхобобщения на основе единичного эпизода делается глобальный вывод. Например, человек, потерпевший неудачу в чем-либо, делает вывод: «Я конченный неудачник» или «Мне все время не везет» и т.п. Причины сверхобобщения заключаются в преобладании аффекта над рациональной рассудочной деятельностью. Выводы при употреблении данной когнитивной стратегии основываются на одной-двух эмоционально значимых составляющих. Остальные элементы упускаются из виду и поэтому умозаключения носят односторонний, гипертрофированный характер. Эмоциональное значение события оказывается слишком велико, и в системе нервных процессов именно аффективная составляющая становится доминирующей.

В терапии подобных нарушений аффективно-когнитивного механизма работы мозга требуется детализированная проработка аргументации и учет максимально широкого диапазона аргументов. Результативность техники обеспечивается определенным набором критериев, на основе которых клиент сформулирует вывод, а не попытками оспаривать то или иное утверждение пациента.

Описание техники

- *Анализ оснований, послуживших причиной сверхобобщенного вывода.* Для коррекции сверхобобщений требуется детализация и обстоятельное исследование аргументации, лежащей в основе того или иного умозаключения.
- *Расширение базы.* На данном шаге психотерапевт стремится расширить описательную базу. Если сверхобобщение имеет отношение к какой-либо ситуации, то чем более широким будет описание характеристик данной ситуации, тем лучше.
- *Формулирование правдоподобного вывода.* С учетом того, что описание характеристик ситуации (личности или события) увеличилось, прежний вывод не может быть состоятелен, каким бы логичным он ни был, поскольку в этом выводе не учтены дополнительные (обнаруженные при совместном поиске) характеристики. Однако качественной оценки можно избежать или в ряде случаев дополнительно придать сверхобобщению форму простой оценки.

«Дихотомическое мышление». Данная стратегия характеризуется тем, что событиям, ситуациям дают крайне противоположные оценки, по принципу «либо черное, либо белое». Никаких полутонов.

Построение когнитивного континуума. Эта техника полезна для изменения как автоматических мыслей, так и убеждений, отражающих полярное мышление, при котором пациент видит что-либо в терминах «все или ничего». Если пациент, например, убежден, что, если он не станет лучшим работником, то будет полным неудачником. Составление когнитивного континуума для подобной идеи пациента помогает ему увидеть промежуточные понятия и оценки.

Идея предложить пациентам исследовать полутона (промежуточные оценки) на практике может оказаться недостаточно эффективной. Тогда можно стимулировать пациентов пользоваться иными категориями мышления.

- *Оценка выраженности дихотомического мышления.* Предваряя коррекцию, имеет смысл изучить, насколько широко пациент использует дихотомическое мышление. Это позволяет оценить как масштабы проблемы, так и правила, которые использует пациент для дихотомических оценок.
- *Доказательства справедливости применения такого подхода.* Оценка доказательной базы справедливости применения дихотомического мышления позволяет найти уязвимые места и успешно «атаковать» установки дихотомического мышления.
- *Дискредитация дихотомической стратегии.* Сама по себе стратегия дихотомического мышления изобилует ошибками, многие из которых создают или создавали в прошлом трудности. Указывая пациенту на эти проблемы в контексте использованного им дихотомического мышления и оценивая вместе с ним последствия такого мышления, терапевт стимулирует пациента к поиску новых стратегий.
- *Предложение новых категорий.* Новые категории имеет смысл предлагать в более высокой ассоциативной плоскости мышления.
- *Закрепление навыков пользования.* После того как новые правила найдены, и пациент осознал возможности их применения, потребуются время и поведенческая практика для закрепления достигнутого результата.

«Несправедливые сравнения». События интерпретируют в терминах стандартов, которые являются нереалистичными. Пациент сосредоточивается, прежде всего, на других, которые добиваются большего успеха, чем он, из чего следует заниженная оценка себя. Основным психологическим посылом в случае несправедливых сравнений будет не обвинение в адрес других, а переживание неудовлетворенности событиями своей жизни. Для коррекции данного стиля мышления можно ограничиться применением базовых техник. В самом сравнительном подходе заключена логика установления тождества между собой и другими людьми (своими достижениями и достижениями других). Здесь также могут быть эффективны следующие техники.

- *Исследовать аргументацию той части выражений, где пациент свидетельствует о своей несостоятельности.* Для этого потребуется расспросить пациента об аргументах и предпосылках, позволяющих ему сделать умозаключение о собственной несостоятельности.
- *Исследовать причины, по которым он мог бы рассчитывать на справедливость по отношению к себе.* В самой идее сравнения себя с другими людьми заложена апелляция к справедливости в собственный адрес. За сравнением себя с другими часто стоят представления о собственной значимости. Раскрытие причин, по которым пациент может рассчитывать на справедливость, — основная цель данного этапа.
- *Предъявить в доступной форме противоречие между оценками пациентом себя как несостоятельного и себя, по каким-либо причинам имеющего право на справедливость.* Проводится в прямой, очевидной для восприятия и осмысления форме.
- *Провести коррекцию представлений пациента о себе и на основе переформулированных представлений генерировать стратегию и программы поведения.* Этот этап может включать продолжительную работу — от коррекции - искаженных мыслей о самом себе вплоть до весьма существенного вмешательства в Я-концепцию.

«Долженствования». В случае применения такого способа мышления события интерпретируют в терминах того, какими они должны быть. Например: «Я должен преуспеть. Если я не сделаю этого, то я — неудачник».

Часть IV. Специальная психотерапия

Для коррекции данной стратегии мышления часто оказывается достаточным провести ABC-анализ, идентифицировать и переформулировать В. Однако когда «долженствования» являются привычным способом мышления, одной только коррекции оказывается недостаточно. В таком случае имеет смысл изучение аргументации: почему это долженствование справедливо и может быть применено.

Описание техники

- *Идентификация наиболее проблемных долженствований.* Среди большого спектра имеющихся долженствований, как правило, удается выделить наиболее проблематичные или актуальные в данное время. Практика показывает, что успешнее проводить коррекцию проблемных долженствований, так как неэффективность данного способа мышления более очевидна для клиента и проживается им в реальном времени.
- *Анализ доказательств справедливости долженствования.* Выбрав одно, два, три и более актуальных в настоящее время «долженствований», терапевт предлагает исследовать их обоснованность: «Почему это правильно?»
- *Оспаривание доказательств.* Долженствование, как и любое из когнитивных искажений, является ошибочной стратегией. Именно поэтому найти слабые места в доказательной базе можно всегда. Существенно, чтобы оспаривание проводилось терапевтом по всем пунктам с максимумом контраргументов.
- *Предложение новой стратегии или эксперимента.* Подобные массированные «атаки» на установки, как правило, заканчиваются успехом. Однако сопротивление пациента может оказаться очень значительным. Тогда следует запастись терпением, и аргументированно оспаривать все встречные контраргументы пациента.

Этап III — завершение терапии. Целями этого этапа являются: обсуждение профилактики рецидивов, подготовка к завершению терапии; итоговая встреча, проводимая в день выписки из стационара.

Встреча 14-я:

- определение «повестки дня»;

- обсуждение плана на будущее с позиции, как сохранить достижения и добиться дальнейших изменений в жизни;
- обсудить возможные в будущем сложности и неудачи и возможные способы их преодоления.

Цель терапии — не только добиться ремиссии расстройства пациента, но и обучить его быть своим собственным терапевтом, а не полагаться во всем на специалиста. Взяв на себя ответственность за решение каждой проблемы пациента, терапевт рискует вызвать или усилить зависимость пациента и лишает его возможности проверить и закрепить приобретенные в процессе терапии умения и навыки.

Подготовка пациента к будущему. Приоритетом на последних встречах является предоставление пациенту возможности чувствовать себя уверенно в решении потенциальных проблем и достижении прогресса без помощи терапевта. Необходимо подчеркнуть, что окончание встреч не является окончанием восстановления, и часто основные достижения осуществляют именно в последующий период времени. Обсудить новые знания пациента и то, как в дальнейшей жизни они могут ему помочь. Пациент должен понимать возможность использования путей, которыми он достиг прогресса к настоящему времени, в других ситуациях и сферах деятельности. Необходимо к последней встрече подготовить список целей на последующий период времени и обсудить то, как пациент будет работать в их направлении. Иногда целесообразно рекомендовать продолжение ведения дневников самоконтроля, в других ситуациях достаточно заполнения лишь записей достижений, что требует меньшей детализации. Рекомендуется уделять время на оценку достижений на предыдущей неделе и реалистичное планирование деятельности и постановку целей на следующую неделю.

Совладание с возможным ухудшением состояния. Пациенты, у которых ухудшение состояния возникало во время терапии, узнают и реализуют необходимые стратегии совладания на практике, обсуждая произошедшее с терапевтом. Однако если пациент добился устойчивого улучшения без шага назад во время терапии, важно обсудить практические способы совладания с ухудшением. Обсуждение возможных провоцирующих факторов, таких как вирусные инфекции, неожиданные стрессовые и другие события, их влияние на состояние, возможное предотвращение симптоматического ухудшения, полезно обсудить со всеми пациентами. Необходимо подчеркнуть, что некоторое ухудшение совсем не означает, что пациент вернется к исходному состоянию, и, на самом деле, это может помочь понять, как еще лучше справляться с его астенией.

Список литературы

1. Белогорцев Д.О., Васильева А.В., Караваева Т.А. Затяжные формы невротических расстройств — актуальное состояние проблемы // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2011, № 8. С. 35–41.
2. Васильева А.В., Вахренева О.А., Караваева Т.А. Сравнительный анализ психосоциальных характеристик пациентов с неврастенией и неврозоподобными резидуально-органическими расстройствами // Вестник психотерапии. 2014, № 49 (54). С. 101–113.
3. Васильева А.В., Вахренева О.А., Караваева Т.А., Чехлатый Е.И. Клинико-психопатологические особенности пациентов с неврастенией и неврозоподобными резидуально-органическими расстройствами // Вестник психотерапии. 2014, № 51 (56). С. 105–124.
4. Васильева А.В., Караваева Т.А. Стресс и невротические и связанные со стрессом расстройства у жителей мегаполиса // Психическое здоровье мегаполиса: вызовы и прогнозы. СПб.: Альфа-Пресс; Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, 2020. С. 29–46.
5. Вахренева О.А., Колотильщикова Е.А. Особенности структуры личности больных с неврастенией и неврозоподобными резидуально-органическими расстройствами // Вестник психотерапии. 2014, № 50 (55). С. 30–46.
6. Колотильщикова Е.А., Бабурин И.Н., Васильева А.В. К исследованию психологических механизмов невротических и неврозоподобных расстройств // Медицинская психология в России. 2011, № 3 (8). С. 4.
7. Психотерапия: учебник / под ред. А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой, Н.Г. Незнанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 864 с. DOI: <https://doi.org/10.33029/9704-6485-4-VKN-2022-1-864>.

Часть IV. Специальная психотерапия

Глава 28. Психотерапия депрессивных расстройств

Депрессивные расстройства относятся к одним из наиболее распространенных психических нарушений, в лечении которых в зависимости от степени тяжести и клинической картины меняется соотношения психо- и психофармакотерапии. Распространенность депрессии

составляет от 3 до 6% в популяции, при этом 1% случаев выявляется впервые, риск заболеть депрессивным расстройством в течение жизни оценивается в 20% [16].

Семантика понятия «депрессия» необычайно широка и многообразна и не ограничивается клиническим применением, что может создавать определенные диагностические сложности и требует от специалиста хороших навыков психопатологической оценки. С другой стороны современный мультименсиональный подход выделяет не только аффективные, но и соматовегетативные проявления депрессивных расстройств, которые в ряде случаев выходят на первый план в жалобах пациента, «маскируя» эмоциональные нарушения [12].

Депрессия меняет не только эмоциональность, но и когнитивное и социальное функционирование, ее проявления могут в значительной степени варьировать под влиянием культуральных и этнических факторов, в зависимости от принятых в обществе норм, чем может, например, объясняться тенденция к соматизации клинической картины. Накопленные на сегодняшний день психологические, социологические, антропологические, кросс-культуральные исследования феномена депрессии могут быть полезны для планирования персонализированной психотерапии, выступая в качестве дополнительных мишеней психотерапии (мишенями могут быть, например, самостигматизация или представления об идеальном Я). Этот компонент приобретает существенную значимость при работе с мигрантами, где необходимо учитывать, что ценности и нормы европейской культуры, а также привычные обозначения эмоциональных состояний не всегда могут быть экстраполированы на другие культуры [1].

Основные психопатологические классификации депрессии основаны на одновременной дефиниции депрессии как самостоятельного аффективного синдрома, и как транссиндромального образования [19].

Клинические проявления депрессивных расстройств. В качестве классического депрессивного синдрома рассматривается меланхолическая депрессия или «чистая меланхолия», ее основные проявления составляют триаду депрессивного синдрома, называемую еще в литературе как **«триада Крепелина»**.

Гипотимия (от греч. *hypo* — сниженное, *thymos* — настроение, чувство; происхождение термина связано с тем, что древние греки приписывали вилочковой железе — тимусу — функцию регуляции эмоций) — патологически сниженное настроение, проявляется в самом качестве настроения — печальное, грустное, подавленное, угрюмое, снижение реактивности как на положительные, так и на отрицательные события, также страдает способность испытывать положительные переживания, что обозначается как, ангедония (от лат. *an* — отсутствие, *hedone* — удовольствие) — утрата чувства радости, утрата способности получать удовольствие. Именно снижение ситуативной реактивности настроения и ангедония рассматриваются в качестве ведущих симптомов меланхолической депрессии.

К триаде Крепелина также относят *моторную заторможенность* (снижение двигательной активности) и *идеаторную заторможенность* (снижение скорости когнитивных процессов). Для принятия решения о соотношении психотерапии и фармакотерапии в лечении конкретного больного целесообразно использовать **триаду К. Ясперса** для дифференциации психогенных депрессий. Триаду составляет, во-первых, наличие психотравмирующей ситуации, которая имеет психологическую понятную связь с депрессивным расстройством. Во-вторых, отражение этой ситуации в переживаниях больного и симптоматике депрессии. В-третьих, редукция депрессивных симптомов при разрешении ситуации.

Наличие признаков этой триады не всегда очевидно и требует тщательного психопатологического и клинко-патогенетического анализа, следует учитывать, что в ряде случаев негативный аффект может проявляться в чувствах стыда, зависти, обсуждение которых требует времени и установления доверительных отношений.

Депрессия является активно изучаемым феноменом и объектом мультидисциплинарных исследований, что определяет многообразие моделей и классификаций депрессий (клинических, нейробиологических, патопсихологических, когнитивных), опирающихся на базу исследований. Часто выделяют депрессии, связанные с репродуктивным циклом у женщин; с возрастом: юношеские, инволюционные, позднего возраста; с ведущим этиологическим фактором: психогенные, реактивные, соматогенные, фармакогенные депрессивные нарушения [8].

Наиболее тяжелым осложнением депрессии является суицид, поэтому необходима регулярная оценка суицидального риска у этих больных. Попытки суицида совершают 30–70% больных с депрессивными расстройствами, а уровень завершенных суицидов составляет 15%. За счет совокупного влияния факторов суицидального риска и повышенной уязвимости к тяжелой соматической патологии (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, эндокринные, дерматологические и др. заболевания) депрессия сокращает продолжительность жизни на 10 лет.

В официальных классификациях (МКБ-10, DSM-V) используется феноменологический описательный подход и выделяются варианты течения депрессивных расстройств и степени тяжести клинических проявлений — легкая, умеренная, тяжелая (при этом тяжелый

депрессивный эпизод подразделяется по признаку наличия/отсутствия психотических симптомов на две категории, рубрики в МКБ-10 — F32.2 и F32.3). При этом выделяются единственный депрессивный эпизод, рекуррентная депрессия, биполярное расстройство (смена депрессивных и маниакальных фаз), хронические аффективные расстройства (циклотимия, дистимия — хроническая гипотимия с эпизодами «двойной» депрессии).

Часть IV. Специальная психотерапия

Для правильной постановки диагноза следует различать бытовое употребление термина депрессия для описания кратковременного эпизода — это, как правило, ситуативно обусловленный период плохого настроения и, собственно, само аффективное психическое расстройство.

В массовом сознании депрессия часто ассоциируется со слезами, рыданием, плачем. Следует помнить, о том, что депрессивные больные не обязательно жалуются на плаксивость, так как идеомоторное торможение блокирует активное выражение эмоций, в особо тяжелых случаях говорят о скорбном бесчувствии (от лат. *anaesthesia psychica dolorosa*), а появление способности плакать в ходе терапии расценивают, как улучшение своего состояния.

В медицинском определении депрессия — это специфический вариант аффективного расстройства, а именно, когда подавленное, безрадостное, апатичное настроение имеет место быть длительно, стойко, на протяжении большей части дня в течение многих дней или недель — не менее двух недель. Общий подавленный фон настроения окрашивает негативными эмоциями все события, которые происходят с человеком. Образно говоря, «депрессия как световой фильтр на сознании — все изменяет в свой темный цвет; во всем в жизни — и своем положении, и в окружении, и в том, что сейчас происходит — человек в состоянии депрессии не может воспринимать позитивные стороны; даже приятные жизненные события, общение или деятельность, которая прежде доставляла радость, при депрессии не в состоянии значимо изменить настроение, отвлечь, надолго из-за этого пациенты теряют привычные интересы» [11].

Депрессивный эпизод (код по МКБ-10 — F32) **или большое депрессивное расстройство** (DSM-V) — это эмоциональное расстройство, в типичной клинической картине которого устойчиво (большую часть времени), не менее двух недель преобладает сниженное настроение (печальное, меланхолическое, тревожное, апатичное) а также имеется существенное снижение вплоть до полной потери прежних интересов и удовольствия от деятельности, редукция общего энергетического потенциала и снижение активности. Состояние сопровождается трудностями сосредоточения, утомляемостью, инициальной инертностью и ангедонией. В когнитивном функционировании присутствуют снижение темпа мышления, снижение самооценки, вплоть до идей вины и греховности, пессимистические представления о будущем, антиципационная ангедония. Типичными проявлениями являются нарушения сна с ранними пробуждениями и снижение аппетита и/или изменение вкуса пищи, снижение либидо, дополнительно могут включаться различные соматические симптомы, в том числе и болевые [17].

Критерии диагностики депрессивного эпизода в МКБ-10:

- наличие по крайней мере двух из трех основных признаков:
 - сниженное настроение;
 - утрата интересов и способности получать удовольствие;
 - повышенная утомляемость.

Дополнительно два из факультативных признаков:

- трудности сосредоточения и внимания;
- сниженные самооценка и чувство уверенности в себе, возможно размышления и фиксация на прошлых ошибках и неудачах;
- идеи виновности и уничижения;
- мрачное и пессимистическое видение будущего;
- идеи или действия, направленные на самоповреждение или суицид;
- нарушенный сон;
- сниженный аппетит.

Симптомы присутствуют как минимум 2 нед.

В анамнезе не выявлено маниакальных/гипоманиакальных симптомов, отвечающих критериям маниакального эпизода; эпизод нельзя приписать употреблению ПАВ или органическому психическому расстройству.

В МКБ-10 также может выделяться соматический синдром депрессии (кодируется отдельным пунктом), представленный как минимум четырьмя из следующих симптомов:

- снижение интересов или удовольствия от деятельности, которая всегда приносила удовольствие;
- снижение ситуативной реактивности;
- пробуждение утром за два или более часа до привычного времени;
- депрессия тяжелее по утрам;
- объективно регистрируемая психомоторная заторможенность или ажитация (отмеченные или описанные другими лицами);
- выраженное снижение аппетита;
- снижение массы тела (на пять или более процентов за последний месяц);
- выраженное снижение либидо.

В классических трудах отечественных психиатров типичными соматическими проявлениями меланхолической депрессии является **триада В.П. Протопопова** (1920), который описал симпатикотонию у этих пациентов, связанную с дистонией вегетативной нервной системы в виде тахикардии, расширении зрачков и склонности к спастическим запорам. Большое значение для определения соотношения психо- и фармакотерапии, показаний для амбулаторного или стационарного лечения имеет определение степени тяжести депрессивных нарушений (табл. 28.1).

Таблица 28.1. Диагностика степени тяжести депрессивного эпизода

Степень тяжести депрессивного эпизода	Признаки	Код по МКБ-10
Легкая	<ul style="list-style-type: none"> • Присутствуют два-три основных симптома, наличие дополнительных симптомов не обязательно. • Пациент испытывает субъективный дискомфорт, однако повседневное функционирование существенно не нарушено 	F32.0
Средняя	<ul style="list-style-type: none"> • Присутствуют по меньшей мере два основных и два дополнительных симптома. • Повседневное функционирование существенно затруднено 	F32.1
Тяжелая	<ul style="list-style-type: none"> • Имеются все основные симптомы депрессии и не менее пяти дополнительных; типичны отчетливые идеи самоуничтожения или виновности; заторможенность вплоть до ступора, суицидальные мысли. • Дополнительно могут быть бред или галлюцинации. • Присутствует выраженное нарушение повседневного функционирования или оно полностью невозможно 	F32.2

Часть IV. Специальная психотерапия

Рекуррентное депрессивное расстройство (код по МКБ-10 — F.33) — эмоциональное расстройство, проявляющееся повторными депрессивными эпизодами, при этом в анамнезе отсутствуют сведения о гипоманиакальных эпизодах (неадекватно приподнятого настроения, повышенной активности или гневливости), маниакальных или смешанных эпизодах, соответствующих критериям БАР.

Для подтверждения диагноза рекуррентного депрессивного расстройства (текущий эпизод) (по МКБ-10):

- должны удовлетворяться критерии рекуррентного депрессивного расстройства (F33.-), а текущий эпизод должен удовлетворять критериям депрессивного эпизода легкой, средней или тяжелой степени (F32.0x, F32.1x, F32.2x, F32.3x);
- хотя бы 2 эпизода должны длиться не менее 2 нед и должны быть разделены интервалом в несколько месяцев без значительных нарушений настроения.

Для диагноза «Рекуррентное депрессивное расстройство, состояние ремиссии» (F33.4):

- критерии рекуррентного депрессивного расстройства (F33.-) удовлетворяются для прошлых эпизодов, но текущее состояние не отвечает критериям депрессивного эпизода какой-либо степени и не отвечает критериям других расстройств в рубрике F30–F39;
- по меньшей мере два эпизода в прошлом должны быть длительностью не менее 2 нед, и они должны быть разделены интервалом в несколько месяцев без каких-либо существенных нарушений настроения.

Психотические симптомы в структуре депрессивного эпизода манифестируют наличием бреда, галлюцинаций или депрессивного ступора. Бред обычно включает идеи: греховности, обнищания, грозящих несчастий, за которые несет ответственность больной. Слуховые или обонятельные галлюцинации, как правило, обвиняющего и оскорбляющего характера «голоса», а запахи — гниющего мяса или грязи. Тяжелая двигательная заторможенность может развиться в ступор. Если необходимо, бред или галлюцинации могут определяться как конгруэнтные или неконгруэнтные настроению. «Неконгруэнтные» включают аффективно нейтральные бредовые и галлюцинаторные расстройства, например, бред отношения без чувства вины или обвинения, или голоса, которые беседуют с больным о событиях, которые не имеют эмоционального значения.

Диагностика и лечение. Психопатологический метод, клиническая беседа, является на сегодняшний день основным методом диагностики депрессивных расстройств в связи с отсутствием достоверных объективных лабораторных или инструментальных методов верификации диагноза. В клинической картине имеются аффективные, психомоторные, когнитивные, психовегетативные и соматические проявления депрессии. Правильно построенное интервью позволяет выявить депрессивное расстройство даже в том случае, когда сами пациенты не предъявляют снижение настроения и ангедонию в качестве первичных жалоб. Расспрос может быть дополнен объективным анамнезом, беседой с родственниками и изучением медицинской документации.

При сборе анамнеза обращается внимание на наличие:

- наследственной отягощенности психическими заболеваниями;
- соответствия имеющихся симптомов критериям депрессивного эпизода и его тяжести;
- предшествовавших депрессивных, маниакальных, гипоманиакальных и смешанных эпизодов и эффекта от терапии;
- травм, инфекционных и других органических заболеваний головного мозга и их лечения;
- употребления ПАВ и лечения от вызываемых ими расстройств;
- определенных личностных характеристик пациента, особенностей его развития, характерных элементов в семейном и социальном статусе, прежде всего на потери и разлучение со значимыми другими, эпизодах жестокого обращения;
- перенесенных экзогенных вредностях;
- сопутствующих соматических заболеваний и лекарственных препаратов, принимаемых по назначению врача или самостоятельно.

При сборе анамнеза также следует обратить внимание на наличие факторов *риска депрессивного расстройства*:

- эпизоды депрессии в прошлом;
- депрессивные расстройства в семейном анамнезе;
- суицидальные попытки в анамнезе;
- женский пол;
- нарушения сна;
- хронические соматические заболевания;
- стрессовые события жизни, тяжелая утрата;
- употребление алкоголя и/или других ПАВ в анамнезе.

При оценке *суицидального риска* рекомендуется учитывать следующие факторы:

- наличие суицидальных мыслей, намерений, планов и поведения;
- наличие суицидальных попыток в прошлом;
- доступ к средствам самоубийства и летальность этих средств;
- наличие сильной тревоги, паники, возбуждения и/или импульсивности;
- наличие психотических симптомов, таких как императивные галлюцинации, или снижение критичности к себе, своим суждениям, действиям и их последствиям;

- употребление алкоголя и/или других ПАВ;
- наличие суицида в семейном анамнезе;
- отсутствие сдерживающих факторов (например, поддержки родных и близких, наличия детей, беременности, религиозности, понимания своих семейных обязанностей, трудовой занятости, наличия психологических навыков преодоления, наличия определенного жизненного оптимизма и др.) [10].

Пациент, демонстрирующий суицидальные мысли, намерения или планы, требует пристального наблюдения. При выявлении высокого риска суицидального поведения необходима госпитализация и проведение соответствующей терапии. Для оценки тяжести суицида и суицидального риска рекомендуется провести оценку по Колумбийской шкале серьезности суицидальных намерений (от англ. Columbia Suicide Severity Rating Scale). Для оценки тяжести депрессивного расстройства и терапевтической динамики состояния целесообразно использование стандартизированных психометрических шкал [шкала Гамильтона для оценки депрессий — HDRS, госпитальная шкала депрессий — HADS, шкала депрессии Монтгомери-Асберг (от англ. Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS), шкала депрессии А.Т. Бека (Beck A.T. Depression Inventory, BDI), шкала депрессии У. Зунга (Zung Self-Rating Depression Scale, SDS)]. Их применение может помочь объективизировать степень тяжести состояния, оценить симптомы, о которых может быть сам пациент активно не говорит, также они могут использоваться в научных целях для оценки эффективности психотерапии, однако они не могут заменить клиническое интервью и сбор анамнеза.

Часть IV. Специальная психотерапия

Бальная оценка может использоваться для оценки становления и ремиссии (симптоматической) — выраженность симптоматики по шкале Гамильтона для оценки депрессий меньше 7 баллов и/или по шкале Монтгомери-Асберг меньше 10 баллов, а также терапевтического эффекта (респонса) — 50% улучшение симптоматики по психометрическим шкалам для оценки депрессий.

В этиологии и патогенезе депрессивных расстройств играет роль взаимодействие комплекса факторов биологических (генетических и конституциональных) психологических (ненадежная ранняя привязанность, потеря значимых других и эпизоды плохого обращения в детстве) и социальные. Не существует в настоящее время единой концепции патогенеза, среди наиболее популярных можно выделить моноаминовую теорию депрессий, описывающую сниженную синаптическую активность моноаминов головного мозга (серотонина, норадреналина, дофамина), также активно разрабатываются хронобиологическая гипотеза, влияние нейропластичности, дисрегуляции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и процессов иммунной регуляции в генезе депрессий. Надежда на разработку быстродействующих антидепрессантов связана с изучением участия глутаматэргической системы в патогенезе депрессии. В настоящее время активно изучаются общие патогенетические механизмы аффективных и соматических нарушений.

Понятие «депрессивной личности» было введено классиками психиатрии, так Э. Крепелин писал о «депрессивном темпераменте», как о факторе, предрасполагающем к депрессивной составляющей маниакально-депрессивной болезни, проявляющимся в доминировании негативного аффекта. Он определял его как «рудимент» оформленных депрессивных эпизодов, «наподобие того, как пик горы вырастает из сходной по геологической структуре равнины». Проявление этих черт начинается еще в подростковом возрасте, эти пациенты мрачны, безрадостны, склонны к пессимистическим прогнозам, не верят в собственные возможности, им свойственны повышенная серьезность и унылость, «депрессивный темперамент характеризуется состоянием перманентной эмоциональной мрачности во всех жизненных ипостасях».

Курт Шнайдер, известный немецкий психиатр, который в своей монографии «Психопатические личности» предложил номенклатуру психопатий, указав на то, что, от ненормальности этих личностей страдают либо они сами, либо окружение, выделил депрессивный как самостоятельный тип. Он описал их как вечных скептиков, пессимистов, не видящих смысла в жизни, со склонностью к утонченному эстетизму, изысканности, самоистязанию, перфекционизму, саркастичности и желчности, ипохондричности. Они отличаются депрессивным мировоззрением, часто считая его признаком высокого интеллекта и сложной душевной организации, все видят в «черном свете» и страдают от более или менее продолжительного подавленного настроения. Он пишет, что эти пациенты рассматривают «страдание как знак качества и устанавливают аристократию дискомфорта», «оплакивают прошлое и боятся будущего», и боятся всех мыслимых «пугал». Он выделил несколько специфических характеристик — гипогедонию (неспособность получать удовольствие от жизни), скептицизм, ощущение перегруженности обязанностями, неспособность радоваться достигнутому успеху, несмотря на стремление много работать.

Известна высокая частота коморбидности расстройств зрелой личности с аффективной патологией, что является одним из факторов затяжного течения, резистентности и низкой комплаентности [6].

Основоположник **психодинамического направления** З. Фрейд в своем труде «Печаль и меланхолия», предложил основные постулаты психоаналитического понимания депрессии. Прежде всего, это детская травма, связанная с утратой или разочарованием в объекте привязанности, что определяет тип реагирования на схожие ситуации в жизни; второе — это тенденции к симбиотическому слиянию с чрезмерной идентификацией с объектом привязанности; третье — реальная или воображаемая потеря объекта; четвертое — перенаправление гнева и ненависти на собственное Эго (из-за нарушения сепарации нет четкой границы между Эго и объектом, поэтому негативные качества объекта воспринимаются как свойства собственного Я). Современный психодинамический подход считает, что история ранних отношений со значимыми другими и качество привязанности определяют депрессогенные переживания беспомощности и безнадежности. Негативный эмоциональный опыт, связанный с длительной зависимостью и жестоким обращением, тяжелой соматической болезнью, депривацией со значимыми другими, неблагоприятными иными ситуациями может формировать чувство беспомощности или стыда и уязвимость для манифестации депрессивных расстройств [18].

При **когнитивно-поведенческом подходе** сегодня также придается большое значение негативному раннему опыту и особенностям привязанности в формировании глубинных убеждений и эмоциональных схем, способствующих манифестации и хронизации депрессивных состояний.

Основоположник когнитивно-поведенческого подхода и в первую очередь психотерапии депрессии Т.А. Бек объяснял возникновение потока мыслей и снов исходя из концепции самости, при депрессии индивид видит себя неудачником, мир — карающим, а будущее — бледным и даже безнадежным. При депрессии, как и при других синдромах, когниции полны ошибок, называемых в логике «когнитивными искажениями». Это означает, что позитивная или нейтральная информация из окружающего мира искажается или модифицируется таким образом, чтобы соответствовать индивидуальному состоянию ума в текущий момент. Происходит фиксация на ошибках или их преувеличение, позитивная информация минимизируется или игнорируется, нейтральная информация интерпретируется в самом неблагоприятном свете и т.д. Мышление депрессивного индивида становится настолько ригидным и абсолютистским, что эти искажения проходят без коррекции, и негативные мысли становятся все более выраженными и правдоподобными. Негативные мысли отражают дисфункциональные убеждения и предположения, которые были запущены соответствующими жизненными событиями, и приводят в движение депрессивную программу. Когнитивная модель депрессии не противоречит биохимической: они отражают различные уровни анализа. Независимо от ее «причин», депрессия характеризуется одними и теми же когнитивными процессами. Может быть биологическая уязвимость по отношению к депрессии, а может быть и когнитивная уязвимость. Более того, лечение, сфокусированное на этих когнитивных процессах, зарекомендовало себя как высокоэффективное. Было показано, что когнитивная психотерапия является такой же эффективной, как и фармакотерапия при лечении монополярной депрессии. Кроме того, было установлено, что когнитивная психотерапия является эффективной и при профилактике рецидивов депрессии. Текущие исследования должны дать ответ на вопрос: может ли когнитивная психотерапия предотвратить манифестацию первого эпизода депрессии в группе риска.

Часть IV. Специальная психотерапия

Продолжающиеся исследования в области психопатологии и использовании когнитивной терапии обеспечили Т.А. Беку выдающееся место в научном сообществе Соединенных Штатов Америки. Им написаны сотни научных статей и теоретических глав, равно как и несколько книг. Он разработал оценочные шкалы для депрессии, риска суицида, для исследования личности. Т.А. Бек получил награды и почести от академических учреждений и профессиональных организаций всего мира, включая Американскую психиатрическую ассоциацию, Американскую психологическую ассоциацию и Королевский психиатрический колледж (в Великобритании). Он являлся плодотворным автором и исследователем, внесшим большой вклад в развитие научной и практической психотерапии.

Значимой заслугой Т. А. Бека является описание **депрессивной триады**:

- 1) видение себя в негативном свете и принятие на себя чрезмерной ответственности за неудачи;
- 2) пессимистическое представление о мире и о доминировании непреодолимых препятствий;
- 3) негативные ожидания и прогнозы, связанные с будущим.

Специфический когнитивный стиль проявляется в негативным селективным восприятии, интерпретации даже нейтральных стимулов, как было продемонстрировано в эксперименте в негативном ключе, обесценивании в постсобытийной обработке информации с фиксацией в памяти отрицательных деталей и пессимистических прогнозах, что блокирует проблемно-решающее поведение и усиливает негативный образ себя, формируя порочный круг, в качестве специфических особенностей метакогнитивных процессов у больных депрессией выделяют когнитивную ригидность, склонность к негативным руминациям, трудности в переключении внимания и полноценном проживании настоящего момента. В ряде экспериментов, требующих от испытуемых изменить способ переработки информации, пациенты с депрессивными нарушениями показали более низкие результаты из-за проблем в познавательной сфере, связанных с низкой когнитивной реактивностью и неспособностью перестроиться в новой ситуации [2, 3].

Экзистенциально-гуманистическое направление определяет человека как самодетерминируемую личность, которая постоянно встает перед выбором и должна его делать, творя собственную жизнь. Именно поэтому в основе депрессивных нарушений могут лежать потери смыслов, собственно экзистенциальный кризис, выбор в пользу прошлого, запреты на самореализацию или слепое следование внешним предписаниям, проживание «не своей» жизни. Центральным в развитии депрессивных состояний является потеря ощущения ценности жизни. Депрессивное состояние рассматривается в психических, соматических и духовных аспектах. Негативная аффективность понимается, как утрата способности переживать ценности и оскудение «духовной пищи». Человек, страдающий депрессией, фиксирован на самообесценивании и имеет проблемы с самопринятием, с преобладанием идей о бесцельной трате времени на несущественное.

А. Лэнгле, создатель метода экзистенциального анализа депрессивных расстройств, считает, что в основе депрессии лежит переживание собственной малоценности, субъект в этом состоянии подавлен в своих чувствах. Депрессия развивается, когда индивиду недоступно переживание ценности жизни. А. Лэнгле противопоставляет застывшему состоянию депрессии грусть, определяя ее, как активное эмоциональное состояние. Она может помочь сдвинуть депрессию с «мертвой точки» и преодолеть. Центральным вопросом к пациенту: нравится ли ему жить? Как правило, пациент в депрессии утрачивает отношения с Бытием здесь, теряет опору, склонность к изменениям и жизненную силу. Сравнение себя с другими только ухудшает самочувствие пациента, его депрессивные представления не основаны на диалоге с реальностью, поэтому непродуктивны и неустойчивы. Депрессивный пациент в большой степени живет прошлым. У него мало актуальных отношений, позволяющих установить близость с жизнью, все его отношения преимущественно дистантные. Судить о том, что такое жизнь, он может, лишь наблюдая других, а не на основе собственного опыта. Такая дистанция по отношению к жизни нарушает ее формирование в конкретных условиях повседневности. Жизнь становится бессмысленной, формируется «выученная беспомощность», круг замыкается [7].

Психопатогенез депрессии рассматривается в трех формах: 1) депрессия как защитная реакция на дефицитарную жизнь; 2) депрессия как психогенное развитие блокады чувств; 3) депрессия как конституционально-генетический дефицит витальности. Первая возникает как результат дефицита ценностей или ранних потерь в детстве. Во втором случае развивается душевный защитный панцирь после перенесенных обид и боли. В третьем варианте может быть и эндогенная причина, и генетическая предрасположенность, и телесная депрессия, которые сопровождаются астенией и энергосберегающим поведением. В результате формируется ощущение, что либо жизнь хороша, но не для меня, либо жизнь не хороша, потому что люди недостаточно хороши, либо жизнь хороша, но я недостаточно хорош. Именно поэтому как реактивная, так и психогенная и эндогенная формы депрессии приводят к нарушениям фундаментальной ценности жизни: она никогда не будет хорошей для индивида, жизнь ранит и убивает его, он ее не достоин. А. Лэнгле выделяет основные направления терапии в этих трех случаях: артикуляция гнева, переработка негативных переживаний, запрет на истощение. Это принципиально важно, поскольку после определения формы депрессии становится очевидной психотерапевтическая мишень. Экзистенциально-аналитическая терапия депрессии А. Лэнгле является многоуровневой системой и проводится на уровне отношений, на когнитивном, эмоциональном, соматическом, биографическом и социальном уровнях.

Вполне оправданно, что это направление наиболее успешно применяется в работе с депрессивными нарушениями, развившимися на фоне экзистенциального кризиса, к примеру, в связи с потерей социального статуса или близких, одиночеством, возрастными кризисами, тяжелым соматическим и психическим заболеванием, «смертельным диагнозом», как СПИД или рак, утратой базового доверия к миру и формированием фаталистического жизненного стиля на фоне ПТСР. Экзистенциальная психотерапия депрессий может использоваться и в геронтологии для помощи совладания с кризисами старения и утратами.

Другим представителем экзистенциально-гуманистического направления является В. Франкл — родоначальник **метода логотерапии**, известный австрийский психолог и психиатр. Одно из значений греческого слова «логос» — это смысл, так как сам В. Франкл определял суть логотерапии как оказание помощи пациенту найти глубинный, уникальный смысл своей жизни. В логотерапии он ввел вместо понятия депрессии термин ноогенный невроз. Сам В. Франкл рассматривал данное явление на ноэтическом уровне, поэтому воспринимал его не как психологическое заболевание, а как духовный кризис. Ноогенный невроз (депрессия) заключается в потере смысла жизни. В. Франкл видел ключевые причины образования невроза в экзистенциальном вакууме и экзистенциальной фрустрации. Он считал, что если в обществе происходит распространение утраты смысла жизни, то вместе с этим увеличивается количество суицидов, аддикций, таких как алкоголизм и наркомания, растет уровень агрессии, увеличивается количество депрессий. Способствует потере жизненных ориентиров чрезмерный акцент на физиологическом и психологическом личностных уровнях при игнорировании человеком своих духовных потребностей.

Часть IV. Специальная психотерапия

Источником *патогенеза* депрессии В. Франкл видит чрезмерную концентрацию индивида на собственной личности. Поиск смысла и воплощение ценностей возможны только при открытом взаимодействии человека и мира, его активной позиции по отношению к реальности. Излишняя концентрация на собственных потребностях отделяет человека от мира, который является источником смысла. В. Франкл описал такие понятия как «экзистенциальная фрустрация» и «экзистенциальный вакуум», перетекающие при прогрессировании в депрессию.

Экзистенциальная фрустрация понимается как невозможность достижения жизненно важных ценностей и может переживаться на трех уровнях: в человеческом бытии, в поисках смысла жизни и воли к жизни. Экзистенциальный вакуум характеризуется как ощущение бессмысленности собственной жизни, в котором преграды на пути к смыслу — фрустрирующие факторы. К симптомам экзистенциального вакуума и фрустрации относят апатию, депрессию, бессонницу, тревогу, утрату интереса и вкуса к жизни.

В основе современных *моделей стресс-диатеза* лежит понимание формирования аффективных расстройств как результирующее взаимодействие между предрасполагающими характеристиками (свойства темперамента, особенности личности, специфика когнитивного процессинга) и влиянием среды. В качестве дополнительных факторов взаимодействия могут рассматриваться стили копинга, здоровый ресурс личности, социальная поддержка, которые могут оказывать психопротективное влияние.

Важным элементом психотерапевтической работы является психообразование, мишенями которого должны быть:

- улучшение приверженности фармакотерапии, понимание этапов медикаментозного лечения и необходимости длительной противорецидивной терапии;
- укрепление терапевтического альянса между больным и врачом с использованием модели совместного принятия решения;
- объяснение необходимости соблюдения режима терапии и регулярного мониторингирования лабораторных анализов, включая определение препарата в крови, и побочных эффектов терапии;
- улучшение уровня социального функционирования; обучение распознаванию ранних проявлений рецидивов и вероятных побочных эффектов;
- объективная оценка рисков, связанных с заболеванием и проводимой терапией (суицид, нарушения закона, злоупотребление ПАВ);
- обсуждение и планирование беременности с учетом динамики состояния и психофармакотерапии.

ВОЗ разработала краткие практические пособия по оказанию помощи при депрессии, которыми могут пользоваться непрофессиональные работники здравоохранения. Примером служит руководство «Расширенные подходы к решению проблем», в котором описывается применение таких методов, как активация поведения, упражнения на релаксацию, лечение путем решения проблем, а также способы укрепления социальной поддержки. Кроме того, в руководстве «Групповая межличностная терапия (монопсихотерапия) депрессии» излагается групповая методика лечения депрессии. Наконец, руководство «Здоровое мышление» посвящено использованию когнитивной поведенческой терапии для оказания помощи при перинатальной депрессии.

Психотерапия депрессивных расстройств. Наибольшую доказательную базу на сегодняшний день имеет *когнитивно-поведенческая психотерапия* депрессивных нарушений.

В основе этого подхода лежит информационная модель человеческой психики, где когнитивные нарушения лежат в основе депрессивных расстройств. Научные исследования продемонстрировали, что определенные способы переработки информации приводят к манифестации депрессивных нарушений. Основными мишенями работы становятся компоненты описанной ранее депрессивной триады, представления о бесполезности собственных усилий и о недружелюбности социума. Отсутствие образа позитивного будущего и уверенность в собственной неспособности ничего изменить часто лежат в основе суицидального поведения. Дополнительной мишенью выделяется селективность восприятия, которая обеспечивает подтверждение негативных установок и формирование самоподкрепляющихся когнитивных систем.

Дж. Янг, один из создателей схема-терапии, которая относится к КПТ третьей волны, определил ее как когнитивную структуру, которая используется для отбора, кодирования и оценки поступающей информации, эти когнитивные конструкты позволяют человеку ориентироваться в окружающей среде, а также рефлексировать свои переживания. С точки зрения представителей этого подхода такие доминирующие негативные персонализированные устойчивые структуры обеспечивают устойчивые негативные интерпретации настоящего, фиксацию негативного опыта в прошлом и пессимистические прогнозы в отношении будущего и лежат в основе аффективных и личностных расстройств. Используя принципы психодинамического подхода на основании клинических наблюдений, анализируя опыт ранних отношений со значимыми другими Дж. Янг выделил набор ранних дисфункциональных схем-терапии, которые отличаются высокой устойчивостью и мало модифицируются последующим опытом, они определяются длительно существующими стабильными аспектами системы отношений индивида. Довольно часто члены семьи депрессивных пациентов характеризуются дистанцированностью, эмоциональной холодностью, одиночеством, непредсказуемостью или жестоким обращением, вследствие чего происходит фрустрация потребностей и в безопасности, стабильности, заботе, эмпатии, сочувствии, принятии и уважении.

В детстве на основе опыта взаимодействия с окружающим миром и людьми человек начинает конструировать свою модель реальности. В случае негативного опыта формируются дезадаптивные установки и убеждения, к примеру, что все действия индивида недостаточно хороши. Схемы обычно существуют в латентном виде и не рефлексированы. Определенное жизненное стрессовое событие приводит к активации схемы, что важно определить, хотя бы как рабочую гипотезу при сборе анамнеза. После этого пациент отбирает, классифицирует и кодирует информацию так, чтобы подтвердить схемы своей некомпетентности и малоценности. Дисфункциональные схемы у депрессивных пациентов приводят к характерному искажению событий, что позволяет им поддерживать негативный образ себя и пессимистические прогнозы. Характерными признаками дисфункциональных схем являются:

Часть IV. Специальная психотерапия

- восприятие их как объективно существующей реальности;
- самоподдерживающий характер, по типу «самосбывающихся пророчеств» и резистентность к изменениям;
- дезадаптивный характер;
- обычно запускаются психотравмирующими ситуациями;
- в активном состоянии «аффективно заряжены»;
- обычно формируются в результате взаимодействия в детстве особенностей темперамента пациента с психотравмирующими переживаниями в системе отношений со значимыми другими.

Дж. Янг выделил 18 наиболее характерных для пациентов с депрессией схем.

В психотерапии для каждого пациента проводится индивидуальная концептуализация случая, которая способствует пониманию актуальных симптомов и межперсональных проблем пациента как результатов формирования личности. В процессе терапии новые проблемы трактуются как персонализированные формулировки случая, в контексте чего и проводятся интервенции. Краткосрочная психотерапия должна фокусироваться на основных схемах [21]. Основная задача КПТ — это изменение депрессивного мышления, для чего используют логическую дискуссию, сократовский диалог, изучение фактов реальности, мысленную реконструкцию, поведенческий эксперимент и ролевой тренинг. Основными мишенями для работы выделяют — когнитивную депрессивную триаду А.Т. Бека, неадаптивные схемы, которые определяют селекцию, дифференциацию и кодирование информации и ошибки когнитивного процессинга. В качестве приемов также можно использовать поведенческие эксперименты, логические диспуты, рассмотрение фактов, решение задач, когнитивное реструктурирование [14].

На первом этапе психотерапии необходимо сформировать терапевтический рабочий альянс между терапевтом и пациентом, построенный по принципу партнерства, после чего начинается работа с особенностями когнитивного функционирования при депрессивных расстройствах. Для этого выбирают то или иное убеждение, автоматическую мысль или схему пациента, и в процессе психотерапевтической дискуссии анализируют аргументы, свидетельствующие за и против, которые включают прошлые события, актуальные обстоятельства и будущие перспективы, выявляют искаженные интерпретации событий, нереалистичные ожидания или неадаптивные схемы, могут проводиться дискуссии в дидактическом, логическом и эвристическом стилях, итогом является утверждение или отклонение от первоначальных утверждений. Использование сократовского диалога позволяет пациентам самостоятельно обнаружить несогласованность своих убеждений и когнитивные ошибки. Психотерапевт с пациентом совместно определяют круг проблем, ранжируют их по значимости, над которыми идет работа во время психотерапевтической сессии, где психотерапевт занимает активную, директивную позицию.

На начальном этапе при помощи активного расспроса, упражнений на воображение или разыгрывания ролей терапевт обучает пациента технике выявления автоматических мыслей с последующим ведением дневника дисфункциональных когниций. При выявлении в процессе сессии изменения настроения, терапевт просит пациента выделить те конкретные мысли, которые привели к негативному аффекту, что затем становится основой для домашнего задания. При работе над автоматическими мыслями следует конкретизировать смысл, который пациент вкладывает в то или иное определение, особенно тех или иных общеупотребительных терминов, типа «сильный», «слабый», «харизматичный». Таким образом пациент постепенно понимает, что дисфункциональные мысли носят общий характер. Дополнительно проводится психообразование относительно природы депрессивных симптомов и их влияние на повседневное функционирование. Для работы с самообвиняющими когнициями может использоваться *техника реатрибуции*, позволяющая более реалистично перераспределить ответственность за неудачи, ошибки и промахи. Первой задачей психотерапии является редукция симптоматики, для чего упор делается на мотивационных и поведенческих затруднениях. Может использоваться *методика поведенческой активации* для решения этих проблем. Хорошо зарекомендовала себя *техника структуры дня* с планированием активности, приносящей удовольствие и удовлетворение (с оценкой качества функционирования и полученного удовольствия). Пациенты оценивают каждую свою активность по шкале от 0 до 10 в плане качества функционирования и полученного удовольствия. Эти оценки могут затем использоваться для выполнения упражнения по тестированию реальности обоснованности своих убеждений о несостоятельности и неспособности испытывать удовольствие.

В случае выраженных трудностей функционирования применяется *техника градуированных заданий* с разделением сложного дела на последовательные этапы. Когнитивное повторение заключается в мысленном представлении каждого действия, которое надо сделать для того, чтобы выполнить намеченное дело. Могут также использоваться *тренинги*: уверенности в себе, ролевой тренинг и отвлечения. Поведенческие задания играют важную роль при тяжелых депрессивных нарушениях, когда имеется выраженная инициальная инертность, ангедония, трудности сосредоточения и поддержания социальных контактов. Поведенческие техники позволяют разорвать порочный круг безнадежности между самоупреками низкой эффективностью, что только еще больше ухудшает самооценку и снижает мотивацию к действиям. Для закрепления поведенческих навыков и лучшего планирования своего времени пациент получает регулярные домашние задания.

Дополнительные задачи включают вселение надежды, выявление проблем, ранжирование приоритетов, формирование приверженности к когнитивной психотерапии, налаживание отношений сотрудничества, демонстрация взаимосвязи между убеждением и эмоцией, конкретизация ошибок мышления. Затем основными мишенями становятся содержание и паттерны мышления, специфические схемы, что необходимо для профилактики рецидивов. Анализируются схемы, затрагивающие представления о себе и окружающей действительности, которые блокируют самореализацию и проблемно-решающее поведение пациента. Для выявления связи между автоматическими мыслями, установками и глубинными убеждениями целесообразно использовать *технику «стрелка вниз» (downward arrow)*. Для изменения интрапунитивных паттернов мышления может быть применено *когнитивное реструктурирование*.

Часть IV. Специальная психотерапия

Постепенно пациенту предоставляется все большая самостоятельность в выявление проблем и когнитивных ошибок, предложение решений и реализацию этих решений на практике в процессе выполнения домашнего задания [13].

Домашние задания относятся к важным составляющим КПТ, доказательные исследования продемонстрировали, что именно домашние задания повышают эффективность психотерапии, вне зависимости от используемого метода. Они помогают сфокусироваться на конкретных объективных и интерперсональных проблемах. Пациент благодаря им приобретает конкретные навыки совладания с проблемами и становится более уверенным в себе, а также продолжает психотерапевтическую работу между сессиями и после завершения курса психотерапии. Содержание домашнего задания определяется тематикой психотерапевтической сессии и может содержать когнитивные, — фиксирование альтернативных рациональных когниций, поведенческие — тренировка ассертивных навыков, и эмоциональные — техники отстраненного майндфуллнесс, компоненты. Помимо иллюстрационных примеров могут использоваться и другие техники, например, может применяться библиотерапия для психообразования. На следующей сессии домашнее задание должно обязательно обсуждаться, чтобы пациент понимал важность его выполнения, также терапевт спрашивает об успехах и трудностях, возникших при выполнении домашнего задания.

Существуют также варианты групповой когнитивной психотерапии для пациентов с депрессией, которая обычно проводится в амбулаторных условиях. Вариант супружеской когнитивной психотерапии следует применять, когда имеется взаимосвязь между депрессивной симптоматикой и супружеским дистрессом. Ряд исследований продемонстрировали, что «разные формы когнитивной и поведенческой психотерапии могут быть эффективны при лечении гериатрической депрессии».

Для улучшения исполнительских когнитивных функций широко применяют компьютеризированные обучающие программы когнитивной ремедиации, направленные на стимулирование более детализированного восприятия объектов, улучшение памяти, внимания и переключаемости [9].

Интерперсональная психотерапия Клермана и Вейсмана — еще один метод, имеющий достаточную доказательную базу своей эффективности. Он был разработан Дж.Л. Клерманом (G.L. Klerman) и М.М. Вейсманом (M.M. Weissman) в конце 1960-х годов для лечения больных депрессией, и с самого начала ориентирован на решение проблем, возникающих именно у этой категории пациентов. Целью авторов было не создание той или иной теоретической концепции лечения, а разработка максимально эффективного практического метода психотерапии депрессивных больных [20].

Отправной точкой создания и совершенствования данного метода явилась констатация того факта, что депрессии чаще всего возникают вследствие неблагоприятных изменений в межличностной обстановке и ближайшем окружении пациентов, например при утрате близкого родственника или в результате конфликта с окружающими. Психотерапия направлена, главным образом, на изменение межличностного контекста депрессивной симптоматики. Авторы признают немаловажную роль личности больного в возникновении депрессии, однако считают более перспективным улучшение социального статуса пациента и тем самым опосредованное влияние на клинику заболевания, чем изменение достаточно устойчивых и малоподдающихся трансформации личностных характеристик больного. Особое внимание к межличностному окружению больного депрессией появилось после создания А. Майером (A. Meyer) в 1957 г. психобиологической концепции психических расстройств, согласно которой межличностное окружение является весьма значимой стороной жизни любого человека, а психическое расстройство рассматривается как патологический способ приспособления индивида к требованиям конкретных окружающих. Эта концепция перекликается с идеей Г.С. Салливана об исключительном значении межличностных отношений как важнейшей составной части психотерапии. Однако прямой связи с учением Г.С. Салливана интерперсональная психотерапия Дж.Л. Клермана и М.М. Вейсмана не имеет и принципиально отличается от психодинамической психотерапии. При проведении интерперсональной психотерапии психодинамические толкования состояния пациентов отвергаются; способ психотерапии максимально приближен к особенностям поведения пациента и направлен на преодоление трудной актуальной жизненной ситуации, в которую он попал, а не на анализ прошлого и осознание ошибок. Психотерапия с помощью данного метода ограничена известным периодом времени и четко структурирована по своему содержанию.

На начальной стадии проводится точная диагностика и выясняется природа депрессивной симптоматики в связи с нарушением межличностных отношений пациента. На этом этапе больной получает подробные сведения об эпидемиологии, симптоматике, клиническом течении и прогнозе депрессий. Психотерапевт разъясняет ему смысл понятий, относящихся к обсуждаемой проблематике, формулирует цели и определяет сроки лечения, частоту курсов и при необходимости применяет сопутствующую медикаментозную терапию. Эта стадия носит ярко выраженный обучающий характер. Основная часть концентрируется на одном или нескольких направлениях, относящихся к четырем наиболее важным проблемам, стоящим перед больным депрессией: преодоление депрессивного состояния (например,

преодоление состояния скорби, вызванного утратой близких родственников); преодоление возникающих конфликтов межличностного характера между больным и его окружением (особенно конфликтных супружеских взаимоотношений); преодоление трудностей, связанных с изменением социальных ролей близких больному людей (например, уход детей из родительского дома); преодоление разного рода недостатков в межличностном общении. В данном методе исследуется не прошлое пациента, а его актуальные межличностные контакты, связи и их характер. Прошлое также изучается и учитывается, но лишь постольку, поскольку оно помогает понять актуальные образцы взаимоотношений больного с другими людьми. Психотерапия направлена не на осознание своих ошибок в прошлом, а на их преодоление в настоящем, не на исследование интрапсихических явлений, таких как природа конфликтов, защитные механизмы, а на анализ конкретного межличностного настоящего больного, в особенности на характер протекания межличностных отношений в период проявления депрессивной симптоматики. Взаимоотношения между психотерапевтом и пациентом не фокусируются на переносе. Психотерапевт выступает не в роли нейтрального наблюдателя, а в роли защитника и адвоката больного. Он активно ведет пациента, руководит им, ободряет и поддерживает его. Отношения «психотерапевт–пациент» учитывают реальную ситуацию и служат решению конкретных проблем. При этом больной не должен слишком зависеть от психотерапевта или заметно уступать ему в интеллектуальном и волевом аспектах. Только в тех случаях, когда поведение пациента по отношению к психотерапевту начинает отрицательно влиять на ход лечения, об этом следует поговорить с ним.

Часть IV. Специальная психотерапия

Психотерапия направлена на гармонизацию межличностных отношений пациента с окружающими его людьми, для чего психотерапевт пользуется всеми подходящими для этого способами. К ним относятся: построение (вместе с больным) лучшей, скорректированной с учетом требований окружающих модели коммуникативного поведения; разработка новых стратегий решения проблем, возникающих у больного, и выработка умений более успешно преодолевать стрессовые ситуации в межличностном общении; преодоление устаревших схем и стереотипов во взаимоотношениях, не соответствующих изменившимся требованиям окружающих и возможностям пациента; активный отказ от этих устаревших схем в пользу новых и усвоение более адаптивных способов взаимоотношений с окружающими и т.п. Авторами была разработана также программа тренировки психотерапевтов, позволяющая специалистам с разным уровнем подготовки в сжатые сроки овладеть данным методом и приступить к проведению психотерапии.

Поскольку эмпирические исследования показали, что супружеские конфликты и после успешно проведенной интерперсональной психотерапии остаются, как правило, неразрешимой проблемой для пациентов, и существует высокий риск рецидивов такого рода, была разработана **психотерапия супружеской пары**. Она нацелена на коррекцию отношений между супругами в следующих сферах: коммуникация, сексуальные отношения, регулировка границ интимности и откровенности, руководящая роль в семье и претензии на руководство, достижение социально значимых целей. И в этом случае, прежде всего, выясняется весь комплекс стоящих перед пациентом проблем в супружеских взаимоотношениях, а затем проводится психотерапия, цель которой — разрешение этих проблем.

Прагматическая направленность этого метода проявляется также в непривычном для психотерапевтов непредвзятом отношении к медикаментозной терапии. При ее проведении стало скорее правилом, чем исключением, применение антидепрессантов наряду и параллельно с психотерапией. Эта комбинированная терапия базируется на результатах исследований, определивших условия, при которых показано и даже необходимо проводить параллельное медикаментозное лечение [4].

Большое внимание лечению депрессивных состояний, которые тесным образом связаны с переживаниями смысла жизни, а в ряде случаев с его потерей уделяют представители *экзистенциально-гуманистического направления*, предпочитая среди прочих методов логотерапию. **Логотерапия** — психотерапевтический метод, который изначально разрабатывался как эффективный инструмент устранения экзистенциального вакуума и лечения ноогенных неврозов (депрессий). В. Франкл предлагал для терапии такие методы, как парадоксальная интенция, дерефлексия и непосредственно логотерапия. Позже его ученик Д. Крамбо предложил еще один подход, который назвал **логоанализом**.

Использование **парадоксальной интенции** строится на способности человеческой психики к отстранению, которая в свою очередь составляет базис для чувства юмора и предлагает действовать по принципу антиципации: вместо того чтобы заглушать симптомы, необходимо встретиться с ними лицом к лицу. Дереклексия предлагает переместить фокус своего внимания со своих потребностей и желаний на смыслы и ценности, которые можно

реализовать. Логоанализ предполагает работу с индивидуальными ценностями и смыслом жизни пациента. Д. Крамбо описывает эту технику, как «инвентаризацию» жизни пациента. Это происходит благодаря последовательности двух шагов: во-первых, расширяется поле сознания пациента, а во-вторых, стимулируется его творческое мышление. Логоанализ предполагает, что ответы на все важные экзистенциальные вопросы заложены в самом человеке. Они существуют на духовном уровне и зачастую недоступны в повседневной жизни. Однако при глубоком анализе и погружении в собственную жизнь (инвентаризации) эти ответы можно найти.

Логотерапия не относится к депрессии, как патологии или болезни, она считает это состояние кризисным этапом личностного развития. Ключевое внимание в психотерапии уделяется взаимодействию терапевта и пациента. И, в первую очередь, тому, что и как говорит психотерапевт. Отношения психотерапевта и клиента в логотерапии понимаются как исключительно неманипулятивные и партнерские. Терапевт в своей работе должен следовать принципам присутствия и аутентичности, то есть восприятия пациента в его уникальности и целостности, так как сами отношения между терапевтом и пациентом должны стать ресурсом для терапевтических изменений. Логотерапия, делая основной акцент на работе со смыслом, одновременно с этим позволяет затронуть целый ряд личностных проблем и привести к комплексным изменениям, которые происходят путем понимания и принятия пациентом жизненных противоречий. Дж. Кори очерчивает целый круг изменений, который, как правило, происходит с пациентом, проходящим экзистенциальную или логотерапию:

- пациент начинает принимать тот факт, что его идентичность определяется не через собственное Я, а через окружающий мир и других людей;
- пациент учится изменять отношение к тем вещам, которые он не может изменить, он открывает для себя ценности отношения и учится их проживать;
- пациент учится строить свое будущее на фундаменте своего прошлого;
- пациент начинает ориентироваться на составляющие духовного измерения — ценности и смысл, а не на потребности физиологического и психологического уровня;
- пациент начинает уделять больше внимания настоящему и погружению в настоящий момент.

Существует большое количество психотерапевтических методов, применяющихся в психотерапии депрессивных расстройств, но подтверждение их эффективности в доказательных исследованиях — это задача будущего развития психотерапии [5, 15].

Список литературы

1. Ассион Х.Дж., Оверваул Ф., Штомпе Т., Васильева А.В. Культура и депрессия // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2015, № 3. С. 81–93.
2. Бэк А., Раш А., Шо Б. Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер, 2003. 304 с.
3. Васильева А.В. Эволюционная модель депрессии в период пандемии. Альянс психо- и фармакотерапии // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2021, № 1. С. 91–101. DOI: <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-1-91-101>.
4. Васильева А.В., Незнанов Н.Г. Психотерапия. Гл. 13.4. С. 699–729 // Психиатрия: Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова; отв. ред. Г.Э. Мазо. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 768 с. DOI: <https://doi.org/10.33029/9704-6295-9-PSY-2021-1-768>.
5. Васильева А.В., Караваева Т.А. Депрессивные расстройства // Психотерапия: учебник / под ред. А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой, Н.Г. Незнанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. С. 562–581.
6. Гаранян Н.Г. Депрессия и личность: обзор зарубежных исследований. Ч. II // Социальная и клиническая психиатрия. 2009, № 3. С. 80–92.
7. Лэнгле А. Дотянуться до жизни. Экзистенциальный анализ депрессии. М.: Генезис, 2010. 128 с.
8. Незнанов Н.Г. Психиатрия: учебник для студентов высших учебных заведений. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 496 с.
9. Палин А.В., Афан М.В., Козлов М.Ю., Слюсарев А.С. Особенности когнитивной ремедиации у пациентов с аффективными расстройствами // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019. Т. 119, № 9. С. 118–122. DOI: <https://doi.org/10.17116/jnevro2019119091118>
10. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. СПб.: Речь, 2006. 372 с.
11. Психические расстройства в клинической практике / под ред. А.Б. Смулевича. М., 2011. 719 с.
12. Психосоматические расстройства в клинической практике / под ред. А.Б. Смулевича. 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2019. 776 с.
13. Barlow D.H., Farchione T.J., Fairholme C.P. et al. Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide. New York, NY: Oxford University Press, 2011.

14. Beck A.T., Bredemeier K.A Unified model of depression: integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives // Clin. Psychol. Sci. 2016. Vol. 4, N. 4. P. 596–619. DOI: <https://doi.org/10.1177/2167702616628523>.
15. Cuijpers P., Quero S., Noma H. et al. Psychotherapies for depression: A network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes of all main treatment types // World Psychiatry. 2021. Vol. 20, N. 2. P. 283–293. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20860>.
16. Ferrari A.J., Somerville A.J., Baxter A.J. et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: A systematic review of the epidemiological literature // Psychol. Med. 2013. Vol. 43, N. 3. P. 471–481. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291712001511>.
17. Fried E.I., Epskamp S., Nesse R.M. et al. What are «good» depression symptoms? Comparing the centrality of DSM and non-DSM symptoms of depression in a network analysis // J. Affect. Disord. 2016. Vol. 189. P. 314–320.
18. Gabbard G.O. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. Washington: American Psychiatric Publishing, 2005.
19. Maj M., Stein D.J., Parker G. et al. The clinical characterization of the adult patient with depression aimed at personalization of management // World Psychiatry. 2020. Vol. 19. P. 269–293. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20771>.
20. Weissman M., Markowitz J., Klerman G. Clinician's Guide to Interpersonal Psychotherapy. Oxford: Oxford University Press, 2007.
21. Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. New York: Guilford Press, 2003.

Часть IV. Специальная психотерапия

Глава 29. Психотерапия расстройств личности

Расстройства зрелой личности, или психопатии, — патологические состояния, характеризующиеся дисгармоничностью психического склада и представляющие собой постоянное, проявляющееся с раннего подросткового возраста свойство индивидуума, сохраняющееся в течение всей жизни. Расстройства личности констатируются в тех случаях, когда патологические изменения выражены столь значительно, что препятствуют полноценной адаптации в обществе, то есть в их диагностике имеют значение социальные критерии. К. Шнайдер в своем определении психопатических личностей подчеркивал, что они либо сами страдают от своей аномальности либо заставляют страдать от нее социум, выделяя дезадаптацию в качестве ведущего критерия расстройства [13].

Специфические модели поведения имеют тенденции к стабильности и включают многие сферы поведения и психологического функционирования. Следует дифференцировать собственно расстройства личности по времени и характеру манифестации от личностных изменений вследствие другого психического расстройства, патологии нервной системы, иного хронического заболевания или переживания катастрофы, которые кодируются в другой рубрике. В МКБ-10 в классификации психических расстройств лежит именно такое определение, которое лишь отчасти совпадает с традиционно принятым в отечественной психиатрии термином «психопатия».

Определенные признаки расстройства личности можно наблюдать уже в подростковом периоде, когда можно говорить о выраженной акцентуации характера, но диагноз может быть поставлен только во взрослом возрасте после 18 лет. Для постановки диагноза может понадобиться несколько бесед, а также привлечение дополнительных источников информации. В связи с существенной критикой категориального подхода, используемого в МКБ-10, в МКБ-11 уже использован иной дименсиональный подход, выделяющий уровень тяжести и пять квалификаторов личностных черт (негативная аффективность, отстраненность, расторможенность, антисоциальность, ананкастность), что делает эти классификации несопоставимыми между собой. Общим специфическим квалификатором остается пограничный личностный паттерн, выделенный в МКБ-11 дополнительно в связи с его распространенностью и наличием специфических методов психотерапии для его лечения. В МКБ-11 изменен и укорочен до 2 лет временной критерии для постановки диагноза. Расстройство личности — это очень жесткая модель внутреннего опыта и действий, направленных на окружающий мир, которая отличается от ожиданий общества и приводит к дисфункции. Они проходят через всю жизнь больного, в зависимости от типа, могут сглаживаться с возрастом или усугубляться. Их проявления затрагивают все сферы жизнедеятельности личности — эмоционально-волевою, мышление с характерным нарушением когнитивного процессинга и специфическими глубинными убеждениями, модели межличностного поведения. Пациенты с расстройством личности не могут адекватно воспринимать себя и окружающих, прогнозировать последствия своего поведения, тонко оценивать суть межличностных взаимодействий и соответствующим образом подстраивать свое поведение, устанавливать с другими теплые доверительные отношения. У лиц с

расстройством личности довольно часто отмечается более низкий уровень социального функционирования, чем можно было бы ожидать при их интеллекте, образовании и ресурсах. Имеется высокая коморбидность с аффективными нарушениями и аддиктивной патологией [3, 4].

Больные отличаются особенностями мышления. Прежде всего это выраженная селективность восприятия и искаженная оценка реальности, пациенты склонны обрабатывать имеющуюся информацию выборочно дисфункциональным способом. Воспринимаемая информация усваивается таким образом, чтобы соответствовать имеющимся внутренним жестким когнитивным схемам. Для каждого расстройства личности характерно доминирование определенных представлений и когнитивных схем, образующих характерный личностный профиль. Пациенты имеют тенденцию неосознанно тонко манипулировать поведением других людей в межличностных отношениях, принуждая их вести себя в соответствии с собственными внутренними представлениями, что способствует подтверждению имеющихся глубинных убеждений.

Лица, страдающие личностными расстройствами, редко обращаются за специализированной помощью и их лечение сильно затруднено. Патология характера является для них индивидуально приемлемой, вплетенной в интегральный образ собственного Я, что определяет данные нарушения, как эго-синтонные. Диагностику осложняет склонность их сообщать искаженные противоречивые сведения о себе, пользоваться манипулятивным поведением, что определяет необходимость объективных анамнестических сведений. Патологическая личность либо сама страдает от своих патохарактерологических проявлений, либо, считая свое поведение оправданным, становится причиной дистресса социального окружения. Следует помнить о том, что особенности характера или заостренные личностные черты не всегда предполагают диагноз личностного расстройства, необходимо сохранять эмоционально нейтральную позицию по отношению к пациенту, избегать так называемого «диагностического импрессионизма». Пациент, который вызывает у специалиста негативные чувства, не обязательно страдает расстройством личности. Диагноз «расстройство личности» неправомерен, если констатируются лишь отдельные характерологические отклонения, хорошо компенсированные и приводящие к нарушениям поведения лишь в относительно непродолжительные периоды, связанные с психотравмирующими обстоятельствами. В подобных случаях речь идет об акцентуациях характера.

Показатель средней суммарной распространенности всех видов личностных расстройств в населении составляет 10,5–12%, а в течение жизни 7–15%, распространенность отдельных типов составляет в среднем 1,3–1,4%, согласно Оксфордскому руководству по данной патологии. При соответствующем использовании диагностических критериев МКБ-10 распространенность расстройств зрелой личности в среднем составляет 5%. А.А. Чуркин, оценивая эпидемиологические показатели в нашей стране, дает среднее суммарное значение для расстройств зрелой личности 8,2% среди жителей России, не обращающихся за психиатрической помощью.

Часть IV. Специальная психотерапия

В настоящее время общепринятой является биопсихосоциальная концепция этиопатогенеза расстройств личности. Клинико-генетические исследования позволяют получить данные о семейном влиянии, связанном с генетическими и средовыми факторами. Клинические и популяционные исследования на сегодняшний день приводят противоречивые факты, касающиеся причин возникновения для различных типов расстройств личности. Есть убедительные свидетельства, что ранние психотравмирующие воздействия, связанные с утратой значимого другого, насилием, эмоциональным отвержением и патологическими типами привязанности в значительной степени повышают риск развития расстройства личности в последующем. Признаки минимальной церебральной дефицитарности также вносят свой вклад, особенно в формирование личностной патологии тревожного и странного кластеров. Сочетание определенной генетической предрасположенности и своеобразных условий индивидуального развития приводят к тому, что одни паттерны поведения и реагирования развиваются гипертрофированно, а другие либо не формируются совсем, либо находятся в дефицитарном состоянии. В связи с этим имеется только одна возможная модель межличностного взаимодействия, а уравнивающая ее стратегия не может развиваться должным образом [7].

Расстройства личности характеризуются повышенной чувствительностью к внешним воздействиям, как к психотравмирующим ситуациям, кризисам развития, так и биологическим изменениям в организме, возникающим на протяжении жизни. Возможно временное заострение характерологических черт, либо длительные реакции, меняющие основные личностные проявления. П.Б. Ганнушкин ввел понятие динамики психопатий, указав на необходимость разделения данного термина и понятия о течении заболевания.

Сущность различия заключается в том, что при данном расстройстве сохраняется единство строя личности и не происходит коренного изменения характера, равно как не возникает катастрофического исхода, нарастания дефектных изменений или выздоровления [10]. Декомпенсация остается тесно связанной с константными характерологическими чертами пациента. Компенсация определяется как продуктивное совладание со стрессом, адекватное приспособление личности к микросоциальной среде. Она реализуется в благоприятных внешних условиях, когда воздействие стрессоров не затрагивает сферу личностной уязвимости, сопровождается развитием личностных характеристик, скрывающих основные характерологические черты. Иногда, при так называемой гиперкомпенсации, факультативные черты могут гипертрофироваться и становятся причиной адаптационных нарушений, при этом базовые личностные особенности оказываются скрытыми. Декомпенсация подразумевает обострение всех присущих личности качеств под влиянием психотравмирующих воздействий, в результате чего обнажаются основные стержнеобразующие личностные черты и наступает социальная дезадаптация. Именно в связи с декомпенсацией, проявляющейся аффективными и поведенческими нарушениями, затруднением социального функционирования эти пациенты попадают в поле зрения специалистов [2].

Традиционно основой диагностики расстройств личности в отечественной психиатрии была триада П.Б. Ганнушкина, состоящая из: 1) нарушения адаптации вследствие выраженных патологических свойств; 2) тотальности психопатических особенностей; 3) их относительной стабильности и малой обратимости. В настоящее время она имеет в большей степени историческое значение. Типы личностных расстройств, вошедшие в современную классификацию МКБ-10, составляют раздел «Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых» и кодируются в рубриках F60–F69. Отечественные специалисты рекомендуют выделять в отдельную группу расстройства личности с явлениями психопатологического диатеза, к которым относятся шизотипическое и пограничное, а также невропатическую конституцию, указывая на то, что они отличаются тенденцией к ассимиляции с психопатологическими расстройствами. В данных случаях имеет место как подверженность эндогенным заболеваниям, так и повышенный риск временных, обратимых эндоформных расстройств (транзиторные психозы, аффективные фазы).

Учитывая высокий уровень коморбидности личностной патологии и других психических нарушений, часто на практике специалист имеет дело с двойным диагнозом, к примеру, расстройства личности и аддикции, как химических, так и нехимических ее вариантов. Интоксикация или синдром отмены ПАВ могут вносить существенный вклад в актуальную клиническую картину, что объясняет достаточно быструю обратную динамику развития симптоматики в ряде случаев. Большие депрессивные эпизоды, тревожная патология, к примеру, социальные фобии и суицидальное поведение чаще встречается при расстройствах личности, чем у лиц без таковых. Расстройство личности может сопровождаться симптомами ПТСР (навязчивые воспоминания, флешбэки травматических событий), хотя лишь малый процент случаев полностью соответствует критериям ПТСР.

В МКБ-10 выделяют следующие специфические критерии для диагноза расстройства личности:

- 1) стойкие стереотипы восприятия и поведения индивида, которые отличаются от ожидаемых и принятых норм данной культуры;
- 2) отклонения являются настолько выраженными, что обусловленное ими поведение во многих личных и социальных ситуациях является ригидным, дезадаптивным или нецелесообразным в каком-то ином отношении;
- 3) наличие собственного субъективного страдания, негативного воздействия на социальное окружение или того и другого, отчетливо связанных с поведением упомянутом в критерии 2;
- 4) имеются доказательства того, что отклонения стабильны, длительны и ведут начало с позднего детского или подросткового возраста;
- 5) отклонения не могут быть объяснены наличием или последствием иного психического расстройства;
- 6) исключается наличие органического заболевания головного мозга;
- 7) для постановки диагноза необходимо наличие как минимум трех характерных для каждого расстройства личности признаков [5, 6].

Диагностические критерии расстройств личности в МКБ-11. Основным диагностическим критерием в новой классификации является степень социальной дезадаптации. Данный критерий определяет степень тяжести личностного расстройства и является динамическим параметром, так в процессе психотерапии при ее успешном использовании степень тяжести может быть изменена. Для качественных характеристик были выбраны домены пятифакторной модели личности, которые используются в тесте «Большая пятерка», как наиболее эмпирически обоснованный подход.

С точки зрения авторов новой классификации эта модель лучше других дает возможность обобщить и описать весь спектр неадаптивных паттернов поведения и эмоционального

реагирования у пациентов с личностной патологией. Именно такой подход дает возможность оценивать кросс-секционные факторы темперамента одновременно с кросс-культуральными аспектами функционирования.

Домены должны использоваться для описания структуры личности, а также могут применяться для оценки эффективности психотерапии. Пациенты с более выраженным личностным расстройством обычно имеют большую выраженность различных доменов. Дименсиональной категорией является уровень тяжести расстройства [9]. В МКБ-11 определены следующие диагностические критерии:

Часть IV. Специальная психотерапия

- длительно существующее расстройство, которое характеризуется проблемами в функционировании различных аспектов самости (идентичность, самооценка, точность самовосприятия, самоуправление) и/или межличностной дисфункцией (способность создавать и поддерживать близкие и взаимоудовлетворяющие отношения, способность понимать точку зрения других и решать конфликты в отношениях);
- нарушения существуют длительно, более двух лет;
- расстройство проявляется в дезадаптивных когнитивных, эмоциональных и поведенческих паттернах, оно ригидно и плохорегулируемо;
- расстройство проявляется в широком спектре личных и социальных ситуаций (не ограничивается определенными отношениями или социальными ролями), хотя может быть в значительной степени спровоцировано конкретными ситуациями;
- характерные поведенческие паттерны не соответствуют уровню развития и не могут быть лучше объяснены первичными социальными и культуральными факторами, включая социополитические конфликты;
- симптомы не вызваны прямым эффектом лекарств или ПАВ, включая синдром отмены, и не могут быть объяснены лучше присутствием другого психического или поведенческого расстройства, заболеванием нервной системы или другим болезненным состоянием;
- расстройство связано с существенным дистрессом, значительным нарушением личной, семейной, социальной, профессиональной или другими сферами функционирования.

Спецификаторы личностных расстройств, их сущностное определение и специфические черты из МКБ-11 представлены в табл. 29.1.

Таблица 29.1. Спецификаторы личностных расстройств в МКБ-11

Спецификатор	Сущностное определение	Специфические черты
Негативная аффективность	Склонность к преобладанию негативных эмоций, выраженность и частота которых не соответствует жизненным ситуациям	Тревога, гнев, беспокойство, страх, ранимость, враждебность, стыд, депрессия, пессимизм, недоверие и низкая самооценка. К примеру, в ситуациях фрустрации эти люди имеют трудности в восстановлении самообладания и нуждаются либо в успокоении со стороны других, либо должны покинуть ситуацию
Отстраненность	Потребность в сохранении межличностной дистанции (социальная отстраненность) или эмоциональном дистанцировании (эмоциональная отстраненность)	Социальная отстраненность, включая избегание социальных взаимодействий, дефицит дружеских отношений, избегание интимности в общении. Эмоциональная отстраненность включает ограниченные эмоциональные экспрессию и опыт, поддержание дистанции и тенденцию держаться в стороне. К примеру, эти люди ищут работу, не подразумевающую общение с другими людьми
Асоциальность	Игнорирование прав и чувств других людей, а также эгоцентризм и отсутствие эмпатии	Самопоглощенность, чувство собственной грандиозности, включая право эксплуатировать других, ожидание восхищения и поиск внимания. Дефицит эмпатии, лживость и склонность к манипуляциям, эксплуатации, отсутствие

		сострадания, холодность, жесткость, физическая агрессия, а иногда получение удовольствия от страдания других. К примеру, эти люди реагируют злостью или клеветой, не получая восхищения
Расторможенность	Склонность действовать поспешно по сиюминутному внешнему или внутреннему стимулу (ощущения, эмоции, мысли), без рассмотрения возможных негативных последствий	Импульсивность, безответственность, безрассудство, беспечность, неспособность к планированию. К примеру, беспечное вождение автомобиля, гэмблинг, занятия экстремальными видами спорта, употребление ПАВ, промискуитет
Ананкастность	Фиксация на жестких перфекционистских стандартах и нормах и на контролировании своего поведения и других, а также попытки контролировать ситуацию для обеспечения этих стандартов	Перфекционизм, включая озабоченность правилами и нормами, чрезмерная регламентация, упорядоченность и чистоплотность. Эмоциональные и поведенческие ограничения, включая жесткий контроль эмоций, упрямство, избегание риска, перепроверки и тщательность. К примеру, такие люди переделывают работу других, потому что она не отвечает их стандартам

Дополнительно введен квалификатор пограничности как устойчивый паттерн нестабильности самооценки, межличностных отношений и настроения в сочетании с импульсивностью, является произвольным и может использоваться в комбинации с другими квалификаторами [14]. В МКБ-11 также выделяются степени тяжести психопатологических нарушений при расстройствах личности (табл. 29.2).

Таблица 29.2. Степени тяжести расстройств личности в МКБ-11

Уровень	Основные признаки
Нет расстройства личности	Личностные нарушения отсутствуют
Личностные трудности	Есть некоторые личностные трудности в конкретных ситуациях, не носящие универсальный характер
Легкое расстройство личности	Конкретные, хорошо отграниченные проблемы в отдельном диапазоне ситуаций
Умеренное расстройство личности	Конкретные личностные трудности, проявляющиеся в нескольких личностных спецификаторах во всех ситуациях
Тяжелое расстройство личности	Тяжелое расстройство с личностными нарушениями, которые приводят к значимому риску для себя и других

Клинические типы расстройств зрелой личности. В связи с тем что расстройства личности являются патологией, диагностика которой часто вызывает трудности у специалистов в практической деятельности, в эту главу включены клинические примеры, демонстрирующие основные психопатологические нарушения и клинко-анамнестические особенности таких пациентов.

Параноидное расстройство личности (F60.0), его основной характеристикой является недоверие и подозрительное отношение к другим людям со склонностью перекладывать ответственность за происходящее и в особенности за собственные промахи и неудачи на других. При этом подозрительность и поиск скрытых враждебных мотивов в поведении окружающих сохраняется даже в благоприятных ситуациях. Себя эти люди воспринимают как добродетельных, борцов за справедливость, которые страдают от недобросовестности, недоброжелательности или злых намерений окружающих. При этом другие люди представляются как враждебные, манипулирующие, образующие заговоры и тайные коалиции против пациентов. В ответ на эти представления на эмоциональном уровне часто возникают тревога относительно скрытой угрозы и праведный гнев в ответ на «неблаговидные поступки» других. Такое поведение нередко вызывает в ответ отвержение и враждебность со стороны социума, что подтверждает обоснованность подозрений, таким образом, формируется порочный круг. В клинической беседе они часто очень сильно обеспокоены тем, насколько сообщенная информация может быть доступной для других, сохранением «врачебной тайны», часто используют популярные в данный момент обвинения, к примеру, в отсутствии толерантности или неэтичности, для того чтобы контролировать процесс психотерапии, нередко пытаются устроить врачу «небольшой экзамен» для проверки уровня его компетентности, также они часто обращаются с жалобами

в вышестоящие инстанции или суд. Необходимо соблюдать достаточную дистанцию в отношениях врач–пациент, с ограниченным проявлением эмоционального сопереживания, более тщательно следить за заполнением медицинской документации, дополнять собственное заключение решением консилиума специалистов, результатами психометрических и психодиагностических методов обследования.

Часть IV. Специальная психотерапия

Основные диагностические критерии по МКБ-10:

- чрезмерная чувствительность к ситуациям фрустрации;
- больной испытывает неприязненные чувства и не прощает обиды и оскорбления, реальные или воображаемые, при этом сам склонен высокомерно относиться к другим;
- подозрительность со склонностью к искажению фактов и поиску враждебных намерений в нейтральных или дружественных действиях других людей;
- пациент стремится бороться за свои права и часто чувствует себя ущемленным, независимо от характера ситуации;
- повторные и неоправданные подозрения относительно сексуальной верности партнера;
- стойкое переживание своей повышенной значимости с тенденцией все происходящее вокруг относить на свой счет;
- увлеченность несуществующим «скрытым смыслом», интерпретацией событий, происходящих с данной личностью или в мире, в целом, стремление во всем видеть «тайный заговор».

Клинический пример

Пациент К., 42 года, обратился в администрацию клиники с *жалобой*, что врач не в полной мере проинформировал его о возможных побочных эффектах лечения, а также назначил не оригинальный препарат, а более дешевый аналог. Был убежден, что лечащий доктор получает дополнительный доход от компании-производителя за назначение именно этого препарата. В качестве дополнительного аргумента указывал на то, что видел у врача пакет с названием препарата. Кроме того, пациент просил разрешить ему на несколько часов покинуть отделение, чтобы принять участие в судебном разбирательстве по поводу тяжбы с ТСЖ, которая длится в течение последних 3 лет по инициативе пациента. Родственники, навещавшие больного, характеризуют его как человека недружелюбного, подозрительного, всегда «ожидающего подвоха от окружающих». Неоднократно начинал судебные тяжбы по незначительным поводам, которыми очень увлекался, тратил много времени, чтобы собрать обвинительный материал. Друзей не имеет, в отношениях формален, скрытен, считает, что другие его используют. Такие качества характера прослеживаются на протяжении всей жизни, при этом никогда не отмечалось галлюцинаторно-бредовых переживаний.

Шизоидное расстройство личности (F60.1). Этих людей в повседневной жизни обычно называют чудаками. Они часто отличаются от других в манере одеваться, говорить, бедностью мимики, а также своеобразной моторикой, скованностью, неловкостью движений, стремлением избегать визуального контакта в общении с окружающими. Пациенты часто отвечают невпопад, и простой вопрос может получить у них необычное оригинальное освещение. Основой шизоидного расстройства личности являются замкнутость, погруженность, трудности в поддержании социальных контактов и установлении эмпатических отношений с окружающими. Видный психиатр Э. Кречмер (E. Kretschmer) указывает на то, что шизоид никогда не смешивается со средой, между ним и другими всегда сохраняется «стеклянная стена».

Выделяют следующие основные критерии для постановки диагноза, из которых, как минимум, четыре должны быть определены у пациента:

- очень мало видов деятельности, которые приносят радость;
- эмоциональная холодность, дистанцированность или уплощенный аффект;
- снижение способности к выражению теплых, нежных чувств или гнева в отношении окружающих;
- внешнее безразличие к высказываемым похвале или критике окружающих;
- сниженный интерес к сексуальному опыту с другими людьми (при этом необходимо учитывать возраст);
- почти постоянное предпочтение уединенной деятельности;
- чрезмерная сосредоточенность на фантазировании и интроспекции;
- отсутствие близких друзей (или чрезвычайно ограниченный их круг) или доверительных отношений и нежелание их иметь;

- отчетливо недостаточный учет принятых социальных норм и требований, частые ненамеренные отступления от них.

Важно помнить, что пациенты с шизоидным расстройством личности составляют более гетерогенную группу, чем кажется на первый взгляд. Для лучшего понимания приведем описание из руководства А.С. Тиганова: «Основой шизоидного темперамента по Э. Кречмеру является так называемая психестетическая пропорция, сочетание черт чрезмерной чувствительности (гиперестезии) и эмоциональной холодности (анестезии). По преобладанию гиперестетических или анестетических элементов в структуре шизоидной психопатии принято выделять два крайних типа характеров, соединенных между собой широкой гаммой переходных вариантов: сенситивные шизоиды — мимозоподобные, гиперестетические, с преобладанием астенического аффекта; экспансивные шизоиды — холодные, иногда даже тупые личности с преобладанием стенического аффекта». Этот вид расстройства личности труден для дифференциальной диагностики с психотическими нарушениями и требуют от специалиста хорошей подготовки и достаточного клинического опыта, а также наблюдения в динамике.

Клинический пример

К психотерапевту на прием по рекомендации невропатолога был направлен пациент Ф., 37 лет, предъявлявший жалобы на трудности сосредоточения, снижение работоспособности, головные боли напряжения, поверхностный сон, внутреннее напряжение, беспокойство. Данные жалобы развились постепенно в течение последних 3 мес. При расспросе было выявлено, что около полугода назад в компании, где пациент работает программистом, сменилось руководство. Постепенно на работе стали меняться отношения, пациента из отдельного кабинета пересадили в общую комнату с другими сотрудниками, разделенную перегородками, по утрам начались общие собрания, где надо было высказывать свое отношение к коллегам, что для пациента оказалось непосильным заданием, не понимал, что от него хотят. Новое начальство пригласило психолога для налаживания командного взаимодействия, обязательными стали совместные выезды и участие в командных играх по выходным, что сильно тяготило пациента. Во время обсуждения группового взаимодействия услышал неприятную обратную связь о своей плохой координации, неловкости, замедленной реакции, потом долго это вспоминал и переживал, хотя внешне выглядел равнодушным, свою обиду никак не проявил. В другой раз услышал, как девушки обсуждают его странную манеру одеваться, что тоже глубоко ранило, говорил об этом монотонно, отстраненно. Пациент проживает один, друзей не имеет, только отдельных знакомых в социальных сетях, любит проводить время в одиночестве, фантазировать или изучать новые возможности программирования, ведет замкнутый, аскетичный образ жизни. На вопрос о сексуальных отношениях отвечает, что не видит в них необходимости. Высказывает предположение, что если бы на работе восстановился прежний порядок, когда можно делать свою работу и ни с кем не общаться, то его бы работоспособность значительно улучшилась.

Часть IV. Специальная психотерапия

Диссоциальное расстройство личности (F60.2). Это расстройство личности известно с XIX в. под названием «морального безумия», оно было первым формально признано в США, его включали во все классификации DSM. Основным его проявлением является систематическое игнорирование и нарушение прав других людей с достаточно частым применением насилия и агрессивным поведением. Этому расстройству часто сопутствуют алкоголизм и наркомания. Такие люди эгоцентричны, лживы, используют окружающих для достижения своих целей, пренебрегают интересами своих близких, в том числе и детей, для них другие являются всего лишь «инструментом» для достижения своих целей. Основные критерии по МКБ-10:

- бессердечное равнодушие к чувствам других, неспособность к эмпатии;
- отчетливая стойкая безответственность, игнорирование социальных норм, правил и обязанностей;
- неспособность к поддержанию устойчивых отношений при отсутствии трудностей в их установлении;
- чрезмерно низкая фрустрационная толерантность и низкий порог появления агрессивного, в том числе насильственного поведения;
- отсутствие осознания вины или неспособность извлекать уроки из негативного жизненного опыта, в особенности наказания;
- выраженная склонность обвинять окружающих или предлагать благовидные объяснения поведению, приводящему к конфликту с обществом;
- постоянная раздражительность.

Для постановки диагноза пациент должен удовлетворять, как минимум трем из вышеперечисленных признаков.

Нарушения, обусловленные данным расстройством, относят к тяжелым. Пациенты с данной патологией мало способны к самостоятельному существованию, проводят много времени, скорее, в пенитенциарных заведениях, чем в медицинских учреждениях. Их жизненный стиль характеризует стойкая социальная дезинтеграция. Катamnестические исследования говорят о том, что с возрастом у многих пациентов проявления диссоциального расстройства личности сглаживаются, однако у основного большинства больных сохраняются стойкие нарушения межличностных отношений. Ранняя смерть вследствие гомицида, суицида или последствий употребления ПАВ наиболее часто отмечается при данной личностной патологии.

Существует мнение, что это не болезнь, а всего лишь псевдоклиническое название для преступных элементов. Другие специалисты утверждают, что этот вид личностной патологии обладает наибольшей диагностической достоверностью среди всех личностных расстройств, поскольку его диагностические критерии основаны на поведении. Не вызывает сомнений, что антисоциальное поведение может встречаться и у людей, не страдающих психической патологией, или может быть симптомом другого расстройства. Для постановки правильного диагноза недостаточно наличия криминального поведения с подросткового возраста, необходимо определить отвечает ли пациент критериям антисоциального расстройства личности, а именно, имеются ли стойкие, глубокие и ригидные антисоциальные паттерны восприятия, отношения к себе и окружающим, мысли о самих себе, окружающих, социуме. Лица, вовлеченные в профессиональную криминальную деятельность и организованную преступность, а также совершившие однократное правонарушение, могут соответствовать единичным критериям антисоциального расстройства, таким как нарушение прав окружающих и отсутствие раскаяния за свои поступки.

Однако при отсутствии агрессивности и импульсивности диагноз антисоциального расстройства личности является неправомерным. Рано возникшие эмоциональное уплощение и «нравственная тупость» могут говорить, скорее, в пользу перенесенного шизофренического приступа с гебоидными проявлениями или хронической манией. Если при злоупотреблении ПАВ антисоциальное поведение развивается в контексте привыкания, то нельзя говорить об антисоциальном расстройстве личности, а, скорее, о личностных изменениях на фоне хронического заболевания, в данном случае аддикции. Отечественные специалисты Б.В. Шостакович, А.Б. Смулевич выделяют как особый вариант диссоциального личностного расстройства с патологией влечений по аддиктивному типу.

Клинический пример

Пациент Ч., 29 лет, обратился по настоянию родственников, сам считает себя здоровым, не работает, живет на иждивении родителей. После того как пришел домой со знакомой, в ответ на упреки жены избил ее и выгнал из квартиры, раскаивания по поводу своего поступка не испытывает. С детства отмечается раздражительность, склонность к насилию, воровству, вранью, конфликтам. В школе отнимал деньги и бил младших учеников, подделывал подписи учителей. Был замечен в краже, после того как хозяин магазина рассказал о ней родителям, через некоторое время сжег его ларек, о чем с удовольствием рассказывает на приеме. Любил издеваться над животными, делать им операции, потом без сожаления бросал умирать. После школы пытался работать менеджером по продажам, был успешен в продаже товара клиентам, мог легко их убедить купить ненужную вещь, но не мог следовать рабочему распорядку из-за импульсивности, много конфликтовал с начальством, не мог себя контролировать, затевал драки. Занимался мелким мошенничеством, мог удачно манипулировать другими людьми. Близких дружеских отношений ни с кем не имеет.

Эмоционально-неустойчивое расстройство личности (F60.3). Этот вид расстройства личности схож с психопатиями, которые называют эксплозивными, возбудимыми или аффективными. У пациентов имеется склонность действовать импульсивно, под влиянием момента, без учета последствий своих действий, снижена способность к планированию, отмечена крайняя лабильность настроения. Выделяют два подтипа этого расстройства: импульсивный и пограничный.

Импульсивный подтип (F60.30). Для этого расстройства характерно поведение, находящееся под влиянием плохо контролируемых побуждений, не затрагивая глобально другие сферы личностей в целом. У пациентов возникают четко очерченные эпизоды утраты контроля агрессивных побуждений, проявляемых в действиях по отношению к окружающим и в порче имущества. Уровень реакции находится в резком несоответствии с выраженностью пусковой ситуации. Признаки нарастания внутреннего напряжения могут наблюдаться от нескольких минут до нескольких часов, приступ заканчивается спонтанно и быстро вне зависимости от его длительности. После этого у пациентов возникает сожаление о содеянном, сильное чувство вины, упреки в свой адрес, мысли о собственной социальной неполноценности. Вне приступов поведение таких пациентов мало чем отличается от нормального. В американской классификации данное расстройство относят к группе расстройств с нарушением контроля побуждений. Обращают на себя внимание особенности неврологического статуса больных с

эмоционально-неустойчивым расстройством личности: у них чаще встречаются минимальная церебральная дефицитарность, неспецифические изменения на ЭЭГ, перинатальные и черепно-мозговые травмы, энцефалит, детские судорожные расстройства и гиперкинезы в анамнезе [11].

Часть IV. Специальная психотерапия

Для постановки диагноза необходимо, чтобы пациент соответствовал общим критериям эмоционально-неустойчивого расстройства личности, и были определены как минимум три из нижеперечисленных критериев с обязательным включением второго пункта:

- отчетливая тенденция к неожиданным поступкам без учета их последствий;
- выраженная тенденция к ссорам и конфликтам с другими, в особенности при попытках препятствовать импульсивным действиям и порицать их;
- склонность к вспышкам ярости или насилия с неспособностью контролировать эксплозивное поведение;
- трудности в сохранении линии поведения, которое не подкрепляется непосредственным удовлетворением;
- лабильное и непрогнозируемое настроение.

Пограничный подтип (F60.31). Главной особенностью этого расстройства является стабильная нестабильность в межличностных отношениях, представлениях о самом себе и настроении, а также крайняя импульсивность поведения. Сам термин возник как попытка описать пациентов, «находящихся на границе или в континууме между неврозом и психозом». Расстройство проявляется выраженным полиморфизмом симптоматики, в виде депрессивных эпизодов, нарушений пищевого поведения, кратковременных психотических эпизодов, эпизодов дереализации и деперсонализации, часто встречается коморбидная патология, прежде всего, злоупотребления ПАВ. Клинические проявления при ПРЛ можно разделить на три группы: 1) признаки импульсивности, которые включают агрессивное поведение, попытки самоповреждения, расстройства принятия пищи и стремление к вызову особых ощущений и эйфоризации с помощью употребления ПАВ; 2) аффективная симптоматика, заключенная в колебаниях настроения и депрессивных признаках; 3) психотические признаки. Имеется высокая коморбидность с аффективными и тревожными расстройствами, где можно выделить следующие группы симптомов:

- поляризованные аффективные расстройства, часто и быстро сменяющие эуимию и проявляющиеся негативной аффективностью (ангедонией, скукой, внутренней пустотой, переживанием неполноты чувств и идеаторных функций, тревогой, раздражительностью);
- коморбидные кататимные образования, патология влечений, расстройства пищевого поведения, ОКР;
- ассимиляция аффективных и патохарактерологических расстройств.

На высоте декомпенсации могут развиваться транзиторные психотические эпизоды, обусловленные психогенно/соматогенно спровоцированными реакциями. Клинически они проявляются паранойяльной симптоматикой: ревностью, сутяжничеством, эротоманией, сенситивно-ипохондрическими нарушениями, в отдельных случаях могут быть аутохтонные мини-психозы или острые тревожно-диссоциативные. При разрешении критической ситуации они достаточно быстро подвергаются обратному развитию без формирования признаков дефекта.

Диагноз устанавливается на основании симптомов личностных расстройств (F60) и следующих дополнительных признаков, из которых больной должен соответствовать как минимум двум:

- нарушения и неуверенность в восприятии себя, своих целей и внутренних предпочтений (включая сексуальные);
- склонность к установлению интенсивных, но нестабильных отношений с окружающими, часто с последствиями в виде эмоциональных кризисов;
- преувеличенные усилия избежать состояния покинутости, одиночества;
- повторные элементы саморазрушающего поведения или угрозы его;
- стойкое чувство внутренней пустоты.

Пациентов отличает интенсивная «симбиотическая» связь с другими людьми, которая носит кратковременный характер, быстрая смена увлечений, резкие повороты жизненного стиля в

анамнезе. Нередко именно способы совладания с внутренним напряжением в виде различных злоупотреблений, которые иногда наиболее ярко выражены в клинической практике, в большей степени привлекают внимание врачей, что приводит, скорее, к симптоматической, а не патогенетической постановке диагноза. Эти пациенты часто попадают в поле зрения врачей общей практики с последствиями самодеструктивного поведения в виде самопорезов, ожогов, передозировки лекарственных средств или последствий несчастных случаев из-за лихой езды или занятий опасными видами спорта, к чему они прибегают, чтобы справиться с чувством внутренней пустоты. Наличие острого физического недомогания обычно приводит к снижению внутреннего напряжения, из-за чего они могут при первичном осмотре ничем не отличаться от других пациентов. Наличие шрамов и рубцов, следов от прижиганий на теле при объективном осмотре должно насторожить врача относительно того, не страдает ли этот пациент ПРЛ. Принимая решение о назначении любого препарата, следует взвешивать риск суицида. В конфликтных ситуациях, при обострении межличностных проблем, эти пациенты часто прибегают к передозировке, делегируя ответственность за разрешение ситуации другим и предоставляя множество возможностей для своего «спасения». У части пациентов суицидальное поведение становится способом совладания с внутренним напряжением. Присущая пациентам недоверчивость, амбивалентность в отношениях, антиавторитарные реакции затрудняют возможность терапевтического диалога. В отношениях с врачом больные повторяют свой стереотип эмоционально интенсивного и нестабильного взаимодействия с окружающими. Это требует установления рамок, позволяющих защитить врача от манипулирования больного лекарственной терапией, поведенческого отреагирования и суицидного шантажа, чтобы сделать возможным и эффективным психотерапевтическое воздействие.

Клинический пример

Мужчина, 34 года, пришел на амбулаторный прием к врачу-психотерапевту. Жалобы на чувство внутренней пустоты, периодические вспышки гнева, трудности в самоконтроле и тщетности попыток себя контролировать, апатию, отсутствие желания что-либо делать. Планы на будущее носят весьма размытый характер, трудности в отношениях с окружающими по непонятным для пациента причинам оказываются в повторяющихся проблемных межличностных ситуациях. После последней драки в полицейском участке друзья настоятельно рекомендовали обратиться к психотерапевту. Собственная мотивация отсутствует.

Часть IV. Специальная психотерапия

Со слов пациента проблемы в отношениях с другими, особенно авторитарными фигурами, отмечаются с подросткового возраста, когда он был неформальным лидером в классе, часто срывал уроки. Вместе с друзьями организовал химическую лабораторию, где пытались изготовить порох, эксперимент закончился взрывом. Вспышки гнева периодически приводили к дракам, считает, что всегда боролся за справедливость, указывал людям на их место. Эпизодически злоупотреблял ПАВ, чтобы избавиться от скуки и ради эксперимента «в жизни надо все попробовать».

Отношения с женщинами считает причиной своих депрессий. Легко знакомится и начинает отношения, но когда отношения становятся более серьезными, после того как предлагает партнерам жить вместе, очень быстро разочаровывается и теряет интерес, устраивает скандалы, выгоняет их из дома, потом умоляет вернуться, если они отказываются, угрожает самоубийством. В последних отношениях, когда девушка отказалась вернуться, почувствовал тягостное одиночество, решил повеситься, послал девушке свою фотографию с веревкой, партнерша еле успела вытащить его из петли. После чего по настоянию ее и друзей обратился к психотерапевту.

Воспитывался матерью, которая то практически его игнорировала, то баловала — проводила с ним все свободное время. Отца своего не знает. Всегда отличался высоким интеллектом, учился неровно, мог быстро улучшить оценки, но потом быстро терял интерес к учебе. Увлекался опасными видами спорта, любил «гонять по городу на мотоцикле».

После окончания вуза по специальности «международные отношения» сменил большое количество профессий, работал помощником депутата, инструктором по горному туризму, агентом по недвижимости, быстро осваивал новые специальности, но потом терял к ним интерес. В настоящее время развивает стартап, около полугода назад вывел проект на стабильный уровень дохода, поэтому последние 2 мес стало скучно, надо заставлять себя ходить на работу.

Состояние удовлетворительное. Рост 188 см, масса тела — 93 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности, на теле и лице имеются многочисленные татуировки и пирсинги, на шее следы странгуляционной борозды. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, частота дыхательных движений (ЧДД) — 15 в минуту. Тоны сердца ритмичные, частота

сердечных сокращений (ЧСС) — 76 в минуту, артериальное давление (АД) — 122/72 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Сознание ясное. Ориентирован в месте, времени, собственной личности верно. Без бреда, галлюцинаций, опасных и суицидальных тенденций. Настроение неустойчивое, с преобладанием апатии и чувством внутренней пустоты, ситуационно обусловленное. В беседе оживляется, смеется, когда рассказывает о своих приключениях, без выраженного снижения и депрессивного аффекта, суточные колебания отсутствуют. Мышление категоричное, дихотомичное, затруднена способность извлекать уроки из собственного опыта, к своим психологическим трудностям относится эго-синтонно, аппетит не снижен, сон достаточный.

Истерическое расстройство личности (F60.4). Это расстройство личности характеризуют чрезмерная эмоциональность и потребность быть в центре внимания. В американской классификации DSM из-за стигматизирующей составляющей определение «истерический» было переименовано в гистрионное расстройство (лат. *histrionis* — скоморох, канатный плясун). Пациенты с данной патологией живут все время «как на сцене», даже описывая рутинные события, они используют драматизацию, театральные жесты и вычурную речь. Они отличаются яркой манерой одеваться, живостью в общении, бурным проявлением чувств при одновременной поверхностности переживаний. В своей личности они сочетают черты эмоциональности, эгоцентризма, эксгибиционизма и склонности к сексуальной провокации. Описывая «невротический стиль» истериков, Д. Шапиро делает вывод о том, что их отличает излишне общий, неорганизованный, импрессионистский способ познания, что делает их неспособными к интенсивной и последовательной интеллектуальной деятельности, ведет к отвлекаемости, внушаемости и дефициту общих знаний, им трудно оперировать логическими конструкциями, их суждениям недостает зрелости и глубины; поведение продиктовано не внутренними мотивами, а рассчитано на внешний эффект. С целью привлечения внимания они часто аггравировывают симптоматику и преувеличивают тяжесть своего состояния. Уже в детском возрасте у них отмечается, капризность, «склонность к истерикам», фантазированию, подражанию. В пубертате отчетливо выступает сочетание высокого уровня притязаний потребности быть в центре внимания и неспособности к систематическому труду, эгоцентризм, стремление к «красивой жизни». Отличаясь повышенной внушаемостью и впечатлительностью, они могут попадать в различные группы как поклонников медийных личностей, так и в секты, могут достаточно легко менять эти группы под влиянием эмоциональных впечатлений, не вдаваясь в содержание их деятельности. Основной чертой для истерического характера выделяется, по мнению К. Ясперса, стремление казаться больше, чем они есть на самом деле, переживать больше, чем они в состоянии пережить. Характерна такой личности склонность к фантазированию, иногда приобретающая формы патологической лжи и мифомании, при этом сами пациенты под действием самовнушения могут искренне верить в то, что рассказывают. Потребность в восхищении и сильных чувствах проявляется в эротизации интерперсональных отношений, этих пациентов отличает склонность к клишированным бурным краткосрочным романам с быстрым охлаждением. Выделяют особую подгруппу так называемых «фанатиков чувств», у которых формируются устойчивые экстатические привязанности, с проявлениями патологического альтруизма, сопряженного с кататимным комплексом аффективного резонанса со значимым другим и одержимым служением объекту восхищения. Для постановки данного диагноза должны отмечаться как минимум четыре из следующих критериев:

- показной характер, театральность поведения или преувеличенное выражение чувств;
- внушаемость, легкое подпадание под влияние окружающих или ситуативных воздействий;
- поверхностный, лабильный аффект;
- постоянный поиск возбуждающих переживаний и деятельности, в которых субъект находится в центре внимания;
- неадекватное подчеркивание своей сексуальности во внешности и поведении;
- чрезмерная озабоченность своей внешней привлекательностью.

Часть IV. Специальная психотерапия

Эти пациенты нередко используют визит к врачу с целью манипуляции своими близкими, чтобы вызвать у них чувство вины и получить дополнительное внимание. Они чувствительны к внешней атрибутике врачебных процедур, дают положительный ответ на плацебо при соответствующей подготовке за счет повышенной внушаемости, впечатлительности. Однажды пережив тяжелую соматическую болезнь, они в дальнейшем могут успешно ее имитировать. Характерным является то, что за счет повышенной отвлекаемости, при

переключении внимания, они могут полностью забывать о своем болезненном состоянии, что приводит к исчезновению симптомов. Эти люди стремятся стать особенным пациентом для врача и получить особенное внимание и специальное лечение. Учитывая, что пациенты склонны к сексуальным провокациям с последующим обвинением доктора в сексуальных домогательствах в ситуациях фрустрации, рекомендуется проводить физикальный осмотр таких больных в присутствии третьих лиц. Другой особенностью, требующей повышенного внимания, является их склонность к суицидальным жестам с целью привлечения внимания. Об этом нужно помнить, делая лекарственные назначения, следует выписывать однократно ограниченное количество препаратов. Необходимо избегать чрезмерного использования лекарственных средств, в первую очередь транквилизаторов, вызывающих привыкание и зависимость.

Клинический пример

Пациентка Э., 37 лет, обратилась с жалобами на приступы паники, страх оставаться одной, головокружение, сердцебиение, «ком в горле», ватные ноги, нарушения сна, конфликтные отношения с близкими. Из анамнеза известно, что воспитывалась по типу «кумира семьи», была активной, общительной, склонной к фантазированию, нуждалась в постоянном внимании. В детстве занималась в театральной студии, активно участвовала в общественной деятельности, пользовалась успехом у противоположного пола, имела различные увлечения, как правило, часто меняла их, так как быстро теряла интерес. Вспоминает студенческие годы как лучшее время жизни. Учебой не очень интересовалась, любила наряжаться, старалась сдавать экзамены мужчинам-преподавателям, с которыми активно флиртовала. Имела много поклонников, но отношения не складывались. Со слов самой пациентки, для нее всегда главным было обратить на себя внимание, раздражалась и разрывала отношения, когда человек не посвящал ей все свое время. С работы уволилась, поскольку считала, что коллеги завидуют ее красоте, придираются к ней, предъявляют завышенные требования. Муж не настаивал, чтобы пациентка работала, потакал ее капризам. После рождения ребенка постепенно развились вышеперечисленные жалобы, пациентка считает, что близкие ей недостаточно помогают, сильно переживает, что приходится заниматься бытовой рутиной, что не может должным образом ухаживать за собой, появились изменения во внешнем облике. Обязанностей по уходу за ребенком старается избегать, тяготится ими, считает, что окружающие (муж, родственники) должны брать их на себя. Требуется от мужа оплату няни на полный рабочий день, и в будни, и в выходные, чтобы иметь возможность вернуться к привычному образу жизни, чаще посещать салоны красоты, магазины, общаться с подругами, ходить на светские мероприятия. Рассказывает о себе в драматичной, эмоциональной манере, плачет, но получив похвалу от специалиста, быстро успокаивается, переключается.

Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности (F60.5). При этом расстройстве человек придает излишне большое значение порядку, достижению совершенства и контролю, утрачивая гибкость, непосредственность и работоспособность. Из-за страха ошибки он нередко отказывается принимать решения. В определенном смысле это «рабы перфекционизма», излишне высокие требования к себе и окружающим мешают получению удовлетворения от работы, делают невозможным сотрудничество, блокируют продуктивную деятельность. Пациентов отличает скупость как материальная, так и в проявлении теплых чувств, готовности пожертвовать частью своего времени для помощи другим. Обычно такие люди лишены чувства юмора, что снижает их возможности ситуативной адаптации к непредсказуемой и несовершенной реальности.

Для постановки диагноза ананкастного (обсессивно-компульсивного) расстройства личности пациент должен отвечать минимум четырем из следующих критериев:

- постоянные сомнения и чрезмерная предостороженность;
- постоянная озабоченность деталями, правилами, перечнями, порядком, организацией и планами;
- перфекционизм, стремление к совершенству и связанные с этим многочисленные перепроверки, что нередко мешает завершению выполняемых задач;
- чрезмерная добросовестность и скрупулезность;
- неадекватная озабоченность продуктивностью в ущерб получению удовольствия и межличностным отношениям вплоть до отказа от этого;
- чрезмерная педантичность и следование социальным условностям;
- ригидность и упрямство;
- необоснованное настаивание на точном подчинении других собственным привычкам или столь же необоснованное нежелание позволить им самим что-либо сделать.

Эти пациенты склонны к чрезмерной детализации, ригидности в общении с врачом. Они часто задают уточняющие вопросы типа «через сколько именно минут после еды надо принимать лекарство», ведут дневники жалоб и своего самочувствия. Они склонны к соматизации аффективного напряжения и развитию психосоматических заболеваний или

болезней, где важную роль играет длительное эмоциональное напряжение, к примеру, головные боли или импотенция. Характерны скупость, мелочность. Во время психотерапевтической работы утопают в деталях, могут быть придирчивы к специалисту, проверять его компетентность. В отличие от пациентов с другими видами расстройств личности эти больные понимают причинно-следственную связь между своими личностными особенностями и трудностями социальной адаптации.

Клинический пример

На прием к специалисту пришла пациентка К., 30 лет, с жалобами на тревогу, беспокойство, страх будущего, нарушения сна, утомляемость, перепроверочные действия. С детства была очень ответственной, трудолюбивой скрупулезной, любила чистоту, порядок. Закончила школу с медалью, а затем вуз с отличием. Еще в период обучения составила список приоритетных качеств будущего супруга, затем оценивала всех знакомых молодых людей по пятибалльной шкале по каждому из качеств. После устройства на работу очень быстро стала начальником отдела кадров, имела в личных делах идеальный порядок, постоянно перепроверяла документацию, по собственной инициативе разрабатывала таблицы, в которые заносила все мелкие промахи и достижения сотрудников. Вышла замуж за «хорошего человека», строго вела учет расходов молодой семьи, регулярно оценивала даже незначительные неоправданные траты. Заметив, что начала прибавлять лишние килограммы, стала следить за питанием, строго рассчитывая количество калорий, сильно переживала, если нарушала диету. Запланировав беременность, стала совершать регулярные ежедневные прогулки, правильно питаться, такие же требования предъявляла к мужу. В период беременности строго соблюдала рекомендации врача, переживала, что относится к категории «старых первородящих», составила таблицу возможных осложнений подобных беременностей, вела ежедневный дневник своего состояния, читала специальную литературу, составляла конспекты правильного воспитания ребенка. После выписки из роддома постепенно возникли вышеописанные жалобы, сильно переживала, что ребенок не съедает положенную порцию еды и отказывается есть вовремя, по режиму. Ежедневно кипятила воду для купания малыша, затем остужала ее до нужной температуры. Строго следила за признаками правильного развития, тревожилась, что малыш ведет себя не так, как написано в книге, составила план занятий на ближайшие 2 года. Постепенно на фоне подобных переживаний, связанных с невозможностью контроля, следованию распорядку, развилась симптоматика.

Часть IV. Специальная психотерапия

Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности (F60.6). Основной характеристикой этого расстройства является чувство постоянной скованности, неловкости и дискомфорта в социальных ситуациях, переживание индивидом чувства собственной неполноценности, крайняя ранимость и чувствительность к критике. Эти люди постоянно испытывают стыд, считают себя недостойными любви и интереса и не доверяют проявлениям теплых позитивных чувств со стороны окружающих, игнорируют и обесценивают положительную обратную связь. Такие пациенты редко обращаются за помощью по поводу личностных проблем, мотивом обращения обычно служат сопутствующие этому расстройству тревога и депрессия с дисфорическим оттенком. Другими частыми спутниками являются соматоформные расстройства, злоупотребление ПАВ, в случае выраженной декомпенсации, когда внутреннее напряжение, связанное с избеганием, достигает такого уровня, что развиваются проблемы с идентичностью, памятью и сознанием, — диссоциативные расстройства. Страдая от одиночества, больные могут использовать физическое недомогание как легитимный повод для обращения к врачу и получения не столько лечебных рекомендаций, сколько эмоционального опыта контакта и принятия. Им свойственно также искать определенную «вторичную выгоду» от соматических симптомов, в частности, в оправдание избегания или отказа от участия в обычном, но непривычном деле. Важным дифференциально-диагностическим признаком служит имеющаяся тяжесть страдания от одиночества и внутренняя потребность в социальных контактах. Часто ранний травматический опыт с отвергающим значимым другим приводит к формированию неадекватно негативного образа собственного Я. Эти люди опасаются сближения из-за имеющихся представлений, что в этом случае «обман раскроется» и другой человек обнаружит, каким никчемным и ничтожным человеком является пациент на самом деле. При этом возможные негативные эмоции в случае неудачной коммуникации представляются ими как абсолютно непереносимые. Они опасаются, что увязнут в хандре и отчаянии и всегда будут плохо себя чувствовать.

Для постановки диагноза тревожного расстройства личности пациент должен соответствовать как минимум четырем из следующих критериев:

- стойкое глобальное чувство напряженности и озабоченности;
- убежденность в своей социальной неловкости, непривлекательности или малоценности, в сравнении с другими;
- повышенная озабоченность критикой или неприятием в социальных ситуациях;
- нежелание вступать во взаимоотношения без гарантии понравиться;
- ограниченность стиля жизни из-за потребности в физической безопасности;
- уклонение от профессиональной или социальной деятельности, связанной с интенсивными межличностными контактами, из страха критики, неодобрения или отвержения.

Зависимое расстройство личности (F60.7). Зависимое расстройство личности характеризуется избыточной зависимостью, подчиняемостью, привязчивостью, чрезмерным страхом разлуки и одиночества и стойкой избыточной потребностью индивида в заботе и опеке. Для постановки диагноза необходимо наличие как минимум четырех из нижеперечисленных признаков:

- активное или пассивное перекладывание на других ответственности за принятие важных решений в своей жизни;
- подчинение собственных потребностей нуждам других людей, от которых зависит пациент и чрезмерная податливость их желаниям;
- сниженная готовность к предъявлению даже адекватных требований людям, от которых пациент находится в зависимости;
- дискомфорт вплоть до приступа паники при пребывании в одиночестве из-за чрезмерного страха неспособности к самостоятельной жизни;
- частая озабоченность страхом быть покинутым другими людьми и остаться наедине с самим собой;
- ограниченная способность принимать повседневные решения без многочисленных советов и одобрения окружающих.

Эти пациенты не способны строить самостоятельные планы, им трудно, практически невозможно сформулировать собственную позицию, они нуждаются в большом количестве советов окружающих, чтобы принять решение, они привыкли во всем полагаться на партнера, который для них является жизненно важным другом, при его отсутствии эту функцию они могут возложить на врача. Для лиц, страдающих зависимым расстройством личности, ситуация разлуки воспринимается как жизнеугрожающая. Одиночество переживается как непереносимое и сопровождается чувством внутренней пустоты, потерянностью, утратой смысла жизни. Они могут длительное время находиться в деструктивных отношениях, выполнять неприятные обязанности из-за страха остаться в одиночестве. Себя такие люди воспринимают как неинтересных, некомпетентных, мало на что способных. В клинике ведущим является тревожно-депрессивный синдром, выраженность которого коррелирует с ситуацией покинутости реальной или предстоящей, вплоть до развития суицидальной опасности. К другим частым проявлениям относят ипохондрические жалобы, конверсионные симптомы, соматизацию.

Для правильной диагностики этого расстройства необходим тщательный сбор анамнеза с акцентом на то, как больной реагирует на ситуации расставания с его собственными слов или по описанию родственников. Дополнительным фактором, помогающим поставить правильный диагноз, оказывается собственная реакция врача, его желание спасти пациента, сделать для него исключения из обычных правил, стремление чрезмерно опекать. Эти пациенты часто обращаются к врачам общей практики не столько из-за соматического страдания, сколько в поиске патерналистских отношений. Они пытаются обрести во враче «сильного родителя», который возьмет на себя ответственность за все сферы их жизни. Выраженная тревога в ситуациях разлуки, сопровождаемая вегетативными нарушениями, приводит к обращению к врачу. За этим нередко стоит поиск заместительного компетентного партнера. Лица, страдающие зависимым расстройством личности, чаще имеют выраженную соматоцентрическую внутреннюю картину болезни, склонны игнорировать психологический аспект своих страданий, чаще обращаются к врачам для решения своих проблем, раньше начинают искать помощь и более добросовестно выполняют назначения, чем независимые люди. Пациенты имеют больший риск формирования различного рода зависимостей, в том числе и лекарственных, об этом важно помнить при выборе медикаментозного лечения. В работе с такими пациентами особенно важно четко соблюдать профессиональные границы отношений, не поощряя чрезмерной близости и зависимости. Здесь не приходится рассчитывать на равноправное сотрудничество двух взрослых людей, особенно в начале лечения. Однако при том, что терапевт, принимая зависимое поведение пациента, как любой другой симптом, берет на себя большую часть работы, надо поощрять постепенное развитие его автономии. Необходимо оценить насколько ближайшее социальное окружение

поддерживает зависимую позицию пациента, с последующим проведением психокоррекционных бесед с родственниками, сеансов семейной психотерапии или направлением партнера на психотерапию, если это оправданно.

Клинический пример

В отделение травматологии на консультацию был вызван психиатр. Пациентка С., 36 лет, поступила накануне с переломом носа и двух ребер, со следами побоев на теле. Была госпитализирована из дома после того, как ее избил муж. Находясь в больнице, пыталась много раз звонить мужу, чтобы наладить отношения после ссоры, но он не отвечал. Постепенно развилась тревога, сильное беспокойство из-за того, что он может от нее уйти. Не могла успокоиться, плакала, ночью не смогла заснуть, повторно обращалась к медперсоналу за поддержкой. Сразу согласилась на консультацию психиатра, ведь лечащий врач лучше знает, что ей необходимо. При осмотре предъявляла жалобы на плохой сон, выраженную тревогу, растерянность, страх будущего, что муж может ее оставить, пессимистические представления, что она без него не справится. Из анамнеза известно, что всегда была пассивной, ведомой, ориентировалась на чужое мнение, не могла оставаться одна, испытывала трудности в принятии решений. Вышла замуж в 24 года, в начале отношения были хорошие, пациентка была рада, что есть человек, который будет направлять ее по жизни. Муж постепенно стал все больше злоупотреблять алкоголем, обвинял пациентку, что она ни на что не способна, плохо ведет хозяйство, подозревал в неверности, в состоянии опьянения был агрессивным, мог ударить пациентку. У мужа в течении последних 5 лет постоянной работы нет, живет на иждивении жены, в воспитании детей практически не участвует, по характеру неуживчивый, деспотичный, эгоцентричный, безответственный.

Часть IV. Специальная психотерапия

Другие специфические расстройства личности (F60.8). К этой рубрике относятся состояния, которые соответствуют критериям расстройства личности, но не подходят ни под одно из вышеприведенных описаний. Приведем лишь несколько кратких примеров.

Нарциссическое расстройство личности характеризуется завышенным мнением о себе, стремлением вызывать восхищение и отсутствием эмпатии. Эгоцентризм захватывает все сферы личности, в том числе и соматопсихическую, следствием чего становятся выраженные ипохондрические тенденции и повышенное внимание к собственному здоровью, что может приобретать характер сверхценных идей.

Пассивно-агрессивное расстройство личности определяется постоянной установкой пациентов к скрытой обструкции, пассивному сопротивлению руководству. За фасадом такой личности находится не допускаемая к манифестному выражению агрессия.

Следует также учитывать, что изменения личности могут быть приобретенными вследствие пережитой катастрофы или психического заболевания (F62).

Лечение расстройств личности. В лечении расстройств зрелой личности основным методом выступает психотерапия. Психотерапию, как правило, нейролептики, в том числе как корректоры поведения и как препараты с седативным действием, следует назначать коротким курсом в периоды декомпенсации, также фармакотерапию применяют для лечения коморбидных психических расстройств, в частности, для лечения аффективных нарушений назначаются антидепрессанты из групп СИОЗС, СИОЗСН (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина) и тимостабилизаторы.

В настоящее время существуют как психодинамические, так и когнитивно-поведенческие и интегративные методы психотерапии для лечения расстройств зрелой личности, продемонстрировавшие свою эффективность в доказательных исследованиях, большинство из них изначально разрабатывались для лечения ПРЛ.

Методы применяемой психотерапии

Психотерапия, фокусированная на переносе. Этот метод психотерапии был разработан выпускником Фонда Меннингера, своеобразной мекки психодинамической стационарной психотерапии тяжелых психических расстройств, автором базовых руководств по расстройствам личности О. Кернбергом. В основе этого подхода лежит теория объектных отношений и представления о том, что задержка в психологическом развитии из-за чрезмерной агрессии или психотравмирующих событий в раннем возрасте, связанных с утратой и депривацией, нарушает формирование целостного восприятия объекта. В результате у пациента нарушается реалистичное восприятие себя и отсутствует способность одновременно видеть положительные и отрицательные качества объекта. Основная цель — использование реакций переноса в процессе психотерапии для модификации представлений о себе и других, за счет чего достигается редукция симптоматики, в том числе и саморазрушительного поведения. Встречи проводятся дважды в неделю и основными приемами являются разъяснение, конфронтация и интерпретации переноса [15, 17].

Психотерапия с опорой на ментализацию относится к доказательным психодинамическим методам психотерапии (от англ. mentalization based psychotherapy). Она была разработана Э. Бейтманом и П. Фонаги и подробно описана в монографии «Терапия с опорой на ментализацию в лечении пограничного расстройства личности», которая была переведена на русский язык. Длительность терапии составляет около полутора лет, сессии четко структурируются, после диагностического этапа совместно с пациентом формулируется клинический случай и составляется план совместной работы, психотерапевт занимает достаточно активную позицию, его главная задача — это контейнирование сильных эмоциональных переживаний пациента и развитие у него способности к ментализации своих психических состояний. В современном психодинамическом подходе ментализация определяется, как способность понимать и предвидеть действия других людей в дефинициях внутреннего мира и объяснять их мотивацию, патогенез расстройства личности связан с нарушением процессов ментализации, вследствие чего пациент не может должным образом интерпретировать свой собственный опыт и восприятие себя.

На развитие ментализационных способностей критическим образом влияет опыт ранних отношений с лицами, обеспечивающими уход. Ранний опыт утрат или отсутствие конгруэнтности в эмоциональных отношениях со взрослыми определяют уязвимость для развития психической патологии во взрослом возрасте, ментализации, способности понимать и предвидеть действия других людей в дефинициях внутреннего мира, объяснять их мотивацию. Психотерапия направлена на развитие автономной саморегуляции и приобретение способности успешно отличать эмоциональное состояние, его выражение и мотивацию других людей, а также обретение собственных границ с навыками восприятия себя как отдельного, способного к регуляции дистанции в отношениях и самостоятельному существованию человека. Средняя продолжительность психотерапии составляет около полутора лет, с частотой встреч один раз в неделю, при этом длительность терапии оговаривается в начале лечения.

Этот метод отличает высокая структурированность: на первом этапе примерно в течение 3 мес проводится диагностика способности к ментализации и определение имеющихся проблем, следующий этап занимает также около 3 мес и посвящается обучению собственно навыку ментализации, который затем в течение полугода совершенствуется и тренируется, следующие полгода в качестве основной мишени имеют ментализацию терапевтических отношений. Важным элементом является после диагностического этапа совместная с пациентом концептуализация клинического случая. Каждые 3 мес проводится оценка прогресса и коррекция терапевтического плана. Существенным отличием от других методов психодинамического направления является достаточно директивная (направляющая) позиция терапевта, который может прерывать пациента в случае сбоя ментализации для возвращения к фокусу психотерапевтических интервенций и открыто обсуждать собственные чувства, касающиеся пациента и его поведения [1].

Часть IV. Специальная психотерапия

В когнитивно-поведенческом направлении **диалектическая бихевиоральная терапия (ДБТ)** была разработана в США М. Линехан и стала одним из первых психотерапевтических методов, продемонстрировавших свою эффективность в доказательных исследованиях для лечения ПРЛ. В настоящее время создана его модификация для лечения нарушений пищевого поведения, в первую очередь, компульсивного переедания. Терапия выделяет пять основных задач: упрочение навыков, усиление мотивации, приобщение к естественному окружению, структурирование окружающей действительности, улучшение мотивации и способностей терапевта для эффективного лечения. Сверхцелью становится редукция неэффективных тенденций и действий, связанных с дисрегуляторными эмоциями. Имеется четыре терапевтических модуля. Первый — традиционная терапевтическая дидактика (обучение). Второй — тренинг навыков, включающий базовые ДБТ навыки, сосредоточенность (mindfulness), толерантность к дистрессу, регуляция эмоций и интерперсональная эффективность. Третий — это расширение навыков и применение их в повседневной жизни. Четвертый — групповые супервизии терапевтов, работающих с трудными пациентами. Этот метод также является интегративным и активно использует медитативные техники для обучения навыкам регуляции чрезмерной импульсивности и аффективного напряжения [12].

Схема-терапия Дж. Янга (от англ. schema therapy) представляет собой интегративный подход, сочетающий принципы КПТ, основные постулаты теории привязанности, а также элементы психодинамической и экзистенциально-гуманистической психотерапии. Она также имеет базу доказательных исследований по своей эффективности в лечении расстройств зрелой личности. Своей основной задачей терапия представляет выявление и изменение дезадаптивных схем и связанных с ними неэффективных копинг-стратегий. Схемы

определяются как психологические конструкты, включающие представления о самости, других людях и окружающем мире, они формируются на основе опыта обращения с базовыми потребностями индивида в раннем детстве. На базе этой когнитивной структуры происходят селекция, кодирование и оценка воздействующих на индивида стимулов. Схемы являются основой для ориентации, интерпретации и классификации переживаний вплоть до триггерного события, активизирующего схему. Человек обучается конструировать реальность посредством ранних переживаний от своего взаимодействия со значимыми другими и окружающим миром. Имеющиеся схемы, как правило, автоматизируются, не осознаются и могут не проявляться. Затем индивид переходит к селективной переработке информации, поддерживающей данную схему.

Отличительные особенности дезадаптивных схем заключаются в том, что они воспринимаются как фактические знания о себе и социуме, они дисфункциональны, сами себя поддерживают и резистентны к изменениям; часто активизируются психотравмирующими событиями; аффективно насыщены в активном состоянии; как правило, формируются в результате взаимодействия особенностей детского темперамента с дисфункциональными переживаниями в процессе взаимоотношений с лицами, осуществляющими уход. Изменение схемы требует как типичной когнитивной работы, так и приобретения нового опыта, для чего используются техники визуализации и гештальта, креативной работы по символизации позитивного опыта. Терапевт может брать на себя лимитированные родительские функции и осуществлять лечебную валидизацию опыта, занимая сходную позицию с функцией вспомогательного Эго и проводить эмпатическую конфронтацию [19].

Терапия сфокусированная на сострадании. Этот интегративный метод был разработан П. Гилбертом и на сегодняшний день имеет неплохую доказательную базу эффективности применения для лечения расстройств личности, особенно пациентам, часто испытывающим чувство стыда и отличающихся избыточно критическим мышлением и перфекционизмом. Этот метод активно тренирует навыки самоуспокоения и более реалистичного доброжелательного отношения к себе и своим промахам, а также учит признавать неизбежность трудностей. Пациентов обучают детекции самокритики с последующим переключением на более аффилированную, благосклонную и сострадательную позицию внутри себя [16, 18].

Психофармакотерапия. Использование психофармакотерапии целесообразно в периоды декомпенсации. Для назначения препарата определяется симптом-мишень, желательно объективизировать динамику состояния при помощи операционализированной шкальной оценки, также следует обязательно учитывать риск формирования зависимости и передозировки. В качестве основных мишеней фармакотерапии выделяют аффективные нарушения — депрессивные, тревожные, социофобические проявления, аффективную неустойчивость; когнитивные нарушения с психозоподобной симптоматикой; повышенную импульсивность с агрессивным и самоповреждающим поведением. Использование шкал помогает получить более однозначные результаты, избежать ситуации «борьбы» между врачом и пациентом, своевременно принять решение о смене препарата при отсутствии эффекта от терапии. Препарат постепенно титруется от минимальной дозы до необходимой терапевтической с целью минимизации побочных эффектов. Для лечения аффективных нарушений и импульсивности препаратами выбора являются антидепрессанты группы СИОЗС, при выраженной аффективной нестабильности дополнительно могут назначаться тимостабилизаторы (вальпроаты, карбамазепин, топирамат, ламотриджин, соли лития). Для лечения транзиторных психотических нарушений рекомендованы атипичные нейролептики (рисперидон, оланзапин) в низких терапевтических дозах. Следует помнить о том, что эта группа пациентов имеет низкую приверженность к терапии, что требует дополнительных психотерапевтических интервенций [8].

Список литературы

1. Бейтман Э.У., Фонаги П. Лечение пограничного расстройства личности с опорой на ментализацию. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2014. 248 с.
2. Бочаров В.В., Васильева А.В., Сарайкин Д.М. Нарциссические компоненты мотивации при расстройствах личности // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2009, № 4. С. 29–35.
3. Бочаров В.В., Васильева А.В., Сарайкин Д.М. Особенности мотивации и ее связь с личностными характеристиками у больных с пограничными нервно-психическими расстройствами. Сообщение 1 // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2008, № 2. С. 16–19.
4. Бочаров В.В., Васильева А.В., Сарайкин Д.М. Особенности мотивации и ее связь с личностными характеристиками у больных с пограничными нервно-психическими расстройствами. Сообщение 2 // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2008, № 3. С. 25–27.

5. Васильева А.В. Расстройства личности диагностические и психотерапевтические подходы в общеврачебной практике. Сообщение 1 // Психическое здоровье. 2008, № 7 (26). С. 32–39.
6. Васильева А.В. Расстройства личности диагностические и психотерапевтические подходы в общеврачебной практике. Сообщение 2 // Психическое здоровье. 2008, № 8 (27). С. 39–44.
7. Васильева А.В., Караваева Т.А. Расстройства зрелой личности // Психотерапия: учебник / под ред. А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой, Н.Г. Незнанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. С. 581–606.
8. Васильева А.В., Незнанов Н.Г. Психотерапия. Гл. 13.4. С. 699–729 // Психиатрия: Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова; отв. ред. Г.Э. Мазо. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 768 с. DOI: <https://doi.org/10.33029/9704-6295-9-PSY-2021-1-768>.
9. Гадисов Т.Г., Ткаченко А.А. Сопоставление категориальных и дименсиональных подходов к диагностике расстройств личности // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2020, № 4. С. 15–25. DOI: <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2020-15-25>.
10. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. Н. Новгород: Медкнига, 2000.
11. Колотильщикова Е.А., Васильева А.В., К вопросу о психодинамической диагностике пограничного личностного расстройства // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2006, № 1. С. 28–33.
12. Линехан М.М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности: пер. с англ. М.: Вильямс, 2008. 592 с.
13. Шнайдер К. Клиническая психопатология. Киев: Сфера, 1999.
14. Bach B., First M.B. Application of the ICD-11 classification of personality disorders // BMC Psychiatry. 2018. Т. 18, № 1. Р. 1–14.
15. Gabbard G.O. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. Washington: American Psychiatric Publishing, 2005.
16. Gilbert P. The Compassionate Mind. London: Constable-Robinson; Oaklands, CA: New Harbinger, 2009.
17. Kernberg O.F. et al. Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients. New York: Basic Books, 1989.
18. Lucre K.M., Corten N. An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder // Psychol. Psychother. Theory Res. Pract. 2013. Vol. 86, N. 4. P. 387–400.
19. Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. New York: Guilford Press, 2006.

Часть IV. Специальная психотерапия

Глава 30. Психотерапия суицидального поведения

Ежегодно десятки тысяч специалистов в области психического здоровья встречаются лицом к лицу с пациентами, которые испытывают желание умереть. Ежегодно во всем мире в результате самоубийства умирают более 800 тыс. человек, что делает суицид второй ведущей причиной смерти среди людей в возрасте от 15 до 29 лет [1]. Уровень суицидальных попыток еще выше: 25 попыток самоубийства без смертельного исхода на каждое самоубийство [2]. Сложность и многофакторность проявлений суицидального поведения обуславливают первостепенную значимость подготовки специалистов, а также формирование у них навыков оценки суицидального риска; очевидна необходимость разработки и подтверждения доказательств эффективности соответствующих терапевтических вмешательств. Тем не менее, как правило, последипломное образование у психиатров, психотерапевтов, психологов и социальных работников включает небольшое количество учебных часов, посвященных проблематике суицидального поведения. Прежде всего, данная тема затрагивается при обсуждении вопросов, связанных с кризисными состояниями и стрессовыми расстройствами. Учитывая значительное количество самоубийств и суицидальных попыток в некоторых странах и в определенных гендерных и возрастных когортах населения, это упущение ошеломляет. Следует также отметить, что терапевтические подходы к коррекции суицидальных состояний хоть и базируются на общих принципах кризисных интервенций, имеют и свою определенную специфику. Эти пробелы в образовании часто не позволяют профессионалам структурировать свою терапевтическую тактику при оказании помощи людям, подверженным риску самоубийства. В процессе работы с суицидентом у специалиста может возникать ряд вопросов: как помочь человеку конструктивно отреагировать на деструктивные мысли, заново обрести надежду, уменьшить душевную боль, которая приводит к суицидальным мыслям, избавиться от желания умереть и повысить устойчивость к стрессу?

Признание суицидальных мыслей или поведения в качестве изменяемой цели психосоциального лечения всерьез началось в 1950-х годах с работ Э. Шнейдмана (Е.

Shneidman), который показал, что вопреки распространенному в то время мнению, суицидальные люди во многих случаях не сопротивлялись лечению и не отказывались от помощи. Ряд теоретических концепций позже касались различных вопросов суицидологии, но практически все они скорее раскрывали возможные механизмы формирования суицидального поведения человека, чем объясняли, как ему можно помочь. В нашей стране наибольший вклад в изучение суицидального поведения внесла профессор А.Г. Амбрумова, которая разработала и интегрировала в практику лечебно-реабилитационные подходы при кризисных состояниях. В начале 1990-х М. Линехан (М. Linehan) было сформулировано первое комплексное лечение, направленное на предотвращение суицида среди пациентов с пограничным расстройством личности (ПРЛ), имеющих высокий суицидальный риск — диалектическая поведенческая терапия.

Сегодня некоторые долгосрочные психотерапевтические методы лечения для предотвращения самоубийств соответствуют современным стандартам доказательной практики. Все эти подходы почти полностью основаны на принципах и методах когнитивной и поведенческой терапии. Их адаптация для суицидальных пациентов включает смещение фокуса терапии на работу над предупреждающими признаками суицидальных кризисов, на антисуицидальную мотивацию пациента, а также оценку дефицита навыков, характерных для данной группы. Существует множество вариантов того, где, когда и как могут проводиться психологические интервенции для предотвращения самоубийства: кризисное вмешательство на горячих линиях, краткосрочные стратегии в учреждениях неотложной помощи, а также долгосрочное стационарное или амбулаторное лечение, предоставляемое психиатрической службой.

Несколько методов лечения продемонстрировали эффективность в снижении суицидальных мыслей или попыток самоубийства, включая КПТ, ДБТ, терапию, основанную на ментализации, совместную оценку суицидальности и управление ею — CAMS (от англ. Collaborative Assessment and Management of Suicidality) и краткосрочные кризисные интервенции. В наиболее предпочтительном варианте специалист должен подробно изучить одно или несколько из этих подтвержденных эмпирическим путем вмешательств и придерживаться их рекомендаций. Вместе с тем характер самого специалиста, его клинический опыт и здравый смысл порой играют не меньшее значение в том, насколько полезной для суицидального пациента будет терапия.

Учитывая то, что известно о риске суицидального поведения и его профилактике, эффективная психологическая помощь суицидальным пациентам должна быть многокомпонентной и включать:

- постоянный мониторинг суицидального риска;
- ориентацию на настоящее;
- нацеливание на факторы, которые участвуют в возникновении и поддержании суицидальных побуждений и поведения, включая нарушение регуляции эмоций и дефицит навыков проблемно-решающего поведения;
- нацеливание на конкретные специфические проявления идентифицируемых поддерживающих факторов.

В настоящее время наибольшую доказательную базу имеют два долгосрочных (10 сеансов и более) психологических методов профилактики суицида: КПТ и ДБТ. Однако есть и другие методы, включая краткосрочные варианты лечения, которые могут оказаться эффективными в отношении перспектив помощи людям, находящимся в суицидальном кризисе.

Когнитивно-поведенческая терапия. КПТ основывается на понимании конкретных факторов, участвующих в развитии и поддержании патологического процесса. Таким образом, при лечении суицидального пациента терапия основана на изучении комбинации факторов, которые способствуют развитию и поддержанию суицидального кризиса. Последовательный и подробный анализ событий, поведения, чувств, мыслей и ощущений, связанных с последним суицидальным событием, в сочетании со стандартными процедурами оценки используются для определения индивидуальных целей лечения. Согласно модели стресс-диатеза, суицидальное поведение возникает у людей, у которых отмечается предрасположенность к нему, например, на основании семейного анамнеза суицидального поведения, жестокого обращения в детстве, биологической уязвимости в серотонинергической системе, неадаптивного когнитивного стиля. В свою очередь суицидальный кризис возникает при воздействии острого стрессора, например, межличностного конфликта, депрессивного эпизода, финансовых проблем. В когнитивных теориях суицидальное поведение связано с безнадежностью, смещением внимания к стимулам, связанным с самоубийством и фиксацией на самоубийстве как единственном решении, что считается особенно важным для поддержания суицидального риска. Учитывая центральную роль когнитивных факторов в развитии и поддержании суицидального поведения, КПТ была адаптирована для его профилактики и включила обучение навыкам

решения проблем, а также мониторинг суицидальных проявлений и когнитивную реструктуризацию. По мере того, как пациенты осознают свою самоэффективность в проблемно-решающем поведении, что является конечной целью обучения навыкам решения проблем в КПТ, безнадежность может уменьшаться, а суицидальные тенденции нивелироваться.

Часть IV. Специальная психотерапия

Когнитивно-поведенческая теория и психотерапия включают ряд ценных понятий для оценки суицидального мышления. Исходя из чисто когнитивного подхода, А.Т. Бек утверждал, что понимание суицидального функционирования или режима необходимо для оценки суицидального риска и его эффективного уменьшения. Режим представляет собой частное умонастроение, которое включает цели, схемы восприятия, переживания эмоций и объяснительные сценарии. Они могут быть латентными (скрытыми) большую часть времени, но могут активироваться с помощью пусковых стимулов, то есть различных стрессовых факторов. Находясь в суицидальном режиме, человек характеризуется «фундаментализмом негативной триады», которая включает негативные мысли в трех контекстах — относительно себя, мира вокруг и перспектив в будущем. Люди в суицидальном режиме имеют категорические, абсолютистские негативные верования в указанных сферах. При этом они не придерживаются подобных убеждений в другое время, пока режим не активен.

А.Т. Бек отметил четыре основные системы, которые включают когнитивные, аффективные, поведенческие и мотивационные аспекты, работающие синхронно и приводящие к определенным психологическим состояниям. Он утверждал, что как только суицидальный режим активируется, человек оказывается поглощенным острым суицидальным состоянием. При этом суицидальное состояние определяется основными когнитивными концепциями, также известными как система суицидальных убеждений. Точное содержание системы суицидальных убеждений концептуализировалось различными способами. Например, А. Венцель (A.Wenzel) и соавт. (2009) обозначила две основные движущие силы суицидальности в виде невыносимости существования и безнадежности [3]. В целом этот теоретический подход предоставил ценные клинические конструкции в виде суицидального режима и системы суицидальных убеждений, которые пытаются концептуализировать суицидальный опыт с точки зрения пациента.

Основываясь на этой теоретической традиции, методы лечения суицида, ориентированные на КПТ, доказали свою эффективность в различных РКИ. Например, когнитивная терапия для предотвращения самоубийств — CT-SP (от англ. Cognitive therapy for suicidal patients), разработанная Г. Брауном (G. Brown) и соавт. (2011), показала значительное влияние на частоту суицидальных попыток, снизив их количество после лечения на 50% [4]. Что касается феноменологии, возможно, наиболее важный компонент когнитивной терапии предотвращения самоубийств включает попытку понять суицидальный нарратив пациента. В суицидальном рассказе пациент своими словами подробно описывает свой последний суицидальный кризис. Исходя из этого, клиницист разрабатывает концептуализацию случая, выделяя определенные автоматические мысли, убеждения или события, которые вызывают суицидальный кризис. Важно отметить, что клиницист работает совместно с пациентом, чтобы обновить концепцию суицидального кризиса, когда в ходе лечения появляется новая информация. Средняя и поздняя фазы лечения, сосредоточенные на использовании поведенческих, когнитивных и эмоциональных стратегий выживания, а также на предотвращении рецидивов, соответственно, напрямую включают точку зрения пациента в упражнениях с управляемыми образами. Это позволяет ему активировать суицидальный режим и отретпетировать терапевтический ответ на него с помощью управляемых образов [5]. Следуя этому подходу, М. Радд (M. Rudd) и соавт. (2015) показали в РКИ, что краткосрочная КПТ — B-CBT (от англ. Brief cognitive behavioral therapy) очень эффективна для снижения количества попыток самоубийства на 60% на выборке военнослужащих с высоким риском суицида [6].

Другие компоненты основанных на КПТ подходов к профилактике самоубийств включают планирование стратегии безопасности и психообразование по признакам и симптомам суицидального поведения, ограничение доступности для потенциального суицидента летальных средств, а также обучение навыкам поведенческой активации и регуляции эмоций, увеличение толерантности к стрессу и усиление социальной активности. Мотивация усиливается за счет обсуждения причин для жизни и использования образов, связанных с надеждой, например, фотографий близких или мотивационных фраз. Профилактика рецидивов суицидального поведения особенно важна в КПТ и в конце лечения проводятся несколько занятий, посвященных обобщению навыков и преодолению суицидального кризиса. После окончания лечения могут быть предложены поддерживающие занятия. На этих встречах основное внимание уделяется обобщению навыков, поддержке мотивации и

мониторингу безопасности. Кроме того, особенно когда целевой группой являются подростки с суицидными наклонностями, в лечение могут быть включены члены семьи. Следует отметить, что формирование хорошего терапевтического альянса (хоть это и не является особым и/или основным направлением лечения на основе КПТ для предотвращения суицида) служит «замковым камнем» терапии, формируя поддерживающую и понимающую среду, критически важную для человека, находящегося в суицидальном кризисе. РКИ, сравнивающие КПТ и обычное лечение, показали, что подходы на основе КПТ демонстрируют большую эффективность в снижении риска суицидного поведения. Г. Браун и соавт. [7] показали, что лица с суицидальными тенденциями, обратившиеся в отделение неотложной помощи и получившие десять сеансов КПТ для предотвращения самоубийств, имели вдвое меньшую вероятность повторной попытки самоубийства по сравнению с людьми, получавшими обычную помощь. Важно отметить, что значительное снижение риска суицидальных попыток и депрессии сохранялось в течение 18 мес наблюдения. В открытом испытании КПТ показала результаты с относительно низкими показателями повторных действий и событий, направленных и связанных с самоубийством (например, госпитализаций из-за суицидальных мыслей) среди подростков с депрессией, которые недавно имели такие попытки. Почти три четверти выборки завершили не менее 12 сеансов КПТ и почти все подростки указали, что вмешательство было полезным [8].

Диалектическая поведенческая терапия. Это когнитивно-поведенческая терапия, разработанная М. Линехан в 1993 г. Это уникальное сочетание работы, ориентированной на изменения, которую можно найти в КПТ, с работой, основанной на принятии, которая существует в восточных традициях. ДБТ была разработана для людей, борющихся с хроническим суицидальным поведением, и впервые была одобрена для женщин с пограничным расстройством личности (ПРЛ). ДБТ продемонстрировала надежную эмпирическую поддержку снижения маркеров, связанных с суицидом, включая суицидальные мысли, попытки суицида и самоповреждения.

ДБТ — это теоретически обоснованное лечение, основанное на предположении, что развитие и поддержание эмоциональной дисрегуляции, которую испытывают суицидальные люди с ПРЛ, обусловлены как биологическими, так и социальными факторами. Считается, что с биологической точки зрения эти люди конституционально отличаются от здоровых: они очень чувствительны к эмоциональным стимулам, испытывают их более интенсивно и медленнее возвращаются к исходному состоянию после эмоциональной реакции. Решающим средовым фактором, обуславливающим эмоциональную дисрегуляцию, выступает инвалидирующее (то есть игнорирующее и не признающее эмоциональные реакции индивида) окружение. Таким образом, в процессе развития ребенок не может научиться доверять своему внутреннему опыту и ценить его. Эта обесценивающая среда сохраняется на протяжении всей жизни человека, принимая различные формы, включая неприятие сверстников и сложные семейные отношения. М. Линехан описывает биологическую уязвимость и уязвимость окружающей среды как взаимно дополняющие друг друга и усиливающие страдания человека. Например, человек с высокой эмоциональной чувствительностью, которому родители говорят, что его переживания не значимы, становится еще более чувствительным к эмоциональным реакциям. Биологическая уязвимость и уязвимость окружающей среды приводят к тотальному нарушению регуляции эмоций, с которым обычно сталкиваются люди с ПРЛ. Во время эмоциональной реакции люди с ПРЛ испытывают значительные трудности с отвлечением внимания от эмоциональных стимулов или с усилением их физиологической реакции. Эти дефициты приводят к множеству когнитивных и поведенческих проблем, включая искаженную обработку информации, импульсивность, диссоциацию и поведение, которое зависит, прежде всего, от настроения.

Часть IV. Специальная психотерапия

ДБТ — более интенсивная и комплексная терапия, чем подходы КПТ к предотвращению самоубийств, хотя в ней используют многие принципы и процедуры КПТ. При ДБТ нарушение регуляции эмоций считается ключевой проблемой для пациентов с хроническим суицидальным поведением. Считается, что дисрегуляция эмоций возникает в результате взаимодействия между индивидуальными трудностями в понимании, выражении и управлении ими и обесценивающей средой, прототипом которой является детская среда, характеризующаяся жестоким обращением и/или пренебрежением. ПРЛ и характерное нарушение регуляции эмоций проявляются в виде тяжелой поведенческой, межличностной и когнитивной дисфункции и часто включают суицидальное поведение. Подобно КПТ, ДБТ ориентирована на мониторинг поведения и настроения, приобретение и обобщение навыков, а также на развитие и поддержание мотивации к изменениям. Методы лечения включают цепной анализ, выработку и анализ решений, а также психообразование и обучение навыкам. В ДБТ, по сравнению с КПТ, терапевтические отношения считаются более

важным механизмом воздействия на изменение поведения, при этом терапевт часто использует свою реакцию на поведение пациента, чтобы усилить адаптивное поведение и попытаться уменьшить дезадаптивное поведение.

ДБТ рассматривает суицидальные действия как усвоенные и усиленные стратегии совладания, направленные на уменьшение эмоциональной дисрегуляции. В частности, суицидальные действия оцениваются как поведение, направленное на решение проблем через уменьшение стресса, вызванного негативным эмоциональным возбуждением. С точки зрения ДБТ, суицидальные действия являются результатом двух взаимодействующих состояний: дефицита эффективной регуляции эмоций и навыков совладания с дистрессом, на которые также влияют разнообразные личные и средовые факторы, ограничивающие использование существующих эффективных навыков.

Учитывая направленность ДБТ на лечение лиц с хроническим суицидальным поведением, терапия была разработана для решения конкретных проблем, перечисленных выше. ДБТ учит пациентов эффективным навыкам преодоления трудностей и призвана мотивировать, укреплять и обобщать использование этих навыков. Лечение также направлено на выявление и изменение усвоенного поведения, которое определяет суицидальные действия и усиливает их. Стандартная ДБТ обычно представляет собой годичный курс лечения для контроля суицидального поведения и самоповреждений и требует от пациентов посещения еженедельных групп навыков и индивидуальных сеансов психотерапии, проводимых клиницистом, обученным ДБТ. Кроме того, пациенты могут воспользоваться телефонным коучингом с терапевтом в ситуациях эмоциональной дисрегуляции для того, чтобы научиться использовать навыки в повседневной жизни. Наконец, в ответ на трудности, связанные с предоставлением эффективного лечения лицам с хроническим суицидальным риском, врачи еженедельно посещают групповые консультации, что предполагает разбор клинических случаев и супервизионную поддержку. Подразумевая основополагающее предположение, что суицидальным людям не хватает эффективных навыков совладания, ДБТ учит пациентов как эффективно справляться с негативными эмоциями и стрессовыми жизненными событиями в рамках группового тренинга навыков.

Есть **четыре модуля** навыков: осознанность, эмоциональная регуляция, стрессоустойчивость и межличностная эффективность.

Осознанность — это основной модуль, который повторяется несколько раз в течение года. Как набор навыков практика осознанности представляет собой процесс целенаправленного безоценочного наблюдения, описания и участия в реальности здесь и сейчас. Модуль *эмоциональной регуляции* посвящен определению функций эмоций и причинам трудностей в их изменении, помощи пациенту в выявлении и обозначении эмоций, а также обучении методам усиления или уменьшения эмоциональных реакций. Модуль *стрессоустойчивости* обучает пациента, как эффективно справляться с негативными эмоциями и стрессовыми жизненными событиями, не причиняя себе вреда и не ухудшая ситуацию. Наконец, модуль *межличностной эффективности* учит пациента, как удовлетворить свои потребности в отношениях, не отталкивая другого человека. Пациенты также посещают индивидуальные сеансы психотерапии, на которых основное внимание уделяется повышению способности мыслить диалектически или, другими словами, оценивать множество аспектов каждой ситуации и обучаться применять новые навыки к собственному проблемному поведению. Уникальным вмешательством, предлагаемым в ДБТ, является телефонный коучинг, который призван помочь в обобщении навыков в естественной среде и в тот момент, когда пациент испытывает стресс. Таким образом, пациентам рекомендуется обращаться к терапевту за помощью между сеансами, когда они испытывают побуждения к проблемному поведению и трудности с выбором стратегии преодоления. Кроме того, пациентам рекомендуется обращаться к терапевту, если возникают вопросы, когда они пытаются использовать новый навык преодоления трудностей. Принимая во внимание те сложности с которыми сталкиваются терапевты, и стресс, который они испытывают, предлагая лечение пациентам с хроническими суицидальными наклонностями, ДБТ требует, чтобы терапевт посещал еженедельные консультационные встречи. Их цель — обеспечить ему поддержку, необходимую для продолжения лечения. Кроме того, консультационные группы помогают осуществить супервизионное наблюдение, поскольку в них специалисты могут обсуждать проблемное поведение пациентов и свои реакции в процессе терапии, получая отзывы об эффективности выбранных способов вмешательств.

Поскольку суицидальные действия часто наблюдаются у лиц с ПРЛ, были разработаны специальные протоколы предотвращения суицида, чтобы помочь терапевтам эффективно реагировать на суицидальное поведение. Терапевтические задачи по борьбе с суицидальными действиями включают достаточно активную реакцию, чтобы не дать пациенту причинить себе серьезный вред или предотвратить смерть, и сделать это таким образом, чтобы снизить вероятность суицидальных действий в будущем. Диалектическое напряжение возникает при выборе между непосредственным вмешательством в жизнь пациента для обеспечения его безопасности и терапевтическим акцентом на автономии, при

котором пациент обучается новым навыкам активно справляться с подавляющим эмоциональным дистрессом.

В ДБТ существует *три правила*, которым нужно следовать при возникновении суицидальных действий у пациента: во-первых, такое поведение всегда тщательно анализируется; во-вторых, пациенты не могут связаться со своими терапевтами в течение 24 ч после совершения суицидальной попытки, чтобы избежать подкрепления поведения; и, в-третьих, суицидальным пациентам не следует назначать препараты с потенциально высокой летальностью.

Протокол оценки предыдущего суицидального поведения при ДБТ аналогичен протоколу, используемому при КПТ. Узнав, что суицидальный акт произошел, терапевт сначала оценивает текущий уровень суицидальных мыслей, намерений и планов пациента, а также частоту, интенсивность и серьезность суицидальных мыслей. После этой оценки терапевт проводит подробный анализ причинно-следственных связей суицидальных действий, представляющий собой исследование всех событий, которые привели к суицидальному акту и произошли после него. Терапевт выявляет достаточно подробностей, чтобы оценить особенности ситуации, эмоциональные, когнитивные и поведенческие реакции, предшествовавшие суицидальному поведению. Кроме того, оцениваются последствия суицидального акта и, следовательно, функции, которые суицидальное поведение выполняло. После того как анализ этой цепочки завершен, обсуждаются альтернативные решения, к которым мог бы прибегнуть пациент. При составлении этого списка терапевт и пациент совместно обсуждают важность формирования и сохранения толерантности к эмоциональному стрессу с исключением стереотипных дезадаптивных действий в соответствии с ним. Затем основное внимание уделяется обсуждению негативных внутри- и межличностных последствий суицидального поведения для друзей, семьи и терапевтических отношений. Наконец, важно убедиться, что пациент настроен использовать новые варианты поведенческих стратегий в случае возникновения нового суицидального кризиса.

Часть IV. Специальная психотерапия

Терапевту необходимо выразить свое понимание невыносимой психологической боли, которая подтолкнула пациента к суицидальным действиям. Это является наиболее важной техникой, используемой на протяжении всего лечения в рамках ДБТ под названием валидация. Из-за концептуализации ПРЛ и склонности суицидальных людей испытывать стыд перед самоубийством, валидация имеет решающее значение, потому что она передает эмоциональное и межличностное принятие. ДБТ подходит к валидации напрямую, чем отличается от валидации в других терапевтических методах. По сути, терапевт может активно наблюдать и размышлять о суицидальных чувствах и мыслях пациента, обсуждая их когнитивные и поведенческие реакции в соответствии с их жизненным контекстом. Подобно другим модальностям, использование валидации в ДБТ создает доверительную связь и может поощрять открытость пациента и, таким образом, вести к большей открытости в высказывании своих представлений о проблеме как со стороны клинициста, так и пациента. Посредством валидации и специфических методов ДБТ терапевты и клиенты могут создать прочный терапевтический альянс и добиться более успешных результатов. Протокол реагирования на текущие суицидальные тенденции аналогичен описанному ранее. Первая терапевтическая задача — убедить пациента убрать любые возможные средства суицида из непосредственной досягаемости. Делая это, терапевт эмпатически призывает пациента не совершать суицид или самоповреждение, и поддерживает идею, что суицидальный акт не является эффективным решением ситуации. Терапевт также напрямую предлагает или генерирует обнадеживающие утверждения и решения, направленные на устранение суицидального кризиса. Необходимо, чтобы терапевт поддерживал контакт с пациентом до тех пор, пока его или ее безопасность не будет обеспечена. Как только это будет сделано, запускается протокол по устранению предыдущего суицидального поведения. Имеются убедительные доказательства того, что ДБТ снижает количество попыток самоубийства и необходимость оказания стационарной помощи в связи с ними по сравнению с другими методами лечения. Результаты десяти РКИ, проведенных восемью различными группами, подтверждают, что ДБТ является более эффективным методом лечения несуйцидальных самоповреждений и суицидального поведения среди взрослых с ПРЛ, чем обычные вмешательства и поддерживающая психотерапия. В метаанализе пяти из вышеупомянутых РКИ было обнаружено, что ДБТ умеренно более эффективна в снижении суицидального поведения и несуйцидальных самоповреждений, чем активные контрольные методы лечения, включая поддерживающую, психодинамическую и клиент-центрированную терапию [9]. Важно отметить, что некоторые исследования показывают, что снижение количества самоповреждений и суицидального поведения среди пациентов, получавших ДБТ, сохраняется в течение нескольких месяцев или лет после лечения [10].

ДБТ также была адаптирована для лечения подростков с суицидальными наклонностями с включением обучения навыкам жизни в семье. Результаты контролируемого испытания ДБТ у подростков с суицидальными наклонностями были многообещающими и показали, что у подростков, получавших терапию, значительно сократились суицидальные мысли, и они реже госпитализировались во время лечения, чем подростки, получавшие поддерживающую психодинамическую терапию [11].

Однако ДБТ имеет ряд недостатков, в том числе значительные затраты, связанные с проведением интенсивного лечения. Кроме того, улучшение в отношении вторичных результатов, таких как показатели настроения, тревожности и расстройства пищевого поведения у суицидальных пациентов проходящих ДБТ, незначительно, причем ДБТ часто не показывает относительного преимущества перед другими методами лечения.

Совместная оценка суицидальности и управление ею. Феноменология суицидального мышления, то есть понимание суицидальности с точки зрения самого пациента, является отличительной чертой подхода, разработанного Д. Джобс (D. Jobes) и обозначенного как «совместная оценка суицидальности и управление ею» (CAMS) [12, 13]. CAMS является одним из немногих научно обоснованных психологических вмешательств, подтверждаемых повторными РКИ. В целом ДБТ, КПТ и CAMS разделяют общий акцент на важности понимания суицида с точки зрения самого пациента. Более того, в рамках каждого из этих подходов помощь пациенту в психологическом понимании того, когда, где, как и почему формируется самоповреждающее и суицидальное поведение, является фундаментальной основой лечения. В 2000-е годы небольшая группа врачей-исследователей, специализирующихся в области суицидологии, собралась на совещание аналитического центра в альпийском городке Эши, который находится в Швейцарии. Эта группа была создана для разрешения ряда вопросов относительно современных подходов к оказанию помощи суицидальным пациентам в различных медицинских учреждениях. Основное внимание на этой встрече было уделено видеозаписям врачей, опрашивающих суицидальных пациентов в различных клинических условиях. Эти врачи-исследователи сделали несколько важных наблюдений на основе видеозаписей. Например, что многие интервьюеры продемонстрировали контролирующий и властный подход, при котором «врач знает лучше». В таком формате общения пациенты часто испытывали негативные эмоции, что не позволяло сформировать адекватный контакт между врачом и его пациентом. На основе таких наблюдений клиницисты разработали общую точку зрения, которая стала известна как «подход Эши» к суицидальному риску, в котором повествовательное описание своего суицидального поведения и его восприятие самим пациентом являются центральными для эффективной клинической работы. Первичным результатом этой встречи было понимание важности не только выслушивания «суицидального рассказа» пациента, но и извлечения уроков из его опыта и видения «суицидального мира».

Подход Эши отличается от традиционных медицинских моделей тем, что он в значительной степени игнорирует важность клинического диагноза, фокусируясь на сочувствии и понимании суицидального человека, что, безусловно, усиливает терапевтический альянс между пациентом и клиницистом. В какой-то мере врач должен постараться принять точку зрения своего суицидального пациента. Важно отметить, что подход Эши к суицидальному риску не привязан к какой-либо конкретной теории. Феноменологическая ориентация в рамках подхода может широко использоваться в различных дисциплинах, теоретических направлениях и клинических условиях.

На первом заседании «рабочей группы» в Эши были установлены шесть основных руководящих принципов. Во-первых, цель клинициста — выработать взаимное понимание с суицидальным пациентом его индивидуальных особенностей поведения. У этой цели другие акценты в отличие от медицинской модели, которая имеет тенденцию подчеркивать непосредственный и основополагающий характер клинической диагностики. Во-вторых, клиницисты должны осознавать степень потенциальных страданий суицидального человека и полную потерю самоуважения у него. Многие пациенты являются очень уязвимыми и замыкаются при обсуждении собственных суицидальных мыслей и поведения. В-третьих, клиницист должен выражать непредвзятое и поддерживающее отношение к пациенту. Сочувствие играет важную роль в укреплении терапевтического альянса, и пациента следует оценивать как человека, который больше других знает о своем собственном опыте суицидальных реакций. В-четвертых, суицидальные кризисы связаны не только с настоящими, но и часто с прошлыми событиями. При исследовании суицидального кризиса клиницист должен побуждать пациента рассказывать свою историю в повествовательной манере. В-пятых, необходимы новые модели для концептуализации суицидального поведения, чтобы клиницист и пациент разделяли понимание суицидальности пациента. Таким образом, необходимо рассматривать пациента не просто как человека с психопатологией, а как - человека, имеющего логические причины для самоубийства. В-шестых, конечная цель клинической работы — наладить терапевтические отношения с пациентом сразу после первичной оценки [12, 13]. Первоначально концептуальный подход Эши был разработан в

Швейцарии, но он в определенной степени вызвал международный интерес, и в итоге феноменологический подход повлиял как на клиническую практику, так и на целые направления клинических исследований терапевтических вмешательств, одним из которых явилось CAMS.

Часть IV. Специальная психотерапия

CAMS лучше всего понимать как терапевтическую схему, которая непосредственно нацелена на суицидальный риск и устраняет его в рамках совместного и эмпатического подхода к лечению. Поскольку CAMS представляет собой терапевтическую основу, а не новую психотерапию, она не требует от клинициста отказываться от знакомых методов лечения или его теоретической ориентации, более того, CAMS описывается как «внеконфессиональный» подход, который предоставляет клиницисту свободу действий в использовании знакомых терапевтических техник в рамках клинической практики, направленной на устранение причин суицидального поведения, определенных самим пациентом. В рамках этого подхода выявляемые пациентом суицидогенные причины называются «драйверами», а лечение, ориентированное на «драйверы», является отличительной чертой CAMS к коррекции суицидального риска [14]. С точки зрения CAMS феноменология суицидального поведения пациента всегда является центральной. Цель использования CAMS — понять суицидальность пациента с его точки зрения. В этом смысле суицидальность понимается как потенциально опасное для жизни состояние разума, которое можно распознать, понять и в конечном итоге эффективно лечить. Однако чтобы добиться этого, терапевт, использующий данный подход, должен полагаться на эмпатию, сотрудничество и честность.

Центральное место в подходе CAMS занимает эмпатийное понимание суицидальной борьбы пациента. На протяжении всего курса этой терапии клиницист стремится быть понимающим и непредвзятым к пациенту при попытке оценить и осознать, почему, когда, где и как он становится склонным к суициду. Развитие этой эмпатии изначально достигается за счет совместного использования «Формы суицидального статуса» (от англ. Suicide Status Form, SSF), которая служит многоцелевым инструментом оценки, планирования лечения и отслеживания клинических результатов. SSF — это важная клиническая дорожная карта, которая направляет CAMS от начала до конца. Начиная с первого сеанса и на протяжении всего лечения под руководством этой терапии, есть ключевые моменты в оценке CAMS и планировании лечения, когда врач буквально занимает место рядом с пациентом (с его согласия), чтобы заполнить определенные разделы SSF. Например, каждый сеанс CAMS начинается с того, что пациент заполняет «базовую оценку» SSF, связанную с психологической болью, стрессом, возбуждением, безнадежностью, ненавистью к себе и общим риском самоубийства; каждый сеанс заканчивается совместным обновлением плана лечения CAMS. На первом сеансе CAMS есть как количественные, так и качественные оценки SSF, которые раскрывают феноменологию суицидальных переживаний пациента, когда они пишут о своей душевной боли, описывают, что делает их безнадежными, и перечисляют причины жизни и смерти, а также то, что может помочь не думать о суициде. На протяжении всей терапии врач совместно с пациентом проходит через все процессы оценки и планирования лечения, поскольку обе стороны продолжают раскрывать текущую и развивающуюся феноменологию суицидальной борьбы этого пациента.

Помимо эмпатической оценки CAMS всегда фокусируется на выявленных пациентом суицидальных драйверов. Понимание движущих сил суицидального процесса, определяемых самим пациентом, обеспечивает более целенаправленный и идиосинкразический способ оценки и лечения суицидального риска. В то время как факторы риска суицида (например, алкоголизирующийся мужчина среднего возраста) и предупреждающие знаки (например, состояние сильного возбуждения и эмоциональная дисрегуляция) могут быть полезными при оценке острого суицидального риска, выявление суицидальных драйверов обеспечивают более точную и целенаправленную помощь в отношении будущих попыток суицида. Например, терапевтический лист CAMS (от англ. therapeutic worksheet, CTW) можно использовать для дальнейшего анализа суицидальных драйверов, связанных с определенными мыслями, чувствами и поведением. Более того, можно провести различие между «прямыми» драйверами (основные проблемы, которые заставляют пациента задуматься о самоубийстве) и «косвенными» драйверами, которые могут способствовать усилению эмоциональной дисрегуляции или сделать пациента уязвимым для активации «прямых» драйверов. Например, ненависть к себе у пациента и воспоминания о сексуальном насилии над ним в прошлом («прямые» драйверы) могут резко активизироваться, когда возникает бессонница, межличностная изоляция или алкогольное опьянение («косвенные» драйверы). Когда клиницист сочувствует пациенту и развивает более глубокое понимание его суицидальности с помощью определяемых пациентом драйверов, это может привести к положительным терапевтическим результатам.

Как уже отмечалось, CAMS в основном полагается на активное и постоянное сотрудничество между врачом и пациентом. Одним из способов реализации этого сотрудничества является расположение сидячих мест бок о бок, которое используется при оценке и планировании лечения под руководством CAMS. Сидение бок о бок передает иную динамику — мы делаем это вместе, мы команда, мы едины. Эта символическая динамика совместного сидения по своей сути отличается от договоренностей лицом к лицу или от психоаналитической работы, в которой аналитик буквально нависает над лежащим клиентом. Сидение рядом друг с другом в CAMS снижает ощущение традиционной динамики власти врача над пациентом и подчеркивает сообщение о том, что пациент является «соавтором» и активным участником своего лечения.

Одним из важных элементов в философии CAMS является необходимость честности, особенно в отношении законодательных аспектов, связанных с необходимостью госпитализации при оценке ситуации как опасной для жизни. Считается полезным прямое и откровенное обсуждение правовых норм, стремления пациента к автономии и того, как риск суицида может создать негативную динамику в отношениях между врачом и пациентом. В рамках данного подхода эта честная и откровенная дискуссия может помочь диаде оставаться единой с сохранением постоянного акцента на точке зрения пациента — феноменологии суицидальности — в качестве основной как для клинической оценки, так и для лечения в рамках оказания помощи под руководством CAMS.

Цель CAMS состоит в том, чтобы вывести пациента из состояния амбивалентности в состояние мотивации, при котором пациент и клиницист работают совместно, чтобы спасти жизнь пациента посредством стабилизации состояния и решительного воздействия на суицидальные драйверы, определяемые самим пациентом. Подчеркивая эмпатию и важность суицидальной феноменологии пациента, клиницисты часто испытывают меньше контрпереносных чувств, потому что они находятся в отношениях сотрудничества, а не враждебной борьбы. В рамках CAMS врач не стыдит и не винит пациента за его суицидальные мысли и чувства. Опираясь на уверенность в устоявшейся и структурированной модели терапии в сочетании с эмпирической поддержкой исследований, специалисты могут работать с меньшим страхом за жизнь пациента и не защищаться от него.

Часть IV. Специальная психотерапия

Психодинамические подходы. Психодинамические теоретики и клиницисты утверждают, что наиболее значимый фактор изменений в психотерапии заключается в терапевтическом союзе или способности пациента и терапевта продуктивно участвовать в психотерапевтической работе. В рамках этой традиции прочный терапевтический альянс рассматривается как основа эффективной помощи. Однако формирование терапевтического альянса может встретиться с трудностями, когда пациент находится в суицидальном кризисе. Множество факторов, которые напрямую определяют суицидальность пациента, могут мешать созданию союза между врачом и пациентом. Это может быть желание умереть, чувство стыда и вины, болезненный жизненный опыт и хроническая безнадежность. Часто суицидальные люди стыдятся своих мыслей и поведения и не чувствуют себя комфортно, открыто обсуждая их. Эти чувства могут привести к интенсивным реакциям переноса и контрпереноса, самообвинения и безнадежности в клинической диаде. Помимо проблем, присущих суицидальному пациенту, клиницист должен осознавать и свои собственные негативные реакции по отношению к нему. В частности, при лечении суицидальных людей с хронической безнадежностью в течение длительного периода времени терапевты могут бессознательно отказываться от пациента в качестве защитной реакции [15]. Несмотря на подобные препятствия, существуют методы, способствующие укреплению терапевтического альянса в рамках психодинамической традиции. Например, эта ориентация подчеркивает важность эмпатического подтверждения и сохранения безоценочного принятия суицидального опыта пациента. Эмпатическое подтверждение (вербальные и невербальные методы, предназначенные для того, чтобы клиент понял, что его точка зрения признается терапевтом) способствует уменьшению чувства вины и часто смягчает острый дистресс, что может помочь мотивировать пациента и способствовать к дальнейшим позитивным терапевтическим изменениям. Благодаря продолжающемуся эмпатическому подтверждению и непредвзятости терапевтический альянс может развиваться и становиться более открытым по мере того, как пациент ощущает, что клиницист понимает и подтверждает его точку зрения.

Во время лечения иногда возникают острые суицидальные кризисы, но диада часто может выдержать «суицидальную бурю», когда терапевтический союз крепок. Прочный союз не может предотвратить возникновение суицидальных мыслей или желаний, но он может позволить диаде конструктивно исследовать суицидальность пациента, сохраняя при этом безопасность. Прочный клинический альянс представляет собой один из наиболее важных

факторов, способствующих сохранению жизни пациента в рамках психодинамической помощи. Подобная модель также позволяет пациенту исследовать и понимать свои суицидальные мысли и чувства в рамках безопасных, поддерживающих и эмпатических отношений.

Терапия, основанная на ментализации. Э. Бейтман (A. Bateman) и П. Фонаги (P. Fonagy) разработали данный вид терапии как новый способ работы с тяжелыми суицидальными пациентами. Ментализация или способность рассуждать о своем разуме опирается на теорию привязанности, эволюционную биологию и психоаналитические концепции. По сути, ментализация включает развитую способность смотреть на себя со стороны, одновременно рассматривая других изнутри [16].

Подобно ДБТ, терапия, основанная на ментализации (от англ. Mentalization-Based Treatment, MBT), продемонстрировала успех у пациентов с ПРЛ и суицидальностью [17–19]. Лечение с опорой на ментализацию — MBT — способствует пониманию поведения людей и улучшает межличностную коммуникацию у пациентов с ПРЛ, поскольку у данной категории пациентов очень часто возникает неверное восприятие различных аспектов поведения другого человека в силу определенных когнитивных искажений, повышенного чувства тревоги и страха, ПТСР, особой чувствительности и восприимчивости психики. Сложности в лечении пациентов с ПРЛ возникают еще и потому, что их очень трудно удержать в терапии, их привычный образ жизни связан с метаниями и хаотичными межличностными отношениями. Отношения с окружающими могут нарушаться в силу их импульсивности, аффектов ярости и злости. Для ПРЛ характерен дефицит ментализации, который является частичным, временным и зависящим от отношений, но именно это считается центральной проблемой.

По мнению Э. Бейтмана и П. Фонаги (2006) ДБТ оказывает мощное воздействие на поведенческие проблемы, связанные с импульсивностью, однако ее влияние на настроение и межличностное функционирование более ограничено. В директивных подходах клиенты с ПРЛ могут пугаться «рамки» и авторитарности ведущих группы, могут уходить из терапии. В связи с этим фокус внимания должен быть сосредоточен на заботливых межличностных отношениях. Для MBT характерно взаимодействие в безопасной и благоприятной обстановке, при этом MBT помогает людям дифференцировать и отделять свои собственные мысли и чувства от мыслей и чувств окружающих. Первоначальная задача MBT заключается в стабилизации эмоционального состояния человека, потому что без улучшения контроля аффекта не может быть никакого серьезного рассмотрения внутренних представлений. Неконтролируемое поведение тесно соотносится с импульсивностью. В свою очередь, восстановление ментализации помогает пациентам регулировать свои мысли и чувства, которые затем делают отношения и саморегуляцию более реальной. Терапия фокусирует внимание на укреплении собственно ментализации, поскольку ментализация при ПРЛ ослабляется, но в первую очередь тогда, когда идет стимуляция отношений привязанности и когда возрастает сложность межличностных интеракций. С помощью лечения, основанного на ментализации, удастся понять, как происходит процесс нарушения понимания поведения других людей в момент стимуляции межличностных связей, что само по себе позволяет улучшить ментализацию в конкретных отношениях и в отношениях с окружающими в целом. Потребности в привязанности у людей с ПРЛ трудно контролировать, а суицидальное поведение часто возникает, когда эти потребности остаются неудовлетворенными. В некоторых случаях отсутствие межличностной связи может способствовать самоповреждающему или суицидальному поведению. В MBT терапевты используют множество техник, чтобы помочь в развитии способности ментализировать. Некоторые из методов включают восстановление и поддержание ментализации на протяжении всего сеанса, корректировку вмешательств в соответствии со способностями клиента к ментализации, определение полюсов ментализации и т.д. Терапевт MBT ментализирует себя и терапевтические отношения, поддерживает аутентичность и непредвзятость, отслеживает эмоциональное возбуждение и сосредотачивает внимание на непредвиденных обстоятельствах вмешательства. Кроме того, терапевт использует эмпатическую валидацию для поддержки этих вмешательств, а также исследует, проясняет и оспаривает мысли и эмоции пациента [20].

Часть IV. Специальная психотерапия

Несмотря на то что такие методы специфичны для MBT, они могут использоваться и в других подходах. Эффективное лечение требует, чтобы и пациент, и врач во время психотерапии непосредственно участвовали в процессах ментализации. Например, CAMS требует от пациента оценить свои суицидальные мысли, чувства и поведение, что неизменно приводит к более высокому уровню эмоционального осознания. CAMS побуждает пациента задуматься о своем суицидальном состоянии, одновременно вовлекая клинициста в это осознание. MBT отличается от CAMS тем, что во время сессий терапевты MBT только представляют себе

сидение бок о бок с пациентом, тогда как в CAMS терапевт буквально сидит рядом с ним в момент совместного упражнения по ментализации, чтобы понять суицидальность пациента. **Краткие контактные вмешательства.** Причинение себе вреда пациентом в больнице, определяемое как самоповреждение или самоотравление с суицидальным намерением или без него представляет собой серьезное бремя для общественного здравоохранения и связано со значительными финансовыми затратами. Повторные самоповреждения после выписки из больницы оцениваются примерно в 16% в первые 12 мес последующего наблюдения, а риск возможной смерти в результате самоубийства среди пациентов, которые причинили себе вред, заметно выше, чем в общей популяции, хотя абсолютный риск низкий; 1,5% через 12 мес и 3,9% через 60 мес [21, 22].

По ряду причин дальнейшее лечение не всегда может включать вышеозначенные варианты терапии. Поскольку эти методы терапии являются ресурсоемкими и требуют специальной подготовки, в некоторых контекстах они могут быть неприемлемыми. Более того, пациенты, которые совершают суицидальные попытки и самоповреждения, нередко демонстрируют низкую приверженность к лечению, часто не обращаются за помощью и, как правило, преждевременно прекращают лечение [23]. Эти проблемы стимулировали интерес к методам лечения с низким уровнем ресурсов, например, к краткосрочным контактными вмешательствам (ККВ). Данный тип вмешательств привлекателен по ряду причин. Во-первых, прямые затраты на оказание помощи пациентам после совершения суицидальной попытки или самоповреждения могут быть достаточно высоки, независимо от того, проводится ли это лечение в отделении неотложной помощи, на стационарной койке больницы общего профиля или в психиатрическом стационаре. Прямые затраты на вмешательства, обеспечивающие терапию во время последующего наблюдения, также высоки, так как требуют непосредственного контакта пациента со специалистом, часто в течение длительного периода времени и в течение нескольких сеансов лечения. ККВ, которые имеют низкую прямую стоимость, могут снизить часть финансового бремени для клинических служб за счет уменьшения количества случаев суицидальных попыток или самоповреждений с последующей госпитализацией в отделения общего или психиатрического профиля. Во-вторых, с учетом трудностей в прогнозировании повторных суицидальных попыток, некоторый уровень вмешательств должен быть доступен для всех пациентов, которые имели подобные формы поведения, а не ограничиваться только теми, кто входит в группу высокого риска. В-третьих, было высказано предположение, что ККВ могут обеспечивать ощущение связи и выражение постоянной заботы по отношению к пациенту [24, 25], что согласуется с результатами качественного исследования, которое выявило важность упреждающих, ранних вмешательств, формирующих ощущение искренней поддержки у пациентов после выписки из больницы [26].

Основная особенность ККВ заключается в том, что они позволяют поддерживать долгосрочный контакт с пациентами без предоставления дополнительных методов лечения. Они отличаются от других форм помощи тем, что такие краткосрочные вмешательства не обязательно осуществляются специалистами в области психического здоровья, такими как психиатры, психологи, социальные работники, и могут проводиться людьми с небольшой подготовкой или без нее. ККВ используются в соответствии со структурированным графиком и могут быть применимы в течение длительного периода поддержки. В основе вмешательства лежит формирование постоянного контакта с пациентом при помощи множества различных методов. При необходимости пациенту также может быть предложен повторный контакт с клиническими службами.

ККВ не включают никакой формальной терапии или предоставляют только минимальный компонент поддерживающей терапии, психообразования либо информацию о доступности услуг. К данным формам вмешательства относятся: поддерживающие телефонные звонки; открытки и письма поддержки; кризисные («зеленые») карточки.

Поддерживающие телефонные звонки использовались в ряде исследований ВОЗ, в частности в SUPRE-MISS [27] и START [28]. Подход, использованный в данных исследованиях, был адаптирован из кратких интервенций, применявшихся для лечения лиц с алкогольной зависимостью и вмешательств в виде писем для психиатрических пациентов, которые отказались от последующего лечения после выписки из психиатрической больницы.

Поддерживающие телефонные вмешательства включали несколько телефонных звонков, сделанных исследовательской группой пациентам после выписки из больницы. При каждом телефонном контакте исследователи обычно спрашивали участников об их самочувствии и о том, наблюдалось ли у них суицидальное или самоповреждающее поведение после выписки из больницы. Затем интервьюер спрашивал о текущем лечении или планируемом обращении за лечением, а также о возможных стрессовых факторах, которые могут влиять на пациента в настоящее время. Одна из целей данного вмешательства заключается в том, что пациентов можно поощрять обратиться за помощью, если они в ней нуждаются. В некоторых случаях интервьюеры могут помочь людям обратиться за лечением, предоставляя контакты, или организовать помощь, если это необходимо.

Открытки и письма выражают надежду на благополучие пациента и предоставляют контактную информацию для облегчения поиска помощи. Содержание текста должно быть нейтральным и выражать заботу и уважение по отношению к пациенту, например: «Уважаемый [имя пациента], Вы недавно проходили лечение в нашем отделении, и мы надеемся, что у вас все хорошо. Если вы захотите написать нам, мы будем рады получить от вас обратную связь. С наилучшими пожеланиями, [имя контактного лица]».

Зеленые карточки (также называемые кризисными) немного отличаются от других ККВ тем, что они предоставляют конкретные сведения о том, как связаться со службами здравоохранения в период обострения симптомов психического расстройства или во время суицидального кризиса. Одно из первых опубликованных вмешательств по зеленым карточкам [29] показало, что ощущение того, что врач всегда был готов оказать помощь, побуждало пациентов обратиться к специалистам на ранней стадии формирования суицидальных мыслей, обратившись в службу экстренной помощи лично или по телефону. В некоторых исследованиях использовалось сочетание различных подходов. Например, N. Кариг и соавт. [30] разработали ККВ, которое включало информационный буклет с перечислением возможных источников помощи, два телефонных звонка в течение первых двух недель после выписки и серию писем за 12-месячный период. Исследование SUPRE-MISS [27] включало индивидуальную психообразовательную встречу перед выпиской из больницы, предоставляющую информацию о суицидальном поведении и возможных вариантах помощи на ранних этапах суицидального кризиса, а также последующие телефонные звонки.

Часть IV. Специальная психотерапия

Существуют разные мнения и очень мало доказательств механизмов, лежащих в основе ККВ. Ряд авторов предположили, что ККВ могут быть эффективными, потому что они обеспечивают чувство связи или социальной поддержки, когда люди больше всего в ней нуждаются. В результате исследования BO3 SUPRE-MISS [27] было предложено несколько возможных механизмов, включая вероятность того, что ККВ предоставляют «временную искусственную сеть помощи для людей, не имеющих эффективной социальной поддержки». Было также высказано предположение, что ККВ повышают осведомленность о проблемах, которые способствуют суицидальному поведению и предоставляют стратегии преодоления суицидальных кризисов. Наконец, авторы этого исследования предположили, что ККВ дают пациентам ощущение того, что их кто-то видит и слышит, формируя чувство связи с другими. В недавнем обзоре было высказано предположение, что установление контакта с помощью ККВ может восприниматься позитивно через чувство принадлежности и принятия независимо от усилий самого человека [25]. Было также высказано предположение, что ККВ напоминают пациентам о необходимости лечения, если они в нем нуждаются, и указывают на конкретные источники помощи, к которым можно обратиться. Более высокий уровень повторных госпитализаций среди тех, кто получал ККВ, в исследовании, проведенном в Великобритании, объяснялся возможным увеличением активности в обращении за помощью [30]. Напротив, исследование с открытками сообщило о сокращении числа госпитализаций в психиатрические учреждения, что было интерпретировано как преимущество вмешательства, то есть участникам нужно было реже обращаться за стационарной психиатрической помощью [31]. Эти различия подчеркивают тот факт, что до сих пор существует относительно мало доказательств того, какие механизмы действия ККВ могут быть задействованы в помощи суицидальным людям. Особенно это касается разных стран, где подобный уровень контакта может восприниматься в какой-то мере даже негативно, что требует разработки индивидуализированных подходов с учетом этно-культуральных различий и менталитета населения с последующими исследованиями эффективности.

Доказательства эффективности вмешательств по данным метаанализов. Специалисты в области психического здоровья должны использовать доказавшие свою эффективность методы. Для людей с суицидальными наклонностями эффективное лечение объективно может определять факт того останется человек жив или покончит с собой, то есть по сути выбор терапевтической стратегии является «вопросом жизни и смерти». Кроме того, нехватка ресурсов и стоимость вмешательств делают важным использование методов с доказанной эффективностью. Однако использование эмпирически подтвержденных методов лечения для предотвращения самоубийств сдерживается ограничениями реальной практики и исследований. Методологически исследование самоубийств представляет собой чрезвычайно трудную задачу. Для того чтобы определить, может ли терапевтическое вмешательство снизить количество самоубийств на 15% за один год среди населения в целом, исследователям необходимо провести это вмешательство у 13 млн человек [32]. Исследователям потребуется гораздо меньшая выборка, если они будут использовать выборку с высоким суицидальным риском, например людей, которые недавно пытались

покончить жизнь самоубийством, но даже в этом случае для такого исследования все равно потребуется 45 тыс. человек [32]. В связи с этим исследования, как правило, изучают, снижает ли вмешательство суицидальные мысли и попытки самоубийства, но не самоубийство. В метаанализе психологических интервенций для профилактики суицидальных попыток и самоповреждений у подростков было проанализировано 19 РКИ с участием 2176 молодых людей [33]. Доля подростков, которые причинили себе вред в течение периода последующего наблюдения, была ниже в группах, где проводились вмешательства (28%), по сравнению с контрольной группой, где вмешательства не проводились (33%). Терапией с наибольшей величиной эффекта являлись ДБТ, КПТ и терапия, основанная на ментализации. По данным метаанализа 26 исследований, оценивающих эффективность КПТ, проводимого через личные и телемедицинские контакты, на суицидальные мысли и поведение, наблюдался статистически значимый (от малого до среднего) эффект от КПТ, которая проводилась лично, в снижении уровня суицидальных мыслей и поведения у взрослых. Вместе с тем КПТ, проводимая с помощью интернет-ресурсов, не оказалась эффективной в снижении суицидальных мыслей и поведения у взрослых, хотя количество рассмотренных исследований было небольшим [34]. По полученным данным метаанализа в 10 РКИ ($n = 1241$) эффективности КПТ у пациентов, совершивших суицидальную попытку в течение 6 мес до начала исследования, было показано, что КПТ по сравнению с обычным лечением снижает риск новой попытки суицида [35].

Метаанализ случайных эффектов в 18 РКИ продемонстрировал, что ДБТ снижает уровень самоповреждений и частоту обращений в психиатрические кризисные службы. Вместе с тем не наблюдалось значимого объединенного эффекта ДБТ в отношении суицидальных мыслей, что может отражать приоритет поведения над мыслями в рамках подходов ДБТ [36].

По данным метаанализа 72 РКИ, три из них ($n = 2028$) показали, что ККВ, проводимые под эгидой ВОЗ, были связаны со значительно более низкими уровнями самоубийств. Из них шесть РКИ ($n = 1040$), в которых использовалась КПТ и шесть РКИ ($n = 619$), в которых использовался литий, показали незначительные результаты. При этом ни одно другое вмешательство не показало статистически значимого эффекта в снижении уровня самоубийств [37], то есть фактически использование ККВ является в настоящее время единственным подходом, который показал значимый результат в снижении уровня самоубийств, что требует подтверждения в повторных РКИ.

Таким образом, можно сказать, что разные терапевтические подходы могут иметь разное влияние на самоповреждающее и суицидальное поведение, а также иметь разное значение в профилактике суицидальных идеаций, суицидальных попыток и самоубийств. Что интересно, один и тот же метод может по-разному влиять на суицидальные тенденции в зависимости от того, используется он лицом к лицу или дистанционно с помощью телемедицинских технологий. Разные терапевтические подходы могут иметь разную мощность в зависимости от возраста и пола пациента, коморбидной психической патологии, истории суицидальных попыток и/или самоповреждений в анамнезе и других факторов.

Появляются все новые методы управления суицидальным риском, которые, как правило, базируются на когнитивно-поведенческих теоретических подходах, и не всегда отсутствие доказательств эффективности техники обязательно значит, что она не может быть полезной. Часто это просто означает, что вмешательство еще не было проверено. Как сказано в одной исследовательской статье, ни одно РКИ не демонстрирует, что парашют спасает жизни, когда кто-то выпрыгивает из самолета [38]. Наш реальный опыт может быть важнее исследований, особенно на начальном этапе формирования доказательной базы. Специалист обязан следить за тем, помогают ли используемые им вмешательства конкретному пациенту, учитывая его возрастные, половые, этнические, ментальные и другие особенности. В конце концов, в исследовательском ландшафте РКИ и сложного статистического анализа большого количества данных результаты изменений у одного человека считаются наименее важным свидетельством эффективности. Однако для человека, который остался жив, это будет являться самым важным свидетельством.

Список литературы

1. World Health Organization. Preventing Suicide: A Global Imperative. Geneva: WHO, 2014.
2. Crosby A.E., Han B., Ortega L.A.G. et al. Suicidal thoughts and behaviors among adults aged ≥ 18 years — United States, 2008–2009 // *MMWR Surveill. Summ.* 2011. Vol. 60, N. 13. P. 1–22.
3. Wenzel A., Brown G., Beck A.T. Cognitive Therapy for Suicidal Patients: Scientific and Clinical Applications. Washington: American Psychological Association, 2009. 377 p.
4. Brown G.K., Ten Have T., Henriques G.R. et al. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial // *JAMA.* 2005. Vol. 294, N. 5. P. 563–570.
5. Brown G.K., Wenzel A., Rudd M.D. Cognitive therapy for suicidal patients // *Building a Therapeutic Alliance with the Suicidal Patient* / Eds K. Michel, D.A. Jobes. Washington: American Psychological Association, 2011. P. 273–292.

6. Rudd M.D., Bryan C.J., Wertenberger E.G. et al. Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: Results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up // *Am. J. Psychiatr.* 2015. Vol. 172, N. 5. P. 441–449.
7. Brown, G., Beck, A. T., Steer, R., Grisham J. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20---year prospective study // *J. Consult. Clin. Psychol.* 2000. Vol. 68. P. 371–377.
8. Brent D.A., Greenhill L.L., Compton S. et al. The Treatment of Adolescent Suicide Attempters study (TASA): predictors of suicidal events in an open treatment trial // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2009. Vol. 48, N. 10. P. 987–996.
9. Panos P.T., Jackson J.W., Hasan O, Panos A. Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of dialectical behaviour therapy (DBT) // *Res. Soc. Work.* 2013. Vol. 24, N. 2. P. 213–223.
10. Linehan M.M., Comtois K., Murray A.M. et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2006. Vol. 63, N. 7. P. 757–766.
11. Rathus J.H., Miller A.L. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents // *Suicide Life Threat. Behav.* 2002. Vol. 32, N. 2. P. 146–157.
12. Michel K., Jobes D.A. (Eds). *Building a Therapeutic Alliance with the Suicidal Patient*. Washington: American Psychological Association, 2011. 414 p.
13. Jobes D.A. The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS): An evolving evidence-based clinical approach to suicidal risk // *Suicide Life Threat. Behav.* 2012. Vol. 42, N. 6. P. 640–53.
14. Jobes D.A. *Managing Suicidal Risk: A Collaborative Approach*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2016. 270p.
15. Schecter M.A., Goldblatt M.J. Psychodynamic therapy and the therapeutic alliance: validation, empathy, and genuine relatedness // *Building a Therapeutic Alliance with the Suicidal Patient /* Eds K. Michel, D.A. Jobes. Washington: American Psychological Association, 2011. P. 93–107.
16. Allen J.G. Mentalizing suicidal states // *Building a Therapeutic Alliance with the Suicidal Patient /* Eds K. Michel, D.A. Jobes. Washington: American Psychological Association, 2011. P. 81–92.
17. Bateman A., Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial // *Am. J. Psychiatry.* 1999. Vol. 156, N. 10. P. 1563–1569.
18. Bateman A., Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18 month follow-up // *Am. J. Psychiatry.* 2001. Vol. 158. P. 36–42.
19. Bateman A., Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual // *Am. J. Psychiatry.* 2008. Vol. 165, N. 5. P. 631–638.
20. Fonagy P., Luyten P., Bateman A. Translation: Mentalizing as treatment target in borderline personality disorder // *Personal Disord.* 2015. Vol. 6, N. 4. P. 380–392.
21. Carroll R., Metcalfe C., Gunnell D. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: Systematic review and meta-analysis // *PLoS One.* 2014. Vol. 9, N. 2. Article ID e89944.
22. Owens D., Horrocks J., House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review // *Br. J. Psychiatry.* 2002. Vol. 181, N. 3. P. 193–199.
23. van Heeringen C., Jannes C., Buylaert W., Henderick H. Risk factors for noncompliance with outpatient aftercare // *Suicide Prevention /* Eds D. Leo, A. Schmidtke, R.F.W. Diekstra. Dordrecht, Netherlands: Springer. 2002. P. 211–218.
24. Fleischmann A., Bertolote J.M., Wasserman D. et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries // *Bull. World Health Organ.* 2008. Vol. 86, N. 9. P. 703–709.
25. Luxton D.D., June J.D., Comtois K.A. Can post-discharge follow-up contacts prevent suicide and suicide behavior? A review of the evidence // *Crisis.* 2013. Vol. 34, N. 1. P. 32–41.
26. Cooper J., Hunter C., Owen-Smith A. et al. Well it's like someone at the other end cares about you. A qualitative study exploring the views of users and providers of care of contact-based interventions following self-harm // *Gen. Hosp. Psychiatry.* 2011. Vol. 33, N. 2. P. 166–176.
27. Bertolote J.M., Fleischmann A., De Leo D. et al. Repetition of suicide attempts: Data from emergency care settings in five culturally different low- and middle-income countries participating in the WHO SUPRE-MISS Study // *Crisis.* 2010. Vol. 31, N. 4. P. 194–201.
28. De Leo D., Milner A. The WHO/START study: Promoting suicide prevention for a diverse range of cultural contexts // *Suicide Life Threat. Behav.* 2010. Vol. 40. N 2. P. 99–106.
29. Morgan H.G., Jones E.M., Owen J.H. Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm // *Br. J. Psychiatry.* 1993. Vol. 163. P. 111–112.
30. Kapur N., Gunnell D., Hawton K. et al. Messages from Manchester: Pilot randomised controlled trial following self-harm // *Br. J. Psychiatry.* 2013. Vol. 203. P. 73–74.
31. Carter G.L., Clover K., Whyte I.M. et al. Postcards from the EDge: 5-year outcomes of a randomised controlled trial for hospital-treated self-poisoning // *Br. J. Psychiatry.* 2013. Vol. 202, N. 5. P. 372–380.

32. Gunnell D., Frankel S. Prevention of suicide: Aspirations and evidence // BMJ. 1994. Vol. 308, N. 6938. P. 1227–1234.
33. Ougrin D., Tranah T., Stahl D. et al. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 2015. Vol. 54, N. 2. P. 97–107.
34. Leavey K., Hawkins R. Is cognitive behavioural therapy effective in reducing suicidal ideation and behaviour when delivered face-to-face or via e-health? A systematic review and meta-analysis // Cogn. Behav. Ther. 2017. Vol. 46, N. 5. P. 353–374.
35. Gotzsche P.C., Gotzsche P.K. Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: Systematic review // J. R. Soc. Med. 2017. Vol. 110, N. 10. P. 404–410.
36. DeCou C.R., Comtois K.A., Landes S.J. Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis // Behav. Ther. 2019. Vol. 50, N. 1. P. 60–72.
37. Riblet N.B., Shiner B., Young-Xu Y., Watts B.V. Strategies to prevent death by suicide: Meta-analysis of randomised controlled trials // Br. J. Psychiatry. 2017. Vol. 210, N. 6. P. 396–402.
38. Smith G.C., Pell J.P. Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: Systematic review of randomised controlled trials // BMJ. 2003. Vol. 327, N. 7429. P. 1459.

Часть IV. Специальная психотерапия

Глава 31. Психотерапия зависимостей

Современное «текущее» общество по определению З. Баумана характеризуется отсутствием стабильности, высокими скоростями, переизбытком информации, слабыми связями, приоритетом потребления, размытыми ориентирами и девальвацией опыта старшего поколения [3]. Все это и многое другое создает условие для кризиса привязанности, лежащего в основе генеза психических нарушений, в том числе и аддикций, рост которых с конца XX в. отмечен во всем мире. Появляются все новые и новые объекты аддикции: вещества, предметы, процессы.

Потребность в Другом — базовая человеческая потребность. Привязанность противопоставлена зависимости и определяет способность быть с Другим без страха поглощения или разрушения в этом взаимодействии. Это способность к обретению, сохранению, разрушению и восстановлению своих границ во взаимодействии с миром. Фрустрация потребности в Другом и нарушение способности взаимодействия с собственными границами (и границами другого человека) лежит в основе аддиктивного и зависимого поведения.

Терминология. Аддикция, зависимость, аддиктивное и зависимое поведение, — нередко эти термины используются как синонимы, что вносит путаницу в понимание и представление. В 1985 г. А.Е. Личко ввел понятие *аддиктивного поведения* в отечественную психиатрию, наркологию и психологию. Под этим термином он понимал *злоупотребление различными ПАВ, изменяющими психическое состояние, включая алкоголь и курение табака до того, как от них сформировалась зависимость*. Позже в 1991 г. Ц.П. Короленко включил в понятие аддиктивного поведения не только потребление ПАВ, но и потенциальные нехимические (поведенческие) зависимости [7]. Аддиктивное (зависимое) поведение — это еще не болезнь, а форма девиантного (отклоняющегося от социальной нормы) поведения.

Говоря об **аддикции** или **зависимости**, как правило, предполагают сформировавшийся синдром зависимости, то есть *речь идет о заболевании*. В этом случае аддикция и зависимость являются синонимами.

Зависимость от того или иного вида вещества или вида деятельности имеет свою специфическую картину развития и течения, определяемого именно объектом зависимости (вещество, игра, секс, отношения и т.д.), и влиянием его на биологическую составляющую биопсихосоциального заболевания (особенностями изменения функционирования нейромедиаторных систем организма и психопатологической симптоматики). Однако имеется и универсальность отдельных патопсихологических и социальных феноменов, определяющих общность подходов в психотерапии любых видов зависимостей.

В определении Ц.П. Короленко, «Аддикция — это деструктивное поведение, которое выражается в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания не определенных предметах или активностях (видах деятельности), что сопровождается развитием интенсивных эмоций» [7].

Деструктивное поведение предполагает наличие сверхценности объекта аддикции, другими словами человек одержим веществом, игрой, работой или иным вождленным предметом или действием. Эта страстность в обладании нарастает, необходимо все большее его количество и все больше времени пребывания в этом состоянии, а если объект становится недоступен, возникает симптом отмены, характеризующийся плохим, порой злобным

настроением, раздражением, унынием и даже физическим неблагополучием (синдром психической и физической зависимости). Внутри- и межличностные конфликты разрушают личность и межличностные отношения, нарушается социализация. Несмотря на последствия, человек продолжает совершать «неразумные» с точки зрения окружающих поступки. При давлении извне он может прекратить аддиктивное поведение, но через некоторое время с большой вероятностью вновь вернется к нему, возникает рецидив. Деструктивное поведение — это разрушение мира вокруг и самого себя, которое страдающий аддикцией не может долгое время признать (анозогнозия).

Вторым ключевым звеном в понятии аддикции является уход от реальности, что подразумевает под собой дистанцированность от реальных взаимоотношений между людьми. Именно во взаимоотношениях удовлетворяются многие потребности, что сопровождается переживанием положительных эмоций, ощущением удовлетворения. Такие отношения в медицинской психологии носят название «питающие», дающие не только физическую пищу, но и тепло, любовь, заботу, безопасность, признание, нежность. Доступность такого взаимодействия с другими людьми определяет надежность и доверие к миру. В современном обществе подобные отношения в дефиците. Другой не рассматривается как партнер, с кем можно разделить переживания, контейнировать аффекты, затрудняется коммуникация и обесценивается построение близких отношений в настоящем и будущем. Виртуальный мир, мир предметов и веществ заменяет мир людей, тем более он более управляем и, в этом смысле, надежен.

Развитие интенсивных эмоций — необходимый компонент аддиктивного поведения.

Интенсивные эмоции сами по себе становятся ценностью, они дают переживания жизненности, то есть того, что человек чувствует себя живым. Мотивация направлена на поиск ярких переживаний. Вне аддикции это чувство теряется, остается серость, пустота, скука. Человек не чувствует себя полноценным без объекта аддикции. Теряется наполненность и смысл жизни, что ведет к суицидальному поведению.

Можно выделить следующие ключевые универсальные патопсихологические и психодинамические феномены, сопровождающие зависимости (аддикции).

1. *Анозогнозия* — отрицание наличия аддикции или частичное формальное признание ее. Практически все объекты аддикции присутствуют в обыденной жизни человека, и контакт с ними не рассматривается как нечто болезненное, тем более они могут приносить в жизнь удовольствие и удовлетворение, помогать системе саморегуляции (постепенно переводя ее на новый болезненный уровень функционирования).

Часть IV. Специальная психотерапия

2. *Нарушения мотивационной сферы* тесно связаны с патологией личности (определяют патологическое влечение при зависимости от ПАВ).

3. *Трудности в управлении аффектами* (от их распознавания до поиска формы проявления в среде адекватно актуальной ситуации).

4. *Потеря контроля* над поведением и жизнью.

5. *Девальвация ценности межличностных отношений*, рассмотрение другого человека с точки зрения функциональности, как объекта для удовлетворения потребностей.

6. *Нарушения в установлении контакта с окружением, определяемого отсутствием доверия к «миру людей»*, что лежит в основе трудностей в построении терапевтического альянса.

7. *Нарушения в установлении и оперировании собственными границами и границами другого человека.*

8. *Неустойчивая самооценка.*

9. *Наличие травматического опыта.* Дж. Пинтус (2018) выделяет два типа травмы:

- первый тип травмы представляет собой ответ на острую травму (стресс), иными словами, это способ совладания с ней, например, начало употребления ПАВ в результате потери близкого человека (невозможность совладать со стрессом в данном случае может быть обусловлено недостатком ресурсов как личностных, так и средовых, так как обычно помощь в совладании со стрессом позволяет отказаться от аддиктивного поведения.);
- второй тип травмы рассматривается как аддикция раннего возраста, при которой стремление к интенсивным чувствам вознаграждения является доминирующим, другие способы испытания удовольствия отходят на задний план, а навыки отношений остаются проблемными.

10. *Дисфункциональная семейная система и наличие патологизирующего семейного наследования* (концепция Э.Г. Эйдемиллера, 2008). Согласно данной концепции в дисфункциональных семьях посредством патологизирующего семейного воспитания

происходит передача эмоциональных, когнитивных, поведенческих паттернов от поколения к поколению с их усилением вплоть до возникновения симптоматического поведения (болезни) у идентифицированного пациента. Это может объяснять накопление и передачу зависимых черт личности с усугублением их проявления до возникновения химической зависимости у молодого поколения и возникновение созависимости у их родителей, как ответ зависимой личности на тяжелую болезнь близкого человека.

Химическая зависимость является «квинтэссенцией и гротеском» проявления зависимости, социально значимым заболеванием, именно поэтому ей уделяется большое внимание в литературе, посвященной психотерапии наркологических больных.

Психотерапия химической зависимости. Становление и развитие психотерапии химической зависимости в нашей стране (и за рубежом) главным образом пришлось на годы распространения употребления опиатов. Лечение зависимости от алкоголя и наркотиков было и ранее (известный психоаналитический подход, разработанный З. Фрейдом и его школой), но массовое распространение героина в популяции привело к необходимости разработки психотерапевтических программ по лечению и реабилитации. Схожесть в изменениях на нейромедиаторном уровне, задействование тех же систем в генезе развития опиоидной и алкогольной зависимости позволяло объединять подходы и работу с этими группами пациентов. Однако отличия в проявлениях психопатологических феноменов при употреблении других видов ПАВ (психостимуляторов, «дизайнерских» наркотиков») вызывают необходимость коррекции психотерапевтического вмешательства. Глубина и быстрота поражения при их употреблении требует быстрого ответа, по сути «ургентной» психотерапии, что в большей степени обеспечивается поведенческими техниками и ограничивающей терапевтической средой, препятствующей разрушению. Универсальными остаются характеристики такой среды: с одной стороны принятие и эмпатия, с другой — четкие ясные границы, что обеспечивается правилами, сеттингом и контролем. Такое сочетание дает ощущение стабильности и обеспечивает возможность формирования доверия к миру «людей», возможности быть с другими и удовлетворять свои потребности в этом контакте.

Особенности взаимоотношений между терапевтом и пациентами наркологического профиля характеризуются тем, что участники часто оказываются в ситуации невозможных ожиданий и запросов, в которой специалист находится в зоне противоречий виденья ситуации пациентом и своим, или противоречий, когда окружающие пациента близкие не имеют общего мнения относительно того, что могли бы сделать специалисты. Профессиональные и личные ценности медицинских специалистов вступают в конфликт с этической и практической ориентированностью государственных и коммерческих организаций здравоохранения, их бюрократическим аппаратом. Для разрешения этого противоречия наиболее подходящей является концепция J. Szweitzer (1995) системной философии «услуг», ориентированной на пациента — на то, что субъективно желает пациент, а не на представления профессионалов о том, что ему необходимо. Работа, ориентированная на больного, помогает сэкономить излишние усилия, особенно когда прямые требования пациентов отсутствуют, а к профессионалу предъявляют требования третьи лица (родственники, органы социальной защиты или правоохранительные органы) [2, 13, 16].

В ситуации, в которой формируются невозможные ожидания и запросы, пациенты редко самостоятельно способны сформулировать свои желания и потребности, они в большей степени склонны говорить о жалобах, чем о том, в чем они действительно нуждаются, а также, они убеждены, что другие не будут действовать так, как хотелось бы им, поэтому считают выражение своих желаний бесполезным. С одной стороны, они исключают себя из коммуникации, но для получения социальных льгот говорят то, что от них желают слышать. Все это ведет к десубъективизации отношений и поддержанию контакта с «миром предметов и вещей».

Часть IV. Специальная психотерапия

Для преодоления зависимости необходимо возвращение к межличностному взаимодействию, ценности отношений с Другим. Именно поэтому необходимость формирования излечивающих отношений с терапевтом подчеркивается представителями всех трех направлений в психотерапии зависимости. Описывая психоаналитическое лечение зависимости от алкоголя в очерке психоанализа и аналитической психотерапии А. Хайгл-Эверс, Ф.С. Хайгл и Ю. Отт (2001), подчеркивают, что «при терапии таких нарушений очень важно достичь первого смягчающего воздействия на дефицитарные реперзентации и структуры пациента; это осуществляется посредством интенсивных усилий, направленных на установление основных представлений об участии, уважении, принятии, которые могут достигаться через переживание разделенности судьбы» [18]. Д.И. Шустов, О.Д. Тучина (2016) в современном руководстве по психотерапии алкогольной зависимости акцентируют внимание

врачей «на редком для отечественной психотерапевтической культуры пути исцеления психики зависимого через формирование излечивающих отношений с терапевтом» [19]. Диссертационное исследование М.Ю. Городновой (2016), базирующееся на полевой парадигме гештальт-терапии, посвящено обоснованию необходимости создания лечебной среды наркологического стационара наполненной эмпатическим присутствием Другого, как определяющего условия эффективности оказания полипрофессиональной помощи зависимым от ПАВ. Разработанный П.В. Тучиным под руководством Т.В. Агибаловой метод альянс-центрированной краткосрочной психотерапии пациентов с опиоидной зависимостью способствует улучшению комплаенса за счет усиления эмпатической связи и сотруднических отношений между пациентом и врачом [1]. Базовый подход в психотерапии зависимости — мотивационное интервью основано на гуманистическом «духе», подразумевающим сотрудничество.

В клинических рекомендациях по медицинской реабилитации больных наркологического профиля, разработанных сотрудниками Научно-исследовательского института наркологии — филиала ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы» (2015), рекомендованы следующие методы психотерапии наркологических больных: мотивационное интервью, когнитивно-поведенческая психотерапия, комплаенс-психотерапия, клиент-центрированная психотерапия по К. Роджерсу, рациональная психотерапия, гипносуггестивная психотерапия (предметно-опосредованные методы, эмоционально-стрессовая психотерапия, метод чреспредметного внушения), психодрама, гештальт-терапия, групповая психотерапия, психодинамическая психотерапия, транзакционный анализ, семейная психотерапия, альянс-центрированный метод краткосрочной психотерапии.

Выбор метода будет во многом определяться уровнем оказания психотерапевтической помощи и предпочтениями (умениями) самого психотерапевта.

Следует признать актуальным традиционное требование психоаналитических терапевтов: наркозависимые пациенты должны быть свободны от наркозависимого поведения в течение последнего времени, вплоть до двух лет, и у пациента должна быть достаточная сила Эго, чтобы проходить психоаналитическую терапию. Это условие подчас является непреодолимым препятствием для наркологических больных. Целостная психотерапия психоаналитического типа играет свою роль в реконструкции или конструкции идентичности потребителя наркотиков, но очевидно, она недостаточна для работы по депрограммированию «информационного вируса зависимости».

В США в 90-е годы прошлого столетия был выработан более прагматичный и целостный подход, принятый психоаналитиками и психотерапевтами, который во многом открывает большие возможности для дальнейшей интеграции разных методов психотерапии. Данный подход, хотя во многом подчеркивает значение трезвости пациента, больше ориентирован на «здесь и сейчас», с акцентом на рабочие взаимоотношения между наркозависимым индивидуумом и психотерапевтом, а не на работу с вытесненным в подсознание материалом. В современных американских психоаналитических воззрениях, не сосредоточенных более на либидоносных и регрессивных аспектах наркомании, основное внимание уделяется изъянам в эмоциональной сфере и структурах личности, ответственных за регулирование и поддержание самооценки, заботы о себе и межличностных отношений.

Большинство специалистов текущего столетия считают когнитивно-поведенческую терапию терапией выбора в работе с наркозависимыми пациентами, особенно на первых этапах работы. Некоторые специалисты в области наркомании считают, что из ста обследованных лишь незначительное меньшинство пригодно для психодинамической терапии, но, вероятно, более чем пятидесяти удастся помочь в рамках когнитивно-поведенческого и других психотерапевтических подходов. Остальным показано только соматическое лечение, заместительная терапия и чисто поведенческие подходы. Когнитивно-поведенческие подходы могут помочь первичным пациентам перейти к терапии, больше ориентированной на инсайты. Данное положение не исключает использование методов или подходов других направлений. Общепризнанным является необходимость опоры в мотивационном интервью на известную триаду К. Роджерса: безусловное принятие, эмпатия и конгруэнтность.

Понимание психодинамики пациента и процесса взаимодействия с ним позволяет психотерапевтам более эффективно реализовывать интервенции в рамках любого направления.

Приоритетными формами работы является групповая психотерапия и индивидуальное психологическое консультирование, при этом важным направлением остается работа с родными и близкими пациентов.

Психотерапевтические мишени в различные этапы становления ремиссии повторяются, и психотерапия строится по принципу раскручивающейся, углубляющейся спирали, каждый виток которой определяет глубину исследования и проработки проблемы, время,

затраченное на ее разрешение, и косвенно может указывать на выбор психотерапевтического метода.

В дальнейшем изложении описываются особенности оказания психотерапевтической помощи на разных витках (уровнях) «спирали», обращая внимание на ограниченность психотерапевтического вмешательства, определяемую потребностями пациентов разных уровней.

М.Ю. Городновой (2016) выделяются пять уровней оказания мультипрофессиональной, в том числе психотерапевтической помощи, исходя из преобладающей потребности пациента в отношении употребления ПАВ. Выделение данных уровней позволяет предоставлять помощь исходя из актуальных потребностей пациента и членов его семьи — определяющего условия присоединения к пациенту и/или семейной системе. Признание актуальной потребности не означает необходимости ее удовлетворения, но создает возможность формирования иных потребностей, в том числе потребности в отказе от употребления ПАВ, что совпадает с основной задачей, стоящей перед системой оказания наркологической помощи в нашей стране.

Уровень 1. Активные потребители ПАВ, удовлетворяющие актуальную потребность в употреблении. Они не нуждаются в наркологической помощи и не обращаются за ней. Это контингент, на удовлетворение потребностей которого рассчитаны программы снижения вреда (предоставление жилья, условий безопасного потребления и т.д.).

Уровень 2. Активные потребители ПАВ, обратившиеся за специализированной помощью, но без мотивации к отказу от употребления ПАВ. Это пациенты, которые стремятся «сбить дозу» и вернуться к «контролируемому» употреблению. Их обращение в наркологическую службу связано с желанием облегчить страдания, обусловленные употреблением, но не прекратить его.

Часть IV. Специальная психотерапия

Уровень 3. Пациенты, стремящиеся к отказу от употребления наркотиков и обращающиеся за многоплановой помощью. Потребность в отказе от наркотика находится в стадии формирования, носит неустойчивый характер. Как правило, пациент заявляет о своем желании словами «Я хочу прекратить употребление».

Уровень 4. Пациенты, которые приняли решение прекратить употребление и сохранять трезвость. Чаще всего это участники реабилитационных программ, которые ищут ответ на вопрос «Как сохранить трезвость?»

Уровень 5. Пациенты, находящиеся в устойчивой ремиссии более 2–3 лет. Они имеют иные потребности, не связанные напрямую с проблемой употребления ПАВ. Рассмотрим все уровни последовательно.

Психотерапия 1-го уровня. Оказание помощи пациентам первого уровня заключается в предоставлении им возможности удовлетворить их актуальные потребности, такие например, как потребность в безопасности, базовые потребности в еде, сохранении жизни и здоровья. Пациенты нуждаются в предоставлении низкопороговой помощи, это контингент на чьи потребности рассчитаны мало представленные в нашей стране программы снижения вреда. Именно поэтому многие пациенты, не нуждаясь в специализированной помощи, обращаются в наркологический стационар из-за отсутствия у них жилья, еды, в ситуации преследования со стороны правоохранительных органов и т.д. При возможности удовлетворения их потребностей за пределами стационара они быстро покидают его. Психотерапевтическое вмешательство на этом этапе ограничивается присоединением, поддержкой и помощью в осознании клиентом своих потребностей иного (более высокого) уровня, но отталкивается всегда от актуальной потребности пациента, признавая за ним право на выбор поведения и стиля жизни (даже употребление ПАВ, что для профессионального мышления в отечественной наркологии продолжают оставаться трудно принимаемой идеей). Наши зарубежные коллеги уже давно отошли от положения 1990-х годов: «абстиненция (трезвость) — это основа свободы от наркотиков». Еще в 2008 г. на международной конференции руководитель центра помощи токсикоманам в Париже, врач-психиатр Мишель Лис говорил: «Мы смогли, наконец, найти нашу действительно общую с пациентом задачу: его выживание, а не только его трезвость, как простое продолжение его существования, ... поэтому задачей лечения является, прежде всего, увеличение возможностей контроля над употреблением». Развивая эту идею, необходимо подчеркнуть важность признания критерия эффективности лечения наркологических пациентов — улучшение их качества жизни. Признание потребностей пациента, отказ от обвинений и принуждения к лечению и реабилитации, позволяет сохранить их доверие к системе оказания наркологической помощи и обеспечивает возможность формирования у них потребности в отношении прекращения употребления ПАВ, как условия желаемых жизненных изменений.

Психотерапия 2-го уровня. На втором уровне пациенты заинтересованы в получении наркологической помощи для облегчения последствий употребления. Обычно они рассчитывают на возможность контролируемого употребления после лечения, без изменения обычного уклада жизни. Признание их права на выбор пути позволяет сохранить приверженность к системе оказания полипрофессиональной наркологической помощи. Пациент, имеющий страдания, связанные с последствиями употребления, и желающий избавиться от них, является более доступным в плане работы с его мотивацией. Известна особенность влияния ПАВ на мотивационную систему потребителя наркотиков — постепенно поглощая все предшествующие глубинно-личностные мотивы, мотив употребления разрастается и становится главным, доминирующим мотивом. Мотив изменения сознания с помощью ПАВ меняет и конкретно — ситуативные мотивы, так что все их содержание становится связанным с наркотической или алкогольной тематикой. Именно поэтому общепризнанным базовым методом психотерапии зависимости является мотивационное интервью.

Концепция мотивационного интервью, описанная в 1983 г. У. Миллером, была разработана, прежде всего, для людей, имеющих проблемы с алкоголем. В дальнейшем она получила свое развитие в работах Уильяма Р. Миллера и С. Роллника (1991), представивших более детальное описание клинических методик [9].

Транстеоретическая модель поведенческого изменения Д. Прохазки, Дж. Норкрасса и Карло ди Клементе (1984, 2013), выступает основой мотивационного интервьюирования. Модель предполагает шесть стадий готовности к изменениям:

- 1) стадия предварительных размышлений характеризуется тем, что пациент даже не задумывается о переменах, с его точки зрения проблем не существует;
- 2) стадия размышления — на ней пациент испытывает амбивалентность относительно своего поведения или привычек, «кажется не все в порядке»;
- 3) стадия принятия решений — пациент ощущает, пусть даже в течение короткого времени, готовность заняться своей проблемой;
- 4) стадия действий — пациент применяет модели поведения, предназначенные для разрешения своей проблемы;
- 5) стадия поддержки или сохранения изменений — пациент использует различные навыки, чтобы не допустить повторения проблемы;
- 6) рецидив — пациент снова возвращается к проблемному поведению [14].

Авторы метода рекомендуют использовать вместо «рецидив» — «повторение цикла», как более точное и менее патологизирующее определение, которое подчеркивает стадийность изменений и необходимость новых способов действий в поддержании мотивации в достижении нужных модификаций поведения.

Четкое определение метода мотивационного интервьюирования дают У. Миллер и С. Роллник: «Мотивационное интервьюирование является направляющим, клиенто-центристским стилем консультирования, направленным на то, чтобы вызвать изменения в поведении пациента посредством анализа и разрешения амбивалентности». Оно характеризуется не столько используемыми приемами, сколько самим духом консультирования, основанным на облегчающем стиле межличностных взаимодействий. Вариаций приемов консультирования может быть столько же, сколько различных пациентов. Ориентирующий дух и стиль данного метода можно охарактеризовать несколькими ключевыми моментами:

Часть IV. Специальная психотерапия

1. Мотивация к изменению поведения возникает у самого клиента, а не навязывается ему извне. В основе этого лежит осознание и актуализация внутренней системы ценностей и целей клиента с тем, чтобы стимулировать изменение поведения.
2. Именно клиент, а не терапевт должен сформулировать и разрешить собственную амбивалентность. Последняя принимает форму конфликта между возможными направлениями действий (например, потворство против самообладания), каждое из которых имеет как преимущество, так и недостатки. У многих пациентов отсутствует возможность проговорить запутанные, противоречивые и имеющие исключительно личный характер элементы этого конфликта. Например, «Если я приму решение проходить реабилитационную программу в загородном центре, то я смогу оставаться трезвым, но с другой стороны мне придется уволиться с работы, потерять хорошее место, остаться без денег, а это делает меня зависимым от родителей (жены, друзей и т.д.), что вызывает во мне злость». Задача психотерапевта в данном случае помочь клиенту максимально полно выразить обе стороны амбивалентности и направить его к принятию приемлемого для него решения, которое может повлечь за собой изменение поведения.

3. Прямое убеждение не является эффективным методом разрешения амбивалентности. Часто у консультанта может возникнуть искушение «помочь» наркозависимому, что базируется на предубеждении самого психотерапевта, о том, что наркозависимый не способен адекватно принимать решения. В таком случае психотерапевт начинает подталкивать клиента, убеждая его, что проблема требует неотложного решения, гарантируя изменение поведения. Данная тактика обычно вызывает усиление сопротивления клиента и вероятность изменений поведения снижается.

4. Стиль консультирования спокойный и проясняющий (выявляющий). Сам процесс достаточно медленный и соответствует темпу самого пациента. Агрессивные стратегии: прямое убеждение, агрессивная конфронтация и спор, — являются неприемлемыми. У. Миллер и коллеги обнаружили, что конфронтация положительно коррелирует с сопротивлением больного и отсутствием долгосрочных изменений в его поведении. Можно сделать ровно столько, сколько может сделать сам пациент.

5. Консультант направляет усилия на оказание помощи пациенту в анализе и разрешении амбивалентности. Именно амбивалентность или недостаток решимости пациента являются основным препятствием, которое необходимо преодолеть при запуске изменений. По достижению этого возможны дальнейшие интервенции, такие как обучение определенным умениям и навыкам поведенческого совладания. Однако это уже задачи иного метода.

6. Готовность к изменениям является не чертой больного, а результатом изменяющегося межличностного взаимодействия. Именно поэтому психотерапевт должен быть в высшей степени внимателен к любым проявлениям мотивации пациента. Сопротивление пациента расценивается, как переоценка готовности больного к изменениям, это обратная связь на поведение специалиста. В этом случае необходимо скорректировать стратегии мотивации. Для активизации у пациента желания изменить свое поведение, терапевту более важно не вызвать сопротивления, чем услышать его позитивные высказывания. (Данный феномен «профессионального пациента» хорошо известен специалистам. При нем пациент выступает в роли компетентного эксперта правильных изменений, сохраняя при этом «*status quo*» своего поведения.)

7. Взаимоотношения между терапевтом и пациентом являются в большей степени партнерскими или дружескими, нежели отношения, характерные для ролей эксперт–реципиент или учитель–ученик. Терапевт уважает автономию и свободу выбора пациента (а также последствий этого выбора) в вопросах его поведения. Выбор может быть любым, например, продолжение употребления. Тогда дальнейшая работа будет выстраиваться вокруг наиболее его «безопасного» способа.

Мотивационное интервьюирование — это межличностный стиль, который выходит за рамки формального консультирования. Это тонкий баланс направляющих и клиенто-центристских компонентов, объединенных философской концепцией и пониманием механизмов, запускающих изменения. Если же все превращается в набор трюков или технику манипулирования, то смысл метода теряется.

В то же время выделены конкретные модели поведения, которым психотерапевт может научиться:

- стремление понять «систему координат» пациента, в частности путем рефлексивного слушания;
- выражение принятия и аффирмации;
- выявление и усиление самомотивирующих высказываний пациента — выражения осознания проблемы, озабоченности, желания и намерения к изменению;
- мониторинг степени готовности пациента к изменениям и недопущение возникновения сопротивления, связанного с опережением больного терапевтом;
- подтверждение свободы выбора и самонаправления пациента.

Таким образом, метод мотивационного интервьюирования позволяет справиться пациенту с его амбивалентностью и сделать выбор, который и определит тактику дальнейшего психотерапевтического вмешательства. Для более полного знакомства с практическими и клиническими приемами можно обратиться к работам У. Миллера и С. Роллика (2017) [9]. Если пациент выбирает продолжение употребления (а таких большинство), то объем психотерапевтического вмешательства в рамках стационара будет ограничен информированием его о месте, объеме, порядке оказания ему разного вида помощи (психиатрической, инфекционной, социальной, юридической и т.д.). Именно поэтому психотерапевту необходимо хорошо ориентироваться в данных вопросах, и в случае работы мультипрофессиональной команды передавать этого пациента специалисту, в помощи которого в данное время пациент наиболее нуждается.

Пациенты второго и первого уровней находятся на стадии предварительных размышлений и их мотивация к изменениям определяется внешними факторами — угрозой со стороны среды. Пациент не признает проблемы и оказывается у врача под давлением близких. Задача

психотерапевта совместно с пациентом определить эти угрозы и их последствия для жизни пациента. Спокойное, уважительное обсуждение причины обращения, принятие точки зрения без оценки, уточнение и эмпатическое выслушивание целенаправленно ведут к осознанию влияния реакции среды на самого человека — его переживаниям, мыслям и действиям.

Часть IV. Специальная психотерапия

Если пациент принимает решение менять свое поведение, в том числе отказаться от употребления ПАВ, то с ним работают над укреплением его мотивации и подготовкой к действию. Это уже следующий уровень оказания психотерапевтической помощи.

Психотерапия 3-го уровня предполагает работу с пациентом, стремящимся к отказу от употребления ПАВ и обращающимся за специализированной многоплановой помощью, однако мотивация к отказу от ПАВ находится в стадии формирования и носит неустойчивый характер. Пациент находится на стадии размышлений или стадии принятия решений. Как правило, пациент заявляет о своем желании словами «Я хочу прекратить употребление». Продолжается работа в рамках мотивационного интервью с использованием идентификации и усилении самомотивирующих установок, например, с использованием мотивационного опросника (табл. 31.1).

Таблица 31.1. Мотивационный опросник

Что будет, если я приму участие в программе?	Чего не будет, если я приму участие в программе?
...	...
Что будет, если я не приму участие в программе?	Чего не будет, если я не приму участие в программе?
...	...

На стадии принятия решения пациент находит ответы на вопрос: каким способом и где он будет менять свое поведение, в данном случае, сохранять трезвость. В психотерапии идет обсуждение предпочтительной модели лечения (биологической, определенной технологии психотерапевтического воздействия или иного способа воздержания от ПАВ), различных действий, направленных на изменение своего поведения, средовых ресурсов (в том числе участие близких в реабилитационных мероприятиях). Большое значение имеет информирование пациента о существующих способах лечения наркологического заболевания, предоставление ему возможности выбора и указание ограничений и ожидаемых эффектов в каждом из них. Вместе с пациентом психотерапевт ищет ответы на следующие вопросы: Кто хочет изменений? Что изменить? Когда? Каким образом? С чьей помощью? Что препятствует изменению? Что способствует изменению? Как влияет употребление ПАВ на возможность изменений?

Психотерапия 4-го уровня предназначена для участников реабилитационных программ (стационарного или амбулаторного типа).

Психотерапевтическое вмешательство в данном случае носит многоплановый характер. Наряду с поддерживающей терапией на этом уровне активно используются конфронтация и реконструирование поведения.

Продолжается работа по стадиям изменений. На стадии действий необходимо планирование изменений. Нужен детальный план с указанием конкретных шагов, дат и критериев оценки их выполнения. «Формализм» является фактором, препятствующим таким часто присущим характеристикам наркологического больного, как хаотичность, импульсивность и беспечность. Усвоение новых стереотипов деятельности — структурированной, планируемой, контролируемой — должно быть соотнесено с реальными ресурсами пациента и, в конечном счете, вести к постановке достижимых целей, не вызывая дополнительной фрустрации. На стадии поддержки или сохранения изменений психотерапия направлена на формирование навыков минимизирующих риск рецидивов: формирование особого стиля отношения к провоцирующим ситуациям, навыки наблюдения и самонаблюдения, избегание критических ситуаций. В этот период хорошо зарекомендовал себя тренинг навыков отказа и противодействия давлению среды. Важно поддерживать самооффективность пациента, поощрение не только результатов, но и явных стремлений пациента к изменениям. Именно поэтому такая методика, как список похвальных дел позволяет заметить даже малые изменения, которые становятся базой и подтверждением достижения поставленных задач. В случае рецидива необходимо поддерживать стремления пациента к изменениям, приобретению нового опыта: нет ничего страшного, просто идет повторение цикла, как и при любом процессе изменений. Психотерапия по дезактуализации пораженческих установок на основе признания и актуализации стремления к изменению: «Ваше желание измениться действительно очень сильное. Желать измениться означает сохранить это желание вопреки

неудачам, препятствиям. Я вижу и уважаю Ваше стремление и усилия и готов содействовать в этом».

В случае возникновения сопротивления необходимо обратить внимание на стиль взаимодействия, именно ему сопротивляется пациент. Изменение в стиле, возвращение на позиции уважения, эмпатии, честности позволят вернуть рабочий альянс в отношения, на которые и опирается пациент в своем продвижении по стадиям изменений поведения. Ниже представлен «рабочий» инструмент, разработанный Т.В. Агибаловой для работы с наркологическими пациентами в рамках мотивационного интервью [1]. В таблице представлены фокусы и способы психотерапевтических интервенций на стадиях изменений (табл. 31.2).

Таблица. 31.2. Цели психотерапевтических интервенций на различных стадиях мотивации к изменениям

Стадия мотивации изменений	Цель мотивационного интервью	Открытые вопросы
Предварительных размышлений	Осознание негативных последствий употребления ПАВ	<ul style="list-style-type: none"> • Что именно Вы чувствуете по поводу употребления спиртного/наркотического вещества, которое имеет место в настоящий момент? • Что именно Вы чувствуете по поводу состояния собственного здоровья?
Размышлений об изменениях	Формирование мотивации на изменение поведения	<ul style="list-style-type: none"> • Что Вас беспокоит в связи с употреблением спиртного/наркотического вещества (с Вашим здоровьем)? • Что именно Вы хотели бы сделать по поводу данной проблемы (употребления спиртного)?
Принятия решений	Формирование мотивации на начало лечения	<ul style="list-style-type: none"> • Что вселяет в Вас уверенность в то, что сейчас подходящий момент для необходимых изменений? • Какие положительные/отрицательные стороны предстоящего лечения/программы Вы видите?
Действие	Выбор оптимального метода лечения	<ul style="list-style-type: none"> • Что Вы хотите получить в результате лечения? • Как лечение повлияет на Вашу дальнейшую жизнь? • Чем привлёк Вас выбранный метод лечения?
Поддержка	Совместное использование выбранного метода лечения	<ul style="list-style-type: none"> • Как Вы справляетесь со стрессом (другими трудностями) без алкоголя/наркотического вещества? • Что изменилось в Вашей жизни в лучшую сторону? • Чего Вам удалось достичь? • Как Вам помогает выбранный метод противорецидивной терапии?

Срыв (рецидив)	Уменьшение негативных последствий срыва, поддержка мотивации на продолжение лечения и поддержание отказа от потребления психоактивных веществ	<ul style="list-style-type: none"> • В чем Вы видите причины срыва/ рецидива? • Чему учит Вас ситуация срыва/ рецидива? • Какие коррективы Вы хотели бы внести в Ваш план лечения?
----------------	---	---

Часть IV. Специальная психотерапия

Исходя из понимания зависимости как болезни контроля, основными методами работы на четвертом этапе становится когнитивно-поведенческая терапия, предполагая, что отказ от наркотика есть истинная мотивация пациента и его целью является трезвая жизнь без ПАВ [8]. Многие реабилитационные программы являются поведенческими «жесткими», и достаточно большое количество пациентов уходит из них. Именно поэтому разрабатываются иные подходы в работе с пациентами, сохраняющими употребление. Например, программа «Точка трезвости» для пациентов с алкогольной зависимостью, разработанная на основе когнитивно-поведенческой психотерапии и мотивационного интервью и

предусматривающая введение пролонга налтрексона — Вивитрола[♦]. Программа разработана ведущими специалистами Российской Федерации, работающими с пациентами наркологического профиля в Москве и Санкт-Петербурге.

Согласно работам группы ученых под руководством А.Т. Beck, G. Marlatt и J. Gordon в когнитивной психотерапии расстройств, формирующихся в результате употребления ПАВ, акцент делается на выявлении и проверке мыслей об употреблении, изменении соответствующих убеждений, повышающих вероятность употребления этих веществ, обучении навыкам отказа от употребления ПАВ и профилактики рецидива.

Когнитивная терапия весьма структурирована. Важно максимально ясно и доступно объяснить пациенту структуру сессий и затем строго придерживаться установленного формата. Все это является важной техникой когнитивной терапии. Следование единой структуре и формату позволяет восстановить контроль пациенту над своими мыслями и действиями, что является важной задачей в лечении химической зависимости.

Довольно часто приходится встречаться с пациентами, которые плохо распознают свои эмоции. Вместо обозначения переживания они интерпретируют свое состояние или озвучивают свои мысли и представления, делают выводы. Это так называемое «сжимание» когнитивного процесса, и потом на терапии предлагается его «распаковывать», идентифицируя событие, мысль и эмоцию. Прежде всего, необходимо познакомить пациентов с различными эмоциональными состояниями, обучая идентифицировать их, ведя «Дневник чувств». Это вариант дневника работы с дисфункциональными мыслями по Дж. Бек. Сначала можно заполнять дневник без графы «Автоматические мысли» и адаптивного ответа на дисфункциональные мысли. Для оценки интенсивности эмоции можно использовать шкальную методику, давая в качестве домашнего задания заполнение графика настроения. Этот инструмент является как обучающим, так корректирующим и оценивающим динамику состояния пациента. Его можно комбинировать с другими поведенческими феноменами, например с оценкой выраженности тяги к употреблению или другой эмоциональной реакцией.

Инструкция к построению графика звучит следующим образом: «Отметьте на графике точку максимально хорошего настроения. Для этого вспомните ситуацию, когда вы испытывали максимально позитивные переживания, и ваше настроение было максимально хорошим. Затем на графике отметьте точку максимально плохого настроения, связав его с конкретной ситуацией. После этого, отталкиваясь от выставленных ориентиров, отметьте актуальное настроение на графике. Делайте это трижды в день, до следующей встречи. На этом же графике отмечайте также выраженность тяги к употреблению наркотика от 0 до 100%». В когнитивной психотерапии зависимых от ПАВ этап работы с автоматическими мыслями является центральным и предполагает осознанную и структурированную оценку автоматических мыслей, в том числе при наличии сопутствующих негативных эмоций. Необходимо выявить характерные для пациента дисфункциональные мысли, которые искажают восприятие ими реальности, вызывают негативные эмоции и препятствуют достижению поставленных целей. Эмоции, которые испытывает пациент, напрямую связаны с содержанием его автоматических мыслей. Этот постулат важно неоднократно повторять в начале и продолжении психотерапии.

Выявление автоматических мыслей пациента происходит непосредственно в сессии или анализируя воспоминания, представления (образы) по поводу проблемных ситуаций, возникающих между сессиями. Можно использовать ролевые игры, стоять гипотезы. Во всех

случаях ключом к выявлению автоматической мысли является основной вопрос когнитивной терапии «О чем Вы сейчас подумали?», который терапевт задает в момент появления здесь и сейчас эмоциональной реакции пациента.

Прежде чем приступить к работе с выявленной автоматической мыслью, терапевт определяет, действительно ли эта мысль является дисфункциональной. Он задает пациенту следующие вопросы.

1. Насколько Вы сейчас доверяете этой мысли (0–100%)?
2. Какие чувства и эмоции возникают у Вас из-за этой мысли?
3. Насколько интенсивны эти эмоции (0–100%)?

При высокой интенсивности выраженности соответствующей негативной эмоциональной реакции, высокой степени доверия автоматической мысли терапевт предлагает пациенту оценить эту мысль [15].

Автоматические мысли оценивают согласно критериям достоверности и выгоды. При различной психической патологии, преобладающем негативном фоне настроения автоматические мысли искажены и существуют вопреки объективным доказательствам. «Я не смогу отказаться от наркотика». Есть и точные автоматические мысли, но вывод, который делает пациент, может быть неверным. «Я не смогу быть независимым как обычные люди, поэтому для чего все эти старания». Третий тип автоматических мыслей — достоверные, но, бесспорно, деструктивные идеи: «Наркотик умеет ждать». Оценка достоверности и/или выгоды автоматических мыслей, а также адаптивный ответ на них обычно способствуют значительному улучшению эмоционального состояния пациента. Так, например, адаптивным ответом в примерах, приведенных выше, могут быть ответы: «Мне придется много сделать, чтобы отказаться от наркотика, но это не безнадежно», «Я не стану таким же, как независимые люди, потому что наркотик оставил след в моем организме, но я смогу жить как независимый человек», «Наркотик лишь вещество, к которому я могу вернуться или нет, выбор остается за мной». Основным методом психотерапии является работа с бланком дисфункциональных мыслей, для поиска адаптивного ответа можно использовать вопросы об автоматических мыслях, предложенные Дж. Бек.

1. Каковы доказательства, поддерживающие эту идею?
2. Каковы доказательства, противоречащие этой идее?
3. Существует ли альтернативное объяснение?
4. Что самое плохое может произойти? Смогу ли я пережить это? Что самое лучшее может произойти? Каков самый реалистичный исход?

Часть IV. Специальная психотерапия

5. Каковы последствия моей веры в автоматическую мысль?
6. Каковы могут быть последствия изменения моего мышления?
7. Что я должен делать в связи с этим?

8. Что я мог бы посоветовать *имя (другу)*, который находится в такой же ситуации?

Некоторые автоматические мысли могут быть полностью достоверными или, несмотря на оценивание, пациент может по-прежнему доверять сомнительным идеям, не отражающим всей реальности. Например, пациенты опираются на идею «Мне никто не сможет помочь в решении отказа от ПАВ, только я сам» и уходят из лечебной и реабилитационной программы. В таких случаях следует оценить выгоду автоматических мыслей: кому выгодно так думать?

Тому, кто стремиться выздороветь или тому, кто стремиться продолжать употреблять? Помогая пациенту осознать последствия его мышления, психотерапевт интересуется преимуществами и недостатками наличия подобной мысли: что произойдет, если Вы будете продолжать так думать, а что не произойдет, если Вы будете продолжать так думать? Что произойдет, если Вы откажетесь от этой мысли? Чего не произойдет, если Вы перестанете так думать? Так формируется адаптивный ответ на дисфункциональную мысль. Примером может служить следующий ответ на вышеприведенную автоматическую мысль: «Конечно, только я сам решаю отказываться мне от наркотика или продолжать употреблять его, но сейчас мне необходима помощь и поддержка группы и специалистов, ведь я по-настоящему болен, и только моих сил может быть недостаточно, чтобы преодолеть зависимость».

Работа с промежуточными и глубинными убеждениями идет на последующем этапе лечения, когда пациент уже овладел навыком работы с автоматическими мыслями, следуя когнитивной модели. Слишком раннее начало работы с убеждениями может привести к неудаче и снизить доверие к методу. Промежуточные и глубинные убеждения более стойкие и менее доступны критике. Они существуют как само собой разумеющиеся конструкции и имеют давнюю «историю» своего формирования. Автоматические мысли чаще касаются проблемы употребления, а промежуточные и глубинные убеждения напрямую не связаны с ней, и работа с ними продолжается в когнитивной концептуализации случая. Вместе с пациентом происходит поиск ответов на ряд вопросов.

- Как возникло глубинное убеждение и за счет чего оно поддерживалось?
- Какой жизненный опыт (особенно детский) мог способствовать возникновению и поддержанию данного глубинного убеждения?
- По каким правилам живет пациент?

На основе промежуточных убеждений пациент формирует компенсаторные стратегии, то есть то поведение, которое ему позволяет справиться с неприятными для него негативными глубинными убеждениями.

Главные предположения пациента (если.., то) часто связывают его компенсаторные стратегии с глубинным убеждением: «Если я (использую свою компенсаторную стратегию), тогда (мое глубинное убеждение не станет реальностью). Однако если я (не использую свою компенсаторную стратегию), тогда (мое глубинное убеждение может стать реальностью)». Это так называемые позитивные и негативные компенсаторные стратегии. Например, пациент, страдающий алкогольной зависимостью, часто говорит, что он никому не нужен. Похоже, что его глубинное убеждение звучит следующим образом: «Я не нужен». Его предположения следующие: «Если я буду много зарабатывать, заботиться о матери, жене, то я стану им нужным», «Но если я не смогу работать, буду больным (останусь в программе), то я буду не нужным». Исходя из негативных предположений, пациент выбирает возвратиться к работе и уйти из программы лечения.

Диаграмма когнитивной концептуализации должна быть понятной как терапевту, так и пациенту. Ее необходимо постоянно уточнять и исправлять по мере поступления новых сведений. В диаграмму вносят не только предположения, но и правила, и оценки. Терапевт представляет диаграмму пациенту в качестве техники, позволяющей разобраться в актуальных для него реакциях и ситуациях. Важно обратить внимание пациента на то, что убеждения усваиваются в процессе приобретения жизненного опыта, а не присущи человеку от природы, следовательно, их можно пересмотреть и изменить.

Создание новых убеждений — это совместный процесс. Однако чтобы правильно выбрать стратегию изменения старой идеи, терапевт мысленно формулирует более адаптивное убеждение и обсуждает его при заинтересованности пациента. Убеждение должно быть интегрировано пациентом, чтобы стать новым ядром для создания более адаптивной схемы. Показателем принятия им убеждения является высокая степень доверия этой мысли и улучшение эмоционального состояния.

Расстройства вследствие употребления ПАВ нуждаются в длительном лечении. Когнитивная терапия редко может быть единственным методом лечения (только в случае нетяжелой формы зависимости и сохраненных личностных и средовых ресурсов). Чаще всего когнитивная терапия является одним из мероприятий в комплексной системе лечения и реабилитации наркозависимых пациентов. Завершение когнитивной психотерапии идет параллельно с завершением прохождения этапов медико-психолого-социальной реабилитации. Пациент остается в поддерживающей среде групп само- и взаимопомощи, либо его успешная социализация позволяет ему найти поддерживающую среду за рамками сообщества. При позитивном результате в сохранении трезвости, после двух и более лет воздержания, некоторые пациенты могут обратиться за психотерапевтической помощью в разрешении их актуальных проблем, которые не связаны с потреблением ПАВ. Это новый психотерапевтический контракт — психотерапия пятого уровня.

Пример когнитивной психотерапии в работе с наркозависимыми пациентами. Вариант одного сеанса середины работы с пациентом, страдающим опиоидной наркоманией, проходящего программу из 30 еженедельных занятий в рамках когнитивной психотерапии. Каждое занятие имеет название и посвящено обсуждению определенной темы. Пациент заранее знает тему и готовится к ней, выполняя домашнее задание.

Часть IV. Специальная психотерапия

Индивидуальная тематическая встреча «Конфликты».

Цель встречи: обучение навыкам совладания в конфликтной ситуации.

План встречи стандартен для когнитивной терапии:

1. Краткая оценка текущего состояния и оценка настроения пациента.
 2. Связь текущей сессии с предыдущей.
 3. Определение повестки дня.
 4. Анализ домашнего задания.
 5. Обсуждение вопросов повестки дня, определение домашнего задания и периодичности подведения итогов.
 6. Заключительное подведение итогов встречи и запрос у пациента обратной связи.
- Краткая оценка текущего состояния и оценка настроения пациента проводится с помощью предоставленного графика настроения. Важно обратить внимание на динамику настроения за

последний месяц, сравнить ее с предыдущим периодом.

Связь текущей сессии с предыдущей проводится параллельно с оценкой текущего состояния пациента. С помощью вопросов устанавливается связь между активирующими событиями, настроением и действиями. Например: «Как видно из графика Ваше настроение после предыдущей сессии несколько снизилось, что происходило? Как Вы себе это объясняете? Какие мысли преследовали Вас?» Вопросы иного типа: «Что важного мы обсуждали на прошлой встрече? Беспокоило ли Вас что-либо в связи с предыдущей встречей? Есть ли то, о чем бы Вам не хотелось говорить?», — позволяют мягко вовлекать пациента в терапевтический процесс и получить психотерапевту обратную связь о сделанной или не сделанной совместной работе.

Определение повестки дня происходит благодаря ответам на вопросы, обозначенные выше, и прояснению актуального запроса пациента. Врач обозначает тему встречи «Конфликты». «В обычной жизни человек не может всегда уходить от конфликтов, иногда он вынужден или активно вовлекается в них. И в этом нет ничего страшного. Это всего лишь одно из событий жизни. Однако порой именно конфликты становятся причиной эмоционального напряжения, что может привести к наркотическому срыву. Именно поэтому эта тема включена в нашу Программу. Я предлагаю исследовать несколько вопросов, связанных с конфликтами и следующий план совместного обсуждения, который прошу Вас записать в тетрадь:

1. Что такое конфликты и что они для меня значат.
2. Насколько я конфликтный человек.
3. Как я могу вести себя в ситуации конфликта.
4. Какое поведение в конфликтной ситуации для меня сейчас предпочтительнее.
5. Как справляться с последствиями конфликта».

Анализ домашнего задания происходит в связи с темой дня. Исследуя дневник чувств, пациент и врач обращают внимание на связь конфликтных ситуаций с настроением, мыслями и поведением, преобладающими в этот момент. После этого переходят к совместному активному обсуждению повестки дня.

Обсуждение вопросов повестки дня, определение домашнего задания и периодичности подведения итогов являются важными составляющими программы. Пациент и врач активно ищут ответы на поставленные вопросы. Следует обратить внимание пациента на оценку того, что происходит с ним во время конфликта на всех уровнях: телесном, эмоциональном, когнитивном и поведенческом. Для этого можно обсудить конфликтную ситуацию, описанную пациентом в дневнике, либо попросить представить конкретный конфликт из прошлого. В обоих случаях просят пациента ярко представить эту ситуацию, описывая ее в настоящем времени, и обращают его внимание на возникающие проявления. Например: «Представьте сейчас себе, что Вы вновь переживаете встречу с отцом. Опишите мне все, что происходит с Вами, как если бы это было здесь и сейчас».

Пациент может начать со слов: «Сейчас я возвращаюсь домой и встречаю по дороге отца...»

Т. Опишите, как происходит встреча...

П. Я поднимаюсь по лестнице, а он выходит из квартиры...

Т. Что Вы видите?

П. Он смотрит на меня, усмехается и говорит, что я опять возвращаюсь рано.

Т. Что происходит далее?

П. Я начинаю злиться, он как будто радуется моим неудачам, что я не могу найти работу...

Т. Это Ваши мысли.

П. Да, я знаю, но он усмехается и говорит, что я должен сделать: вынести мусор, выгулять собаку, приготовить ужин... Напоминает, что я не убрал кровать и не вымыл за собой посуду...

Т. Что происходит с тобой.

П. Я еле сдерживаюсь. Я говорю, что он сам ничего не делает по дому, и что он целое утро провел у телевизора... Он начинает кричать и называет меня дармоедом.

Т. Что происходит далее?

П. Я прохожу мимо и толкаю дверь в квартиру, она закрыта. Слышу, как отец ворчит, что я сломаю дверь и от меня одни только убытки. Я стараюсь не слушать, достаю ключи, открываю дверь, вхожу в коридор и яростно ее захлопываю.

Т. Что Вы сейчас переживаете?

П. Я жутко зол, но не могу ничего поделать. Я еле сдерживаю слезы... (кусает губы, сжимает кулаки).

Т. Вы обижены?

П. Да, он не понимает меня. Он никогда не понимал и не помогал мне.

Т. Хорошо, достаточно. Давайте теперь обсудим.

Далее идет обсуждение по всем сферам того, что происходило:

- на телесном уровне (пациент сжимал кулаки, задерживал дыхание, краснел, кусал губы и т.д.);
- на эмоциональном (раздражался, злился, обижался, жалел себя);

- когнитивном («он радуется моим неудачам», «не могу ничего поделать», «он не понимает меня», «никогда не понимал и не помогал мне»);
- на поведенческом (сдерживался, обвинял, уходил из контакта, старался не слышать, хлопал дверью, сдерживал слезы).

Отвечая на вопрос «Насколько я конфликтный человек?», пациент обращается к своему опыту и дневнику чувств, оценивая конфликтность по 100-бальной шкале.

Переходя к обсуждению типичных стратегий поведения в ситуации конфликта, целесообразно опираться на полученный материал. В данном случае пациент избирал стратегии обвинения и ухода, что скорее всего отражает его привычный паттерн поведения. Следует обозначить связь между мыслью, эмоцией и выбранной стратегией поведения. «Посмотрите, когда Вы думаете, что отец радуется Вашим неудачам, Вы еле сдерживаете злость и начинаете его обвинять», «Вы думаете, что ничего не можете поделать и обижаетесь, еле сдерживая слезы и жалея себя». Специалист предлагает пациенту найти иные способы поведения в конфликтной ситуации, поощряя любые фантазии, что позволяет расширить его поведенческий репертуар. Предлагая идентифицироваться пациенту с другим, врач делает этот процесс менее болезненным. «Если бы на Вашем месте был другой молодой человек, как бы он мог поступить?»

Часть IV. Специальная психотерапия

П. Ну, не знаю. Вообще бы не стал останавливаться (продолжает демонстрировать свою привычную стратегию).

Т. Хорошо, что еще?..

П. Не знаю (сопротивление).

Т. Это же не Вы, а другой, который совсем на Вас не похож.

П. Что, подрался бы что ли?.. (дихотомическое мышление)

Т. Мог бы подраться.

П. Да, ну..? Ну не подраться, так наорать, высказать все, что думаешь.

Т. Да, есть, что сказать.

П. Бесполезно...

Т. Так Вы думаете и это Ваша ситуация, а мы же говорим про того, кто не является Вами.

П. Ну, послать его куда подальше...

Т. Ммм...

П. Или сказать, что надо бы поговорить. Спросить, чего усмехается...

Т. Ну....

П. Может, обсудить, может, он помог бы, ...ну это не про моего отца.

Т. Возможно...

П. Хотя... он помогает мне, платит за лечение. Вот только с работой не хочет помогать, говорит, что я его в прошлый раз подставил.

Т. Что еще?

П. Да вообще-то он не плохой, я вот только быстро завожусь. Злюсь, обижаюсь.

Т. Можно что-то менять, пробовать по-другому.

П. Возможно.

Т. Рассказывая о конфликте, в завершении Вы говорили о понимании. Это важно для Вас понимать друг друга?

П. Да. Надо больше говорить с ним... и не только с ним.

Далее идет обсуждение о предпочтительном варианте поведения в настоящем. Пациент выбирает для себя оптимальную безопасную стратегию поведения: варианты ухода, поиска компромисса, сотрудничества, игнорирования интересов другого.

В завершении обсуждения специалист обращает внимание на последствия конфликта, если он был неразрешен, то эмоциональное напряжение сохраняется или растет. В этом случае рекомендуется применять релаксационные техники и работу с «дневником чувств», с выявлением дисфункциональных мыслей и поиск конструктивного ответа на них. В данном примере пациент после выхода из конфликта испытывал сильное чувство обиды и жалости к себе, и определяющими мыслями были «он не понимает меня», «он никогда не понимал и не помогал мне». Для работы с дисфункциональными мыслями ему предлагается оценить их достоверность. Насколько пациент доверяет ей? Какие есть доказательства ее истинности и наоборот? Существует ли альтернативное объяснение события? Что самого плохого может произойти и переживет ли это пациент? Что самое лучшее может произойти? Каков самый реалистичный исход? Что произойдет, если пациент изменит свое мышление? Что должен делать в связи с этим? Отвечая на эти вопросы, пациент убеждается в иррациональности подобного мышления и находит более реалистичное, адаптивное толкование. Для постоянной работы над дисфункциональными мыслями (ошибками мышления) пациент имеет памятку в своей рабочей тетради.

Домашним заданием в данном случае является работа с дисфункциональными мыслями в ситуации конфликта и при выходе из нее. В течении последнего месяца пациент должен найти не менее пяти конфликтных ситуаций и выявить основные дисфункциональные мысли, после чего, оценив их, найти адаптивный ответ.

Заключительное подведение итогов встречи и запрос у пациента обратной связи. Стандартно встреча завершается подведением итогов. Пациент отвечает на вопрос: «Что сегодня я сделал для себя? Была ли полезна для меня сегодняшняя встреча?» Назначается следующая индивидуальная встреча и обозначается ее тема «Соппротивление».

Психотерапия 5-го уровня подразумевает разрешение трудностей и проблем, напрямую не связанных с употреблением ПАВ, и может быть реализована в любом психотерапевтическом подходе.

Психотерапия на всех уровнях может проводиться в разных формах: индивидуальной, групповой, семейной и их сочетании. Для пациента наркологического профиля необходимо задействовать множество ресурсов, лишь так возможно добиться эффективности в преодолении зависимости. Как подчеркивает Натали Касабо (2017) в работе с зависимыми: «В течение некоторого времени вы должны быть так же доступны, как и наркотик, и быть своего рода переходным объектом». А это значит, необходимо опираться на все возможные ресурсы отношений: семья, близкие, терапевтические группы и группы взаимопомощи.

Психотерапия семьи наркологического больного. Психотерапия строится исходя из актуальной потребности пациента в отношении употребления ПАВ в соответствии с выделенными выше уровнями. Понимание и принятие потребностей членов семьи на каждом уровне позволит психотерапевту избежать «искушения» вылечить семью согласно собственным представлениям о ее благе и необходимости отказа пациента от употребления ПАВ, а также позволит членам семьи сохранить уважение к себе, несмотря на существующую тяжелую социальную проблему и их причастности к этому. Необходимо учитывать длительность существующей проблемы. Так, работа с семьей впервые встретившейся с этой проблемой значимо отличается от работы с семьей, в которой член семьи длительно наркотизируется [10]. Помимо этого следует учитывать наличие ремиссий, их число и продолжительность.

Работа с семьей на 1-м уровне будет заключаться в оказании помощи семье для сохранения ее организации и оптимального функционирования. Прежде всего, это поддержка членов семьи. Пациент активно употребляет ПАВ и не принимает никакого участия в лечении. С одной стороны, здесь необходимо создать условия для защиты семьи от последствий употребления ее члена, а, с другой, — сохранить возможность обращения пациента к семейной системе в случае его решения принять специализированную помощь. Потребности членов семьи и пациента не совпадают, происходит «функционирование семьи без пациента». Семья может искать защиты и поддержки от специалиста, желать временного освобождения от приносящего страдания члена семьи. При длительно существующей проблеме семья, как правило, не имеет готовности к семейной психотерапии, направленной на избавление члена семьи от пристрастия. Признание потребностей в безопасности, отдыхе, права на «собственную жизнь» членов семьи является важным условием присоединения к семье и создания плацдарма для возможного будущего терапевтического альянса. В ситуации первой встречи с проблемой члены семьи могут быть активны в создании условий для пациента, при которых он будет вынужден столкнуться с последствиями своего употребления. В таком случае необходима поддержка стремления семьи в создании таких условий.

Часть IV. Специальная психотерапия

Оказание психотерапевтической помощи семье на 2-м уровне строится на поддержании устойчивости семейной системы к разрушающему действию потребления ПАВ одним из ее членов. Необходима поддержка и создание функциональных адаптивных семейных механизмов, сохраняющих психическое и физическое здоровье ее членов в случае возникшего ухудшения состояния больного. Пациент демонстрирует страдания, являющиеся следствием употребления ПАВ, ищет помощи и поддержки в их облегчении, но не имеет истинной потребности в изменении своего образа жизни. Пациент и члены семьи обращаются за специализированной наркологической помощью. Цели членов семьи и пациента «ложно» совпадают, как если бы лечение являлось общей задачей в избавлении от зависимости. В этом случае помощь семьи в удовлетворении желания пациента в лечении будет подкреплять его зависимое поведение (потребности в дальнейшем употреблении), поэтому работа с семьей нацелена на осознание роли семьи в поддержании этого поведенческого паттерна и отказ от него. Важно продолжать поддерживать семью, побуждая ее членов к удовлетворению их личных потребностей, придавая этому значимость и ценность. Члены семьи могут осознанно желать «временной передышки», хорошо понимая, что стационарное лечение скорее просто временная изоляция пациента, а не истинный его

отказ от ПАВ. При этом включаться в семейную терапию семья не намерена. Важно признать право членов семьи на их *осознанный* выбор, а не вызывать у них чувство вины. Слово «осознанный» выделено курсивом как ключевое слово, подразумевающее, что семья приняла ответственное решение.

На первом и втором уровнях также следует работать на преодоление сопутствующего феномена созависимости у членов семьи, укрепляя их собственные границы и способствуя идентификации их потребностей, ценностей и смыслов.

Работа с семьей на 3-м уровне выстраивается вокруг формирующейся потребности пациента в отказе от употребления ПАВ. Эта потребность является общесемейной и может служить для объединения всех членов семьи, включая пациента. Вовлечение семьи в работу на этом уровне может оказать решающее значение в укреплении мотивации пациента. После утвердительного ответа на вопрос «Хотите ли Вы прекратить употребление?» пациенту и его родственникам важно найти ответ на другой вопрос: «Как это можно сделать?» Актуализация существующих семейных ресурсов дает возможность справиться с испытываемым членами семьи ощущением беспомощности, позволяет им почувствовать себя способными к принятию решения. Вопросы следующего типа помогают обнаружить эти семейные ресурсы: «Какие кризисы в прошлом переживала ваша семья, и как их преодолевала?», «Кто и как из членов семьи может помочь?», «Какое влияние члены семьи имеют на больного?», «От чего Вам приходилось отказываться для решения сложных проблем в прошлом?» Опираясь на ресурсы, семья находит собственное решение для ответа на вопрос: «Что мы можем сделать для того, чтобы наш близкий прекратил употреблять ПАВ?»

Работа с семьей на 4-м уровне строится на потребности пациента сохранить трезвость. Это общее сознательное желание всех членов семьи, вокруг него и ведется работа. Важно, чтобы члены семьи осознали существующие в семье механизмы, сохраняющие и поддерживающие поведенческие паттерны, ведущие к возобновлению наркотизации, и изменили их. Основным вопросом этого этапа «Как сохранить трезвость?» Ответ на этот вопрос ищут все члены семьи, осознавая, как это связано с их потребностями и целями в жизни.

Работа с семьей на 5-м уровне практически не отличается от семейной психотерапии с семьей, имеющей трудности в преодолении горизонтальных и вертикальных семейных кризисов, стрессовых событий жизни. Это работа с привычными семейными паттернами, которые могут дестабилизировать семейную систему, и они напрямую не связаны с проблемой употребления ПАВ.

Системная семейная психотерапия наркозависимых семей. Модель структурной семейной терапии наркозависимых, предложенная в 80-е годы прошлого столетия американскими семейными психотерапевтами М.Д. Стентоном и Т.К. Тоддом, основана на структурном подходе, не требующем обращения к историческому прошлому семьи и анализа истинных причин происходящего. Важными теоретическими конструктами, лежащими в ее основе, являются понятия границ, подсистем, иерархии, триангуляции. Главный акцент делается на терапевтических изменениях, касающихся текущего взаимодействия. Усилия психотерапевта направлены на установление границ и перестройку семьи, нередко на основе проведения демаркационной линии между поколениями, отделяющей детей от родителей. Несмотря на то что данная модель была разработана авторами довольно давно для всех пациентов, проходящих лечение заместительной терапией, принципы ее реализации и подходы могут с успехом применяться в нашей действительности для молодых пациентов, с непродолжительным сроком наркотизации и имеющих средовые ресурсы (работа, обучение, эмоционально значимые отношения в семье).

В оригинальной модели семейная структурная терапия была дополнением к основной программе лечения опиоидной зависимости, постепенно становясь основным методом лечения. Общее количество семейных встреч от 10 до 18, с продолжительностью сеанса 1,5 ч. Модель основана на следующих допущениях: наркозависимый выполняет особую роль в семье, способствует поддержанию ее стабильности, которая существует до тех пор, пока молодой человек связан с семьей своим деструктивным поведением. Двое взрослых в семье общаются между собой посредством молодого человека. Задача психотерапии состоит в освобождении молодого человека из этого треугольника для того, чтобы он мог жить нормальной жизнью, а стабильность семьи перестала зависеть от наличия проблемного ребенка. Следует отметить, что теория нарушения сепарации была весьма популярна во времена становления семейной психотерапии и лежала в основе описания множества патологий, в том числе в генезе возникновения и развития шизофрении. Современная семейная психотерапия (и не только семейная) в большей степени опирается на теорию «дефицита», наличие которого не позволяет системе естественно развиваться. Его выявление и восполнение позволит разрешить актуальный семейный кризис и поспособствует дальнейшему развитию семьи.

В оригинальной версии реализации модели имеются обязательные условия — наличие одного единственного семейного психотерапевта, который является одновременно и врачом-наркологом, нежелательна работа команды и применение других видов

психотерапии. В отечественной практике семейный психотерапевт является одним из участников команды и с первых дней включается в контакт с пациентом и его окружением, тесно взаимодействуя с врачом-наркологом и другими членами мультидисциплинарной команды.

Принципы проведения структурной семейной психотерапии.

1. Присутствие всех членов семьи на первом интервью, включая членов прародительской и настоящей семьи наркозависимого. Несмотря на то что основная задача состоит в том, чтобы сделать молодого человека более независимым, одного или вместе с супругой(ом), необходимо сначала «вернуть» его назад, в родительскую семью. Присутствие прародительской и настоящей семьи в обычной практике явление не столь часто встречающееся, в основном приходится работать с родителями наркозависимого, а не с его супругой(ом).

Часть IV. Специальная психотерапия

2. Не обвинять родителей, а убедить в том, что именно они являются лучшими терапевтами для своего проблемного ребенка и, таким образом, переложить на них основную ответственность за решение проблем молодого человека. Сопротивление изменениям — универсальный фактор любой психотерапии. Переживаемое чувство вины при его усугублении приводит к срыву контакта, семья стремится уйти от ситуации, актуализирующей это переживание. Сотрудничающая семья — лучший средовой ресурс для любого вида психотерапии. Порой сами члены семьи погружаются в переживание вины или занимаются поиском виновных. В таком случае мы возвращаем членов семьи в «здесь и сейчас», указывая на необходимость поиска новых путей взаимодействия в семье, препятствующих наркотизации ее больного члена.

3. Семья может оказать помощь в разрешении существующей проблемы в том случае, если члены семьи, принимая ответственность за молодого человека и устанавливая для него правила, начнут общаться в позитивной манере. Демонстрируя стереотип семейного взаимодействия, семья в присутствии и под «руководством» психотерапевта начинает приобретать позитивные навыки общения. Не столь важно, как семья общается обычно, как называются эти стили коммуникаций и поведенческие паттерны. Значимо то, какие сохраненные позитивные паттерны можно использовать для формирования новых адаптивных способов взаимодействия. В большей степени концентрируем внимание на поиске позитивной роли демонстрируемых деструктивных паттернов, давая им позитивную трактовку и осуществляя совместно с членами семьи поиск других способов удовлетворения скрытых за этой коммуникацией потребностей.

4. В фокусе всегда остается проблемный индивид и его поведение, а не обсуждение семейных отношений вообще.

5. Игнорирование прошлого. В фокусе должно находиться лишь то, что необходимо предпринять в настоящий момент.

Последние два принципа — это «золотые принципы» в работе с зависимыми семьями. Разрешение проблемы зависимости и созависимости — это длительный, важный и приоритетный этап восстановления семейной системы. Уход в «корни» и «глубину» причинности проблемы зависимости, не только не полезен для процесса психотерапии, но даже вносит деструктивный характер на раннем этапе становления ремиссии. Все это важно и необходимо, но на более позднем этапе.

6. Психотерапевт укрепляет родительскую подсистему, «объединяясь» с родителями против проблемного поведения молодого человека. Обычная нейтральная позиция семейного психотерапевта в данном случае нарушается, семейный психотерапевт открыто «подставляет» плечо, поддерживая и укрепляя родительскую подсистему, что необходимо для противостояния проблемному поведению. Эта позиция четко обозначается для всех членов семьи, включая самого пациента. Мы прибегаем к технике разделения, размежевая молодого человека с его деструктивным поведением, против которого и объединяются усилия родителей (и психотерапевта).

7. Игнорирование и сглаживание конфликтов между родителями или другими членами семьи. В работе приходится сглаживать возникающие семейные конфликты, не связанные с проблемным поведением. Например, взаимные обвинения супругов в возникновении проблемы в семье. В таком случае следует обратить внимание родителей на то, что молодой человек именно сейчас нуждается в помощи, и это первоочередная задача. Если члены семьи продолжают настаивать, то стоит им предложить заключить новый контракт, например, на супружескую терапию. При этом активно побуждают пациента к отделению от семейной системы. Кроме этого, учитывая неизбежность нарастания конфликтов, стоит об этом проинформировать родителей, предлагая им в кризисной ситуации связаться с психотерапевтом по телефону.

8. Подход к наркозависимому молодому человеку, как к человеку способному разрешать возникающие трудности. Он должен незамедлительно приступить к *реальной* работе или учебе, а не посещать лечебные программы. Молодой человек должен зарабатывать себе на жизнь. Этот принцип рассматривается лишь как указание на способность пациента справляться с ситуацией, однако многие пациенты в силу своего состояния нуждаются в продолжении лечения и реабилитации. В полной мере этот подход возможен лишь в единичных случаях, когда пациенты отказываются проходить реабилитационную программу и настаивают на возвращении к работе или учебе. Хорошим ресурсом является назначение блокаторов опиоидных рецепторов (налтрексон) короткого или пролонгированного действия. В настоящее время хорошо зарекомендовала себя инъекционная форма пролонгированного налтрексона — Вивитрол[®].

9. В момент, когда молодой человек будет вести нормальную жизнь, семья утратит стабильность, родители будут нуждаться в поддержке психотерапевта для совладания с нарастающим чувством тревоги. Задачами терапевта становятся разрешение конфликта между родителями или вывод молодого человека из него так, чтобы конфликт перерос в прямое противостояние. К завершению терапии неизбежен рост конфликтов в семье. Это знак того, что терапевтические изменения уже достаточно стабильны. Сформированное доверие к психотерапевту, готовность и способность психотерапевта помочь родителям найти новый способ разрешения конфликта без привлечения в него молодого человека — гарант сохранения стабильных изменений. Действенным способом решения этой проблемы является групповая психотерапия супружеских пар или супружеская терапия. Позитивная коннотация происходящего вселяет уверенность в правильность действий членов семьи.

10. Психотерапия проводится интенсивно. Быстрое объединение членов семьи меняется столь же энергичным их размежеванием. Как только позитивные терапевтические изменения будут достигнуты, психотерапевт самоустраниется и планирует завершение лечения. Если члены семьи заинтересованы в дальнейшем сотрудничестве, подписывается новый контракт. Работа в лечебно-реабилитационных программах определяется средним сроком пребывания в них пациентов. Как правило, в лучшем случае, это 3–6 мес. Именно такой подход в семейной терапии, ориентированный на проблему, позволяет максимально решить поставленные терапевтические задачи за такой непродолжительный период.

Структурная семейная психотерапия реализуется в три этапа. *Начальный этап.* Первичный контакт с пациентом и его семьей (для привлечения их к лечению) требует значительных усилий и временных затрат со стороны психотерапевта. Несмотря на возможное сопротивление к лечению со стороны больного, привлекаются все члены семьи, имеющие влияние на его поведение. Контакт с семьей выстраивается на основании установки исключая обвинение. Конфронтационные техники вызывают выраженное сопротивление со стороны участников и срыв терапии. Первые сессии посвящены постановке общих задач лечения, усилия направляются на помощь идентифицированному пациенту в воздержании от употребления ПАВ. Другие проблемы, поставленные семьей, обсуждаются в связи с основными задачами психотерапии, что позволяет оценить их актуальность и приоритетность для настоящего момента. Основная задача терапевта — установление крепкого терапевтического альянса с родителями.

Часть IV. Специальная психотерапия

Середина лечения и кризис. В момент первых изменений, прекращение потребления или снижение дозы, можно ожидать развития кризиса, который обычно наступает на 3–4-ой недели лечения. Чаще всего это усугубление супружеского конфликта, что провоцирует больного на возобновление употребления. Психотерапия направлена на разрешение этого кризиса без вовлечения в него молодого человека. Нельзя допустить расставания или развода родителей, хотя бы до момента разрешения конфликта. В случае успеха происходит разрушение существующего паттерна, и идентифицированный пациент лишается своей патологической роли в семье. Важно следовать основной цели терапии, не отвлекаясь на возможные побочные линии. Психотерапевтическая задача состоит в том, чтобы помочь семье либо принять факт ответственности за поведение пациента, либо действительно «отсоединиться» от него, предоставив ему возможность нести за себя ответственность.

Заключительный этап. Через 1–2 мес, в случае прекращения употребления ПАВ, терапевт может перейти к решению других семейных проблем. Трудоустройство, учеба, переселение пациента. Оба аспекта имеют в своей основе разобщение. Это может осуществляться либо физически (разъезд), либо через возросшую компетентность, что обеспечит независимое функционирование. Родителей иницируют переключить свое внимание на других членов семьи, работу, личную жизнь и тому подобное, что позволит молодому человеку жить более самостоятельно. Вновь возможна актуализация супружеских проблем, поэтому важно помочь родителям отстоять их право самим решать и не позволять пациенту вмешиваться в их

отношения. Если на предыдущих этапах достигнуты стабильные изменения, и члены семьи почувствовали их реальность, то кризис отделения проходит менее болезненно. В противном случае возрастающая тревога может спровоцировать рецидив.

Целесообразно удалить друг от друга заключительные сессии и предусмотреть проведение «противорецидивной» встречи через 2–4 мес после завершения основного курса.

Психотерапия нехимических (поведенческих) зависимостей. Единство общих механизмов формирования клинических, психологических и нейробиологических характеристик различных поведенческих зависимостей подчеркивается на протяжении десятилетий многими авторами, что позволяет нам говорить об универсальном подходе к их лечению [11]. В литературном обзоре 2020 г. А.Ю. Егоров приводит следующую классификацию поведенческих аддикций [5].

1. Патологическое влечение к азартным играм (гемблинг).
2. Эротические аддикции.
 - 2.1. Любовная аддикция;
 - 2.2. Сексуальная аддикция;
 - 2.3. Любовно-сексуальная аддикция.
3. «Социально приемлемые» аддикции.
 - 3.1. Работоголизм.
 - 3.2. Аддикция упражнений (спортивные аддикции).
 - 3.3. Аддикция отношений.
 - 3.4. Аддикция к покупкам (компульсивный шоппинг).
 - 3.5. Аддикция к модификации собственного тела.
 - 3.6. Религиозная аддикция.
4. Технологические аддикции.
 - 4.1. Интернет-аддикции.
 - 4.2. Зависимость от видео игр.
 - 4.3. Аддикция к мобильным телефонам (в значительной степени утратила самостоятельное значение с появлением смартфонов, которые имеют практически все функции компьютера).
 - 4.4. Другие технологические аддикции (телевизионная аддикция, тамагочи-аддикция и другие гаджет-аддикции).
5. Пищевые аддикции.
 - 5.1. Аддикция к перееданию.
 - 5.2. Аддикция к голоданию.

Психотерапия нехимических аддикций обычно идет в том же направлении, что и терапия «гротескных» форм зависимости: от поведенческой терапии к когнитивной, и далее к терапии ориентированной на инсайты. Менее деструктивный характер процессуальных аддикций позволяет пациенту дольше сохранять личностные и средовые ресурсы, получать лечение в амбулаторных условиях.

Психотерапия строится в атмосфере доверия на основе терапевтического альянса с учетом транстеоретической модели поведенческих изменений и мотивационного интервью. Можно описать следующий алгоритм психотерапии.

1. Восстановление контроля над поведением с помощью поведенческих техник и участия близких (от внешнего контроля к внутреннему контролю).
2. Восстановление контроля над мышлением — когнитивная психотерапия с распознаванием и коррекцией установок, поддерживающих деструктивное поведение.
3. Поддержание конструктивного поведения на основе актуализации личностных и средовых ресурсов.

4. Психотерапия «причины» возникновения зависимости — глубинная психотерапия аналитического или гуманистического направления.

В современной литературе можно найти множество разработанных моделей и программ психотерапии нехимических зависимостей. Чаще всего работы посвящены психотерапии игровой зависимости (лудомании, гэмблинга). В настоящее время рассматриваются лишь некоторые из них. В рамках проблемно-ориентированной психотерапии В.В. Зайцевым и А.Ф. Шайдулиной (2003) разработана четырехэтапная психотерапевтическая программа лечения пациентов с игровой зависимостью, на основе стадий игровой зависимости и реконвалесценции по Р.Л. Кастеру и фаз игрового цикла, дающих характеристику поведения игрока в период между срывами [6]. А.А. Щербаков и соавт. (2003) описывают четыре этапа психодраматерапии гэмблинга. Основываясь на концепциях гедонизма и аддиктивных расстройств А.Ю. Акопов (2004) для лечения игровой зависимости разработал психотерапевтический метод контрадиктивной стимуляции, который осуществляется в тренинговом моделировании игровых ситуаций, что способствует формированию реальных мотивов, установок, ценностей и целей здорового образа жизни и, в конечном итоге, переструктурированию личности. О.Ж. Бузик и соавт. (2009) в своей работе с пациентами, страдающими игровой зависимостью, сочетающейся с различными формами химической зависимости (алкоголь, наркотики и другие ПАВ), описывают разработанный ими метод

«психотерапевтического шунтирования» [4]. Е.В. Сизоненко и соавт. (2006) в рамках комплексной терапии больных игровой зависимостью использовали транзакционный анализ. А.А. Магалиф (2006) при лечении больных игровой зависимостью применяет «Методику виртуального разрушения игрового образа». Т.В. Агибалова (2007) предлагает следующие этапы лечения больных с игровой зависимостью: создание психотерапевтического альянса, переструктурирования (редукции аффективной симптоматики и «установление контроля» над симптомами), работа с прошлым травматическим опытом пациента, достижение автономности (психотерапия «нового решения»).

В обзоре литературы 236 источников (опубликованных с 1996 по 2018 г.) по лечению интернет-зависимости О.Л. Пережогина (2019) преобладают программы, основанные на когнитивно-поведенческой терапии, распространены группы встреч, 1–2-дневные профилактические тренинги. Подчеркивается перспективное направление профилактики и комплексной терапии — тематические подростковые лагеря [12].

Часть IV. Специальная психотерапия

Психотерапия созависимости. Предложившая этот термин, Мелоди Битти подразумевала под созависимостью специфический способ взаимодействия родственников больных алкоголизмом. В дальнейшем созависимость стала рассматриваться как феномен в отношениях, препятствующих росту включенных в них лиц. В литературе имеется множество работ, посвященных работе с данным феноменом. Объединяющим в подходе к терапии может служить определение созависимости Берри и Джены Уайнхолд (2012) [17]. Пройдя собственный путь по преодолению созависимости, авторы определяют *созависимость как приобретенное дисфункциональное поведение, возникающее вследствие незавершенности решения одной или более задач развития личности в раннем детстве.*

В продолжение развития этой идеи в парадигме гештальт-подхода созависимость рассматривается как особый способ обхождения с собственными границами и границами другого человека. Задачи развития личности включают развитие способностей создавать, открывать, восстанавливать свои границы и опознавать границы Другого. Нарушение процессов индивидуации и сепарации приводит к особым формам обхождения на границе контакта, которые обозначаются как «типы созависимого опыта контакта», их название исходит из преимущественных грамматических языковых форм при их описании пациентом. *Первый тип созависимого опыта «Мы»* — именно это местоимение слышно в речи пациента (мы проснулись, мы сдали экзамены, мы приняли таблетки и т.д.). Такой тип контакта предполагает полное слияние с Другим, отсутствие собственных границ, только так человек чувствует себя живым (существующим). Подобным способом младенец удовлетворяет свою потребность в безопасности, чем больше безопасности предоставляет среда, тем больше базового доверия будет иметь он в своем опыте. На основе этого доверия создается возможность в последующем выстраивать собственные границы и встречаться с внешним миром. Продолжительная, стойкая демонстрация способа «Мы» — созависимого опыта контакта у взрослого указывает на личностное расстройство, сформировавшееся в небезопасной среде, которая не позволила завершить процесс индивидуации. Отсутствие базового доверия к миру побуждает искать безопасность в слиянии с Другим. Этот Другой не имеет собственных границ, но представляется сосредоточением всего безграничного внешнего мира, обеспечивающего само существование. В случае обозначения Другим своих границ человек с «Мы»-созависимым опытом контакта переживает страх исчезновения собственного существования.

Психотерапия созависимого опыта контакта «Мы» направлена на преодоление слияния путем создания доверия к внешнему миру. Приобретение собственных границ возможно только при достаточном чувстве безопасности. Психотерапия содействует приобретению иного способа удовлетворения этой потребности помимо привычного слияния с Другим. Важно, чтобы терапевт был во многом сосредоточением поддерживающей и принимающей среды, но не ждал отклика на свои действия в виде быстрой отдачи и благодарности.

Прочерчивание границ без достаточной атмосферы безопасности и доверия вызывает невыносимое чувство исчезновения переживания самой жизни, собственного существования у пациента с созависимым опытом контакта «Мы». Для психотерапевта важно быть устойчивым и ясным в своих границах, при этом сохранять среду, безопасную для пациента. Безопасность, поддержка, доверие — основные темы работы на этом этапе. Постоянство, присутствие, доступность терапевта — необходимое условие формирования доверия к среде. Пациент на этом этапе нуждается в принятии и безоценочности. Интерес психотерапевта к процессам пациента, побуждает последнего относиться с интересом к себе, что укрепляет его представления о себе.

Второй тип созависимого опыта контакта «Это». В словах пациента преобладают глаголы среднего рода «оно тянет, манит, зовет, угнетает, давит, связывает, обязывает, подчиняет...»,

«что-то», что находится вовне организма, влияет на человека и определяет его действия. Это «что-то» еще не имеет определенного названия (границ), но «это влияет и определяет меня», с чем «я бессилен что-либо сделать». Есть Я и не я (среда). «Я ничего не могу с собой поделать, это заставляет меня так чувствовать и испытывать боль», — типичное высказывание пациента. Побуждение к действию приписывается «чему-то» в среде, а сам человек чувствует себя во власти этой «безликой» среды. Это рок, судьба, высшая сила.... (такое название дают взрослые). Подобный опыт контакта переживает ребенок от года до трех лет в период намечающихся собственных границ. Эти границы еще слабы и очень чувствительны, любое приближение к ним вызывает реакцию защиты — агрессию во вне. Переживания очень яркие, интенсивны, неуправляемы. Именно это время развития требует контейнирующей среды, помощи в совладании с переполняющими эмоциями, поиске придания им названия и подходящей формы для их выражения. Это трудное для родителей время в воспитании ребенка, требуется способность к встрече с его яркими эмоциональными вспышками «от ярости до радости».

Психотерапия созависимого опыта контакта типа «Это» предполагает осознанность в приобретении границ самим пациентом. Когда мы говорим границы, то подразумеваем, что личность осознает свои потребности и желания, свои телесные, эмоциональные, когнитивные и поведенческие проявления. Обретение своих границ сопровождается обостренной чувствительностью к их нарушению. Безопасность в выражении переживаний является центральной в психотерапии этого типа созависимости. Контейнирование, совместный поиск обозначений и подходящей ситуации формы выражения эмоций — основные процессы в терапии. Присутствие, обозначение переживаемых эмоций, бережное отношение, безоценочность, четкие собственные границы психотерапевта, — все это признаки контейнирующей среды. Именно этого не хватило пациенту в период обретения собственных границ, и, обретая их в контакте с психотерапевтом, он продолжает нуждаться в подобном способе его присутствия. Необходима устойчивость психотерапевта к неизбежной агрессии пациента, к его неспособности к переживанию интенсивных, захватывающих чувств. Лишь только укрепив свои границы (хорошо их осознавая), пациент готов увидеть и признать Другого в его границах. Работа с таким опытом строится вокруг развития чувствительности к нарушению границ собственных и когда они нарушаются Другим (опознавании реакции на нарушение). Побуждение пациента к определению себя и собственных границ, к признакам (знакам) их нарушения, признание связи своих действий и переживаний, связанных с этим, поиск иного способа придать форму выражения своих переживаний, — возможный алгоритм нового способа обхождения со своими границами.

Часть IV. Специальная психотерапия

Третий тип опыта созависимого контакта «Я–Ты» подразделяется на два подтипа. Этот опыт контакта отражает процесс развития ребенка после трех лет, когда его Я выделено из среды и интенции направлены на уже выделенного и обозначенного из среды Другого. Оба имеют границы «мое и не мое». Процесс контактирования развивается на границе, но обхождение с границами специфичен — процесс «восьмерки» — признающий значимость собственного побуждения к действию и значимость побуждения Другого, нарушен. Пациент приписывает активность либо себе, игнорируя присутствие и участие другого, либо другому, игнорируя собственное участие в создании опыта.

Форму опыта взаимодействия, которую можно описать словами «Все зависит только от меня» мы обозначаем «Я–ты» созависимый опыт контакта. В этом случае границы жесткие и расширяются за счет приписывания значений действиям или побуждениям Другому («я и так знаю, что он ответит, сделает, зачем его спрашивать, для изменения ситуации нужно еще постараться, напрячься, что-то исправить в себе...»). При таком опыте контакта человек прикладывает массу усилий для изменения и получения желаемого в этом взаимодействии, он готов как приспособливаться, так и применять агрессию (все зависит от его незавершенных процессов), при исчерпании сил и ресурсов впадает в депрессивные переживания, но при любой возможности быстро возвращается к привычному для взаимодействия способу. В работе с такими клиентами большая сложность в том, чтобы они признали собственные ограничения, иными словами, свое бессилие в создании отношений, когда всю ответственность за наличие и качество этих отношений они оставляют за собой. Другой подтип созависимого опыта контакта мы называем: «Ты–Я», при этом человек считает, что все, что он делает, определено Другим, границы жесткие, много интроецирования, личность переживает себя маленькой и слабой (вся жизнь подчинена ему/ей, «моя жизнь в биении твоего сердца»). Переживание собственной неспособности, бессилия, зависимости от Другого, может сменяться злостью по отношению к нему и отвержением. Избегание, обиды, отвержение вместо приближения и выражения себя в контакте.

Психотерапия с «Я–Ты», типом созависимого опыта контакта, строится на признании взаимного побуждения в создании ситуации. Признание себя в собственных границах и Другого в его границах выливается во взаимодействие, предполагающее диалог, уточнение, вопросы, сомнения в предположениях, совместную проверку гипотез. Думать за другого человека или игнорировать его значение в организации контакта — процессы, отражающие застывшие границы, потерю движения взаимодействия. Прежде всего, необходимо осознание присутствия Другого в его границах. Другой должен быть замечен в его телесности, дистанции, эмоциях, чувствах, установках, ценностях, правах. Осознанность в приближении и нарушении границ Другого, знаках, которые дает Другой. Задача психотерапии при созависимом типе контакта «Я–ты» в приобретении осознанности в значимости участия Другого в организации отношений. Принятие ограничений, выдвинутых Другим, отказ от «грандиозности» при признании собственных ограничений. В психотерапии с созависимым опытом контакта «Ты–Я» необходимо содействовать пациенту в приобретении осознанности в значимости собственного участия в организации контакта, размещении своих интенций и потребностей в поле отношений. Другими словами, замечать себя в контакте и находить форму «дать знать Другому о себе» (своих переживаниях, телесности, мыслях, смыслах, потребностях и т.д.). Изложим правила и краткий алгоритм работы с зависимым опытом контакта «Я–Ты» (восстановление подвижности собственных границ и маятника взаимодействия).

- Взаимодействие, предполагающее диалог, уточнение, вопросы, сомнения в предположениях, совместную проверку гипотез.
- Думать за другого, игнорировать значение другого или себя — знаки, указывающие на застывшие границы, потерю движения взаимодействия, его маятника (который останавливается либо вблизи собственных границ, либо вблизи границ Другого).
- Развитие навыка осознания: 1) собственного побуждения или возбуждения на действия извне; 2) интенции собственного побуждения и обхождение с ним (действие во вне или бездействие); 3) достижения этой интенции границ Другого (при совершении действий); 4) осознание ответа Другого на предпринятые действия (действия в поле отношений); 5) осознание ответа Другого на собственной границе (восприятие на собственной границе).

Вопросы для осознания процесса взаимодействия с Другим: «Что Вы почувствовали?», «Что это значит?», «В чем Вы нуждаетесь?», «С кем рядом Вы это переживали?», «Как Вы дали знать Другому о своей потребности?», «Что Вы сделали?», «Как Вы узнали, что другой заметил Ваши действия?», «Что он сделал в ответ?», «Как Вы это восприняли?»

В завершении нельзя обойти стороной вопрос роста, который возможен только через финальную часть контакта. Теоретик и практик гештальт-терапии Филип Лихтенберг, говоря о контакте, границах, Я, Ты и Мы, подчеркивал значимость способности к разрушению границ и созданию Мы как этапу финального контакта. «В процессе развертывания событий в течение определенного времени происходит “развертывание” индивидуального Я и индивидуального Ты, то есть в каждом событии происходит самоопределение, самоутверждение и самосозидание. В таком взаимодействии и развивается с самого начала автономность, отдельность каждого. Только при полном представлении Ты-идентичности (инаковости) и Я-идентичности возможно создание Мы и обретение в этом новизны». И это еще одна важная составляющая здорового контакта. Преодоление страха слияния, страха потери границ в этом слиянии на основе веры в себя и в Другого, важные составляющие психотерапевтической работы.

Достижение свободы от созависимости можно проиллюстрировать словами Б. и Дж.

Уайнхолд: «Мы свободно можем быть созависимыми, противозависимыми, независимыми и взаимозависимыми по отношению друг к другу... мы вполне уверены, что сумеем разрешить наши конфликты и получить то, чего хотим» [17]. Это об осознанности и гибкости в выборе действия в уникальной ситуации взаимодействия с Другим.

Часть IV. Специальная психотерапия

В завершении главы целесообразно подчеркнуть необходимость принимать во внимание, что аддикции нередко коморбидны как друг с другом, так и с другими психическими расстройствами, что требует комплексного лечения с использованием психофармакологических препаратов и участия полипрофессиональной команды в лечении аддиктивных пациентов.

Список литературы

1. Агibalова Т.В., Городнова М.Ю., Добряков И.В., Петров А.Д. Комплексная программа лечения опийной зависимости «Точка трезвости». Тетрадь для врача. М.: Янсен, 2012. 132 с.
2. Александрова Н.В., Городнова М.Ю., Эйдемиллер Э.Г. Современные модели психотерапии при ВИЧ/СПИДе. СПб.: Речь, 2010. 191 с.
3. Бауман З. Текущая современность: пер. с англ. С. А. Комарова; под ред. Ю.В. Асочакова. СПб.: Питер, 2008. 240 с.
4. Бузик О.Ж., Агibalова Т.В., Брюн Е.А. и др. Психотерапия зависимости от азартных игр // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2009.Т. 17, № 3. С. 99–104.
5. Егоров А.Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции: вопросы типологии, диагностики и классификации // Вопросы наркологии. 2020, № 4 (187). С. 7–23.
6. Зайцев В.В. Шайдулина А.Ф. Как избавиться от пристрастия к азартным играм. Психотерапевтическая программа лечения игровой зависимости. СПб.: Нева, 2003. 125 с.
7. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., Шпикс Т.А. Психодинамические механизмы аддикций: Монография. Saarbrücken, Germany: LAP LAMBERT Academic Publishing, 2011. 188 с.
8. Мелехин А.И., Веселкова Ю.В. Стратегии когнитивно-поведенческой психотерапии в реабилитации полинаркомании // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Т. 23, № 2. С. 93–115.
9. Миллер У.Р., Роллник С. Мотивационное консультирование: как помочь людям измениться: пер. с англ. Ю.М. Сусоевой, Д.М. Вершининой. М.: Изд-во «Э», 2017. 544 с.
10. Москаленко В.Д. Зависимость. Семейная болезнь. В семье зависимость от алкоголя или наркотиков. М.: Изд-во Института консультирования и системных решений, 2018. 352 с.
11. Нехимические виды зависимости: современное состояние и проблемы. Материалы II Московской научно-практической конференции, 29 мая 2019 г. М., 2019. 124 с.
12. Пережогин Л.О. Комплексное лечение интернет-зависимости: синтез фармакологии и психотерапии // Психическое здоровье. 2019, № 5. С. 64–71.
13. Практикум по семейной психотерапии: современные модели и методы: учебное пособие для врачей и психологов / под ред. Э.Г. Эйдемиллера. 2-е изд., испр. и доп. СПб.: Речь, 2010. 425 с.
14. Прохазка Д., Норкросс Дж., ДиКлементе К. Психология позитивных изменений. Как навсегда избавиться от вредных привычек: пер. с англ. М. Пуксant. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. 320 с.
15. Поттер-Эфрон Р.Т. Стыд, вина и алкоголизм: клиническая практика. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002. 416 с.
16. Старшенбаум Г.В. Аддиктология. Психология и психотерапия зависимостей. М.: Когито-Центр, 2006. 288 с.
17. Уайнхолд Б., Уайнхолд Дж. Освобождение от созависимости: пер. с англ. А.Г. Чеславской. М.: Класс, 2002. 224 с.
18. Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. Базисное руководство по психотерапии: пер. с нем. Т. Беллендир и др.; предисл. В. Штукке. 3-е изд., перераб. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа; Речь, 2001. 783 с.
19. Шустов Д.И., Тучина О.Д. Психотерапия алкогольной зависимости: Руководство для врачей. СПб.: СпецЛит, 2016. 415 с.

Часть IV. Специальная психотерапия

Глава 32. Психотерапия расстройств пищевого поведения

За последние 50 лет в контексте серьезных изменений в окружающей среде человека, его стиля жизни, доступности питания и его качественных характеристиках, а также в связи с кардинальной перестройкой структуры социальной коммуникации и усиления информационной нагрузки благодаря современным технологиям неуклонно растет число заболеваемости расстройствами пищевого поведения (РПП) во всем мире. РПП характеризуются стойким нарушением режима приема пищи или связанного с пищей поведения, которое приводит к изменению потребления или усвоения пищи и значительно ухудшает физическое здоровье и/или психосоциальное функционирование. При этом следует отметить наличие множества форм РПП с перекрывающимися клиническими и этиологическими признаками, которые наблюдаются как у мужчин, так и у женщин всех возрастов и во всех социальных слоях.

Писательница-феминистка Наоми Вульф метко заметила, что еда, похоже, заменила секс в качестве невротического фокуса нашего времени. Сам по себе прием пищи является одним из проявлений социальной активности и ее различных аспектов (коммуникации, сравнения, проявления статуса, идентификации и т.д.) и, наряду с этим социальная поддержка обеспечивает важную основу для выздоровления при РПП. Нарушение социального функционирования при РПП связано не только с изоляцией от других, но и с более широким

использованием социальных сетей, поддерживающих жесткие диетические ограничения, гипергимназию и использование средств для похудения без контроля специалистов. В некоторых случаях сайты могут быть посвящены непосредственно самому расстройству, например нервной анорексии, при этом для модераторов и пользователей этих платформ худоба, процесс ее достижения и поддержания являются центральным элементом жизни и, соответственно, формирования идентичности, что представляется крайне опасным в подростковом возрасте.

Если рассматривать психотерапию РПП как вариант помощи, который позволяет усилить социальную поддержку пациента, мобилизовать семейные ресурсы и объединить клиническую команду на основе концептуализации расстройства, то следует отметить значительную разнородность существующих в настоящее время направлений, форма и структура которых различаются в зависимости от возраста, пола, типа РПП и стадии его развития. Например, участие семьи в большинстве подходов поощряется для управления симптомами РПП у подростков, тогда как форма и содержание семейной поддержки у взрослых могут иметь совершенно иной характер.

В доказательных исследованиях психотерапии РПП эффективность вмешательства может быть установлена в контексте клинического разнообразия от ограничительных до очистительных форм и предпочтений пациентов, однако обобщаемость существующих данных сомнительна, поскольку критерии включения или не включения часто очень избирательны, а большая часть доказательств поступает из нескольких научных центров в странах с высоким уровнем дохода. При этом клиническая картина самих РПП является крайне разнородной, часто основывается на трансдиагностических переходных формах и определяется различными факторами, которые влияют на планирование помощи и прогноз заболевания. Например, для нервной анорексии это могут быть возраст начала заболевания, острое или хроническое течение, выраженный или легкий дефицит массы тела, а также представленность различных коморбидных психических расстройств (например, нарушений развития, депрессии, тревоги, ОКР) или сопутствующей соматической патологии. Все эти аспекты определяют выбор психотерапевтических подходов, которые могут использоваться персонализировано, в зависимости от клинической картины заболевания и поло-возрастных особенностей пациента.

Считается, что раннее вмешательство по лечению РПП улучшает результаты. Именно поэтому важно как можно быстрее начать специализированное лечение заболевания, а не использовать выжидательную тактику [1]. В легких или среднетяжелых случаях первым шагом является амбулаторное психологическое лечение с привлечением членов семьи в соответствии с возрастом. Если медицинский или психологический риск высок или существует невосприимчивость к амбулаторной помощи, то более интенсивная терапия может быть обеспечена с помощью дневного или круглосуточного стационара. Исследования показывают, что около 20–35% пациентов нуждаются в более квалифицированном уровне помощи, чем тот, который они получают [2]. Лица, осуществляющие уход, часто сталкиваются с тяжелым бременем заболевания своего близкого и стрессом [3], что однозначно подразумевает необходимость включения в терапию психологического образования и обучения навыкам взаимодействия с пациентом [4].

Техники психологической помощи для пациентов с РПП являются разнообразными и могут использоваться на различных этапах терапии с учетом возраста, когнитивных особенностей и решения первоочередных задач в фазах реабилитационного процесса. Вне зависимости от используемых методов коррекции, общими целями психотерапии РПП являются: прекращение диет; формирование позитивного отношения к своему телу; отказ от очистительных процедур и других вариантов патологического поведения, связанного с регуляцией массы тела (включая гипергимназию); улучшение навыков проблемно-решающего поведения и прогнозирования.

Мотивационная терапия. Любая программа лечения РПП, особенно лиц с нервной анорексией, сталкивается с резистентным поведением пациента и его амбивалентным отношением к болезни или анозогнозией. Нужно отметить, что более половины пациентов так и не включаются в терапевтический процесс или преждевременно прерывают лечение, а более 30 % пациентов не выполняют врачебные рекомендации [8]. Преодоление этого резистентного поведения путем повышения мотивации пациента к изменениям часто является центральным критерием, определяющим успех любой выбранной терапевтической стратегии. Мотивационные собеседования показали свою эффективность, особенно в начале лечения РПП. Чем быстрее пациент включается в лечебный процесс, тем успешнее будет лечение.

Часть IV. Специальная психотерапия

К основным принципам повышения комплаентности можно отнести следующие стратегии (с формированием или избеганием соответствующих когнитивных установок у пациента):

- способствовать самостоятельному изложению аргументов в пользу изменений;
- избегать слишком сильного давления на убеждения;
- избегать конфронтационного стиля разговора;
- поощрять даже минимальный прогресс в состоянии пациента;
- выражать оптимизм и поощрять стремление пациента измениться.

Мотивация должна исходить от пациента, а не «насаждаться» извне. Прямое убеждение не является эффективным методом для разрешения амбивалентности. Жесткие и директивные программы, направленные на модификацию поведения, не должны быть использованы при лечении РПП. Ожидания врача и выбор психотерапевтических методик должны быть сориентированы на мотивацию пациента и его готовность к изменениям. Терапевтам в ходе первичного собеседования и при оказании помощи в дальнейшем рекомендуется:

- определять и обсуждать субъективные минусы *status quo* вместо запугивания и представления негативной информации о болезни;
- способствовать выражению пациентом «плюсов» изменений, вместо того чтобы перечислять их самому;
- способствовать оптимизму относительно изменений вместо критики и угроз;
- способствовать выражению стремления «измениться» вместо директивных предписаний.

Когнитивно-поведенческая терапия расстройств пищевого поведения. На сегодняшний день наиболее успешным психологическим методом лечения РПП является модель КПТ в сочетании с поддерживающей психотерапией. Модель постоянно модифицируется по мере появления новых психологических приемов.

Когнитивно-поведенческая психотерапия РПП проводится на индивидуальной основе, состоящей из 20–40 сеансов в течение 20 нед, в зависимости от используемой версии. Чаще всего применяется версия, созданная на основе КПТ для нервной булимии, хотя в качестве трансдиагностического лечения она может использоваться для коррекции широкого спектра РПП. На практике применяются два подхода: сфокусированный, который короче и включает только основное лечение, и расширенный, который касается дополнительных этиологических механизмов, таких как перфекционизм, низкая самооценка или межличностные трудности, в дополнение к основному лечению. КПТ расстройств пищевого поведения направлена на изменение ошибочных когнитивных установок путем сосредоточения внимания на поведенческих изменениях, а также мониторинга эффектов и последствий, усиливающих РПП [5, 6].

Когнитивно-поведенческая психотерапия РПП проводится в **четыре основных этапа**, первый из которых направлен на поощрение пациента к участию в лечении, определение процессов, поддерживающих заболевание, обеспечение психообразования и введение двух основных элементов терапии: взвешивания и регулярного приема пищи. Второй этап — это период оценки достигнутого прогресса и основа для планирования третьего этапа, являющегося центральной частью лечения. Третий этап должен быть адаптирован к индивидуальным потребностям и нацелен на определенные поддерживающие факторы и внутренние процессы пациента, например переоценку формы и массы тела, страх перед «ожирением», контроль приема пищи, диетические ограничения, недостаточная масса тела или изменения в приеме пищи, на основе каких-то событий и соответствующих эмоциональных реакций. Если у пациента есть дополнительные факторы, которые создают барьер для изменений, например, высокий перфекционизм, базовая низкая самооценка или ярко выраженные межличностные проблемы, можно использовать расширенную форму терапии, и эти дополнительные поддерживающие механизмы рассматриваются более конкретно. Наконец, существует четвертый этап, чтобы гарантировать сохранение изменений после окончания лечения и минимизировать риск рецидива [7]. Обзор методов лечения нервной анорексии у взрослых показывает, что существует умеренная доказательная база когнитивно-поведенческой психотерапии РПП для взрослых, при этом данные свидетельствуют о том, что она дает средний по выраженности и продолжительный положительный эффект. Более старые, неадаптированные версии КПТ, как было установлено, имели слабую доказательную базу и давали лишь незначительный положительный эффект [8]. В другом обзоре было обнаружено значительное влияние КПТ расстройств пищевого поведения на показатели выраженности психопатологической симптоматики по опроснику EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire — опросник по изучению расстройства пищевого поведения) у пациентов с нервной анорексией [9]. В целом исследования

показывают, что подобная терапия дает хорошие результаты в отношении увеличения индекса массы тела и снижения психопатологии РПП, и делают вывод, что это эффективный вариант лечения нервной анорексии и нервной булимии. Однако до сих пор нет убедительных доказательств того, что она превосходит сопоставимые психотерапевтические методы [10, 11].

Существуют некоторые данные, позволяющие предположить, что КПТ расстройств пищевого поведения может быть осуществима в групповом формате у пациентов с РПП, без потери желаемых положительных результатов в отношении стабилизации массы тела и снижения симптоматики, аналогично индивидуальной терапии [12], однако размеры выборок в этих исследованиях были невелики, и эти подходы требуют дальнейшего изучения. Несмотря на очевидный успех в лечении таких РПП, как нервная булимия или компульсивное переедание, и теоретическую пригодность для лечения нервной анорексии, существует меньше доказательств, подтверждающих успех КПТ подобных расстройств у пациентов с ограничительными формами пищевого поведения [13]. Было высказано предположение, что дисфункция центральной нервной системы в результате истощения и эго-синтонная природа нервной анорексии снижают мотивацию к лечению, а попытка устранения искаженных когнитивных функций может еще более затруднить осмысление происходящего и причинить страдания пациенту [14].

Часть IV. Специальная психотерапия

Хотя КПТ расстройств пищевого поведения изначально предназначена для лечения взрослых пациентов, ее можно адаптировать для лечения молодых людей несколькими способами. Например, многие молодые люди живут в семьях, где они могут стать зависимыми от родителей или опекунов, поэтому лечение должно проводиться таким образом, чтобы поощрять молодого человека брать на себя определенную ответственность за свое состояние и развивать независимость, чтобы вернуться к нормальному подростковому развитию и прохождению этапов сепарации и идентификации, но уже в адаптивном варианте. Обеспечивая максимальное вовлечение семейного окружения для оказания помощи, необходимо четко структурировать поведение родственников, чтобы пациент не воспринимал их поведение как директивное и не чувствовал угрозы своей автономии. У молодых пациентов мотивация к лечению часто бывает довольно низкой, поэтому важно использовать стратегии вовлечения пациента в терапию. Когнитивно-поведенческая психотерапия РПП у детей и подростков проводится в основном таким же образом, как и у взрослых, хотя могут быть внесены незначительные изменения, чтобы убедиться, что она удовлетворяет дополнительные потребности молодых людей и подходит им. Исследования данной терапии показывают положительные результаты в отношении увеличения массы тела, снижения симптоматики РПП и общей психопатологии среди подростков с нервной анорексией, которые сохранялись при последующем наблюдении [15, 16], из чего предполагают, что КПТ расстройств пищевого поведения может быть даже более успешной у подростков, чем у взрослых [17].

Существуют общие принципы в когнитивно-поведенческих подходах относительно использования их при РПП. Перед началом терапии собирается анамнез и еще раз проверяется физическое состояние для того, чтобы иметь возможность обсуждать возникающие трудности в процессе выздоровления. Во время первичного интервью терапевт подчеркивает важность ведения дневника настроения и дневника питания в первые недели лечения. Необходимо объяснить, что данные дневники являются рабочим инструментом и необходимой частью лечения. Терапевт обсуждает дневник настроения с пациентом и помогает ему отделить свое настроение от факта приема пищи или отказа от нее. Другими словами, психотерапевт помогает пациенту обнаружить, что его настроение и чувства не зависят от того, что, когда и сколько он съел.

Терапевт должен обсудить с пациентом принципы ведения дневника питания и рекомендовать перестать взвешиваться чаще, чем раз в неделю, считать калории, читать этикетки на продуктах, готовить еду для других и заниматься поведением, которое заставляет его думать о еде и массе тела (например, рассматривать ролики о приготовлении еды, принимать участие в общении на форумах «худеющих» и т.д.).

Когда пациент заполняет свои ежедневные дневники и обсуждает их со своим терапевтом, он получает представление о своем поведении и понимает, что некоторые из его убеждений и страхов перестают действовать. Это позволяет бросить вызов своим неправильным пищевым установкам и изменить свое поведение. В итоге пациент может структурировать свой повседневный опыт, противопоставив новый стиль жизни прошлому «пищевому хаосу». Ниже приводится возможный вариант КПТ у пациента с нервной булимией, которая дополняется психообразовательными встречами с диетологом.

Предварительный этап

Терапевт:

- изучает полную историю РПП, оценивает физическое, репродуктивное и психологическое здоровье пациента, историю его семьи и исследует его отношение к проблеме питания;
- устанавливает доверительные отношения с пациентом и знакомит его с диетологом.

Этап I (1–6 нед, встреча 1 или 2 раза в неделю).

Терапевт:

- убеждает пациента подробно записывать все, что он ест, в какое время и сколько, какие мысли и чувства испытывает во время приема пищи (записанная информация обсуждается на еженедельных встречах);
- предлагает альтернативные варианты поведения, чтобы помочь пациенту сопротивляться перееданию.

Терапевт просит пациента встретиться с диетологом, который:

- объясняет причины перееданий, связанных в том числе с диетами;
- обучает пациента правильному выбору пищи и пищевому поведению.

Этап II (6–12 нед).

Терапевт:

- помогает пациенту выяснить, почему он начал переедать;
- помогает пациенту изменить свое мнение о проблемах с пищевым поведением, своей форме и массы тела;
- помогает развить навыки, чтобы справиться с трудностями, которые вызывают переедания;
- обсуждает с пациентом влияние (если таковое имеется) его семьи, партнера и социального положения на пищевое поведение.

Диетолог:

- помогает пациенту постепенно ввести в свой рацион продукты, которых он ранее избегал (воспринимал как «плохие»);
- постепенно устраняются все формы строгой диеты.

Этап III (12–24 нед).

Происходит оценка приобретенных навыков и эффективности новых поведенческих стратегий. На этом этапе большинство пациентов полностью не выздоравливает. Терапевт объясняет пациенту, что прогресс будет продолжаться, и заверяет его в том, что даже после завершения программы помощь будет легко доступна, если симптомы РПП вернуться или состояние ухудшится.

В процессе психотерапевтической работы с пациентом, использующим очистительные процедуры, необходимо закрепить осознание того факта, что такие стратегии не являются эффективным методом коррекции фигуры в связи с тем, что:

- рвота — не только опасный, но и неэффективный метод похудения;
- рвота дает право на переедание, значит, она и приводит к перееданию;
- рвота не удаляет все калории из организма (только 40–60% энергии съеденной пищи);
- слабительные средства вызывают опорожнение толстой кишки, хотя энергия уже была использована в тонком кишечнике;
- диуретики способствуют усилению отеков, вследствие нарушений в работе почек, и требуется дальнейшее повышение дозы для усиления эффекта.

В течение всего периода реабилитации необходимо контролировать и направлять пациента для изменения стереотипов повышенной двигательной активности. В самом начале работы необходимо обсудить следующие аспекты:

- физическая активность должна быть ограничена и контролироваться при выраженном дефиците массы тела (рекреационные нагрузки);
- физическая активность должна соответствовать балансу потребления/расходования энергии пациентом (плотность костной ткани, сохранность сердечного функционирования);

- акцент физических нагрузок должен быть на физической подготовленности, а не на расходовании калорий (разрыв шаблона «прием пищи–активность», тренажеры без показателей);
- акцент на физической подготовленности должен согласовываться с восстановлением позитивного отношения пациента к своей массе тела.

Часть IV. Специальная психотерапия

В конечном итоге необходимо добиться восстановления у пациента ощущения самоконтроля и возможности получать удовольствие от физической активности.

Согласно рекомендациям NICE (от англ. National Institute for Health and Care Excellence — Национальный институт здравоохранения и повышения квалификации) психологическая помощь лицам с компульсивным перееданием также должна, прежде всего, базироваться на когнитивно-поведенческих подходах. Требуется объяснить людям с компульсивным перееданием, что психологические методы лечения, направленные на лечение заболевания, имеют ограниченное влияние на массу тела и что потеря ее сама по себе не является целью терапии. Взрослым пациентам с компульсивным перееданием на первом этапе необходимо предложить программу самопомощи, в которой используются материалы, содержащие информацию о механизмах заболевания и необходимости использования когнитивно-поведенческих методов. Желательно дополнить программу самопомощи краткими поддерживающими сеансами с терапевтом (например, от 4 до 9 сеансов продолжительностью 20 мин каждый в течение 16 нед, сначала еженедельно) для того, чтобы помочь человеку следовать программе. Если управляемая самопомощь неприемлема, противопоказана или показывает свою неэффективность, через 4 нед может быть предложена групповая когнитивно-поведенческая психотерапия. Групповые программы КПП расстройств пищевого поведения у взрослых с когнитивным поведением обычно состоят из 16 еженедельных 90-минутных групповых занятий в течение 4 мес. Они сосредотачиваются на психообразовании, самоконтроле пищевого поведения и помощи человеку в анализе своих проблем и целей.

Программа включает составление ежедневного плана приема пищи, выявление признаков переедания, экспозиционное взаимодействие со своим телом и помощь в выявлении и изменении негативных убеждений о своем теле, профилактика рецидивов и работа с текущими и будущими рисками и триггерами. Если групповая подобная терапия РПП недоступна или человек отказывается от нее, необходимо рассмотреть возможность индивидуальной когнитивно-поведенческой психотерапии у пациентов с расстройством пищевого поведения. Индивидуальная КПП обычно состоит из 16–20 сеансов, на которых разрабатывается формулировка психологических проблем человека, чтобы определить, как диетические и эмоциональные факторы способствуют его перееданию. Исходя из формулировки можно посоветовать людям регулярно есть и перекусывать, чтобы не чувствовать себя голодным или воздействовать на эмоциональные триггеры их переедания, используя когнитивную реструктуризацию, поведенческие эксперименты и экспозицию. В терапию включается еженедельный мониторинг перееданий, рациона питания и массы тела. Рекомендуются не пытаться похудеть (например, с помощью диеты) во время лечения, так как это может спровоцировать переедание. Если существуют проблемы с неудовлетворенностью телом, то необходимо работать над созданием позитивного или нейтрального образа тела. Терапевт разъясняет пациенту, что хотя КПП не направлена непосредственно на потерю массы тела, прекращение перееданий может иметь этот эффект в долгосрочной перспективе. Другие психотерапевтические методы также могут быть введены в модель КПП. Эклектичный подход заключается в оценке особенностей каждого пациента в отдельности и возможной полезности различных методов лечения для него. Любая их комбинация может применяться одновременно или на разных этапах лечения.

Лечение нервной анорексии Модели у взрослых. MANTRA (от англ. Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults — лечение нервной анорексии Модели у взрослых) — это гибкий метод лечения, основанный на рабочем журнале пациента, который включает от 10 до 20 сеансов в зависимости от сложности проблем пациента. Он основан на когнитивно-межличностной модели U. Schmidt и J. Treasure [18] и направлен на поддерживающие факторы нервной анорексии, например дисфункциональные стили мышления, включая ригидность, перфекционизм и обсессивно-компульсивные черты, неадаптивные установки и убеждения, связанные с избеганием эмоций и реакциями других, которые не поддерживают выздоровление, такими как критика [19]. MANTRA преподается в модулях, которые затрагивают различные аспекты жизни и выздоровления пациента, например, питание, идентичность, когнитивные стили или межличностные отношения. Его можно индивидуализировать, как только основной модуль формулировки случая будет завершен, путем выделения дополнительных модулей в большей или меньшей степени в зависимости от

того, насколько готов или мотивирован человек, и путем адаптации терапии в соответствии с клиническими симптомами, особенностями личности и нейропсихологическими характеристиками человека. Терапия специально предназначена для лечения нервной анорексии и разработана с учетом общих черт темперамента, связанных с этим заболеванием, с использованием элементов мотивационного интервью и КПТ [20]. В ряде РКИ, сравнивающих лечение нервной анорексии, было обнаружено, что MANTRA дает положительные результаты в отношении индекса массы тела и психопатологии РПП, хотя статистически значимо не отличается по сравнению с КПТ расстройств пищевого поведения или поддерживающей терапией. Тем не менее MANTRA положительно рассматривается самими пациентами и приводит к увеличению массы тела даже у крайне истощенных пациентов [20, 21]. Обзор данных РКИ, сравнивающих методы лечения нервной анорексии, пришел к выводу, что MANTRA имеет умеренную доказательную базу, которая показывает, что этот подход дает умеренный и продолжительный положительный эффект [8].

Специализированная поддерживающая терапия. SSCM (от англ. Specialist Supportive Clinical Management — специализированная поддерживающая терапия) была разработана как стандартизированное амбулаторное лечение для поддержки людей с нервной анорексией посредством обучения, консультаций, терапевтических рекомендаций и успокоения [22]. Она проводится в амбулаторных условиях в виде еженедельных сеансов в течение 20 или более недель в зависимости от тяжести заболевания. Лечение направлено на то, чтобы помочь пациенту постепенно нормализовать свое пищевое поведение и набрать массу тела посредством мониторинга физического здоровья, клинической оценки и терапевтического сопровождения. Сопровождение включает психообразование, советы по питанию и поддержку в постановке целей и понимании связи между симптомами РПП и ненормальным пищевым поведением. Терапевт дает советы и рекомендации, а также побуждает пациента взять на себя ответственность за изменения, поощряет выражение чувств, изучает индивидуальные проблемы и потребности пациента и помогает ему осознать, что с ним происходит. Поддерживающая психотерапия как дополнительный метод может обеспечивать вмешательство при возникновении кризисов для обучения стратегиям преодоления различных, в основном стрессовых, ситуаций без повторения стереотипных пищевых реакций. Этот вид терапии является основным во время и после других вмешательств. Чаще всего используется в качестве индивидуальной терапии.

Часть IV. Специальная психотерапия

Данные РКИ предполагают, что SSCM, по крайней мере, сопоставима с КПТ и межличностной терапией в отношении положительных результатов и выраженности патологических проявлений при нервной анорексии [23]. По сравнению с MANTRA, SSCM также является достаточно эффективной, однако при лечении особенно тяжелых пациентов менее успешна в обеспечении долгосрочного увеличения массы тела, чем MANTRA. Есть предположение, что SSCM может вызывать более быструю положительную реакцию на терапию и лучше всего подходит для пациентов с менее тяжелыми случаями нервной анорексии, которые имеют более высокую мотивацию к лечению [23, 24]. Тем не менее некоторые исследования не показывают существенных различий в результатах в отношении индекса массы тела, психопатологии РПП или общей психопатологии между SSCM, MANTRA и КПТ расстройств пищевого поведения [21]. Несмотря на некоторые неоднозначные результаты, обзор данных РКИ, сравнивающих методы лечения нервной анорексии, пришел к выводу, что SSCM имеет умеренные доказательства, демонстрирующие его умеренный положительный эффект [8].

Фокусная психодинамическая терапия, ориентированная на нервную анорексию. FPT (от англ. Focal psychodynamic psychotherapy of anorexia nervosa — фокусная психодинамическая психотерапия нервной анорексии) — это амбулаторное лечение, ориентированное на пациента с нервной анорексией, при котором создается индивидуальная гипотеза относительно того, как человек испытывает свои собственные симптомы. Соответствующие центральные психодинамические особенности пациента определяются терапевтом с помощью стандартного инструмента интервью. Затем лечение проводится в три условных этапа, первый из которых сосредоточен вокруг построения хороших терапевтических отношений, самооценки пациента, выявления у него убеждений в пользу нервной анорексии и эго-синтонной природы заболевания. Вторая фаза сфокусирована на связи между межличностными отношениями и поведением, связанным с РПП, а третья основывается на переходе от лечения к реальной жизни и подготовке пациента к окончанию терапии [25]. Хотя FPT является эффективным подходом с точки зрения увеличения массы тела, по сравнению с другими специализированными психологическими методами лечения (например, семейной и когнитивно-аналитической терапией), по-видимому, не превосходит их [26]. Кроме того, FPT не показала лучших результатов, чем когнитивная поведенческая психотерапия РПП и стандартное лечение в отношении увеличения массы тела или снижения

анорексической симптоматики после лечения, хотя через 12 мес наблюдения показали значительно более высокие показатели выздоровления, чем при стандартном лечении [25]. В существующей литературе по РПП высказывается предположение, что из-за межличностного элемента психодинамических вмешательств им может потребоваться более длительный период времени для демонстрации положительных эффектов [23]. В свете этого, а также из-за того, что большая часть FPT сосредоточена на межличностных отношениях, есть вероятность, что ее сила заключается в лучших долгосрочных результатах [25].

Психотерапия расстройств пищевого поведения у подростков. В NICE для лечения нервной анорексии у детей и подростков рекомендуют одно из следующих направлений: семейную терапию, ориентированную на нервную анорексию FT-AN (от англ. Family Therapy for Anorexia Nervosa — семейная терапия для нервной анорексии), КПТ расстройств пищевого поведения, рассмотренную выше, или AFP-AN (от англ. Adolescent-focused therapy for Anorexia Nervosa — психотерапию нервной анорексии, ориентированную на подростков). Предлагается в первую очередь рассматривать FT-AN, а также когнитивно-поведенческую психотерапию РПП или AFP-AN, если FT-AN является неприемлемым или неэффективным для пациента [5].

FT-AN обычно проводится за 10–20 сеансов в течение от 6 мес до года и состоит из *трех этапов*. Терапия имеет поведенческую направленность, в результате чего семья поощряется к тому, чтобы взять на себя некоторый контроль и поддержать пациента в восстановлении массы тела, принятии решений о здоровом питании и получении автономии в употреблении пищи. Несмотря на то что особое внимание уделяется роли, которую семья подростка играет в его выздоровлении, следует минимизировать ситуации, в которых члены семьи могут себя винить в ненадлежащем контроле или помощи. Следует поощрять семью временно принимать участие в том, чтобы помочь пациенту управлять своим питанием.

Первая фаза лечения сосредоточена на формировании терапевтических отношений между терапевтом, пациентом и членами семьи, восстановлении массы тела и возвращении к стабильному физическому состоянию. Следующий этап включает поддержку пациента в постепенном обретении некоторой автономии, соответствующей его возрасту и развитию, например, порционирование еды под наблюдением родителя или опекуна. Наконец, третий этап направлен на выявление любых естественных, свойственных возрасту проблем в развитии молодого человека, а также на то, как с ними справиться, и разработку планов после прекращения лечения или в случае рецидива [27].

Семейная терапия считается особенно полезной для лечения подростков с РПП, поскольку именно в это время люди переживают критические периоды развития, которые часто связаны с домашней обстановкой в семье. Обзоры семейной психотерапии РПП обобщили исследования, сравнивающие ее различные форматы, и не обнаружили существенных различий между ними [27, 28]. Например, сравнивая совместную терапию (для семьи и пациента вместе) с раздельной терапией (пациент и семья рассматриваются отдельно), исследования не обнаружили существенных отличий в результатах [29]. Кроме того, сравнение семейной психотерапии разной продолжительности не выявило значимых различий между краткосрочными и долгосрочными форматами в конце лечения и в течение 4-летнего периода наблюдения [30]. В нескольких обзорах делается вывод о том, что ни один формат FT-AN не является значительно более успешным, чем другой [31, 32]. Появляется все больше данных, подтверждающих использование семейной психотерапии в качестве основного метода лечения детей и подростков с нервной анорексией, однако все еще есть ограниченные доказательства того, что она неизменно превосходит другие психологические методы лечения или обычное лечение [28, 33]. Несмотря на то что большая часть исследований по лечению нервной анорексии у подростков сосредоточена на FT-AN, отсутствие высококачественных исследований, сравнивающих ее с индивидуальными методами лечения, не позволяет с уверенностью считать ее лучшим подходом [34]. В других обзорах был сделан вывод о том, что семейная психотерапия не является более успешной в лечении нервной анорексии, чем другие психотерапевтические методы [35], а также подчеркивалась проблема, заключающаяся в том, что терапия не обязательно подходит для всех подростков, например, для семей с одинокими или разлученными родителями или когда молодой человек имеет высокий уровень обсессивно-компульсивных черт [27, 36].

Часть IV. Специальная психотерапия

AFP-AN проводится в основном в течение 40 индивидуальных сеансов с подростком с дополнительными 8–12 сеансами с участием семьи пациента или опекуна для поддержки индивидуальной работы. Лечение начинается интенсивно, с регулярных сеансов, направленных на то, чтобы позволить терапевту установить прочные терапевтические отношения с пациентом, а также сформировать у него мотивацию к изменению поведения. Цель AFP-AN состоит в том, чтобы способствовать независимости и самоэффективности в

отношении пищевого поведения посредством сессий, на которых основное внимание уделяется связи между симптомами РПП и его самооценкой, обработкой и регулированием эмоций, а также межличностными процессами. Это помогает пациенту развить понимание того, как его самооценка усиливает болезнь и как он использует симптомы нервной анорексии в качестве адаптивной стратегии. Однако в отличие от КПТ расстройств пищевого поведения, АФР-АН больше заботится о применении стратегий, направленных на преодоление основных психологических нарушений или нарушений развития, а не о вопросах, непосредственно связанных, например, с едой, массой тела или формой. Этот подход помогает подростку справиться со страхами, связанными с увеличением массы тела, и найти альтернативные способы справиться со стрессом или негативными эмоциями, а также предоставляет информацию через психообразование о последствиях недоедания и важности питания и набора массы тела. На завершающей стадии терапии акцент делается на применении навыков и знаний, полученных в результате лечения, в реальных жизненных ситуациях. Было обнаружено, что терапия, фокусирующаяся на подростках АФР соответствует терапии, основанной на семье, FBT (от англ. family based treatment) с точки зрения завершения лечения и результатов в клиническом исследовании, сравнивающем эти два метода [37]. Однако при последующем наблюдении было обнаружено, что АФР статистически уступает FBT в отношении результатов, что предположительно связано с меньшим количеством случаев достижения порога полной ремиссии после лечения, а также с более высокой частотой рецидивов у лиц, завершивших АФР. Одно исследование также показало, что АФР был менее успешным в лечении пациентов с тяжелыми формами РПП, чем FBT [38]. Несмотря на значительную разницу в методологии и структуре перечисленных выше подходов, считается, что осуществление всех терапевтических процедур при реабилитации пациента с РПП должны в итоге ему помочь:

- приобрести новое отношение к еде, питанию, форме и массе тела;
- уменьшить свою озабоченность едой;
- структурировать рацион питания в течение дня (трехразовое питание с 2–3 перекусами в идеале);
- избегать неадекватных методов похудения, таких как самоиндуцированные рвоты, злоупотребление слабительными и диуретиками, компульсивные упражнения;
- идентифицировать причины изменений в настроении и научиться справляться с негативными переживаниями не переедая;
- идентифицировать факторы, усиливающие аппетит (алкоголь, просмотр телевизора и т.д.);
- улучшить самооценку;
- почувствовать, что его понимают, поддерживают и окажут помощь при возникновении проблем.

Выше были перечислены основные подходы и общие принципы терапии РПП, однако наличие различных форм пищевых нарушений, а также возрастные и половые особенности протекания заболевания и отношения к своему телу, подразумевают необходимость использования выборочных стратегий, показавших наибольшую эффективность в РКИ. Ниже будут перечислены рекомендованные методы терапии, которые широко используются в настоящее время, позиционируются как основные зарубежными руководствами или которые были оценены, по крайней мере, в одном крупном РКИ с минимальным размером выборки 100 участников.

Терапия нервной анорексии. Метаанализ эффективности психологических методов лечения нервной анорексии не выявил различий между ними и сравнительными вмешательствами в отношении увеличения массы тела, выраженности психопатологии РПП и качества жизни пациентов [39]. Сетевой метаанализ как неконтролируемых, так и РКИ психотерапии нервной анорексии показал, что семейные подходы преобладают при оказании помощи подросткам, а индивидуальная психотерапия наиболее часто используется у взрослых пациентов без какого-либо превосходства конкретного подхода [34]. Метаанализ, сравнивающий различные условия (стационарные и амбулаторные) лечения нервной анорексии, пришел к выводу, что существует недостаточно доказательств для обозначения приоритетных подходов [40]. Вместе с тем наличие более низкого индекса массы тела, более низкой мотивации и очистительного типа нервной анорексии указывало на возможный больший отсев, тогда как более выраженная патология РПП и более низкая мотивация являются признаками неблагоприятных результатов лечения [41].

Для подростков с нервной анорексией семейные вмешательства, направленные на РПП, рекомендуются в качестве терапии первой линии в соответствии с международными руководствами, основанными на фактических данных [43]. Тем не менее Кокрановский обзор показывает, что доказательства в пользу семейных вмешательств по сравнению со стандартным лечением или другими психологическими подходами не очень убедительны, и

что разные типы семейных вмешательств, по-видимому, не отличаются в эффективности [29]. После этого обзора были опробованы различные варианты семейных вмешательств, такие как многосемейная групповая терапия [43], отдельные родительские вмешательства [44] и обучение навыкам ухода [45], которые оказали положительное влияние, как на пациента, так и на конечные результаты терапии.

Согласно последним указаниям NICE для лечения нервной анорексии у взрослых может быть рекомендовано четыре основных научно обоснованных психологических вмешательства. К ним относятся: КПТ расстройства пищевого поведения, MANTRA, SSCM и FPT. В руководстве рекомендуется начинать с первых трех упомянутых методов лечения и, если они окажутся неподходящими или неэффективными, рассмотреть возможность применения FPT [5]. Эти подходы были оценены в крупномасштабных исследованиях с небольшими различиями в эффективности между ними или без них [20, 21, 25]. Этот вывод, возможно, не удивителен, поскольку все эти подходы имеют общие элементы изменения поведения. Все они приводят к значительному улучшению массы тела и уменьшению симптомов нервной анорексии, уровня дистресса и клинических нарушений. У взрослых примерно 25% пациентов полностью выздоравливают, а 25% не реагируют на амбулаторное лечение [2]. Около 20–40% взрослых амбулаторных пациентов с нервной анорексией нуждаются в более интенсивной помощи (в режиме дневного или круглосуточного стационара) из-за высокого риска для жизненных функций или невосприимчивости к амбулаторному лечению [46, 47]. Стационарное лечение оказалось эффективным для улучшения питания, но у части пациентов возникали рецидивы [41, 42]. В связи с этим были добавлены различные модификации в терапию для снижения тенденции к рецидивированию после выписки. Было обнаружено, что дополнение стационарного лечения интернет-вмешательствами, поддержкой и обучением лиц, осуществляющих уход, приносит значительную пользу [47]. В РКИ семейные семинары сравнивались с индивидуальной семейной работой, и в обоих случаях были обнаружены схожие улучшения в отношении пациентов и уменьшения дискомфорта у лиц, осуществляющих уход [48]. Во втором крупномасштабном исследовании сравнивали краткое вмешательство в развитие навыков у лиц, осуществляющих уход (проводимое с помощью книг, обучающих фильмов и телефонного коучинга), в дополнение к обычному лечению с индивидуальной психотерапией [49, 50]. Было выявлено, что наличие дополнительного краткого вмешательства значительно снижало число повторных госпитализаций.

Терапия нервной булимии. У подростков с нервной булимией семейная терапия является одним из методов лечения первой линии, рекомендованных NICE [5]. Когнитивно-поведенческая психотерапия РПП является альтернативной терапией и, проводимая в форме самоинструктирования и направленного ухода за собой, приводит к более быстрому улучшению состояния при переедании, чем семейная терапия, при этом обладая преимуществом в том, что большая часть обязанностей по регуляции пищевого поведения может быть делегирована обученным родителям. У взрослых с нервной булимией в качестве терапии первой линии рекомендуется самопомощь под руководством врача или КПТ [51]. Тем не менее метаанализ показал, что более 60% пациентов не смогли полностью воздержаться от перееданий и очистительных процедур даже после получения наилучшего доступного лечения [52].

Часть IV. Специальная психотерапия

Терапия компульсивного переедания. При компульсивном переедании всеобъемлющий метаанализ выявил большие эффекты воздержания от перееданий в исследованиях КПТ по сравнению с другими методами, в то время как структурированное лечение самопомощью давало эффекты от среднего до большого [53]. В большом исследовании M. deZwaan и соавт. [54], было проведено прямое сравнение КПТ с управляемой самопомощью. Было обнаружено, что данная терапия более эффективна и закономерно более дорога, чем управляемая самопомощь [55].

Лечение других расстройств пищевого поведения и расстройств приема пищи.

Руководящие принципы NICE рекомендуют, чтобы люди с другими расстройствами пищевого поведения и расстройствами приема пищи (избегающе-ограничительным расстройством приема пищи, расстройством руминации и пикацизмом) лечились с помощью подходов для того расстройства, на которое оно больше всего похоже [5]. Одно небольшое исследование сравнивало семейное лечение с обычным лечением у подростков с избегающе-ограничительным расстройством приема пищи, и оно показало, что семейное лечение является приемлемым и эффективным методом лечения в этой группе [56]. Была также разработана новая форма КПТ для избегающе-ограничительного расстройства приема пищи [57].

Новые подходы в терапии расстройств пищевого поведения. Для лечения РПП были адаптированы различные методы поведенческой терапии третьей волны, такие как: терапия

принятия и ответственности; диалектическая поведенческая терапия; терапия, ориентированная на сострадание; вмешательства, основанные на осознанности; схема-терапия. Было проведено несколько небольших испытаний, в основном при компульсивном переедании, для оценки их эффективности с точки зрения формирования ремиссии. Метааналитический обзор показал, что эти подходы не превосходили сравнительные методы лечения (например, КПТ) с точки зрения уменьшения приступов переедания [58]. Было обнаружено, что групповая терапия, основанная на диссонансе, оказалась более эффективной для уменьшения симптомов, чем групповая терапия, основанная на осознанности, в трансдиагностической выборке [59]. Другие многообещающие подходы поведенческого направления включают интегративную когнитивно-аффективную терапию нервной булимии [60].

Одним из перспективных направлений, которое можно рассматривать, как альтернативное поведенческим моделям, является терапия на основе ментализации [61]. Ментализирующий подход имеет корни в психодинамической психотерапии и, более конкретно, в реляционной или интерсубъективной традиции с упором на когнитивные и эмоциональные процессы. С практической точки зрения это подразумевает веру в то, что клиническое улучшение лучше всего поощрять через терапевтические отношения. Эффективные терапевтические отношения в таком случае являются хорошей аналогией с безопасной привязанностью. Реляционная модель психотерапии больше ориентирована на человека, чем на расстройство. Это очень важно для пациентов с РПП, поскольку установление крепкого терапевтического альянса часто является проблемой, особенно при нервной анорексии. Лечебный процесс структурирован и нацелен на стимулирование ментализации за счет комбинации различных терапевтических форматов, укрепление терапевтического альянса и предотвращение выбывания пациента из терапии. Традиционно терапия на основе ментализации является интенсивным, амбулаторным, комбинированным видом лечения. Она может быть включена в различные форматы взаимодействия с пациентом: психообразовательную работу в группах, индивидуальную и групповую терапию, а также может быть использована в активном обсуждении формулировок кейсов при создании антикризисного плана и регулярных встречах группы специалистов. Для детей и подростков также возможна комбинация с семейной терапией. Лечение на основе ментализации следует рассматривать как долгосрочное. В целом считается, что лечение тяжелых РПП должно длиться не менее года. Подразумевается комбинация индивидуальной и групповой форм терапии с двумя отдельными терапевтами, работающими в одной команде, еженедельное посещение занятий пациентом. В настоящее время не существует достаточных доказательств эффективности данного вида лечения при РПП, однако считается, что ментализирующие навыки терапевта, даже вне рамок структурированной терапии, являются крайне важными для укрепления терапевтического альянса и уменьшения досрочного выбывания пациентов [62].

Относительно новым подходом, нацеленным на нейрокогнитивный дефицит у пациентов с РПП, является когнитивная ремедиация, являющаяся вмешательством, основанным на поведенческом тренинге, направленном на улучшение когнитивных процессов (внимание, память, исполнительные функции, социальные когниции, метакогниции), с целью их укрепления и генерализации. Изначально когнитивная ремедиация была разработана для реабилитации людей с различными нейропсихологическими проблемами, однако с тех пор была адаптирована для решения трудностей в смене психологической установки (неспособности гибко перемещаться между различными задачами или стимулами) и слабой центральной когерентности (неспособности обрабатывать информацию в целом, что приводит к сосредоточению внимания на деталях) среди людей с нервной анорексией, для которых данный когнитивный профиль был предложен как фактор риска поддержания расстройства и эндофенотип.

Расширение функциональных возможностей при когнитивной ремедиации у пациента с РПП происходит за счет: подкрепления, усиления и восстановления адаптивных способов реагирования и целенаправленных паттернов поведения, связанных с приемом пищи и контролем массы тела; содействия психологической адаптации личности к сохраняющемуся когнитивному дефициту для улучшения качества жизни в различных сферах; формирования новых стереотипов активности с помощью структурирования внешней среды и посторонней поддержки; формирования новых паттернов когнитивной активности, на основе компенсаторных перестроек поврежденных нейрональных систем.

Когнитивная ремедиация базируется на ряде принципов, которые в случае пациентов с РПП, имеющих ряд психологических характеристик (перфекционизм, низкая самооценка, импульсивность), имеют особое значение в динамике выздоровления и поддержании ремиссии. К этим принципам относятся [63]:

- *стратегия* — разработка стратегий, направленных на оптимизацию когнитивного функционирования и выполнения заданий;

- «зубрежка» и практика — повторение когнитивных заданий в течение многих сессий до тех пор, пока результат не улучшится;
- иерархия — от простых к сложным заданиям;
- подсказки — использование внешних подсказок во время выполнения тестов;
- удаление подсказок — постепенное удаление подсказок в заданиях с повышением уровня сложности;
- адаптация — регулирование уровня сложности когнитивных заданий, чтобы они оставались стимулирующими и привлекательными;
- интеграция — сочетание с другими видами терапии для усиления эффекта ремедиации.

Часть IV. Специальная психотерапия

Когнитивная ремедиация проводится, как правило, в течение десяти 45-минутных сеансов, либо в более коротком групповом формате, состоящем из 5–6 сеансов. Этот подход может использоваться со взрослыми, детьми и подростками и подходит даже для пациентов с очень низким индексом массы тела, в отличие от большинства методов разговорной терапии, что позволяет заниматься психологической работой на самом раннем этапе лечения.

Основываясь на данных РКИ, когнитивная ремедиация снижает процент выбывших, причем в этих исследованиях сообщалось о 10–20% отсева. Это позволяет предположить, что когнитивная ремедиация может быть первым шагом для начала вовлечения пациента в психологическое вмешательство. Помимо низких показателей отсева качественные отзывы о когнитивной ремедиации как от пациентов, так и от терапевтов являются крайне положительными [64]. Несколько РКИ свидетельствуют о том, что когнитивная ремедиация улучшает производительность и субъективную оценку когнитивных процессов. Это общее улучшение познания способствует лучшему общему функционированию [65, 66].

Систематический обзор выявил четыре исследования когнитивной ремедиации с размером выборки от малого до среднего, все они включали пациентов с нервной анорексией [67]. Эти испытания различались по популяциям, длительности терапии, сравнительному лечению и первичным исходам, и они оказывали различное влияние на нейрокогнитивные функции и клинические результаты [68]. Вариант когнитивной ремедиации, включающий обучение социальным и эмоциональным навыкам, также был опробован [69]. В совокупности результаты являются обнадеживающими, а доступные исследования показывают, что когнитивная ремедиация может использоваться в качестве дополнительного лечения для вовлечения пациентов в терапевтический процесс, улучшения когнитивных процессов и подготовки почвы для дальнейшей психологической работы. Вместе с этим, когнитивная ремедиация в настоящее время не является самостоятельным подходом в лечении РПП, не направлена напрямую на изменение массы тела и, как таковая, не включена в рекомендации NICE.

CREST (от англ. Cognitive Remediation and Emotion Skills Training — когнитивная ремедиация и тренинг эмоциональных навыков) — это вмешательство, разработанное для решения проблем с идентификацией, управлением и выражением эмоций у людей с нервной анорексией. Как и когнитивная ремедиация, это подход, который может быть предложен на ранней стадии лечения, когда пациенты не могут использовать более сложные психологические методы лечения. CREST обычно состоит из 8–10 сеансов. Если у пациента ранее была проведена когнитивная ремедиация, ему предлагается 8 индивидуальных сеансов CREST. Если пациент не имел опыта когнитивной ремедиации, ему сначала предлагается 2 сеанса, посвященных стилям мышления, а затем 8 сеансов, включающих психообразование и элементы опыта CREST [70]. Основное свидетельство эффективности данного подхода исходит из качественной и количественной оценки серии случаев в индивидуальном (8–10 сеансов) и групповом формате (5–6 сеансов). В то время как большинство доступных исследований изучают эффективность CREST для взрослых, что дает некоторые надежды, совсем недавно были опубликованы исследования, посвященные CREST для подростков с нервной анорексией, и результаты показывают, что этот подход также может быть подходящим для этой группы пациентов [71]. В настоящее время эффективность CREST в индивидуальном и групповом формате все еще изучается.

Недавно были разработаны компьютеризированные тренинги, направленные на модификацию нейрокогнитивных процессов, связанных с процессами торможения, импульсивностью и определяющимися ими предубеждениями и поведением. При компульсивном переедании эти тренировки использовались для борьбы с перееданием и увеличением массы тела [72]. Было проведено несколько технико-экономических исследований различных видов подобных тренингов, включая тренинг по контролю внимания [73], модификацию смены психологической установки и тренинг тормозного контроля [74, 75]. Были опробованы нейробиологически обоснованные методы лечения, направленные на устранение привычек, поддерживающих основную симптоматику при

нервной анорексии или импульсивность при компульсивном переедании [76, 77]. Модели обучения предполагают, что терапия, основанная на экспозиции, может быть эффективной для уменьшения страха перед едой и недоедания при нервной анорексии, реакций на пищевые сигналы и переедания при нервной булимии или компульсивном переедании, а также страхов, связанных с телом, по всему спектру РПП. В соответствии с этим были разработаны и протестированы в ходе небольших испытаний вмешательства, связанные с воздействием стимулов, связанных с РПП (еда, тело, физические упражнения) [2, 78, 79]. Все чаще используются технологии виртуальной реальности для борьбы со страхами, связанными с едой или телом у пациентов с РПП [80]. В одном исследовании изучалось лечение виртуальной реальностью в качестве терапии второй линии при нервной булимии после неудачной КПТ [81, 82]. Были также разработаны виртуальные беговые дорожки для экспозиционного лечения чрезмерных физических упражнений при РПП [83].

В целом можно сказать, что в последнее время наблюдается рост интереса к использованию различных подходов, адаптируемых для РПП и показавших свою эффективность при других психических расстройствах, а также инновационных техник, создаваемых специально для пациентов данного профиля. Несмотря на то что психотерапия имеет некоторый успех, все же оказывается трудно добиться стабильно хороших результатов с помощью методов, которые в настоящее время доступны для лечения РПП, в особенности при нервной анорексии у взрослых. Кроме того, существует консенсус в отношении того, что, несмотря на растущую доказательную базу для лечения РПП и предпочтение психотерапии в качестве лечения, до сих пор не существует установленного ведущего метода, который мог быть включен в протоколы ведения пациентов повсеместно. В ряде обзоров делается вывод о том, что среди множества психотерапевтических методов, включая перечисленные выше, нет убедительных доказательств, позволяющих предложить одно неизменно более эффективное вмешательство для лечения взрослых, детей или подростков с нервной анорексией. Во многом это связано с трудностями оценки методов лечения РПП из-за проблем с набором участников, высоких показателей выбывания пациентов или несоблюдения требуемого режима.

Учитывая актуальность и сложность лечения РПП, в настоящее время финансирование исследований в этом направлении является явно недостаточным. В зарубежных странах, например, в Великобритании только 1% расходов на исследования в области психического здоровья приходится на РПП, по сравнению с 9% расходов, выделяемых на депрессию, и 14,2% — на шизофрению [84]. Это неравенство в финансировании отражается в относительно низкой исследовательской активности в области РПП по сравнению с другими психическими расстройствами. Аналогичная ситуация наблюдается и в отечественной практике.

Профессиональное сообщество должно обозначить приоритеты, на основе которых возможна разработка дальнейших исследований и вмешательств. К ним могут быть отнесены: определение факторов, которые могут позволить персонализировать лечение; оценка преимуществ индивидуально разработанных подходов по сравнению с подходами, основанными на протоколе; определение роли лиц и лечебной бригады, осуществляющих уход, в выздоровлении; оценка и коррекция коморбидных соматических и психических состояний, в том числе склонности к самоповреждениям и суицидального риска; выявление модифицируемых факторов риска РПП и их профилактика. Некоторые из этих направлений уже активно изучаются в рамках крупномасштабных исследований, например, роль лиц, осуществляющих уход, в лечении пациентов с РПП и преимущества различных условий лечения (стационарное или амбулаторное лечение).

Часть IV. Специальная психотерапия

Также стоит вопрос, как модифицировать доступные методы лечения РПП для повышения их эффективности. Разработка новых подходов крайне необходима для улучшения результатов лечения, но в решающей степени их формирование зависит от лучшего понимания биологических, психологических и социальных механизмов, которые определяют траекторию болезни с течением времени и объясняют индивидуальные различия в течении, тяжести и стойкости болезни.

Список литературы

1. McClelland J., Hodsoll J., Brown A. et al. A pilot evaluation of a novel First episode and Rapid Early intervention service for Eating Disorders (FREED) // Eur. Eat Disord. Rev. 2018. Vol. 26. P. 129–140.
2. Cardi V., Albano G., Ambwani S. et al. A randomised clinical trial to evaluate the acceptability and efficacy of an early phase, online, guided augmentation of outpatient care for adults with anorexia nervosa // Psychol. Med. 2019. Vol. 16. P. 1–12.
3. Treasure J., Nazar B.P. Interventions for the carers of patients with eating disorders // Curr. Psychiatry Rep. 2016. Vol. 18, N. 2. P. 16.

4. Treasure J., Schmidt U., MacDonald P. The Clinician's Guide to Collaborative Caring in Eating Disorders: The New Maudsley Method. 1st ed. London: Routledge, 2009. 304 p.
5. National Institute for Health and Care Excellence. Eating Disorder: Recognition and Treatment [Electronic resource]. 2017.
URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/chapter/Recommendations> (date of access January 5, 2022).
6. Fairburn C.G., Cooper Z., Shafran R. Enhanced cognitive behaviour therapy for eating disorders («CBT-E»): An overview // Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders / Ed. G.G. Fairburn. New York: Guilford Press, 2008. P. 23–34.
7. Fairburn C.G., Cooper Z., Shafran R. et al. Enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders: The core protocol // Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders / Ed. G.G. Fairburn. New York: Guilford Press, 2008. P. 47–196.
8. Zipfel S., Giel K.E., Bulik C.M. et al. Anorexia nervosa: Aetiology, assessment, and treatment // Lancet Psychiatry. 2015. Vol. 2. P. 1099–1111.
9. Dahlenburg S.C., Gleaves D.H., Hutchinson A.D. Treatment outcome research of enhanced cognitive behaviour therapy for eating disorders: A systematic review with narrative and meta-analytic synthesis // Eat. Disord. 2019. Vol. 27. P. 482–502.
10. Atwood M.E., Friedman A. A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders // Int. J. Eat. Disord. 2020. Vol. 53. P. 311–330.
11. Agras W.S. Cognitive behavior therapy for the eating disorders // Psychiatr. Clin. North Am. 2019. Vol. 42. P. 169–179.
12. Wade S., Byrne S., Allen K. Enhanced cognitive behavioral therapy for eating disorders adapted for a group setting // Int. J. Eat. Disord. 2017. Vol. 50. P. 863–872.
13. Galsworthy-Francis L, Allan S. Cognitive behavioural therapy for anorexia nervosa: A systematic review // Clin. Psychol. Rev. 2014. Vol. 34. P. 54–72.
14. Gregertsen E.C., Mandy W., Serpell L. The egosyntonic nature of anorexia: An impediment to recovery in anorexia nervosa treatment // Front. Psychol. 2017. Vol. 8. P. 1–9.
15. Dalle Grave R., Sartirana M., Calugi S. Enhanced cognitive behavioural therapy for adolescents with anorexia nervosa: Outcomes and predictors of change in a real-world setting // Int. J. Eat. Disord. 2019. Vol. 52. P. 1042–1046.
16. Dalle Grave R., Calugi S., El Ghoch M. et al. Inpatient cognitive behavior therapy for adolescents with anorexia nervosa: Immediate and long-term effects // Front. Psychiatry. 2014. Vol. 5. P. 1–7.
17. Calugi S., Dalle Grave R., Sartirana M., Fairburn C.G. Time to restore body weight in adults and adolescents receiving cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa // J. Eat. Disord. 2015. Vol. 3. P. 1–6.
18. Schmidt U., Treasure J. Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications of research and practice // Br. J. Clin. Psychol. 2006. Vol. 45. P. 343–366.
19. Schmidt U. Maudsley model of anorexia nervosa treatment for adults (MANTRA): A cognitive-interpersonal model of illness development and maintenance // Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders / Ed. T. Wade. Singapore: Springer, 2015. P. 1–5.
20. Schmidt U., Magill N., Renwick B. et al. The Maudsley outpatient study of treatments for anorexia nervosa and related conditions (MOSAIC): Comparison of the Maudsley model of anorexia nervosa treatment for adults (MANTRA) with specialist supportive clinical management (SSCM) in outpatients with broadly defined anorexia nervosa: A randomized controlled trial // J. Consult. Clin. Psychol. 2015. Vol. 83. P. 796–807.
21. Byrne S., Wade T., Hay P. et al. A randomised controlled trial of three psychological treatments for anorexia nervosa // Psychol. Med. 2017. Vol. 47. P. 2823–2833.
22. McIntosh V.V.W., Jordan J., Luty S.E. et al. Specialist supportive clinical management for anorexia nervosa // Int. J. Eat. Disord. 2006. Vol. 39. P. 625–632.
23. Carter F.A., Jordan J., McIntosh V.V. et al. The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: A randomized, controlled trial // Int. J. Eat. Disord. 2011. Vol. 44. P. 647–654.
24. Schmidt U., Oldershaw A., Jichi F. et al. Out-patient psychological therapies for adults with anorexia nervosa: Randomised controlled trial // Br. J. Psychiatry. 2012. Vol. 201. P. 392–399.
25. Zipfel S., Wild B., Groß G. et al. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): Randomised controlled trial // Lancet. 2014. Vol. 383. P. 127–137.
26. Dare C., Eisler I., Russell G. et al. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa // Br. J. Psychiatry. 2001. Vol. 178. P. 216–221.
27. Rienecke R. Family-based treatment of eating disorders in adolescents: Current insights // Adolesc. Health Med. Ther. 2017. Vol. 8. P. 69–79.
28. Fisher C.A., Skocic S., Rutherford K.A., Hetrick S.E. Family therapy approaches for anorexia nervosa // Cochrane Database Syst. Rev. 2019. Vol. 5. P. 1–165.
29. Eisler I., Dare C., Hodes M. et al. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: The results of a controlled comparison of two family interventions // J. Child Psychol. Psychiatry. 2000. Vol. 41.

P. 727–736.

30. Lock J., Agras W.S., Bryson S., Kraemer H.C. A comparison of short- and long-term family therapy for adolescent anorexia nervosa // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2005. Vol. 44. P. 632–639.
31. Watson H.J., Bulik C.M. Update on the treatment of anorexia nervosa: Review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions // *Psychol. Med*. 2013. Vol. 43. P. 2477–2500.
32. Keel P.K., Haedt A. Evidence-based psychosocial treatments for eating problems and eating disorders // *J. Clin. Child Adolesc. Psychol*. 2008. Vol. 37. P. 39–61.
33. Lock J. An update on evidence-based psychological treatments for eating disorders in children and adolescents // *J. Clin. Child Adolesc. Psychol*. 2015. Vol. 44. P. 707–721.
34. Zeeck A., Herpertz-Dahlmann B., Friederich H. et al. Psychotherapeutic treatment for anorexia nervosa: A systematic review and network meta-analysis // *Front. Psychiatry*. 2018. Vol. 9. P. 1–14.
35. Lock J., Nicholls D. Toward a greater understanding of the ways family-based treatment addresses the full range of psychopathology of adolescent anorexia nervosa // *Front. Psychiatry*. 2020. Vol. 10. P. 1–8.
36. Lock J., Fitzpatrick K.K. Advances in psychotherapy for children and adolescents with eating disorders // *Am. J. Psychother*. 2009. Vol. 63. P. 287–303.
37. Lock J., Le Grange D., Agras W.S. et al. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa // *Arch. Gen. Psychiatry*. 2010. Vol. 67. P. 1025–1032.
38. Le Grange D., Lock J., Agras W.S. et al. Moderators and mediators of remission in family-based treatment and adolescent focused therapy for anorexia nervosa // *Behav. Res. Ther*. 2012. Vol. 50. P. 85–92.
39. Van den Berg E., Houtzager L., de Vos J. et al. Meta-analysis on the efficacy of psychological treatments for anorexia nervosa // *Eur. Eat Disord. Rev*. 2019. Vol. 27. P. 331–351.
40. Hay P.J., Touyz S., Claudino A.M. et al. Inpatient versus outpatient care, partial hospitalisation and waiting list for people with eating disorders // *Cochrane Database Syst. Rev*. 2019. Vol. 1. CD010827.
41. Gregertsen E.C., Mandy W., Kanakam N. et al. Pre-treatment patient characteristics as predictors of drop-out and treatment outcome in individual and family therapy for adolescents and adults with anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis // *Psychiatry Res*. 2019. Vol. 271. P. 484–501.
42. Hilbert A., Hoek H.W., Schmidt R. Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: International comparison // *Curr. Opin. Psychiatry*. 2017. Vol. 30. P. 423–437.
43. Eisler I., Simic M., Hodsoll J. et al. A pragmatic randomised multicenter trial of multifamily and single family therapy for adolescent anorexia nervosa // *BMC Psychiatry*. 2016. Vol. 16. P. 422.
44. Le Grange D., Hughes E.K., Court A. et al. Randomized clinical trial of parent-focused treatment and family-based treatment for adolescent anorexia nervosa // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2016. Vol. 55. P. 683–692.
45. Hodsoll J., Rhind C., Micali N. et al. A Pilot, Multicentre pragmatic randomised trial to explore the impact of carer skills training on carer and patient behaviours: Testing the cognitive interpersonal model in adolescent anorexia nervosa // *Eur. Eat. Disord. Rev*. 2017. Vol. 25. P. 551–561.
46. Schmidt U., Ryan E.G., Bartholdy S. et al. Two-year follow-up of the MOSAIC trial: A multicenter randomized controlled trial comparing two psychological treatments in adult outpatients with broadly defined anorexia nervosa // *Int. J. Eat. Disord*. 2016. Vol. 49. P. 793–800.
47. Fichter M.M., Quadflieg N., Lindner S. Internet-based relapse prevention for anorexia nervosa: Nine-month follow-up // *J. Eat. Disord*. 2013. Vol. 1. P. 23.
48. Whitney J., Murphy T., Landau S. et al. A practical comparison of two types of family intervention: An exploratory RCT of family day workshops and individual family work as a supplement to inpatient care for adults with anorexia nervosa // *Eur. Eat. Disord. Rev*. 2012. Vol. 20. P. 142–150.
49. Hibbs R., Magill N., Goddard E. et al. Clinical effectiveness of a skills training intervention for caregivers in improving patient and caregiver health following in-patient treatment for severe anorexia nervosa: Pragmatic randomised controlled trial // *BJPsych. Open*. 2015. Vol. 1. P. 56–66.
50. Magill N., Rhind C., Hibbs R. et al. Two-year follow-up of a pragmatic randomised controlled trial examining the effect of adding a carer's skill training intervention in inpatients with anorexia nervosa // *Eur. Eat. Disord. Rev*. 2016. Vol. 24. P. 122–130.
51. Schmidt U., Lee S., Beecham J. et al. A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders // *Am. J. Psychiatry*. 2007. Vol. 164. P. 591–598.
52. Slade E., Keeney E., Mavranouzouli I. et al. Treatments for bulimia nervosa: A network meta-analysis // *Psychol. Med*. 2018. Vol. 48. P. 2629–2636.
53. Hilbert A., Petroff D., Herpertz S. et al. Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder // *J. Consult. Clin. Psychol*. 2019. Vol. 87. P. 91–105.
54. De Zwaan M., Herpertz S., Zipfel S. et al. Effect of internet-based guided self-help vs individual face-to-face treatment on full or subsyndromal binge eating disorder in overweight or obese

- patients: The INTERBED randomized clinical trial // *JAMA Psychiatry*. 2017. Vol. 74. P. 987–995.
55. König H.H., Bleibler F., Friederich H.C. et al. Economic evaluation of cognitive behavioral therapy and Internet-based guided self-help for binge-eating disorder // *Int. J. Eat. Disord.* 2018. Vol. 51. P. 155–164.
 56. Lock J., Sadeh-Sharvit S., L'Insalata A. Feasibility of conducting a randomized clinical trial using family-based treatment for avoidant/restrictive food intake disorder // *Int. J. Eat. Disord.* 2019. Vol. 52. P. 746–751.
 57. Dumont E., Jansen A., Kroes D. et al. A new cognitive behavior therapy for adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder in a day treatment setting: A clinical case series // *Int. J. Eat. Disord.* 2019. Vol. 52. P. 447–458.
 58. Linardon J., Fairburn C.G., Fitzsimmons-Craft E.E. et al. The empirical status of the third-wave behavior therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review // *Clin. Psychol. Rev.* 2017. Vol. 58. P. 125–140.
 59. Stice E., Rohde P., Shaw H., Gau J.M. Randomized trial of a dissonance-based group treatment for eating disorders versus a supportive mindfulness group treatment // *J. Consult. Clin. Psychol.* 2019. Vol. 87. P. 79–90.
 60. Wonderlich S.A., Peterson C.B., Crosby R.D. et al. A randomized controlled comparison of integrative cognitive-affective therapy (ICAT) and enhanced cognitive-behavioral therapy (CBT-E) for bulimia nervosa // *Psychol. Med.* 2014. Vol. 44. P. 543–553.
 61. Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., Target M. *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of Self*. London: Karnac Books. 2002. 592 p.
 62. Пичиков А.А., Попов Ю.В. Терапия на основе ментализации при расстройствах пищевого поведения // *Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств — современные подходы: Сборник методических рекомендаций* / Под общ. ред. Н.Г. Незнанова. Вып. 4. СПб.: Коста, 2021. С. 132–152.
 63. Пичиков А.А., Попов Ю.В. Когнитивная ремедиация при расстройствах пищевого поведения // *Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств — современные подходы: Сборник методических рекомендаций* / Под общ. ред. Н.Г. Незнанова. Вып. 3. СПб.: Коста, 2020. С. 79–100.
 64. Tchanturia K., Lloyd S., Lang K. Cognitive remediation therapy for anorexia nervosa: Current evidence and future research directions // *Int. J. Eat. Disord.* 2013. Vol. 46. P. 492–495.
 65. Tchanturia K., Lounes N., Holtum S. Cognitive remediation in anorexia nervosa and related conditions: A systematic review // *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2014. Vol. 22. P. 454–462.
 66. Tchanturia K., Giombini L., Leppanen J., Kinnaird E. Evidence for cognitive remediation therapy in young people with anorexia nervosa: Systematic review and meta-analysis of the literature // *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2017. Vol. 25. P. 227–236.
 67. Kim E.J., Bahk Y.C., Oh H. et al. Current status of cognitive remediation for psychiatric disorders: A review // *Front. Psychiatry*. 2018. Vol. 9. P. 461.
 68. Lock J., Fitzpatrick K.K., Agras W.S. et al. Feasibility study combining art therapy or cognitive remediation therapy with family-based treatment for adolescent anorexia nervosa // *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2018. Vol. 26. P. 62–68.
 69. Davies H., Fox J., Naumann U. et al. Cognitive remediation and emotion skills training for anorexia nervosa: An observational study using neuropsychological outcomes // *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2012. Vol. 20. P. 211–217.
 70. Tchanturia K., Brown A., Fleming C. Thinking about emotions: CREST group // *Brief Group Psychotherapy for Eating Disorders: Inpatient Protocols* / Ed. K. Tchanturia. Sussex: Routledge, 2015. P. 74–106.
 71. Giombini L., Nesbitt S., Leppanen J. et al. Emotions in play: Young people's and clinician's experience of «thinking about emotions» group // *Eat. Weight Disord.* 2019. Vol. 24. P. 605–614.
 72. Eichen D.M., Matheson B.E., Appleton-Knapp S.L., Boutelle K.N. Neurocognitive treatments for eating disorders and obesity // *Curr. Psychiatry Rep.* 2017. Vol. 19. P. 62.
 73. Giel K.E., Speer E., Schag K. et al. Effects of a food specific inhibition training in individuals with binge eating disorder-findings from a randomized controlled proof-of-concept study // *Eat. Weight Disord.* 2017. Vol. 22. P. 345–351.
 74. Brockmeyer T., Friederich H.C., Kippers C. et al. Approach bias modification training in bulimia nervosa and binge-eating disorder: A pilot randomized controlled trial // *Int. J. Eat. Disord.* 2019. Vol. 52. P. 520–529.
 75. Turton R., Nazar B.P., Burgess E.E. et al. To go or not to go: A proof of concept study testing food-specific inhibition training for women with eating and weight disorders // *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2018. Vol. 26. P. 11–21.
 76. Wierenga C.E., Hill L., Knatz Peck S. et al. The acceptability, feasibility, and possible benefits of a neurobiologically-informed 5-day multifamily treatment for adults with anorexia nervosa // *Int. J. Eat. Disord.* 2018. Vol. 51. P. 863–869.
 77. Schag K., Renhak S.K., Leehr E.J. et al. IMPULS: impulsivity-focused group intervention to reduce binge eating episodes in patients with binge eating disorder — a randomised controlled trial //

- Psychother. Psychosom. 2019. Vol. 88. P. 141–153.
78. Steinglass J.E., Albano A.M., Simpson H.B. et al. Confronting fear using exposure and response prevention for anorexia nervosa: A randomized controlled pilot study // *Int. J. Eat. Disord.* 2014. Vol. 47. P. 174–180.
 79. Levinson C.A., Byrne M. The fear of food measure: A novel measure for use in exposure therapy for eating disorders // *Int. J. Eat. Disord.* 2015. Vol. 48. P. 271–283.
 80. Clus D., Larsen M.E., Lemey C., Berrouiguet S. The use of virtual reality in patients with eating disorders: systematic review // *J. Med. Internet Res.* 2018. Vol. 20. P. e157.
 81. Ferrer-García M., Gutierrez-Maldonado J., Pla-Sanjuanelo J. et al. A randomised controlled comparison of second-level treatment approaches for treatment-resistant adults with bulimia nervosa and binge eating disorder: Assessing the benefits of virtual reality cue exposure therapy // *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2017. Vol. 25. P. 479–490.
 82. Ferrer-García M., Pla-Sanjuanelo J., Dakanalis A. A randomized trial of virtual reality-based cue exposure second-level therapy and cognitive behavior second-level therapy for bulimia nervosa and binge-eating disorder: outcome at six-month follow-up // *Cyberpsychol. Behav. Soc. Netw.* 2019. Vol. 22. P. 60–68.
 83. Paslakis G., Fauck V., Rider K. et al. Virtual reality jogging as a novel exposure paradigm for the acute urge to be physically active in patients with eating disorders: implications for treatment // *Int. J. Eat. Disord.* 2017. Vol. 50. P. 1243–1246.
 84. MQ. MQ Landscape Analysis. 2017. URL: <https://s3.eu-central-1.amazonaws.com/www.joinmq.org/UK+Mental+Health+Research+Funding+2014–2017+digital.pdf> (date of access July 18, 2019).

Часть IV. Специальная психотерапия

Глава 33. Психотерапия психогенного переедания

Проблема ожирения, согласно статистическим данным, является эпидемией XXI в. На сегодняшний день данное заболевание диагностировано у 1,7 млрд человек. По данным Всемирной организации гастроэнтерологов (World Gastroenterology Organization, WGO), избыточная масса тела и ожирение у лиц обоего пола составляет 54% (избыточная масса тела — 42%, ожирение — 12%). В России ожирение также широко распространено и диагностируется у 18% женщин и 7% мужчин [34].

Одним из патогенетических факторов, запускающих процесс набора лишней массы тела, является психогенное переедание, которое, в свою очередь провоцируется переживанием стресса.

Несмотря на то что проблема такого расстройства пищевого поведения, как психогенное переедание, была выдвинута в международное научное поле еще в 1989 г., в настоящее время ее исследование затруднено размытостью диагностических критериев и различиями в терминологических понятиях. В зависимости от теоретических представлений и классификации болезней, на которую опираются ученые, психогенное переедание нередко ошибочно отождествляется в МКБ или DSM с диагнозом «компульсивное» переедание или «приступообразное» — в зарубежной аналогии BED (от англ. binge-eating disorder). Однако подобное сближение и объединение представляется неоправданным, поскольку причины и патогенетические механизмы переедания при этих нарушениях, как и клиническая картина, а вследствие этого и терапевтические стратегии, имеют свою специфику. Психогенное переедание является преимущественно гиперфагической реакцией на стресс, сам процесс принятия пищи может не иметь приступообразный характер, быть растянут во времени и не отличаться по скорости от обычного потребления еды, но при этом может иметь место избирательность в отношении выбора продукта [2, 12, 19].

Факторы, влияющие на риск возникновения и развития психогенного переедания.

Психогенное переедание как разновидность нарушений пищевого поведения обладает мультифакторным генезом, обусловленным биопсихосоциальной природой человеческой жизнедеятельности. Единый этиопатогенетический комплекс данного расстройства определяется тремя взаимосвязанными группами факторов:

- биологической (гендерная и наследственная предрасположенность) [16];
- психологической (индивидуально-психологические особенности личности, адаптационно-компенсаторные ресурсы);
- социокультурной (стиль семейного воспитания, общественные представления об эталонном образе тела, особенности коммуникативного поведения и др.) [22, 29, 31].

Психологическая группа предикторов развития психогенного переедания является достаточно широкой, причем значимые связи наблюдаются с различными особенностями эмоциональной сферы. Так, ряд авторов в своих исследованиях подчеркивали связь

психогенного переедания с алекситимией — затруднениями в распознавании и выражении своих эмоций и ощущений [9, 13–15, 24, 33]. Как отмечает R.M. Bagby [15], пациенты с психогенным перееданием испытывают проблемы в различении переживаний тревоги и ощущения голода. K. Wheeler и R.D. Broad рассматривают алекситимию как фактор, не только предрасполагающий к ожирению, но и затрудняющий возможность снижения женщинами избыточной массы тела. Собственные эмоции ощущаются такими людьми как телесный дискомфорт, способом избавления от которого, в частности, выступает еда [23]. При этом эмоция, по мнению А.В. Сидорова [14], определяет специфику выбираемого продукта, размер порции и протяженность эпизода переедания.

В проведенном исследовании J. Svaldi и соавт. [30] установили у женщин тесную корреляцию психогенного переедания с высоким уровнем тревоги и колебаниями настроения. При этом наиболее выраженное снижение настроения отмечено ими непосредственно перед приемом пищи. Сопутствуют психогенному перееданию и острые переживания тоски, депрессия, причем, чем более сильно выражены эти эмоциональные проявления, тем в более тяжелой форме протекает и расстройство переедания [20]. Полученные в исследовании данные соответствуют и установленным в DSM-V коморбидным признакам BED — приступообразное психогенное переедание: наиболее частыми сопутствующими расстройствами при компульсивном переедании являются тревожные, депрессивные и биполярные расстройства. Помимо тоски и тревоги эмоциями-провокаторами психогенного переедания выступают аффекты, возникающие в процессе межличностных отношений: гнев, чувство вины, беспомощности, ревности, раздражения. Факторами эмоционально-волевой сферы для эпизодов переедания также являются импульсивность и вспыльчивость. В своем метаанализе А.А. Лифинцева и соавт. [9] отмечают, что импульсивность препятствует анализу причин побуждений к приему пищи: человек ищет способ моментального удовлетворения потребности, не успев распознать природу своего голода (физиологическую или психологическую).

Еще одним личностным фактором расстройств переедания, в том числе психогенного, является специфика реакции человека на стресс. Как отмечает T. Brockmeyer [18], работая в рамках классификации DSM-IV, люди с BED острее реагируют на ежедневные стрессовые события, обладают низкой толерантностью к неприятностям, при этом переживаемые эмоции для них невыносимы, и еда служит способом совладания со стрессом. Основными стратегиями преодоления стресса выступают подавление своих эмоций и когнитивная руминация. И в том, и в другом случае эмоции не находят выхода наружу, накапливаются и образуют аффективный «ком», который разряжается перееданием. На устойчивую взаимосвязь когнитивной руминации и компульсивного переедания указывают в своей работе и S.B. Wang, J.A. Lydecker, C.M. Grilo [32].

Часть IV. Специальная психотерапия

Психогенное переедание связывают также с психологическим защитным механизмом замещения: лишняя масса тела, возникающая как следствие переедания, может восприниматься пациентами как основная причина их проблем и неудач, в то время как на самом деле за ожирением кроется страх или нежелание разрешать трудности и противоречия в своей жизни [28].

Будучи психологической характеристикой, перфекционизм проявляется как обостренное стремление женщины к совершенству, которое может относиться как к собственной личности и поведению, так и к окружающим, в виде предъявления нереалистичных стандартов, тяги к достижению невозможных целей, переоценке объективных возможностей. Наличие перфекционистских тенденций может приводить к формированию заниженной самооценки, высокой тревожности и в целом негативно сказываться на самоотношении, качестве жизни, социальном функционировании.

На стыке психологических и социальных факторов психогенного переедания находится нарушение адекватного восприятия образа своего тела [11]. Чем более требовательным к себе и своему телу оказывается индивид, тем больше вероятность срыва и возвращения к прежним привычкам питания. С одной стороны, эталон внешней привлекательности формируется в социуме и транслируется как общественная норма, однако специфика трансформации отношения к собственному телу на основе этого эталона зависит уже от индивидуально-психологических особенностей личности. Критичное восприятие своей массы тела может способствовать приверженности строгим диетам, зачастую не учитывающим физиологические возможности организма, его потребность в жирах, белках и углеводах. Подобные ограничения в еде ведут к быстрой утомляемости и снижению настроения, раздражительности, что в итоге приводит либо к срыву диеты, либо к компенсаторному возмещению всех видов «запретной» пищи после окончания диеты. Следующий за срывом набор массы тела приводит к ощущению чувства вины и усилению негативного отношения к

своему телу, что, как правило, становится мотивационным фактором для более жестких ограничений в питании, формируя замкнутый круг аффективных нарушений и ожирения. В качестве ведущей мотивационной направленности лиц с ожирением и избыточной массой тела выступают гиперсоциальные установки и повышенная тяга к контролю. Перфекционизм у таких пациентов проявляется в стремлении соответствовать нормативным критериям и сопровождается подавлением спонтанности и завышенной требовательностью к себе и к окружающим. Их деятельности свойственны чрезмерная старательность, добросовестность, обязательность, преобладание мотивации избегания неудач над мотивацией достижения успеха в сочетании с конформностью и нерешительностью, неспособностью принять решение без колебаний и неуверенности.

Перфекционизм и удовлетворенность образом тела тесно взаимосвязаны с дихотомическим мышлением. Пациенты с избыточной массой тела и ожирением оценивают окружающих и обстоятельства излишне категорично, по принципу «все или ничего». Особенно это характерно для лиц с ограничительным типом пищевого поведения. Такие больные склонны к соблюдению жестких диет, причем любое, даже небольшое послабление приводит к срыву. Жесткость и категоричность проявляется и в формировании образа собственного тела. Для этих пациентов характерно настойчивое стремление достичь идеальных показателей массы, формы тела, пропорций. Если же эта цель воспринимается недостижимой, то, как следствие, происходит обесценивание целесообразности любых усилий, теряется смысл попыток начать снижение массы тела, что приводит к нарастанию психоэмоционального напряжения и уходу в «пищевую запой».

С восприятием образа внешности связано и явление самообъективации, которое состоит в оценке себя как объекта использования, который должен обладать необходимыми характеристиками и привлекательными параметрами фигуры. При самообъективации человек уверен, что его личность оценивают через его внешние параметры, и они имеют первостепенное значение. Поскольку лишняя масса тела не соответствует общественному эталону тела и социально порицается, человек, стремясь к стройности, постоянно придерживается диет, которые нередко заканчиваются упомянутыми выше срывами, перееданием, чувством вины и новой диетой [11].

По мнению К.В. Лобина, психологической причиной ожирения является низкая способность лиц к Я-отграничению от внутренних и внешних объектов, к положительной самооценке и самопринятию. В связи с этим отклонения в пищевом поведении и набор массы тела можно рассматривать как способ аутоагрессивного восполнения структурного дефицита, укрепления границ, нарциссической поддержки и защиты от тревоги [10].

Психологические границы у таких пациентов размыты. Лица с избыточной массой тела не умеют отказывать, даже если выполнение просьбы будет в ущерб их временным, денежным и энергетическим ресурсам. Они легко нарушают чужие границы и позволяют вторгаться в собственные. Таким образом, лишняя масса тела является своеобразной устойчивой физической рамкой взамен размытой психологической. Морбидное ожирение рассматривается как проявление аутоагрессии.

Таким образом, психологическими факторами переедания являются особенности, так или иначе связанные с эмоциональной сферой (негативные аффекты, низкая толерантность к стрессу, алекситимия, тревожное и депрессивное расстройство), спецификой совладания со стрессом, психологическими защитами, особенностями эмоционально-волевой сферы (импульсивность) и образом своего тела.

Говоря о социальных факторах риска формирования психогенного переедания, ученые, прежде всего, исследуют стили семейного воспитания пациентов: согласно Т.Г. Вознесенской, дисгармоничные отношения с родителями выявлены более, чем у 90% таких людей.

Пациенты с психогенным перееданием в детстве нередко испытывают дефицит внимания и эмоциональной близости со стороны значимых взрослых, в результате чего у них формируется устойчивый паттерн восприятия пищи как источника удовольствия, способа вознаградить себя и выразить к себе любовь [4].

Психологические механизмы психогенного переедания у женщин начинают формироваться с детского возраста и во многом связаны с особенностями внутрисемейного взаимодействия. Определенные паттерны поведения родителей могут способствовать появлению нарушений пищевого поведения у детей в будущем. Примеры таких паттернов представлены ниже.

Часть IV. Специальная психотерапия

- Нежелание матери разбираться в истинных потребностях ребенка и неумение их дифференцировать и, как следствие, избыточное кормление.
- Родители используют еду в качестве социально-психологического подкрепителя — поощрение, наказание, поддержка и любовь демонстрируется в виде угощения вкусной пищей или ее запрета.

- Нарушение внутрисемейной коммуникации, ограничение способов взаимодействия между членами семьи. В этом случае совместное принятие пищи может являться единственным вариантом общения и внутрисемейным функционированием.
- В качестве мотивационного регулятора и гедонистического фактора — еда рассматривается как одно из наиболее значимых удовольствий в семье.
- Неправильные пищевые привычки и традиции семьи, формирование устойчивых неадекватных пищевых стереотипов.

В метаанализе А.А. Лифинцевой, Ю.Ю. Новиковой, Т.А. Караваевой, М.В. Фомичевой выявлен вклад в нарушение пищевого поведения родительскими установками относительно вреда определенных видов пищи, реакцией родителей на недоедание порций, их привычкой ругаться в процессе принятия пищи [9].

Несогласованность родительского воспитания в детстве, выраженная в эмоциональной сдержанности со стороны отца и в гиперопеке матери с высоким перфекционизмом, по данным R.E. Kreire, S.M. Mou, приводит к ощущению несоответствия родительским ожиданиям у девочек, поскольку строгий контроль и высокий уровень ожиданий в таких семьях соединяются с отсутствием устойчивого глубокого контакта с родителями. Страх совершить ошибку и не оправдать возложенных надежд способствует формированию у девочек тревоги. Обрести опору и восстановить ощущение собственного контроля жизни им помогает контроль своего тела, его массы, соблюдение диеты и интервалов приема пищи, между которыми проходят приступы переедания [25].

У ряда пациентов, страдающих психогенным перееданием, наблюдаются проблемы с сепарацией от родительской семьи. Они растут послушными детьми, стремящимися добиться одобрения окружающих, которое они воспринимают как единственное условие получения любви. Причем это стремление является не эпизодичным, а устойчивым проявлением их поведения, отношений, установок. По мнению R.E. Kreire и S.M. Mou желание получить одобрение и признание со стороны значимых других ведет к постоянному отказу от собственных эмоций, их подавлению, что в итоге может служить основой развития алекситимии, также тесно связанной с психогенным перееданием [25].

С точки зрения М. Вудман эпизоды переедания являются слабо осознаваемой формой протеста против той дисциплины, которой пациенты вынуждены придерживаться, повинаясь установленным родителями эталонам в ущерб собственной идентичности. Автор считает, что, только приняв свое тело и признав свои эмоции, человек сможет справиться со стремлением к перееданию [5].

Анализ биопсихосоциальной модели возникновения психогенного переедания демонстрирует, что его формирование определяется наследственностью, комплексом эмоционально-волевых особенностей и расстройств эмоциональной сферы, реакциями на стресс и навыками совладающего поведения, отношением к своему телу и стилем воспитания в родительской семье, при котором необходимо постоянно добиваться одобрения.

Психотерапия психогенного переедания. Устранение у пациентов формальных симптомов психогенного переедания предполагает участие различных специалистов: эндокринологов, диетологов, физиотерапевтов и др. Поскольку патогенез психогенного переедания имеет не столько физиологическую, сколько преимущественно психологическую основу, коррекция состава, частоты и объема принимаемой пищи не оказывает воздействия на патогенетические причины возникновения нарушений. Пациенты частично добиваются снижения массы тела, но сохраняющиеся паттерны пищевого поведения и их индивидуально-психологические и личностные основы создают предпосылки для рецидивирования расстройства переедания. Современный подход к терапии психогенного переедания осуществляется полипрофессиональной бригадой, является комплексным, мишенецентрированным, включает психокоррекционные и психотерапевтические интервенции, интегрирует взаимодействие медицинского психолога, психотерапевта и других участников лечебного процесса. Подходы к психотерапии психогенного переедания описаны в рамках различных направлений и методов.

Психодинамическое лечение нарушенного пищевого поведения основано на теории, согласно которой источником психогенного переедания выступает фиксация ребенка на оральной стадии развития. В процессе взросления данная фиксация в бессознательной форме выражается в повышенной тяге к еде, за которой скрывается желание всеобщей любви, а также желание «обладать» [3].

В позитивной психотерапии одной из важных задач является выявление вторичной психологической выгоды от переедания, определение жизненных обстоятельств и ситуаций, с которыми пациент пытается справиться благодаря имеющейся симптоматике. В рамках данного направления активно используются притчи, истории, психотерапевтические метафоры.

В гештальт-терапии акцент делается на создании вокруг пациента определенного психологического поля, в котором он сможет удовлетворить свои потребности. Однако прежде чем удовлетворить свои потребности, пациент должен научиться их распознавать [8].

Личность рассматривается как совокупность разных субличностей (заболевание — одна из них), отношения между которыми необходимо гармонизировать в процессе работы. Один из часто используемых методов психодрама, создающая возможность пациенту «говорить» от лица своего заболевания, вести диалоги с разными частями своего сознания (которые хотят и не хотят продолжать переедание).

Терапевтическая работа в транзактном анализе основывается на усилении фигуры внутреннего взрослого, который становится регулятором конфликта двух других внутренних фигур — родителя и ребенка. Считается, что в основе психогенного переедания лежит столкновение именно этих состояний. Усиление фигуры внутреннего взрослого помогает не только гармонизировать отношения детского и родительского Я, но и повышает осознанность относительно пищевого поведения, запускает осмысление причин и последствий своих действий, в результате чего человек приходит к готовности принять на себя ответственность за свою жизнь.

Е.В. Каменецкая, Т.А. Ребеко отмечают характерное для пациентов, страдающих психогенным перееданием, нарушение целостности телесного образа [7]. Границы тела у них размыты и ослаблены, они в большей степени ощущают свою уязвимость и беспомощность при взаимодействии с окружающим миром, имеют низкую толерантность к психотравмирующим воздействиям, крайне тяжело переносят стрессы, которые, как известно, и запускают механизм психогенного переедания. Телесно-ориентированная терапия направлена на ослабление мышечного напряжения, создание условий на отреагирование заблокированных эмоций.

Часть IV. Специальная психотерапия

Наиболее распространено в современной практике когнитивно-поведенческое направление, имеющее значительную доказательную базу. Процесс когнитивно-поведенческой терапии включают работу с двумя блоками: когнитивным и поведенческим. Когнитивный блок предполагает работу с иррациональными установками пациентов — устойчивыми когнитивно-эмоциональными связями, сформированными в социальных отношениях, не соответствующими реальности и приводящими к дезадаптации личности. Иррациональные установки зачастую строятся на долженствовании и определяют отношение человека к себе или окружающей действительности. Выявляются эти установки путем анализа вербальных высказываний пациента, различных слов-маркеров при описании им своей центральной проблемы. Задача терапевта при работе с этим блоком помочь пациенту осознать свои иррациональные стереотипы мышления, критически оценить их и выявить источники когнитивных искажений. Итогом работы этого этапа становится когнитивное переструктурирование, замена иррациональных установок пациента рациональным анализом, в результате чего изменяется и его эмоциональное реагирование на различные триггеры [17].

Поведенческие техники строятся на негативном подкреплении переедания и позитивном подкреплении конструктивных паттернов потребления пищи. Программа поведенческой терапии включает ведение пищевого дневника, контроль стимулов, предшествующих акту еды; замедление процесса еды, усиление сопутствующей активности, обучение распознаванию собственных эмоций и чувств. В процессе когнитивно-поведенческой терапии пациенты с психогенным перееданием осваивают целый ряд приемов саморегуляции, которые впоследствии помогают им применять адаптивные стратегии в совладании со стрессовыми воздействиями [1, 6, 21].

Эффективность когнитивно-поведенческого подхода при работе с нарушениями пищевого поведения подтверждается целым рядом современных исследований [1, 6, 26, 27].

Помимо перечисленных выше подходов предлагаются некоторые авторские методики для коррекции и лечения психогенного переедания, однако большинство из них не имеет доказательной базы, корректных методов оценки содержания, эффективности и безопасности, поэтому внедрение их в практическую сферу и применение в здравоохранении существенно затруднено.

Мишени психотерапии психогенного переедания. Были выделены основные мишени при оказании психотерапевтической помощи, направленной на коррекцию у пациентов с повышенной массой тела.

1. Уменьшение алекситимических проявлений в результате формирования навыков распознавания собственных чувств и эмоций, различения ощущения голода и состояния психоэмоционального напряжения, тревоги. Обучение способам расслабления и снятия напряжения.
2. Коррекция дихотомического мышления и создание адекватного образа собственного тела. Проведение психотерапии, направленной на выявление и устранение автоматических мыслей и дисфункциональных установок в отношении себя, своего тела и процесса снижения массы

тела в целом. Идентификация и урегулирование нереалистичных целей, касающихся массы тела.

3. Снижение импульсивности и экстернальности путем введения промежуточной переменной между стимулом (едой) и реакцией (перееданием). В качестве промежуточной переменной может выступать замещающее непищевое удовольствие.

4. Обучение пациентов с избыточной массой тела выявлению истинных потребностей и их реализации.

5. Укрепление и коррекция психологических границ лиц с эмоциогенным перееданием. Формирование представлений о ценности собственных временных, денежных и энергетических ресурсов. Обучение навыку отказа окружающим в случаях собственного дискомфорта. Ослабление гиперконтроля над собственной жизнью и жизнью окружающих людей.

6. Поиск проблемных ситуаций и трудностей в различных сферах жизни, приводящих к перееданию, и помощь в разрешении этих ситуаций.

7. Разрешение внутриличностных противоречий, коррекция и восстановление личности, которая будет способной к разрешению трудностей, формирование адекватного самосознания и расширение его сферы.

Этапы психотерапии психогенного переедания. В психотерапии психогенного переедания можно выделить *три основных этапа*. Первый этап носит психообразовательный характер и предполагает информирование пациентов о причинах возникновения и особенностях протекания данного заболевания, о рисках формирования осложнений и вторичных расстройств, биопсихосоциальной концепции нарушений, обучение основной терминологии (алиментарное ожирение, психогенное переедание, индекс массы тела и др.).

На *втором этапе* целесообразным является применение когнитивно-поведенческого подхода к лечению лиц с психогенным перееданием. Необходимо отметить, что лечебный этап желательно начинать именно с КПТ, поскольку применение глубинных методов психотерапии обычно сопровождается сильными переживаниями и обострением внутренних противоречий, что может привести к усилению эмоционального напряжения и повышению тревоги, которые в свою очередь будут способствовать перееданию, поскольку других стратегий совладания у пациентов зачастую нет. КПТ поможет выработать адекватные паттерны пищевого поведения, сформировать способы преодоления ситуаций, провоцирующих переедания, научить отслеживать эмоции и мысли, способствующие нарушению питания. Это создаст условия в дальнейшем для применения глубинных психотерапевтических методов.

Второй этап включает четыре фазы терапии.

Первая фаза направлена на повышение, усиление мотивации к лечению, установление доверительных отношений, заключение контракта. В начале терапии пациент совместно с терапевтом оценивает свою психологическую готовность к изменениям, анализирует вторичные выгоды избыточной массы тела, преимущества и недостатки перехода к новому образу жизни. Терапевт информирует пациента о формате и частоте встреч, ответственности сторон, длительности лечения и заключает психотерапевтический контракт. В мотивационной фазе будет актуальным применение техник «За и против изменений», «Взгляд в будущее» и др.

Часть IV. Специальная психотерапия

Вторая фаза терапии направлена собственно на формирование навыков успешного снижения массы тела. Пациенты обучаются основам ведения пищевого дневника и подсчета калорий, совместно с терапевтом составляют индивидуальный рацион и режим питания с учетом их образа жизни и предпочтений в пище, измеряют объемы тела, используя сантиметровую ленту, и ведут график снижения массы тела, осуществляют выбор приемлемой физической нагрузки. Психотерапия направлена на преодоление барьеров, препятствующих успешному достижению цели, и проработку сопротивления терапии. Наиболее часто встречающиеся проблемы на этой фазе: невнимательный или неверный подсчет калорий, неправильный выбор продуктов, избыточное употребление алкоголя, частые перекусы, а также прием пищи в качестве вознаграждения или в виде реакции на стресс или плохое настроение. Проводится коррекция алекситимии: пациентов обучают разделять физический голод и эмоциональный дискомфорт, для чего предлагается вести дневник эмоций, позволяющий осознать взаимосвязи своего психологического состояния и возникающего ощущения голода. Когнитивные интервенции (например, техника «Исследование обоснованности мыслей») направляются также на склонность к перфекционизму и дихотомическому мышлению женщин с психогенным перееданием. На *третьей фазе* происходит проработка первичных целей снижения массы тела и коррекция образа тела. Среди первичных целей чаще всего отмечают желание улучшить

внешний вид, повысить уверенность в себе, гармонизировать взаимоотношения с окружающими. Цель психотерапевта — сместить фокус внимания пациента со снижения массы тела на другие сферы жизни и подготовить его к этапу сохранения достигнутых результатов.

Данная фаза является одной из ключевых в психотерапии психогенного переедания, так как нередко при данном расстройстве возникает искажение мотивации снижения массы тела. Наиболее распространенными целями снижения этого показателя, обозначаемыми пациентами с расстройством пищевого поведения, являются здоровье, уменьшение размера одежды, обретение уверенности в себе, повышение самооценки, налаживание межличностных отношений, профессиональный рост, возможность жить полноценной жизнью (заниматься спортом, путешествовать, посещать светские мероприятия), то есть преимущественно психологическими и социальными.

Анализируя индивидуальные цели по потере массы тела, которые ставят перед собой пациенты, и их представления об ожидаемых результатах, целесообразно проводить дифференциацию между теми целями, достичь которых без снижения данного показателя невозможно, и теми, которые не требуют этого в качестве обязательного условия.

В итоге после проведения психодиагностического этапа выявляется, что цели лиц с психогенным перееданием, непосредственно связанные со снижением массы тела, например, уменьшение размера одежды, являются на самом деле «вторичными», а цели, которые связаны с похудением лишь косвенно, например, повышение самооценки — «первичными» и занимают центральное место в мотивационной сфере. Таким образом, пациенты, страдающие психогенным перееданием, на самом деле хотят не столько снизить массу тела, сколько наладить социальное функционирование, нормализовать межличностное взаимодействие, улучшить качество жизни, сформировать положительное самотношение. Не менее важной является работа по коррекции образа собственного тела. Лицам, страдающим ожирением, необходимо объяснить разницу между желаемой и идеальной массой тела, помочь усвоить и принять реалистичные цели по снижению массы тела, а также разорвать взаимосвязь между идеальной фигурой и успешностью в жизни.

Четвертая фаза направлена на обучение навыкам успешного сохранения массы тела. Она начинается с того момента, когда пациенты достигают желаемого результата. Идеальным результатом будет являться приобретение индивидом навыков интуитивного питания.

Третий этап лечения психогенного переедания посвящен глубинным методам психотерапии, работе с бессознательным и способствует достижению стойкой ремиссии заболевания.

Повысить эффективность психотерапевтических воздействий при лечении лиц с психогенным перееданием позволяет формат регулярных групповых занятий, которые могут включать работу с образом тела и мышечными блоками в рамках телесно-ориентированной терапии. Могут также использоваться арт-терапевтические методы, позволяющие невербально проявить и отреагировать переживания. Интегрирование гештальт-ориентированных техник дает возможность лицам с избыточной массой тела опосредованно разрешать внутриличностные противоречия, лежащие в основе эмоциональных нарушений.

Таким образом, психотерапия психогенного переедания носит сложный многоступенчатый характер и требует индивидуального подхода. Эффективное лечение пищевой зависимости целесообразно проводить длительно, интегрируя различные психотерапевтические методы и сочетая индивидуальные и групповые формы работы, что позволяет не только снизить массу тела, но и сохранить достигнутые результаты.

Своевременная персонализированная психотерапевтическая помощь пациентам с повышенной массой тела в структуре комплексной терапии позволяет воздействовать на психологические основы формирования нарушений пищевого поведения, обеспечить устойчивый комплаенс и предотвратить досрочное прекращение лечебных программ, достичь оптимальных результатов и создать предпосылки для их сохранения в долгосрочной перспективе.

Решение проблемы психогенного переедания требует взаимодействия разных специалистов, что создает необходимые условия для разработки эффективных, комплексных стратегий, направленных на все звенья, участвующие в сложном патогенезе этих нарушений. В психотерапевтических интервенциях важное место занимает коррекция самотношения, формирование адекватного образа тела и создание оптимальной системы мотивационных установок, обеспечивающих быстроту достижения целей и устойчивость результата пациентов, страдающих избыточной массой тела и ожирением.

Список литературы

1. Аграс В.С., Эпл Р.Ф. Победить расстройство пищевого поведения. Когнитивно-поведенческая терапия при нервной булимии и психогенном переедании. М.: Диалектика-Вильямс. 2021. 128 с.

2. Бобровский А.В., Мазо Г.Э., Колотильщикова Е.А., Чехлатый Е.И. Является ли приступообразное переедание самостоятельным заболеванием? // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25, № 3. С. 84–92.
3. Вассерман Л.И., Святенко Л.В., Трифонова Е.А. Избыточный вес тела как психосоматическая проблема в контексте психодинамической концепции личности // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2009. Т. 3, № 2. С. 186–95.
4. Вознесенская Т.Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция // Ожирение и метаболизм. 2004, № 2. С. 1–5.
5. Вудман М. Сова была раньше дочкой пекаря. Ожирение, нервная анорексия и подавленная женственность. М., 2009. 176 с.
6. Еричев А.Н., Бобровский А.В., Федоров А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия избыточной массы тела: учебное пособие. СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2011. 362 с.
7. Каменецкая Е.В., Ребеко Т.А. Телесный образ Я у лиц с нарушением пищевого поведения // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. 2014, № 4. С. 58–64.
8. Лебедева Н.М. Путешествие в Гештальт: теория и практика. СПб.: Речь, 2005. 560 с.
9. Лифинцева А.А., Новикова Ю.Ю., Караваева Т.А., Фомичева М.В. Психосоциальные факторы компульсивного переедания: метааналитическое исследование // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2019, № 3. С. 19–27.
DOI: <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2019-3-19-27>.
10. Лобин К.В. Структура личности женщин, страдающих алиментарным ожирением (в связи с задачами психотерапии): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2006.
11. Малкина-Пых И.Г. Перфекционизм и удовлетворенность образом тела в структуре личности пациентов с нарушениями пищевого поведения и алиментарным ожирением // Экология человека. 2010, № 1. С. 25–32.
12. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) «Психические расстройства и расстройства поведения», адаптированная для РФ. М.: Минздрав России, 1998. 512 с.
13. Самсонова Г.О., Языкова Т.А., Агасаров Л.Г. Психологические аспекты алиментарного ожирения // Вестник новых медицинских технологий. 2018, № 3. С. 133–39.
14. Сидоров А.В. Психологические модели переедания и ожирения // Российский психологический журнал. 2011. Т. 8, № 3. С. 30–40.
15. Bagby R.M., Parker J.D.A., Taylor G.J. The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale — I: Item selection and cross-validation of the factor structure // J. Psychosom. Res. 1994. Vol. 38, N. 1. P. 23–32. DOI: [http://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](http://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1).
16. Balestri M., Calati R., Serretti A., De Ronchi D. Genetic modulation of personality traits // Int. Clin. Psychopharmacol. 2014. Vol. 29, N. 1. P. 1–15.
DOI: <http://doi.org/10.1097/YIC.0b013e328364590b>.
17. Beck A.T. Prisoners of Hate: The Cognitive Basis of Anger, Hostility and Violence. New York: Harper Collins. 1999. 368 p.
18. Brockmeyer T., Skunde M., Wu M. et al. Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders // Compr. Psychiatry. 2014. Vol. 55. P. 565–571.
19. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013. 991 p.
20. Dingemans A., Danner U., Parks M. Emotion regulation in binge eating disorder: A review // Nutrients. 2017. Vol. 9, N. 11. P. 1274. DOI: <http://doi.org/10.3390/nu9111274>.
21. Fairburn C.G., Cooper Z., Doll H.A. et al. The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women // Arch. Gen. Psychiatry. 2000. Vol. 57, N. 7. P. 659–665.
DOI: <http://doi.org/10.1001/archpsyc.57.7.659>.
22. Helder S.G., Collier D.A. The genetics of eating disorders // Curr. Top. Behav. Neurosci. 2011. Vol. 6. P. 157–75. DOI: http://doi.org/10.1007/7854_2010_79.
23. Kaplan H.L., Kaplan H.S. The psychosomatic concept of obesity // J. Nerv. Ment. Dis. 1957. Vol. 125, N. 2. P. 181–201. DOI: <http://doi.org/10.1097/00005053-195704000-00004>.
24. Kittel R., Brauhardt A., Hilbert A. Cognitive and emotional functioning in binge-eating disorder: A systematic review // Int. J. Eat. Disord. 2015. Vol. 48, N. 6. P. 535–554.
DOI: <http://doi.org/10.1002/eat.22419>.
25. Kreipe R.E., Mou S.M. Eating disorders in adolescents and young adults // Obstet. Gynecol. Clin. North Am. 2000. Vol. 27, N. 1. P. 101–124. DOI: [http://doi.org/10.1016/s0889-8545\(00\)80009-1](http://doi.org/10.1016/s0889-8545(00)80009-1).
26. Lawrence N.S., O'Sullivan J., Parslow D. et al. Training response inhibition to food is associated with weight loss and reduced energy intake // Appetite. 2015. Vol. 95. P. 17–28.
27. Leehr E.J., Krohmer K., Schag K. et al. Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity: A systematic review // Neurosci. Biobehav. Rev. 2015. Vol. 49. P. 125–134.
28. Polivy J., Herman C.P. Distress and eating: Why do dieters overeat? // Int. J. Eat. Disord. 1999. Vol. 26, N. 2. P. 153–164. DOI: [http://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199909\)26:2<153::aid-eat4>3.0.co;2-r](http://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199909)26:2<153::aid-eat4>3.0.co;2-r).

29. Steiger H., Bruce K.R. Phenotypes, endophenotypes, and genotypes in bulimia spectrum eating disorders // Can. J. Psychiatry. 2007. Vol. 52, N. 4. P. 220–227. DOI: <http://doi.org/10.1177/070674370705200403>.
30. Svaldi J., Tuschen-Caffier B., Trentowska M. et al. Differential caloric intake in overweight females with and without binge eating: Effects of a laboratory-based emotion-regulation training // Behav. Res. Ther. 2014. Vol. 56. P. 39–46. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.brat.2014.02.008>.
31. Trace S., Baker J., Penas-Lledó E., Bulik C. The genetics of eating disorders // Annu. Rev. Clin. Psychol. 2013. Vol. 9. P. 589–620. DOI: <http://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185546>.
32. Wang G.J., Volkow N.D., Fowler J.S. The role of dopamine in motivation for food in humans: implications for obesity // Expert Opin. Ther. Targets. 2002. Vol. 6. P. 601–9. DOI: <http://doi.org/10.1517/14728222.6.5.601>.
33. Wheeler K., Broad R.D. Alexithymia and overeating // Perspect. Psychiatr. Care. 1994. Vol. 30, N. 1. P. 7–10. DOI: <http://doi.org/10.1111/j.1744-6163.1994.tb00220.x>.
34. WHO. Health in the European Union: Trends and Analysis [Digital Source]. 2009. URL: http://www.euro.who.int/observatory/Studies/20100201_1.

Часть IV. Специальная психотерапия

Глава 34. Психотерапия нарушений сна

Острая и хроническая инсомния. Наиболее распространенным нарушением сна является инсомния (бессонница). Основными проявлениями этого расстройства является субъективное ощущение недостаточного количества или качества ночного сна, которые приводят к ухудшению самочувствия в течение дня, и не объясняются недостатком времени или неподходящими условиями для сна. Ночные симптомы инсомнии представлены длительным засыпанием, ощущением поверхностного сна с частыми ночными пробуждениями, длительные периоды бодрствования в ночное время и ранние утренние пробуждения с невозможностью последующего засыпания. Днем пациенты могут предъявлять широкий спектр жалоб: дневная сонливость, утомляемость, ухудшение концентрации внимания и памяти, снижение мотивации, инициативности, энергичности, подверженность ошибкам, и даже просто беспокойство о своем сне и неудовлетворенность им. Диагноз инсомнии ставится, если эти жалобы присутствуют не реже, чем в течение трех ночей в неделю. Взгляды на необходимую продолжительность нарушений сна для постановки диагноза инсомнии разнятся. В соответствии с МКБ-10 и классификацией психических расстройств Американской ассоциации психиатров 5-го пересмотра (DSM-5) жалобы на сон, удовлетворяющие всем остальным критериям, но продолжающиеся менее 1 мес, не являются проявлениями инсомнии. Международная классификация расстройств сна 3-го пересмотра (МКРС-3) выделяет острую инсомнию, к которой относят вышеперечисленные нарушения, сохраняющиеся менее 3 мес, и хроническую инсомнию, продолжающуюся более 3 мес. Существуют попытки классификации острой инсомнии внутри диапазона 3 дня — 3 мес. Так, J. Ellis и соавт. называют инсомнию, продолжающуюся до 2 нед, претранзиторной, от 2 нед до 1 мес — транзиторной, а продолжающуюся более 1 мес — подострой. Такое разделение базируется на том, что развитие хронической формы не для всех пациентов происходит линейно: острая инсомния переходит в хроническую у 21% пациентов, в то время как у остальных наступает ремиссия. У некоторых пациентов эпизоды острой инсомнии повторяются на фоне стрессовых событий, но могут так и не перейти в хроническую форму [7].

Кросс-секционные исследования сообщают о распространенности острой инсомнии в Великобритании и США в 8–9,5% взрослой популяции. В продольном исследовании годовой заболеваемости острой инсомнией этот показатель составил более 30%. Распространенность хронической инсомнии оценивается в 6–10%. Таким образом, у большинства пациентов с острой инсомнией в течение года наступает ремиссия, хотя риск повторения эпизодических нарушений сна сохраняется. Установлены предикторы трансформации острой инсомнии в хроническую. Это дефицит копинг-стратегии переключения внимания с мыслей о бессоннице и ее последствиях на следующий день. Для пациентов, склонных к развитию хронических нарушений сна также характерно обдумывание текущих проблем, событий прошедшего дня и планирование после укладывания в постель. Среди объективных предикторов хронизации инсомнии, по данным полисомнографического исследования присутствует более короткая латентность первого эпизода фазы быстрого сна и снижение доли 3-й стадии медленного сна. В течение последних десятилетий проблема инсомнии становится более актуальной. Об этом говорят тренды увеличения распространенности этого заболевания, установленного по критериям DSM-V, с 11,9 до 15,5% среди взрослого населения, и увеличение количества публикаций об инсомнии и методах ее лечения.

Патогенез инсомнических расстройств. Дебют инсомнии, как правило, связан с воздействием стрессового фактора. Существующая предрасположенность к развитию

нарушений сна повышает риск возникновения острой инсомнии в ответ на действие стрессового фактора. В качестве такой предрасположенности могут выступать привычные нарушения гигиены сна, которые существуют у пациента еще до дебюта инсомнии и снижают толерантность к эпизодическим нарушениям сна. К нарушениям гигиены сна относятся засыпание во время просмотра телепередач, нерегулярный режим укладывания и подъема из постели, дневной сон, употребление продуктов, содержащих возбуждающие вещества (кофеин, никотин, алкоголь) перед укладыванием, возбуждающая деятельность перед сном (физические нагрузки, психологические стрессы, связанные с производственными или личными отношениями). У лиц, предрасположенных к развитию инсомнии, отмечаются такие личностные характеристики, как перфекционизм, амбициозность, нейротизм, низкий уровень экстраверсии, а также склонность к тревожным и депрессивным реакциям.

Точками приложения методов психотерапии являются поддерживающие факторы инсомнии, обуславливающие переход острой формы в хроническую. К ним относят дисфункциональные убеждения и ошибки мышления в отношении своего сна и его нарушений, неправильные привычки сна, существовавшие до дебюта инсомнии или сформировавшиеся впоследствии. Эти факторы вместе или по отдельности рассматриваются в большинстве моделей патогенеза инсомнии: модели трех «П» А. Spielman (1987), модели контроля стимуляции R. Bootzin (1972), когнитивной модели А. Harvey (2002) и микроаналитической теории С. Morin (1993) [5, 8, 11, 15].

Хронизация инсомнии происходит в том случае, когда на фоне эпизодических нарушений у пациента формируются дисфункциональные убеждения в отношении своего сна. Примеры таких мыслей могут быть сформулированы следующим образом: «Сон — это потеря времени, мне нужно тратить на него меньше времени», «Если я сейчас не усну, то завтра у меня будут сложности на работе». Эти убеждения не всегда бывают справедливы и объективны, однако они вызывают тревогу, страх и, таким образом, приводят к активации нервной системы, что затрудняет инициацию сна. Со временем постель и вечернее время начинают сами по себе ассоциироваться с негативным прогнозом в отношении успеха сна. Неправильные убеждения реализуются в формировании ограничительного поведения и, в итоге, привычек, нарушающих сон. Например, пациент может быть уверен, что для того, чтобы выспаться, нужно проводить в постели больше времени. Однако, если его потребность во сне, которая является врожденной характеристикой и практически не меняется в течение жизни, составляет 7 ч, то его попытки спать по 8 ч в сутки приведут не к улучшению сна, а к увеличению времени бодрствования в постели. В это время пациент беспокоится о том, что не спит, подсчитывает время, оставшееся до звонка будильника, и все это усиливает негативную ассоциацию, связанную с постелью. Наличие такой ассоциации может приводить к тому, что даже при сильной сонливости выключение света и укладывание в постель будет вызывать непроизвольную активацию и затруднять засыпание. Избыточное время в постели, попытки «отоспаться» в утренние часы и, особенно, засыпания днем приводят к ухудшению ночного сна еще и потому, что сокращают время активного бодрствования, в течение которого накапливается, так называемое, *давление сна* (естественное нарастание склонности ко сну в течение времени).

Часть IV. Специальная психотерапия

Такие мысли, как «Если я плохо спал ночью, то мне не стоит себя нагружать на работе», «Если я плохо спал ночью, то я не справлюсь с ответственными делами», становятся причиной того, что больной инсомнией начинает организовывать свой распорядок дня в зависимости от качества сна предыдущей ночью. Нередко такие люди начинают «экономить энергию» на работе и дома: отменяют запланированные встречи и дела, пропускают занятия спортом, отказываются от общения с друзьями и близкими. Это приводит к неудовлетворенности собой, самообвиняющим мыслям, тревоге за карьеру или отношения, развитию страха бессонницы. Однако предпринимаемые усилия по ограничению нагрузок не всегда способствуют к улучшению сна. Уменьшение активности днем снижает давление сна и приводит к его ухудшению ночью. Таким образом, перед новым укладыванием пациент уже испытывает страх повторения бессонницы, которая не только неприятна сама по себе, но и может, по убеждению пациента, в перспективе повредить его карьеру и отношения. Со временем само нарушение сна становится объектом дисфункциональных мыслей: «Если у меня бессонница, значит я сойду с ума», «Бессонница — причина всех моих проблем на работе и в личной жизни». Так пациент начинает менять свое поведение в более долгосрочной перспективе: бросать работу и отказываться от проектов из-за инсомнии.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) инсомнии. КПТ инсомнии — патогенетически обоснованный метод лечения, имеющий в настоящее время качественную доказательную базу. Эта полимодальная методика объединяет поведенческие, когнитивные и релаксационные подходы, которые направлены на устранение поддерживающих факторов

инсомнии. По данным отечественных и зарубежных клинических рекомендаций КПТ является методом выбора при лечении хронической инсомнии [1–18].

Сравнительные исследования эффективности этой методики показывают, что ее результаты в отношении влияния на качество и количество ночного сна сопоставимы с результатами применения снотворных препаратов. В долгосрочной перспективе эффект КПТ инсомнии превышает эффект терапии гипнотиками. Их действие, как правило, прекращается после окончания курса лечения, а эффект установления «правильных» привычек сна, со временем наоборот закрепляется, и уверенность пациента в успешном сне возрастает. К сожалению, нужно заметить, что ни лекарственная терапия, ни КПТ инсомнии, ни их сочетание не дают клинически значимого эффекта у 30% больных, которые остаются резистентными.

Протокол КПТ инсомнии, как правило, включает 6–8 еженедельных сессий. Терапия может проводиться в разных форматах. Наиболее эффективными считаются очная индивидуальная и групповая формы терапии. Величина их эффекта в отношении различных показателей сна колеблется в пределах от умеренного до высокого. Индивидуализированный подход очных форм имеет ожидаемое преимущество над заочным подходом, осуществляемым методами с применением печатной продукции (библиотерапия) или в цифровой форме (посредством специализированного сайта в сети Интернет). Однако метаанализы РКИ онлайн формы КПТ инсомнии сообщают о сопоставимой величине эффекта в диапазоне от умеренного до высокого. Применение КПТ в рамках одной сессии при острой инсомнии также оправдано. Было показано, например, J. Ellis и соавт. (2012), что она предотвращает хронизацию нарушений сна в дальнейшем. Этот эффект связан с тем, что пациенты, получив информацию о неправильных привычках сна, не допускают их дальнейшего закрепления [7].

Инсомния имеет значительную клиническую и патогенетическую коморбидность с расстройствами тревожного спектра, депрессией и другими психическими и соматическими расстройствами. При этом необходимо лечение конкурирующего заболевания. Это вызывает вопросы о целесообразности проведения КПТ инсомнии большой группе пациентов с такими коморбидностями. Исследования показывают, что, несмотря на свою специфическую направленность на нарушения сна, КПТ инсомнии оказывает положительный эффект и на коморбидные состояния. Особенно сильно этот эффект проявляется в отношении тревожных и депрессивных расстройств, что служит подтверждением наличия общих звеньев патогенеза этих заболеваний.

Существуют разные протоколы КПТ инсомнии, укладывающиеся в стандартную продолжительность курса, их отличия заключаются в последовательности применения активных поведенческих и когнитивных методов. После выявления всех привычек и дисфункциональных убеждений в отношении сна терапевт может либо начать с поведенческих методов, в соответствии с классическими протоколами КПТ инсомнии, либо, если у него складывается впечатление, что страх и тревога, вызываемые нарушениями сна, слишком интенсивные, уделить больше внимания когнитивной работе над убеждениями и декатастрофизации инсомнии. В качестве примера ниже приводится один из протоколов с использованием, начиная с первых сессий, поведенческих методов.

На первой сессии до начала применения активных методов работы с инсомнией необходимо провести сбор данных и концептуализацию клинического случая, познакомить пациента с дневником сна, дать опросники для заполнения. Дневник сна — это инструмент, который позволяет наблюдать за изменениями субъективных параметров сна: временем в постели, продолжительностью сна, длительностью засыпания, количеством ночных пробуждений и временем бодрствования в течение ночи, наличием факторов, которые могут влиять на сон. Дневник сна может быть организован в форме опросника в бумажном виде, приложения для смартфона или компьютерной программы, где пациент имеет возможность вводить в интерактивную форму данные о своем сне (рис. 34.1).

Дата			
Во сколько Вы легли спать?			
Во сколько Вы пытались заснуть?			
Сколько времени заняло засыпание?			
Сколько раз вы просыпались ночью до окончательного утреннего пробуждения?			
Сколько времени в сумме длилось ночное бодрствование?			
Во сколько Вы окончательно проснулись?			
Во сколько Вы встали с постели?			
Как Вы оцениваете качество сна (0 до 5)			
Комментарии			

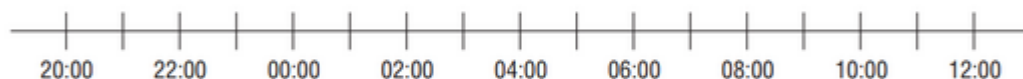
Отметьте на шкале время, когда, по Вашему мнению, Вы спали в течение суток. В графе «Заметки» перечислите события, которые могли повлиять на качество сна в этот день.

Пример



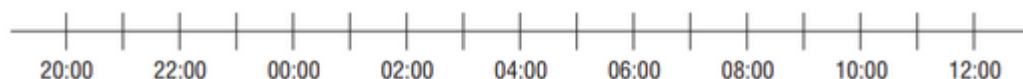
Заметки Дневной сон с 14:00 до 14:45

Понедельник _____ (дата)



Заметки _____

Вторник _____ (дата)



Заметки _____

Среда _____ (дата)

Рис. 34.1. Примеры дневника сна

Наблюдение за состоянием сна достигается путем формирования по зафиксированным данным графиков, отражающих динамику этих показателей. Помимо регистрации сна такой дневник служит и терапевтическим инструментом, благодаря которому пациент начнет замечать факторы, ассоциированные с плохим сном, например, связь между поздним подъемом с постели и трудностями засыпания на следующую ночь. В начале применения дневника сна важно объяснить больному, что в нем должны быть отражены именно субъективные впечатления пациента о прошедшей ночи — это значит, что не нужно заполнять дневник непосредственно ночью, отслеживая время засыпания и пробуждений при помощи часов. Такая акцентуация внимания может только усугубить имеющиеся нарушения сна. Некоторые пациенты сообщают, что необходимость вести дневник сна и контролировать свое состояние повышает уровень тревоги и нарушает сон. В таких случаях введение использования дневника сна целесообразно отложить на несколько недель.

Часть IV. Специальная психотерапия

На первой сессии также проводится разъяснение принципа методики КПТ инсомнии и плана терапии. Параллельно проводится психообразование — пациент получает общую информацию об аспектах сна, которые чаще всего неправильно истолковываются или являются предметом наибольшего беспокойства, например, о нормах сна, циркадианных ритмах, давлении сна, возрастных изменениях, влиянии депривации сна на здоровье. Психообразование помогает пациентам лучше понять связь между их привычками сна и инсомнией, повышает доверие к терапевту и методике. В оставшееся время сессии терапевт может обсудить аспекты гигиены сна и объяснить, как они влияют на сон.

Правила гигиены сна

- Соблюдать режима сна и бодрствования: ложиться спать и вставать в одно и то же время.
- Ограничить умственную и физическую активность за час до укладывания в постель.
- Отказаться от употребления стимулирующих и нарушающих сон препаратов (кофеин, кола, алкоголь, никотин) за несколько часов до сна.
- Соблюдать режим питания (не переедать, но и не ложиться голодным).
- Обеспечить комфортные условия в спальне/месте для сна: минимальный уровень освещенности, шума/«белый шум», умеренная температура воздуха, удобные матрас, подушка, постель, одежда для сна.
- Помнить, что постель предназначена только для сна, и в ней запрещена любая активность (кроме сексуальной).

На второй сессии, когда уже получены первые данные дневника сна можно начать применять один из активных методов поведенческой терапии: ограничение сна и контроль стимуляции. При применении этих методов время сна вначале может сократиться, поэтому терапевт вместе с пациентом должны принять решение о том, применять ли сразу оба метода или начать с одного из них. Решение принимается в зависимости от клинической картины. Метод ограничения времени сна сильнее увеличивает давление сна и помогает пациентам, которые проводят больше времени в постели чем нужно за счет длительного засыпания или раннего утреннего пробуждения. Контроль стимуляции помогает справиться с возбужденным состоянием, которое нередко становится привычным при трудностях засыпания. В этом случае пациенты рассказывают, что перед укладыванием они чувствуют сонливость, однако в постели «сон, как рукой снимает». Вместо него по привычке в голове начинают прокручиваться тревожные мысли о бессоннице и ее последствиях.

Метод ограничения сна использует принцип сокращения времени пребывания в постели для того, чтобы вследствие более продолжительного периода бодрствования повысилась естественная готовность заснуть — давление сна. Время пребывания в постели сокращается индивидуально для каждого пациента на основании данных о его средней продолжительности сна из дневника. Оно не должно снижаться менее 5 ч. К полученной величине, принятой за индивидуальную потребность, прибавляется 30 мин, которые учитывают поправку на величину времени засыпания и времени бодрствования во время ночных пробуждений. После определения разрешенного времени пребывания в постели следует помочь пациенту определить время подъема и укладывания. У большинства людей существует связь суточных и социальных ритмов (время начала производственной или учебной деятельности, помощь другим членам семьи по утрам), которую нужно учитывать при определении времени подъема с постели. Устанавливая время подъема, следует придерживаться самого раннего, в которое нужно вставать пациенту в течение недели, и придерживаться его в рабочие и в выходные дни. Для того чтобы определить время укладывания вечером, от установленного времени утреннего подъема вычитается разрешенное данному пациенту время пребывания в постели. Необходимо уточнить, что во время лечения дневной сон запрещен, так как это мешает нарастанию давления сна к вечеру. При обсуждении мероприятий, связанных с ограничением времени сна важно дать пациенту рациональное обоснование этого. Например, можно сравнить насколько будет велика возможность заснуть у здорового человека после дня, проведенного лежа у телевизора по сравнению с результатом дня, насыщенного физическими, интеллектуальными нагрузками и социальной активностью. Пациенту будет проще следовать этой методике после того, как на своем опыте ему станет очевидно, что человек лучше и дольше спит после 16-часового активного бодрствования, и почему после нескольких ночей недостаточного сна следует компенсация в виде сна качественного и продолжительного. Пациента нужно мотивировать изыскивать собственные примеры того, как длительность и качество дневного бодрствования влияют на его ночной сон.

Целью применения метода **контроля стимуляции** является восстановление положительной ассоциации между постелью и сном, которая разрушается у людей, бодрствующих из-за бессонницы длительное время в постели. В норме укладывание в постель служит условнорефлекторным сигналом к снижению уровня мозговой активности. Посторонняя деятельность в постели — просмотр фильмов, прием пищи, выполнение производственных или учебных заданий, общение в социальных сетях ослабляют нормальную ассоциацию сна с определенным местом. Негативные эмоции, вызванные страхом перед бессонницей, тревожными мыслями о том, как придется справляться с ее последствиями на следующий день, приводят человека к тому, что для него постель уже больше не ассоциируется с безопасным и спокойным местом. Появляется привычка бодрствовать в постели. Даже если человек к вечеру сильно устал, отсутствие такой ассоциации может привести к привычному развитию негативных эмоций, нарушающих засыпание. Для того чтобы восстановить

нормальную ассоциацию, необходимо исключить любую постороннюю деятельность в постели кроме сна и занятий сексом, и не оставаться в ней, если они не чувствуют сонливости и не засыпают в течение 20 минут. В случае отсутствия сонливости рекомендуется встать и заняться спокойными делами, желательно в другой комнате. Вернуться в постель и попробовать заснуть рекомендуется после того, как больной вновь почувствует сонливость. Этот метод может применяться как у пациентов с проблемами вечернего засыпания, так и у страдающих от длительных пробуждений в течение ночи, хотя во втором случае пациентам сложнее определить, чувствуют ли они сонливость. Эти больные менее мотивированы покидать постель в середине ночи, так как опасаются, что не заснут уже до утра.

Часть IV. Специальная психотерапия

Усилить ассоциацию между постелью и сном помогает ритуал укладывания — ежедневно повторяющиеся спокойные действия примерно за 30 минут до укладывания. Ритуал сна является сигналом для организма о том, что вскоре наступит время укладывания и сна. В него могут входить вечерний душ и туалет, легкая уборка комнаты, записи в ежедневнике или дневнике, чтение, просмотр сериала. Записи в ежедневнике в рамках подготовки ко сну полезны для людей, которые начинают планировать следующий день или обдумывать прошедший день уже после укладывания. Следует «доверить мысли бумаге», поскольку выстраивание планов в постели усиливает активацию и нарушает засыпание, поэтому нужно перенести это на время до укладывания.

Решение о начале применения одного или обоих перечисленных методов принимается совместно терапевтом и пациентом в зависимости от того, какие изменения пациент готов взять на себя после проведенного психообразования и анализа данных дневника сна. В некоторых случаях тревога, связанная с ограничением сна и возможностью провести всю ночь на ногах в ожидании сонливости, настолько выражена, что нужно потратить еще 1–2 сессии на обсуждение целесообразности введения этих методов и возможного эффекта от них.

На третьей и последующих сессиях обсуждаются результаты применения указанных техник и возникшие в ходе их выполнения сложности. При необходимости в план действий, согласованный на предыдущих сессиях, вносят изменения. Метод ограничения сна требует еженедельной оценки эффективности сна по дневнику. Если средняя эффективность сна за неделю составляет не менее 85%, а пациент сообщает об усилившейся дневной сонливости, которая свидетельствует о недостатке сна, то время в постели можно увеличить на 15 мин за счет более раннего укладывания или более позднего подъема. И наоборот, если эффективность сна не достигает нормальной величины 85% при соблюдении установленного времени в постели, необходимо сократить время пребывания в постели еще на 15 мин, однако учитывая, что общее время пребывания в постели не должно быть менее 5 ч.

В течение третьей и последующих сессий проводится работа по решению возникающих проблем. Проблемы соблюдения правил, установленных на предыдущем занятии, выявляются при анализе дневника сна и опросе пациента. Терапевт может выявить за счет чего возникают такие проблемы и вместе с пациентом продумать способы их решения. Например, у пациента может не получаться избегать сна за пределами установленного окна сна из-за того, что он засыпает во время просмотра телевизора вечером. Из-за этого к моменту укладывания его естественная способность заснуть недостаточно высока. В таком случае терапевт совместно с пациентом придумывают другой вариант проведения досуга, который не вызывал бы сонливости. При проблемах с соблюдением регулярного времени подъема с постели важно продумать, что может помочь пациенту вставать по звонку будильника: яркое освещение, утренняя гимнастика, вознаграждение за своевременный подъем. С пациентами, которые испытывают трудности с засыпанием вечером, обсуждаются дополнительные релаксационные методы, которые можно встроить в ритуал укладывания. Среди наиболее распространенных релаксационных методик находятся прогрессивная мышечная релаксация по Дж. Якобсону, дыхательные практики, медитации или расслабляющая музыка перед сном, из которых пациент может самостоятельно выбрать наиболее подходящие. Терапевт должен поощрять успехи пациента в освоении этих практик. Проблемы с выполнением рекомендаций могут быть связаны с недостаточной приверженностью к лечению в связи с недоверием или непониманием методов КПТ. Если терапевт наблюдает снижение доверия и мотиваций выполнять рекомендации, он может воспользоваться когнитивными техниками. Одной из базовых техник является сократический диалог, в ходе которого терапевт, задает заранее продуманные вопросы, на которые пациент может ответить, лишь применяя навыки логического мышления. Шаг за шагом вопросы подводят пациента к ответу, который является запланированным выводом, необходимым в терапевтических целях. Зачастую результатом такого диалога становится обнаружение дисфункционального убеждения пациента о себе, своем заболевании или о том, как с ним

справиться. Обнаружив такую мысль, терапевт с пациентом проводят поиск аргументов за или против, чтобы сам больной смог бы оценить отсутствие целесообразности следовать неправильным паттернам поведения. Терапевт предлагает пациенту заполнить таблицу аргументами, подтверждающими или опровергающими эффективность методов КПТ. Этими аргументами могут быть как уже полученные знания о механизмах сна, так и его собственный позитивный или негативный опыт, его знакомых, слова врачей или других источников информации. Для пациентов, продолжающих сомневаться в эффективности КПТ инсомнии можно облечь соблюдение этих методов в форму поведенческого эксперимента, предложив «проверить» как изменится его сон, если он будет соблюдать правила в течение нескольких недель. После этого пациент сможет самостоятельно принять решение, готов ли он продолжать следовать этим правилам в дальнейшем.

Когнитивные техники помогают пациентам понять причину инсомнии, найти более адекватные копинг-стратегии (стратегии преодоления), работают с вторгающимися мыслями, снижают катастрофизацию инсомнии. Если пациент жалуется на навязчивые неприятные мысли о бессоннице или посторонних вещах, которые мешают заснуть, терапевтом проводится исследование их природы. Для этого нужно выбрать мысль, которая возникает систематически и ухудшает эмоциональное состояние пациента. У пациента с проблемами засыпания это может быть идея: «Если я не засну сейчас, то не справлюсь с учебой завтра и в результате не достигну задуманной цели». В ходе беседы терапевт задает вопросы о том, насколько пациент верит в эту мысль, каковы доказательства, ее поддерживающие, и существуют ли доказательства, противоречащие ей, существует ли альтернативный сценарий развития событий, какой из сценариев кажется наиболее реалистичным и почему, к каким последствиям приводит концентрация внимания на неприятной мысли, стоит ли она этих последствий. Такой опрос помогает взглянуть на тревожащую мысль более рационально. В завершении этой беседы пациент вместе с терапевтом формулируют более адаптивный ответ на беспокоящую мысль, например: «Если я не засну прямо сейчас и не выплыву за ночь, то я все равно сделаю завтра столько, сколько смогу, чтобы достичь цели». Устойчивые неприятные мысли также можно остановить с помощью техник переключения внимания и релаксационных методов.

Часть IV. Специальная психотерапия

Выявить мысли, которые мешают заснуть, не всегда бывает просто, для этого пациента просят заполнять дневник мыслей. Так же, как и в случае с дневником сна, пациенту не нужно стремиться фиксировать все мысли в течение ночи в ущерб сну. Записи о наиболее неприятных из них можно сделать до укладывания в постель, либо, если пациент встает с постели, следуя технике контроля стимуляции, после сна.

В течение третьей и последующих сессий терапевт может обсудить с пациентом дневные проявления бессонницы, самым частым из которых является *ограничительное поведение*. Пациенты, которые плохо спали предыдущей ночью, могут отменять важные дела на следующий день, опасаясь, что дефицит энергии, вызванный нарушением сна, помешает им выполнить взятые на себя обязательства. Иногда ими руководит желание снизить активность, так как считают, что она нарушит сон на следующую ночь. По этим причинам они отказываются от ответственных заданий и проявления инициативы на работе, от общения с близкими, которое может вызвать эмоциональный ответ, от физических нагрузок. Если пациенты отмечают такое поведение, важно обсудить с ними, приносит ли эта стратегия желаемый эффект, попросить их привести аргументы за и против. Среди аргументов, которые может предложить терапевт или сам пациент из собственного опыта, нужно вспомнить теорию давления сна и привести доказательства того, что насыщенный эмоциями и активностью день чаще оканчивается глубоким и качественным сном, чем день, проведенный дома в изоляции.

Важно обсудить, какие эмоции вызывает отказ от тех или иных дел, не сопровождается ли он чувством вины или тревоги за отношения и развитие карьеры, не повышает ли ощущение собственной беспомощности перед инсомнией. Одной из тактик когнитивной работы в рамках КПТ инсомнии является снижение значимости инсомнии (декатастрофизация), в частности, поддержание обычного распорядка дня и выполнение всех запланированных дел вне зависимости от сна предыдущей ночью. Это сопровождается переключением внимания с проблемы бессонницы на другие дела.

Структура последней сессии так же, как и предыдущих, направлена на решение проблем, возникающих в ходе терапии. На этом же этапе терапевт и пациент совместно создают план профилактики рецидива. Важно подчеркнуть, что уже случившийся эпизод инсомнии говорит о высокой чувствительности механизмов регуляции сна к стрессам. Это значит, что даже после успешного курса лечения новая стрессовая ситуация может вызвать повторение нарушений сна у пациента. Однако можно не допустить их хронизации, если воспринимать

нарушения сна как закономерную реакцию организма на стресс, избегать дисфункциональных стратегий поведения и катастрофизации этих нарушений. Как только триггер нарушений сна определен, нужно направить свои усилия на минимизацию этого фактора. Для улучшения сна в этой ситуации важно проанализировать терапевтические техники, применявшиеся в курсе КПТ инсомнии и выбрать элементы, оказавшиеся наиболее действенными, выписать их в список, к которому можно обратиться в случае рецидива. План профилактики рецидива должен включать четкое описание признаков ухудшения, при которых необходимо возобновлять ведение дневника сна и более строгое выполнение правил гигиены сна, а также признаки того, что необходима помощь квалифицированного специалиста.

Когда нарушения сна уходят и возвращается автоматизм засыпания, строгое следование правилам может привести к негативному результату — избыточной концентрации внимания на своем сне. В завершении терапии пациент должен понимать, что залог хорошего сна заключается в более гибком подходе к правилам, которые необходимо было строго выполнять в начале курса. Допустимо соблюдение режима сна большую часть недели, однако 1–2 ночи могут стать исключением. В этом случае терапевт обсуждает с пациентом план принятия взвешенного решения о нарушении режима, чтобы оно не привело к ухудшению сна. Взвесив преимущества и недостатки такого плана пациент решает, готов ли он пожертвовать 1–2 ночами хорошего сна ради того, чтобы отправиться в путешествие или на встречу с друзьями, что возможно незначительно нарушит режим сна.

Проблемы КПТ инсомнии и их решение. Несмотря на то что КПТ инсомнии на данный момент является самым эффективным методом лечения инсомнии, 30–40% пациентов являются резистентными к нему. Это создает необходимость поиска более эффективных терапевтических подходов, однако другие психотерапевтические методы, используемые для коррекции нарушений сна: гипнотерапия; терапия МВСТ, основанная на осознанности (майндфулнесс); музыкальная терапия — не имеют достаточной доказательной базы, чтобы присутствовать в клинических рекомендациях. Вместе с тем отдельные техники майндфулнесс-терапии могут быть интегрированы в психотерапевтический курс. Техники переключения внимания и отстраненного наблюдения помогут справиться как со стрессом, провоцирующим нарушения сна, так и со стрессом, вызванным инсомнией. Особенно эффективны эти техники у пациентов, которым мешают заснуть руминации, самообвиняющие мысли о прошедшем дне, беспокойство о предстоящем дне. МВСТ терапия направлена на осознанное пребывание в своем теле в текущем моменте времени, что снижает эмоциональную реакцию на негативные мысли. Техники медитации, используемые в ней, могут быть эффективны в качестве релаксационных методик.

Нехватка терапевтов для проведения КПТ инсомнии может быть решена ступенеобразной организацией помощи пациентам с инсомнией. После постановки диагноза инсомнии на приеме у специалиста первичного звена пациент направляется на лечение начального уровня. Варианты терапии на этом этапе могут включать онлайн-КПТ инсомнии без участия или с минимальным участием терапевта, материалы с описанием методики КПТ инсомнии, сокращенные варианты КПТ, проводимые средним медицинским персоналом, групповые занятия в «Школе здорового сна», то есть подходы, требующие меньшей вовлеченности квалифицированных специалистов. Во многих случаях пациентам может быть достаточно только информации о том, как улучшить свой сон. В осложненных случаях или при неэффективности самостоятельного освоения методики КПТ инсомнии пациенты могут быть перенаправлены на следующую ступень — очную индивидуальную или групповую терапию под руководством специалиста по КПТ инсомнии.

Часть IV. Специальная психотерапия

КПТ других расстройств сна. Психотерапевтические подходы могут быть применимы у взрослых и детей с повторяющимися кошмарными сновидениями. Единичные кошмары не являются патологией, однако эмоционально окрашенные неприятные сновидения могут говорить о реакции пациента на значимую стрессовую ситуацию, а также могут быть симптомом ПТСР. Помимо психотерапевтической работы над ситуацией, послужившей триггером, существуют подходы, помогающие снизить эмоциональный ответ на неприятные повторяющиеся сюжеты сновидений. Это достигается воображаемым воспроизведением пугающего персонажа кошмара или кошмарной ситуации в сознании, находясь в состоянии релаксации в спокойной и комфортной обстановке. Затем пациенту предлагается мысленно преобразовать пугающий образ. Например, если ребенку часто снится страшное животное, то он может попробовать в воображении уменьшить его до размеров мыши, переодеть это животное в смешной наряд и нацепить бантик. Комичное преобразование пугающего образа уменьшает страх и дает ощущение контроля над этим образом. Если ребенок уверен в своих силах, можно попробовать мысленно вернуть образ животного к первоначальным размерам

и даже увеличить. Следующим шагом является изменение своей реакции на пугающий образ — атаковать в ответ, вместо того чтобы убегать, или поговорить с ним и даже подружиться.

Арт-терапия — еще один из подходов к терапии кошмарных сновидений. Эта методика позволяет пациенту изучить и проработать свою реакцию на сновидение с помощью графического изображения или телесно-двигательного проигрывания сновидения в безопасной обстановке. В рамках арт-терапии пациент тоже получает контроль собственных сновидений и может изменить его сюжет. Это снижает испуг перед устрашающим образом при повторении кошмара. Создание рассказа о сновидении на бумаге, в беседе с близкими или с психотерапевтом также может оказать лечебный эффект. Работа с содержанием сновидений включается во многие психотерапевтические методики: психоанализ, гипнотерапию, гештальт-терапию, семейную и групповую психотерапию. Работа с образами сновидений может оказаться менее травматичной, но не менее эффективной, чем работа с реальной проблемой, послужившей причиной их развития.

Несмотря на разнообразие расстройств сна (в существующей классификации присутствует 57 таких нарушений) только когнитивно-поведенческая терапия инсомнии является достаточно востребованным и проработанным методом лечения. Ее эффективность и безопасность подтверждена результатами многочисленных рандомизированных исследований. Возможности развития этой методики видят в применении дистанционных методов доставки информации и контроля лечения с применением носимых устройств (актиграфов, фитнес-трекеров) и нейросетей для экспертной оценки складывающейся ситуации. Перспективным представляется сочетание КПТ инсомнии с методами лекарственной терапии этого заболевания, что позволяет достигать эффекта на более раннем этапе лечения.

Список литературы

1. Полуэктов М.Г., Бузунов Р.В., Авербух В.М. и др. Проект клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронической инсомнии у взрослых // Consilium Medicum. Неврология и ревматология. 2016, № 2. С. 41–51.
2. Пчелина П.В., Табидзе А.А., Полуэктов М.Г. Сравнительное исследование эффективности когнитивно-поведенческой терапии и зопиклона при хронической инсомнии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017. Т. 117, № 2. С. 48–55.
3. American Academy of Sleep Medicine. The International Classification of Sleep Disorders, Revised. 3rd ed. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2014.
4. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
5. Bootzin R.R. Stimulus control treatment for insomnia // Proceedings, 80th Annual Convention. APA, 1972.
6. Edinger J.D., Carney C.E. Overcoming Insomnia: Therapist Guide. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press, 2015.
7. Ellis J.G., Gehrman P., Espie C.A. et al. Acute insomnia: current conceptualizations and future directions // Sleep Med. Rev. 2012. Vol. 16, N. 1. P. 5–14.
DOI: <http://doi.org/10.1016/j.smrv.2011.02.002>.
8. Harvey A.G., Sharpley A.L., Ree M.J. et al. An open trial of cognitive therapy for chronic insomnia // Behav. Res. Ther. 2007. Vol. 45, N. 10. P. 2491–2501.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.04.007>.
9. Leblanc M., Mérette C., Savard J. et al. Incidence and risk factors of insomnia in a population-based sample // Sleep. 2009. Vol. 32, N. 8. P. 1027–1037.
DOI: <http://doi.org/10.1093/sleep/32.8.1027>.
10. Manber R., Carney C.E. Treatment Plans and Interventions for Insomnia: A Case Formulation Approach. New York, NY: The Guilford Press, 2015.
11. Morin C.M. Insomnia: Psychological Assessment and Management. New York: Guilford Press, 1993.
12. Ohayon M.M., Reynolds III C.F. Epidemiological and clinical relevance of insomnia diagnosis algorithms according to the DSM-IV and the International Classification of Sleep Disorders (ICSD) // Sleep Med. 2009. Vol. 10, N. 9. P. 952–960.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2009.07.008>.
13. Pallesen S., Sivertsen B., Nordhus I.H., Bjorvatn B. A 10-year trend of insomnia prevalence in the adult Norwegian population // Sleep Med. 2014. Vol. 15, N. 2. P. 173–179.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2013.10.009>.
14. Schutte-Rodin S., Broch L., Buysse D. et al. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults // J. Clin. Sleep Med. 2017. Vol. 4, N. 5. P. 487–504.
URL: <https://aasm.org/resources/clinicalguidelines/040515.pdf>.
15. Spielman A.J., Caruso L.S., Glovinsky P.B. A behavioral perspective on insomnia treatment // Psychiatr. Clin. North Am. 1987. Vol. 10, N. 4. P. 541–553. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30532-X](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30532-X)

16. Taylor D.J., Mallory L.J., Lichstein K.L. et al. Comorbidity of chronic insomnia with medical problems // Sleep. 2007. Vol. 30, N. 2. P. 213–218. DOI: <https://doi.org/10.1093/sleep/30.2.213>.
17. World Health Organisation. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Diagnostic Criteria for Research. Geneva: World Health Organization, 1993. 263 p. URL: <https://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>.
18. Wu J.Q., Appleman E.R., Salazar R.D., Ong J.C. Cognitive behavioral therapy for insomnia comorbid with psychiatric and medical conditions a meta-analysis // JAMA Intern. Med. 2015. Vol. 175, N. 9. P. 1461–1472. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.3006>.

Часть IV. Специальная психотерапия

Глава 35. Психотерапия сексуальных нарушений

Сохранение психического здоровья населения тесно связано с сексуальным здоровьем. Общеизвестно, что сексуальная активность и гармоничная реализация сексуальности улучшает эмоциональное состояние человека, повышает качество жизни. Оргазмическая разрядка является универсальным механизмом выведения избыточного психоэмоционального напряжения любой природы, ведет к выбросу эндорфинов. Сексуальная проблематика зачастую присутствует у пациентов, обращающихся за психотерапевтической помощью, поэтому усилия, направленные на укрепление сексуального здоровья, следует рассматривать как необходимый компонент психотерапевтической работы. В настоящее время наблюдается активный рост внимания к проблемам сексуального здоровья и их научному изучению. Многочисленные международные и национальные научные сообщества трудятся над разработкой концепции сексуального здоровья, принят целый ряд документов, касающихся путей решения проблем сексуальности, разрабатываются стандартные операционные процедуры (СОП) для диагностики и терапии различных сексуальных дисфункций. Наиболее эффективным в настоящее время признан биопсихосоциальный подход к сексуальным дисфункциям, рассматривающий их в единстве физиологического, психологического обеспечения, а также всего комплекса социально-психологических взаимоотношений между полами, социокультурного контекста. Он находит свое отражение в выделении специальности «Сексология», в основу которой положен принцип комплексного мультидисциплинарного подхода к терапии сексуальных дисфункций. Разрабатывается новая классификация (МКБ-11), в которой вместо бинарного подхода, разделяющего сексуальные дисфункции на соматогенные и психогенные, планируется выделение отдельного класса: «Заболевания, связанные с сексуальным здоровьем». Это позволит рассматривать сексуальные дисфункции в единстве всех своих компонентов. Эффективность такого подхода подтверждена методами доказательной медицины на основе метаанализов большого числа исследований. В настоящее время обеспечение эффективности помощи при сексуальных дисфункциях требует:

- знания множественных механизмов формирования сексуальности и ее нарушений;
- умения определять степень вовлеченности различных патогенетических механизмов в развитие сексуальных дисфункций, устанавливать многоуровневый сексологический диагноз;
- правильного выбора комплекса терапевтических мероприятий, воздействующих на все звенья патогенеза, а также, при необходимости, мультидисциплинарной командной работы;
- не только устранения сексуальных жалоб, но и восстановления удовлетворяющего индивидуума сексуального функционирования и сексуального самоуважения в партнерских отношениях.

Психотерапия сексуальных дисфункций занимает особое место в лечении сексологических пациентов, поскольку в большинстве случаев в той или иной степени задействованы психогенные факторы. Преимущественно ими обусловлены у мужчин, по различным оценкам 30–75% сексуальных дисфункций, у женщин этот процент еще выше. Психотерапевтический подход остается основным в работе не только с психогенными сексуальными дисфункциями, но и с сексуальными дисфункциями смешанного генеза. Современные взгляды на сексуальные расстройства неизбежно должны отражаться на целях и содержании психотерапии, связанной с лечением таких нарушений. Недостаточно пользоваться привычными методами и техниками, ориентированными на отдельные широко известные в психотерапии точки приложения, необходимо последовательное воздействие на все звенья патогенеза сексуального расстройства. Эффективные психотерапевтические подходы к терапии сексуальных дисфункций должны базироваться на следующих принципах.

1. Научное обоснование выбора методов психотерапии, в основе которого лежат: постановка многомерного сексологического диагноза, выбор наиболее эффективных методов воздействия (из данных мирового опыта работы с похожими больными) и их последовательное структурированное использование.
2. Учет частого наличия у пациентов коморбидной патологии, как органической, так и психической. Он позволит определить правильное соотношение психотерапии с другими аспектами медицинского вмешательства, в частности, с медикаментозной терапией (психофармакотерапией, гормонотерапией), урологическими и гинекологическими мероприятиями.
3. Учет многоуровневости поражения при психогенных сексуальных дисфункциях, являющихся прерогативой психотерапевтического лечения. Испытываемые пациентами трудности на разных уровнях сексуального функционирования (интра-, интерперсональном и индивидосоциальном), тесно переплетающиеся друг с другом, требуют последовательного воздействия на все звенья патогенеза сексуального расстройства.
4. Гибкое сочетание психотерапии с новейшими разработками фармации для повышения эффективности терапии и обеспечения ее краткосрочности. Помимо патогенетически обоснованного позитивного воздействия на сексуальные дисфункции, медикаментозная терапия может помочь в достижении комплаенса с пациентами, изначально ориентированными на ее назначение. Таких пациентов в последнее время становится все больше, в том числе и из-за агрессивной рекламы различных препаратов, якобы способных быстро и гарантированно решить любые сексуальные проблемы.
5. Краткосрочность терапии является важным требованием современности. Большинство сексологических пациентов не готовы к долгосрочным терапевтическим программам и жестко ориентированы на предписание краткосрочной, прагматичной, сфокусированной на конкретной сексуальной проблеме терапии. Ориентация на краткосрочность — это важный способ достижения комплаенса. В то же время нередко сексуальные дисфункции имеют полипатогенетическую природу, развиваются на фоне нарушений психосексуального развития (ПСР), что требует длительной упорной психотерапевтической работы. При невозможности решить проблему в относительно короткие сроки выходом может быть заключение договора с пациентом о постановке промежуточных задач.

Часть IV. Специальная психотерапия

6. Учет партнерского фактора, что может определять особенности задач психотерапии. Понятие нормативности в сексологии имеет партнерский аспект, и в ряде случаев сочетающиеся сексуальные расстройства у партнеров могут являться партнерской нормой. Следует учитывать и то, что партнеры могут иметь различные, в том числе противоречащие друг другу цели и задачи при обращении за помощью. Всем этим принципам в той или иной степени удовлетворяет мультимодальная модель психотерапии, которая во всем мире считается наиболее эффективной при работе с сексуальными дисфункциями. Ее основой является технический эклектизм — поиск оптимального решения конкретной проблемы конкретного человека, направляемый в первую очередь данными о том, что в прошлом лучше помогало другим людям с похожими проблемами и особенностями. Ее преимуществами являются: практическая ориентация; учет многих переменных при выборе лечебной тактики, что соответствует полипатогенетичности сексуальных расстройств; широта и инклюзивность подхода, направленного на устранение множества сочетающихся проблем у сексологических пациентов с помощью аналогичного множества наиболее работоспособных психотерапевтических вмешательств, доступных для данного пациента в данной ситуации.

Содержание мультимодальной психотерапии в сексологии включает:

- проведение мультимодальной оценки;
- определение необходимых методов лечения в соответствии с проведенной оценкой;
- структурирование психотерапевтического процесса.

Проведение мультимодальной оценки. Биопсихосоциальный подход накладывает определенные требования на работу с сексуальной проблематикой. Воздействие на все звенья патогенеза сексуальных дисфункций требует проведения стандартного сексологического обследования, постановки многомерного сексологического диагноза, выявления всего комплекса проблем и целостного видения сексуальности пациента. Это помогает избежать как достаточно характерного для соматоориентированного подхода сведения патогенетических причин сексуальных дисфункций к гормональным и сосудистым механизмам, так и психологизации и психиатризации рассмотрения пациента, недооценки биологического компонента.

В процессе постановки сексологического диагноза необходимо проводить дифференциальную диагностику между истинными сексуальными дисфункциями (нарушениями физиологического функционирования) и мнимыми сексуальными расстройствами и сексуальными дисгармониями. Мнимые сексуальные расстройства характеризуются жалобами на нарушение половой функции при реальном отсутствии отклонений от возрастной и конституционально-биологической нормы. В их происхождении переплетаются оценочные, личностные и партнерские факторы. Они могут быть обусловлены недостатком адекватной информации о сексуальности или же иметь внутриличностные причины, бывают связаны с невротической ситуацией и гиперкомпенсаторным поведением в ответ на нее или же индуцированы партнером. К конкретным причинам мнимых сексуальных дисфункций относятся: у мужчин — глубинное чувство неуверенности в своей мужской состоятельности, необходимость доказывать себе и другим свою «мужскую силу», у женщин — боязнь не удовлетворить партнера и быть им отвергнутой, а также неадекватные требования партнера, нарушения адекватной техники полового акта и многие другие. Несмотря на то что нарушение носит характер «мнимого», пациенту оно приносит реальные страдания и требует помощи специалиста. В ряде случаев при информационном дефиците бывает достаточно коррекции психологических установок путем сексуального психообразования. Однако чаще требуется психотерапевтическая работа с пациентом или партнерской парой, и порой довольно сложная.

Установление факта истинной сексуальной дисфункции требует проработки дифференциального диагноза между соматогенными и психогенными сексуальными дисфункциями. При этом следует помнить, что соматогенные механизмы зачастую неотделимы от психогенных и наличие стержневого патологического состояния одной группы не исключает сопутствующего патологического состояния из другой группы. Основным критерием соматогенных сексуальных дисфункций является тотальность поражения сексуальности, отсутствие избирательности и зависимости сексуального реагирования от влияющей на психику ситуации. Так, например, при соматогенной эректильной дисфункции эрекция в одинаковой степени снижена и в прелюдии, и при половом акте, и при мастурбации, и при спонтанных ее проявлениях. Для психогенных сексуальных дисфункций, напротив, характерна избирательность нарушений, зависимость сексуального реагирования от условий. Например, с одной партнершей может наблюдаться ускоренное семяизвержение, а с другой оно будет нормальным. Или эрекция может отсутствовать (или быть слабой) в партнерском сексе, но быть достаточной при мастурбации. Или женщина испытывает оргазм с одним партнером и не испытывает его с другим, может достичь его при мастурбации, но не при половом акте.

На этапе констатации психогенной сексуальной дисфункции (или смешанной) выявляются основные психологические факторы, играющие роль на различных уровнях формирования сексуального расстройства: недостаточная или неадекватная информация о сексуальной жизни, нарушения ПСР, внутриличностные факторы (деструктивные установки, внутриличностные конфликты, сниженная самооценка, установки перфекционизма, характерологические особенности), нарушения партнерских взаимоотношений, несоответствующая техника полового акта, особенности партнерского сексуального поведения и ряд других.

В структуре психогенных сексуальных дисфункций можно выделить два основных патогенетических механизма, определяющих разницу терапевтических подходов.

1. Сексуальные дисфункции вследствие невротического подавления адекватно развитой сексуальности. К ним относятся: синдром тревожного ожидания неудачи, синдром дезактуализации сексуальности, сексуальные дисфункции на фоне стрессовых состояний, партнерских конфликтов, установок перфекционизма и целый ряд других. Пациенты отмечают тревогу, боязнь неудачи, психический контроль протекания половых реакций. Важно, что при этом присутствуют признаки адекватного развития сексуальности, соответствующей реальной половой жизни.

Часть IV. Специальная психотерапия

Таковыми признаками служат:

- указания на наличие успешной половой жизни в прошлом в тех же самых или сходных условиях, с тем же или похожим партнером;
- способность реагировать на сексуальную ситуацию до определенного момента с последующим резким исчезновением полового возбуждения (возбуждение в прелюдии и падение возбуждения при попытке перехода к половому акту);
- легкое возникновение возбуждения при эротическом контакте, когда есть уверенность, что половой акт не предполагается, и его отсутствие, когда половой акт должен быть.

2. Сексуальные дисфункции вследствие нарушения сексуального реагирования при неадекватно развитой сексуальности, в том числе вследствие формирования в процессе ПСР неадекватных эрогенных зон и неадекватных сексуальных сценариев. Их развитие может быть связано с задержками ПСР, искаженными представлениями о половой жизни, поздним ее началом, затруднением коммуникации, техническими и сценарными особенностями мастурбаторной практики. У таких людей имеются нестандартные сексуальные сценарии, не реализуемые при партнерском взаимодействии. Другой вариант — неадекватно сформированные эрогенные зоны, либо по локализации, либо по характеру стимуляции. Эти зоны не подвергаются воздействию при половом акте (например, при возможности миотонического оргазма) или требуют особой стимуляции, трудно воспроизводимой при партнерском взаимодействии (особые формы мастурбаторной практики).

Поскольку реальное партнерское сексуальное взаимодействие не соответствует сформированным предпочтениям, в нем возникает дефицит стимуляции, возбуждение отсутствует или оно недостаточно, как следствие, развивается сексуальная дисфункция. Характерными являются избирательные сексуальные дисфункции, проявляющиеся в основном в половом акте. Например, психогенная эректильная дисфункция, когда хорошая эрекция при мастурбации и в прелюдии пропадает в процессе полового акта, мужские анэякуляторные расстройства, женская оргазмическая дисфункция в половом акте при способности к оргазму в петтинге. Сексуальные дисфункции в этой группе часто возникают уже в дебюте половой жизни. Бывают и другие варианты. В начале партнерских отношений яркие эмоции делают возбуждение достаточным для проведения полового акта и достижения оргазма (в большей степени «психогенного» оргазма) даже при неадекватно сформированных эрогенных зонах и сексуальных сценариях. В последующем же снижение яркости психоэмоциональных стимулов при «будничной» половой жизни выявляет имеющиеся проблемы, возникает дефицит стимуляции и развивается сексуальная дисфункция.

Тактика работы с сексуальными дисфункциями вследствие невротического подавления адекватной сексуальности разрабатывалась психотерапевтами, в результате весьма эффективными являются многочисленные, традиционно используемые в психотерапии методы. Методики же работы с сексуальными дисфункциями вследствие неадекватно развитой сексуальности находятся большей частью в арсенале сексолога. К ним относится коррекция нарушений ПСР, восполнение пропущенных его этапов и формирование адекватных генитальных эрогенных зон (нередко с использованием вибротерапии), навыков стимулированного оргазма, выработка соответствующей техники полового акта, реалистичных сексуальных сценариев. В этих случаях трудно обойтись без специфического сексологического инструмента — сексуальной терапии. Последняя весьма эффективна и при невротическом подавлении сексуальности.

Определение необходимых методов лечения в соответствии с проведенной оценкой.

Выбор метода проводится на основе поставленного многоуровневого сексологического диагноза, учета накопленного различными специалистами опыта работы с сексуальными дисфункциями и разрабатываемых стандартных операционных процедур. В настоящее время имеется краткий и достаточно общий перечень наиболее эффективных методов психотерапии при наиболее часто встречающихся сексуальных проблемах, позволяющий создать индивидуализированные терапевтические программы. Предприняты попытки разработки стандартных операционных процедур для различных сексуальных дисфункций, базирующихся на биопсихосоциальном подходе и принципах доказательной медицины. Важным аспектом работы является *сексуальное информирование*. При интимности сексуальной сферы и ее закрытости для открытого обсуждения у ряда людей нет достаточных и реалистичных представлений о нормальном функционировании сексуальной сферы. Это требует от специалиста работы, направленной на повышение уровня знаний пациента о психофизиологии сексуальности в целом и о ее специфике у мужчин и женщин, обсуждения нормативности различных сексуальных проявлений, развенчивания наиболее распространенных мифов и нереалистичных представлений, обсуждения технической стороны сексуального взаимодействия.

Необходимость центрированного на проблеме пациента сексуального информирования обусловлена как частым дефицитом знаний, так и обилием противоречивой тенденциозной информации в средствах массовой информации, резкими переменами в отношении к сексуальности в последние десятилетия. Изменилось действительно многое. Раньше сексуальную жизнь чаще считали нужным скрывать, а сегодня «раскрепощение» сексуальности нередко сопровождается стремлением ее демонстрировать, требованиями высокого качества и не всегда реалистичными ожиданиями. Интимная близость превратилась в соревнование. В социальных сетях воспевают идеалы самореализации и ярких сексуальных проявлений, каждый примеряет их на себя, пытается им соответствовать. Устранение сдерживающего начала компенсируется растущими требованиями. Это повышает тревожность человека по поводу недостаточного качества его половой жизни, как раньше

тревожность по поводу половой жизни возникала в результате чувства вины. Задача психотерапевта — соотнесение возросших требований к качеству половой жизни с жизненными реалиями.

Часть IV. Специальная психотерапия

Сексуальное информирование — важный инструмент психотерапевтической работы, направленный на адекватное понимание индивидуумом как собственной, так и партнерской сексуальности, гармоничную реализацию сексуальности. Оно позволяет пациенту сформулировать реалистичные ожидания и цели работы. Необходимы глубокие и уверенные знания психотерапевта о психофизиологии сексуальности, о современных тенденциях и сексуальных субкультурах.

Когнитивно-поведенческой терапии в последние десятилетия отводится важная роль в лечении сексуальных дисфункций. Она является, пожалуй, единственной формой психотерапии, имеющей доказательную базу в отношении своей эффективности, в первую очередь при сниженном половом влечении у женщин (74% позитивного результата), эректильная дисфункция у мужчин и диспареунии. Многочисленные исследования продемонстрировали сильное влияние когнитивных убеждений, когнитивных схем, автоматически возникающих мыслей и эмоций на сексуальные реакции и поведение. Были созданы концептуальные когнитивные модели формирования сексуальных дисфункций для мужчин и женщин, их исследовали в лаборатории с использованием экспериментальных и лонгитюдных методов, также оценивалась эффективность КПТ при сексуальных дисфункциях. Результаты показали, что когнитивные факторы (сексуально окрашенные мысли, адекватные и либеральные убеждения в отношении сексуальности), а также позитивно окрашенные эмоции являются значимыми предикторами полового влечения и субъективного возбуждения. Физиологическое же возбуждение как у мужчин, так и у женщин относительно независимо от субъективного. КПТ может активно влиять на повышение уровня субъективного возбуждения у мужчин и женщин, на поддержание эрекции и быть более эффективной, чем фармакотерапия, влияющая в большей степени на физиологическое возбуждение. КПТ также способна устранять дискордантность субъективного и физиологического возбуждения, что является важным при терапии сниженного либидо. *Сексуальные убеждения.* В связи с интимностью сексуальной сферы у большинства людей имеется немало специфических, эмоционально заряженных и при этом ошибочных представлений о сексуальности, о должном сексуальном поведении, своем и партнера. Эти догмы постоянно звучат в голове: как относиться к сексу, к своему телу, к своей сексуальности, кто кого должен любить больше, какие чувства можно показывать, а какие нет и т.д.

Женские убеждения нередко содержат запретительные установки в отношении сексуальности и ее отдельных проявлений: «Порядочная женщина не должна...», «Женщина должна сдерживать свои эмоции», «Половая жизнь нужна только мужчинам», «Настоящий мужчина должен без моих слов знать, что и как он должен делать в постели». У мужчин же, наоборот, существует целый ряд мифов о долженствовании высоко экспрессивных проявлений мужской сексуальности и женском сексуальном удовлетворении («Мужчина каждую минуту должен быть готов к половому контакту», «Я должен чаще проводить половой акт», «Чем мощнее эрекция, тем больше удовольствие женщины», «Только с помощью мощной эрекции можно удовлетворить женщину», «Половой акт должен продолжаться как можно дольше», «Мужчина и только он отвечает за удовлетворение женщины». Существуют также дисфункциональные убеждения, регламентирующие проведение сексуального контакта: «Половое влечение должно появляться само собой, спонтанно», «Половой акт — единственный нормальный и естественный способ сексуального общения», «В сексуальном общении не может быть никакой запрограммированности, а исключительно экспромт», «Половой акт может быть только линейным и неудержимо прогрессирующим и должен завершаться оргазмом» и многие другие.

Деструктивные сексуальные убеждения приводят к не соответствующим ситуации эмоциям, мешают чувствовать себя комфортно и адекватно реагировать при интимной близости. Завышенные сексуальные ожидания обесценивают реальные ощущения и опыт. Недостаток эротических мыслей в сексуальном контексте, озабоченность эрекцией, продолжительностью полового акта, достижением оргазма имеют прямое и значительное влияние на развитие сексуальных дисфункций.

Когнитивные схемы. Это устойчивые когнитивные паттерны, которые являются основой интерпретаций реальности, субъективными ментальными фильтрами при восприятии человеком мира. При исследовании пациентов с сексуальными дисфункциями было выявлено, что они имеют склонность негативно интерпретировать отдельные сексуальные неудачи как проявления собственной неполноценности, некомпетентности («Я — неудачник(-

ца), «Я слабак!». «У меня ничего не получится»). Кроме того, люди с сексуальными дисфункциями имеют больше негативных когнитивных схем, чем пациенты без них. Дисфункциональные сексуальные убеждения тесно связаны с негативными когнитивными схемами и нередко играют модулирующую роль в развитии сексуальных неудач. *Автоматические мысли и эмоции.* У людей с сексуальными дисфункциями намного чаще, чем у людей без них при сексуальной активности возникают негативные автоматические мысли о недостаточной эрекции, неудаче с оргазмом, о разочаровании партнера, о том, что «все опять получится плохо». Сниженное настроение также затрудняет сексуальный ответ и является важным фактором поддержания сексуальных дисфункций. Предполагают, что эти автоматические мысли и эмоции непосредственно связаны с активацией негативных когнитивных схем.

Таким образом в концептуальной когнитивной модели формирования сексуальных дисфункций последовательно связываются воедино дисфункциональные сексуальные убеждения, негативные когнитивные схемы и негативные автоматические мысли и эмоции, что требует воздействия на все эти компоненты сексуальных дисфункций. Важной частью психотерапевтической работы является когнитивное реструктурирование, в котором выделяют распознавание дисфункциональных когнитивных структур и собственно работу с ними. Первый этап работы — идентификация автоматических мыслей. Обычно их появление предшествует возникновению негативных эмоций или подавлению сексуальных реакций, они являются наиболее важными их детерминантами. В беседе с терапевтом происходит вербализация автоматических мыслей, их анализ и изменение. Работа по изменению осуществляется путем вопросов, раскрывающих суть этих мыслей, их умозрительность, отсутствие логики и связи с реальным состоянием дел. Нужно продемонстрировать пациенту связь между возникновением автоматических мыслей, сопутствующими эмоциональными и поведенческими реакциями и физиологическим сексуальным ответом. Полезно обсуждение мыслей, эмоций и сексуального ответа при успешном половом контакте. Следующая стадия — само когнитивное реструктурирование. На этой стадии в первую очередь проводится развенчивание сексуальных мифов и дисфункциональных убеждений. Вплетение сексуального информирования в процесс работы имеет особенное значение. Используются наглядные материалы, книги. Некоторые дисфункциональные убеждения пересматриваются в результате психообразовательных мероприятий, для изменения других, тесно связанных со структурой личности, требуется более систематизированная когнитивная работа. Она проводится в несколько этапов.

Часть IV. Специальная психотерапия

1. Оценка пользы и вреда имеющихся дисфункциональных убеждений в отношении сексуальности.

2. Анализ доказательств. После того как пациент получил корректную сексуальную информацию, научился задавать себе вопросы о пользе и вреде своих убеждений, его легче простимулировать привести доказательства своих убеждений. Психотерапевт просит составить список аргументов за и против, тренирует выявлять когнитивные ошибки в своих убеждениях. Наиболее часто встречающиеся когнитивные ошибки:

- все или ничего («Я полный неудачник, потому что моя эрекция не 100%»);
- сверхгенерализация («В последний раз мне было очень сложно достичь эрекции. Я уже больше никогда не смогу иметь хорошую эрекцию в половом акте»);
- обесценивание позитивного опыта («Мой партнер (моя партнерша) говорит, что я ее сексуально привлекаю, но это он просто так говорит, чтобы меня не обидеть»);
- телепатия («Моя партнерша считает меня импотентом», «Он думает, что я фригидна»);
- предугадывание («Сегодня у меня ничего не получится»);
- катастрофизация («Если у меня сегодня не будет полной эрекции, моя партнерша меня бросит», «Если у меня не будет оргазма, муж найдет другую женщину»);
- категорический императив («У меня должна быть эрекция каждый раз, когда партнерша захочет секса», «Я должна испытывать оргазм при каждом половом акте, иначе партнер будет разочарован»).

3. Тестирование реальности. В контексте нарушений сексуальности проверка дисфункциональных убеждений лучше всего проводится в процессе сексуальной терапии (чувственное фокусирование), когда партнеры вовлекаются в различные варианты сексуальной активности без использования непосредственно вагинального полового акта, при этом утверждается возможность получения удовольствия обоими партнерами без жестких требований полной эрекции и полового акта.

4. Формулировка альтернативных убеждений. Психотерапевт вместе с пациентом формулирует более реалистичные убеждения. При этом эффективной может быть техника сократовского диалога.

5. Реализация альтернативных убеждений. Нужно дать возможность пациенту опробовать свои новые убеждения. Полезны техники рационально-эмотивной терапии («техника оспаривания»). Разыгрывается диалог между пациентом и психотерапевтом, где пациент начинает представлять свое дисфункциональное убеждение, а затем меняется ролями с психотерапевтом, пробуя себя в новой позиции (защищающего альтернативное мнение). Эта техника позволяет пациенту отстраниться от прежних убеждений и, исполняя новую роль, убедиться в неправильности и дисфункциональности прежних убеждений.

Пересмотр деструктивных убеждений в отношении сексуальности важен для устранения тревоги при невротическом подавлении сексуальности, при задержках и нарушениях ПСР, являющихся компонентом патогенеза сексуальных дисфункций, а также для сглаживания партнерских конфликтов и повышения мотивации к конструктивному взаимодействию. КПТ признана эффективным методом при женских сексуальных болевых синдромах (диспареуния). Кохрановский обзор подтвердил ее преимущество в сравнении с другими психотерапевтическими методами, а также возможность длительного сохранения позитивного эффекта. Поскольку когнитивные и эмоциональные сферы личности участвуют в формировании и модуляции боли, терапия, меняющая мысли, убеждения и косвенно изменяющая эмоции, влияет на боль. Данными функционального МРТ мозга подтверждено, что активизация префронтальной коры, отражающая высокий уровень сознательной оценки, является звеном анальгезирующего эффекта.

КПТ при хронических сексуальных болевых синдромах включает:

- управление ожиданиями, снижение тревоги по поводу боли;
- постепенное, подкрепляемое примерами из жизни, разъяснение женщине влияния мыслей на порог болевой чувствительности;
- обсуждение анальгезирующего влияния удовольствия, сексуального возбуждения, которые должны стать частью женского сексуального опыта;
- направление активности пациентки и ее партнера на достижение удовольствия, «замена боли удовольствием» (предвкушение удовольствия активирует систему поощрения — боль и награда конкурируют на мю-рецепторах);
- выявление автоматических катастрофических мыслей, их оценка, критика и замещение реалистичными мыслями (это снижает силу стрессовых воздействий). Так катастрофическую мысль «Боли при половом акте никогда не пройдут!!!» заменяют альтернативными мыслями:
 - «Моя боль изменится, скорее всего, она уменьшится, в конце концов, она проходит у большинства женщин»;
 - «Сейчас боль есть, но чем меньше я реагирую на нее и чем меньше чувствую к ней отвращения, тем меньше от нее страдаю»;
 - «Боль еще присутствует при половом акте, но она стала слабее, и я с нею постепенно справлюсь».

КПТ используется при нарушениях ПСР. Люди с различными нарушениями ПСР составляют значимую часть пациентов с психогенными сексуальными дисфункциями. Задержки ПСР, связанные с запретительными, ограничивающими установками в отношении сексуальности и коммуникативными проблемами, являются нередкой причиной торможения развития сексуальности и сексуальных дисфункций в дальнейшем. Они особенно часто встречаются у женщин. Основными направлениями терапии являются: работа с дисфункциональными убеждениями в отношении сексуальной жизни, формирование адекватных представлений об интимных отношениях, а в дальнейшем — прохождение под наблюдением психотерапевта или сексолога пропущенных стадий ПСР (полоролевого этапа, платонической, эротической и сексуальной стадий формирования психосексуальных ориентаций). Вырабатывается и последовательно реализуется оптимальная для различных стадий модель поведения (от платонического несексуального сближения с партнером до эротического и, затем, сексуального контакта). Задача специалиста заключается в моделировании безопасного прохождения всех стадий и фаз ПСР (начиная с фазы выработки установки до ее практической реализации). Важный аспект — правильный выбор партнера. Психотерапевт вместе с пациентом предварительно конструируют в воображении желаемые и реалистичные образы и сценарии событий (любому действию предшествует образ того действия, которое должно быть совершено), а затем они претворяются в жизнь. Полезным является суггестивное усиление позитивных образов и картин событий. Устранение сексуальных дисфункций, с которой обратился пациент, является завершающей стадией работы.

Часть IV. Специальная психотерапия

В последнее время в качестве эффективного и многообещающего метода при сексуальных дисфункциях рассматривают терапию, базирующуюся на безоценочном осознании MBT (от англ. Mindfulness Based Therapy). Практики майндфулнесс дают человеку опыт безоценочного нахождения в настоящем моменте без самокритики и самоосуждения, опыт распознавания и принятия своих телесных ощущений, эмоций и чувств, спокойного наблюдения за ними. Они помогают справляться с негативными эмоциями, прошлым неприятным опытом мышечного напряжения, беспокойства, потока мыслей, страха и тревоги. Техники, используемые при работе с сексуальными дисфункциями, неспецифичны: сканирование тела, техника осознанного дыхания, концентрация внимания на звуках, наблюдение за своими движениями, техника осознания мыслей и эмоций, тренировка навыков принятия, навыков концентрации и переключения внимания, для которых необходима регулярность тренировок. Приобретенные навыки применяются в процессе сексуального опыта. Они особенно полезны при негативных убеждениях в отношении сексуальности, когда при сексуальном взаимодействии усиливаются критические мысли, возникает страх, чувство вины и стыда, которые затрудняют контакт или даже делают его невозможным. Регулярные упражнения способствуют изменению мыслей и изменению отношения к своим мыслям, как к событиям, просто происходящим в голове и не имеющим отношения к реальности. Практика «неидентификации» с мыслями особенно полезна в контексте сексуальных болей, помогает избавиться от страха боли, приводит к снятию напряжения. Фокусирование внимания на непосредственном сенсорном опыте может облегчить возникновение генитального и субъективного возбуждения, синхронизировать их (это особенно важно при расстройствах полового влечения у женщин). В комплексе с дыхательными упражнениями практики MBT, основанной на ментализации, способны изменять телесные ощущения.

Анализ литературы выявил позитивное влияние майндфулнесс при снижении полового влечения, при диспареунии, однако уже с меньшей степенью доказательности, чем для КПТ. Отмечено повышение удовлетворенности отношениями, чувства близости и снижение дистресса. Обычно майндфулнесс используется в комплексе с психосексуальным образованием, КПТ, медикаментозной терапией, сравнительных же исследований монотерапии в настоящее время нет. Майндфулнесс и КПТ снижают стресс и тревогу по поводу будущего разными способами, поэтому их комбинация эффективнее влияет на тревогу во время полового акта. КПТ способна изменять мысли по поводу будущего, делать их более адекватными, реалистичными и тем самым снижать силу их негативного воздействия. Упражнения майндфулнесс, в свою очередь, обучают пациента быть здесь и сейчас, как в повседневной жизни, так и в процессе полового акта. КПТ идентифицирует катастрофические мысли, а майндфулнесс поддерживает настоящее в ущерб фокусировке на будущем.

Психодинамический подход к психогенным сексуальным дисфункциям. Ориентация на краткосрочные методы психотерапии при работе с сексуальными дисфункциями не противоречит необходимости в определенных случаях использовать психодинамический подход. Последний нередко упрекают в том, что он требует длительного периода работы, адресован не к реальной сексуальной проблеме, а только ищет ее причины в прошлом. В то же время в практической работе сексолога нередко бывает, когда достигнутый в результате краткосрочных методов (КПТ, сексуальной терапии) успех и появление возможности вести полноценную половую жизнь сменяются через некоторое время регрессом и возвращением сексуальных дисфункций или заменой одного сексуального симптома другим. Многие пациенты и пары не могут изменить свое привычное деструктивное сексуальное поведение, даже если понимают после работы в рамках КПТ и сексуальной терапии, что изменения могли бы им помочь. Непроработанные конфликты могут вести к возврату сексуальной симптоматики после стрессовых состояний, после резких жизненных перемен, у женщин — после родов. В глубокой проработке связанных с сексуальностью внутриличностных конфликтов нередко нуждаются пациенты с пограничной структурой личности. В связи с этим бывает полезно включение в терапию анализа ранних отношений пациента, его бессознательных защит, глубинной проработки психологических травм, являющихся первичной причиной актуальных сексуальных расстройств. Это помогает в освобождении от них для того, чтобы более полно жить в настоящем, помогает в разработке новых стратегий сексуальных отношений. Аналитическая терапия не может быть краткосрочной, поскольку проработка травматического опыта требует установления близкого и доверительного контакта с терапевтом, на создание которого уходит обычно от 3 мес. В ее содержание входит выявление прошлых психотравмирующих факторов и их связи с актуальной ситуацией сексуального расстройства, перепроживание детского травмирующего опыта и формирование нового отношения к нему, формирование новых альтернативных паттернов поведения.

В соответствии с рекомендациями Международного общества сексуального здоровья (от англ. International Society for Sexual Medicine, ISSM) психодинамический подход при работе с сексуальными дисфункциями не следует использовать отдельно, а лишь в составе мультимодальной терапии наряду с КПТ и сексуальной терапией. Объединение этих направлений позволяет быстрее достичь положительного эффекта (КПТ и сексуальная терапия) и, самое главное, удержать его за счет работы с личностью. В частности, такой комбинированный подход, объединяющий аналитические методы работы со специфической сексуальной терапией, целесообразен при длительно существующем вагинизме. Работа с ним аналитическими методами без использования секстерапевтических приемов неоправданно долгосрочна и нередко неэффективна, а при вагинизме это может быть катастрофичным для партнерских отношений. Сексуальная же терапия без включения аналитических методов нередко дает нестойкий эффект, пропадающий при стрессовых состояниях, либо ведет к замене одного сексуального симптома другим (например, после устранения вагинизма развивается диспареуния).

Супружеская (партнерская) психотерапия. Проблемы межличностного взаимодействия партнеров, возникающие между ними конфликты неизбежно негативно влияют на их сексуальные взаимоотношения, тормозят сексуальные реакции. Различные техники и приемы супружеской терапии важны для выработки более высокого уровня коммуникации, открытого выражения своих чувств и желаний, в том числе в сексуальном взаимодействии, перехода от конфронтации к сотрудничеству.

При психогенных сексуальных дисфункциях отмечена эффективность целого ряда других психотерапевтических подходов: нейролингвистического программирования, символ драмы или метода кататимного переживания образов, телесно-ориентированной терапии. При таком обширном арсенале приемов и практик важным является выбор наиболее результативных из них. Этот выбор основывается на выявленных в процессе обследования пациента нарушениях на определенных уровнях сексуального функционирования, характере партнерских отношений в целом.

Часть IV. Специальная психотерапия

Стоит еще раз отметить, что при работе с сексологическими пациентами эффективной считается целостная и структурированная модель психотерапевтического воздействия, в которую встраиваются наиболее действенные для конкретной сексуальной дисфункции и конкретного пациента методы. Важно договариваться с пациентом о конкретных целях терапии, о том, что считать ее позитивным результатом и постоянно удерживать в фокусе внимания сексуальную проблематику. Опыт практической работы показывает, что нередко акцент психотерапии с самого начала переносится на внутриличностные и межличностные, партнерские проблемы пациентов. Поначалу это может быть оправдано, однако сексуальная проблематика постепенно оттесняется, «уходит в тень», забывается. Это вызывает разочарование у пациентов. Психотерапевт, безусловно, ожидает, что сексуальное функционирование восстановится или сформируется «естественным» образом (при задержках или нарушениях ПСР) после устранения причин, вызвавших сексуальную дисфункцию. К сожалению, такие ожидания не всегда реалистичны. Сексуальные дисфункции, особенно у женщин, нередко связаны с негативным сексуальным опытом или просто длительным сексуальным опытом, не приносящим удовольствия. В этих ситуациях крайне важно постепенное приобретение позитивного сексуального опыта, восстановление утраченных навыков приносящего удовольствие сексуального реагирования и даже формирование и развитие собственной сексуальности, каковое не произошло раньше. С этой целью при целом ряде сексуальных дисфункций используется сексуальная терапия.

Сексуальная терапия — один из важнейших методов работы с различными сексуальными дисфункциями. В разработке сексуальной терапии сформированной и опробованной за последние годы принимали участие целый ряд специалистов — А. Мастерс и В. Джонсон, Х.С. Каплан, G. Arendtevicz, G. Schmidt, И. Кемпер, LoPiccolo, М.В. Екимов и др. [1–3, 5]. В современном варианте ее можно с полным основанием считать интегративным методом, поскольку систематизированно используются различные формы психотерапии, медикаментозные средства и вспомогательные методы, объединенные в специализированные лечебные программы. Он инклюзивен, динамично развивается и постоянно совершенствуется.

Основным в сексуальной терапии является ориентация на сексуальное действие и непосредственная работа с телом. В процессе систематического структурно смоделированного эротического и сексуального тренинга паре предписывается выполнение сексуальных упражнений. Их содержание определяется конкретным сексуальным симптомом. Четкое структурирование ситуации для снижения напряжения и постановка промежуточных задач позволяет постепенно, шаг за шагом решать имеющиеся сексуальные трудности,

избегать травмирующих личность резких неудач, концентрироваться на реальном теле, развивать его восприимчивость, укреплять уверенность в себе, накапливать положительные эмоции, постепенно закреплять оптимальные варианты сексуального функционирования. В начале развития метода специалисты, в том числе А. Мастерс и В. Джонсон, Х.С. Каплан, рекомендовали сексуальную терапию тогда, когда предполагалось, что сексуальный симптом выступает относительно изолированно и не является выражением глубокого психического конфликта, но в последующем быстрее приобретался опыт более активной интеграции секстерапевтической практики с другими методами психотерапии. В настоящее время содержание сексуальной терапии вовсе не исчерпывается поведенческим подходом. Важным компонентом работы является обсуждение с парой хода выполнения упражнений, мыслей и чувств, возникающих в его процессе. При этом партнеры обучаются открыто обсуждать свои желания и возникшие ощущения, утверждается возможность и приемлемость такого обсуждения, развиваются коммуникативные навыки, появляется понимание собственной и партнерской сексуальности. Во время выполнения упражнений и бесед со специалистом происходит осмысление психологических проблем, неосознаваемых причин, роли партнерских факторов. За сексуальным расстройством могут крыться глубинные конфликты. В связи с этим содержание сексуальной терапии в зависимости от конкретной ситуации колеблется в диапазоне от поведенческих тренинговых методов к большей степени патогенетическим, психодинамическим.

Практика показала, что выполнение сексуальных упражнений позволяет достаточно быстро выявить скрытые конфликты, ведет к изменению личностных установок. При возникновении или проявлении глубинных конфликтов можно прервать проведение сексуальных упражнений и сделать акцент на психодинамических методах, либо прорабатывать конфликты в процессе самой сексуальной терапии, в том числе за счет изменения содержания упражнений и введения специфических методов преодоления сопротивления, включенных в структуру секстерапевтических рекомендаций, психотерапевтических договоров.

Сексуальная терапия успешно разрушает распространенную иллюзию об «естественности» сексуальности, представляющую большое препятствие для лечения. Также она в терапевтических целях на определенный период помогает сексуальности, как структуре, не связанной с высшими системами ценностей, например, любовью, восстановить свои прежние права путем освобождения от них. Существовавшее в течение длительного времени представление об экзистенциальной связи секса и любви, нередко является чрезмерным требованием по отношению к конкретному человеку и неиссякаемым источником конфликтов. Ожидания, что такие духовные явления, как любовь и понимание, должны стимулирующе влиять на сексуальность, гарантировать сексуальное влечение и достижение оргазма, также как и сексуальную гармонию в паре, далеко не всегда оправдываются. Уместно будет заметить, что в любви можно объясняться вербально, не обязательно через секс, понятие «любовь» экзистенциально и отлично от сексуальности по существу.

Секстерапевтические упражнения углубляют понимание человеком своей сексуальности, совершенствуют сексуальную коммуникацию и тем самым могут корректировать задержки и нарушения ПСР. Это понятно и логично, поскольку ПСР — важное с точки зрения психодинамической теории развитие, имеет свое продолжение в виде набора сексуального опыта, адекватность которого много значит для формирования зрелой сексуальности. Секстерапевтические подходы в значительной мере схожи с подходами телесно-ориентированной терапии, поскольку, даже работая с ментальностью, специалисты ориентированы на телесные ощущения и проявления и всегда держат их в фокусе внимания. Внутрличностные и межличностные конфликты могут решаться путем использования различных тактильных и телесных стимулов в процессе выполнения секстерапевтических упражнений, то есть через воздействие на тело.

Важной частью сексуальной терапии является работа с сопротивлением, трудностями и негативными реакциями, нередко выявляемыми в ее процессе. Среди них можно выделить: ощущение механистичности проводимых упражнений, чувство вины по поводу получения удовольствия вообще и во время секса в частности; враждебные (амбивалентные) чувства к партнеру; страх быть отвергнутым(-ой); невозможность сконцентрироваться на своих ощущениях; негативные реакции на изменение ролевых паттернов; беспокойство и нежелание как жизненная позиция и др. Могут также проявиться проблемы отношений в паре: принятие обязательств только под влиянием врача и его инструкций, стремление доказать, что сексуальные отношения нельзя наладить никакими средствами («посмотри, как я стараюсь»), усиление негативных чувств к партнеру при требовании сексуальной активности. Все эти трудности и негативные реакции нуждаются в психотерапевтической проработке. Способами воздействия на них в процессе сексуальной терапии также являются повторение и коллатеральное преодоление (изменение инструкций при возникновении сопротивления). Целесообразны методики отвлечения и расслабления (фантазии), психотерапия адекватными терминами (отделение нужных реакций и действий от

обозначающих их терминов, которые пациент не принимает, например, «тренинг ощущений и реакций» вместо «мастурбация»), приемы позитивной терапии (позитивное отношение к гениталиям), использование метафор. Эффективным способом преодоления сопротивления является психотерапевтический договор с пациентами, суть которого заключается в примирении конфликта между прежней сексуальностью и новой развиваемой сексуальностью. Договоры помогают регулировать качественное и количественное соотношения реализации новых форм сексуальности. Например, при страхе оргазма, при психологической значимости аноргазмии можно договариваться о том, что нужно уметь получать оргазм, но не обязательно испытывать его каждый раз, а лишь при определенных условиях, при положительной оценке ситуации, поведения партнера [1]. При болевых сексуальных синдромах обсуждается временное избегание болевой части полового акта при активном использовании других способов приносящего удовольствие взаимодействия. Вагинальный половой акт в последующем включается, однако заключается договор с партнерами о том, что женщина должна сама решать, когда он сможет снова стать частью их сексуального опыта [15, 16].

Часть IV. Специальная психотерапия

В рамках сексуальной терапии используют большой набор методик, что позволяет индивидуально подходить к широчайшему спектру проблем. Традиционно это — парный метод работы, но при отсутствии партнера как и при ряде сексуальных дисфункций возможны и мастурбаторные методы (при вагинизме, диспареунии, оргазмических дисфункциях). Часть секстерапевтических техник носит тренинговый характер (техника «стоп-старт» при преждевременной эякуляции, техники формирования генитальных эrogenных зон и телесного навыка оргазма у женщин), другие же являются в полном смысле патогенетическими (чувственное фокусирование и техника «необязывающего коитуса» при снижении полового влечения у женщин, техника «сжатия» при преждевременной эякуляции). Целый ряд секстерапевтических приемов возможно включить в практику психотерапевта, а некоторые используются в основном сексологами, имеющими соответствующие подготовку и оснащение кабинета. Среди последних — ряд процедурных методов, таких как вибротерапия для формирования адекватных эrogenных зон при ряде оргазмических дисфункций, ЛОД-терапия, адаптация к влагалищному проникновению и генитальный массаж мышц тазового дна при вагинизме и диспареунии. Процедурные методы сексуальной терапии позволяют существенно сократить сроки лечения, а в некоторых случаях лишь они могут решить сексуальную проблему.

Широта и инклюзивность современной сексуальной терапии позволяет органично включать в нее различные формы психотерапии, а также новейшие разработки фармации. В последние годы появляются работы, представляющие доказательства высокой эффективности интегративного подхода, объединяющего сексуальную терапию, КПТ и майндфулнесс (2-й уровень доказательности). Он получил название Mindfulness-based Cognitive Behavioral Sex Therapy и рассматривается, как наиболее эффективный, особенно при таких сложных проблемах, как снижение полового влечения у женщин.

Также сексуальную терапию можно органично и гибко сочетать с новейшими разработками фармации для повышения эффективности воздействия и сокращения сроков лечения.

Включение фармакотерапии неизбежно изменяет целый ряд секстерапевтических техник, делает их более адекватными для современных взглядов и ожиданий пациентов.

Использование препаратов, продлевающих половой акт (дапоксетин, СИОЗС — в основном сертралин) в терапии преждевременной эякуляции модифицирует или даже вытесняет такие «трудоемкие» секстерапевтические методики, как «сжатие», «стоп-старт» и др. Клинические исследования продемонстрировали повышение эффективности комбинации дапоксетина и психотерапевтического воздействия при длительно существующей преждевременной эякуляции. В процессе сексуальной терапии сниженного полового влечения может быть полезным использование стимуляторов либидо, терапии андрогенами при диагнозе «гипогонадизм», менопаузальной гормональной терапии (МГТ) у женщин в переходном периоде и в менопаузе. В настоящее время снижение либидо у женщин в переходном периоде рассматривается как показание к МГТ эстроген-гестагенными препаратами. Применения андрогенов на фоне МГТ при гиполибидемии у женщин не является общепринятой, но находит все больше защитников.

Появление в арсенале специалистов ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа (ИФДЭ-5) — силденафила, тадалафила, вardenафила и уденафила — существенно изменило подходы к терапии эректильных дисфункций. ИФДЭ-5 продемонстрировали эффективность, как при эректильных дисфункциях сосудистого генеза, так и при ряде психогенных эректильных дисфункциях (синдроме тревожного ожидания неудачи, синдроме детренированности, стрессовом синдроме, некоторых дебютантных эректильных дисфункциях) и, естественно, при

смешанных эректильных дисфункциях. Обоснованное включение фармакотерапии в процесс секстерапевтических мероприятий поддерживает и активизирует биологическую составляющую сексуальной функции. Симптоматический эффект ИФДЭ-5 осуществляет «терапию успехом», которая особенно важна при дебютантных сексуальных дисфункциях, и этот успех стабилизируется уже на фоне психотерапии. При длительной абстиненции использование ИФДЭ-5 может помочь начать как секстерапевтические упражнения, так и половую жизнь. Появление утренних эрекций при ежедневном приеме 5 мг тадалафила повышает самооценку, стимулирует активность, помогает преодолеть инертность и нерешительность пациента. Фармакотерапия особенно важна при наличии часто присутствующей в структуре эректильных дисфункций коморбидной патологии. Прием ИФДЭ-5 в ряде случаев выполняет роль своего рода «терапевтической пробы», вскрывающей внутриличностные и межличностные проблемы, скрытые прежде.

В целом ряде работ подтверждено существенное повышение эффективности терапии эректильных дисфункций при сочетании психотерапевтических методов с использованием ИФДЭ-5, а также обеспечение ее краткосрочности. Последнее особенно важно, поскольку большинство сексологических пациентов не готово к долгосрочным терапевтическим программам и жестко ориентировано на предписание краткосрочной (3–12 сессий), прагматичной, сфокусированной на конкретной сексуальной проблеме терапии. Включение медикаментозного лечения также эффективно для достижения комплаенса с пациентами, изначально ориентированными на его использование при невысокой собственной включенности в работу. А таких пациентов в последнее время становится все больше. Кроме того, как показали исследования, мужчины оказываются более готовыми к психотерапевтической работе на фоне позитивно воспринимаемой ими фармакотерапии. В целом ряде валидизированных, стандартизированных зарубежных работ была продемонстрирована и доказана эффективность комплексного подхода к терапии сексуальных дисфункций на основе биопсихосоциальной модели, объединяющей сексуальное консультирование, психотерапевтические мероприятия с медикаментозной терапией. Было отмечено, что нередко сочетание фармакотерапии и краткосрочного сексуального консультирования по эффективности сопоставимо с длительной психотерапевтической работой. Такие результаты вселяют надежду на реалистичность внедрения комбинированного подхода в широкую практику. Широкое использование фармакотерапии не означает снижения эффективности психотерапии и прихода новой эры лечения сексуальных дисфункций одной таблеткой, хотя этого очень хотелось бы нашим пациентам. Как фармакотерапия не может заменить психотерапии, так и наоборот.

Наиболее эффективные методы психотерапии при наиболее часто встречающихся сексуальных проблемах.

Часть IV. Специальная психотерапия

1. При сексуальных дисфункциях на фоне задержек ПСР наиболее эффективны:

- сексуальное информирование;
- КПТ (когнитивное реструктурирование дисфункциональных убеждений, тренинг установления коммуникации с представителями противоположного пола, выработка оптимальной для данного индивидуума модели поведения и ее постепенная поэтапная реализация, правильный выбор партнера);
- сексуальная терапия в дальнейшем при наличии партнера.

2. При сексуальных дисфункциях, связанных с тревожным опасением неудачи, важным считается воздействие на связанную с половым актом тревогу. В ее основе обычно лежат навязчивые мысли о прошлых сексуальных неудачах. Эффективны психотерапевтические воздействия, нейтрализующие прошлый негативный опыт и ослабляющие его влияние на эмоциональное состояние пациента при половом акте:

- КПТ и майндфулнесс;
- ряд техник нейролингвистического программирования (НЛП) (техника интеграции якорей, визуально-кинестетическая диссоциация, «взмах», реимпринтирование формата), в ходе которых можно изменить отношение к событиям прошлого, связанным с сексуальными неудачами, и обеспечить доступ к ресурсам, необходимым для обретения уверенности;
- методики десенсибилизации и переработки травм движениями глаз (Ф. Шапиро);
- ИФДЭ-5 (особенно, при дебютантных сексуальных дисфункциях).

3. При женских сексуальных дисфункциях, связанных с партнерскими проблемами, эффективным может быть включение некоторых аспектов гендерной психотерапии:

- обсуждение половых ролей мужчины и женщины, а также различных путей социализации мужчины и женщины в обществе;
- пробуждение чувства самоуважения и стимуляция принятия собственной женской роли с ее специфическими особенностями и преимуществами. Важной задачей является побуждение женщины к принятию ответственности в решении конфликта между желанием расширить свой жизненный опыт и, возможно, вывести его за ограничивающие пределы, а также побуждение потребности сохранить связи и преимущества, имеющиеся благодаря женской идентичности;
- пробуждение осознания ответственности за саму себя, за то, чтобы самой лично быть счастливой и сексуально удовлетворенной, принимать возможность удовлетворения своих сексуальных желаний, а не только ориентироваться на партнера и мужские потребности в сексуальных отношениях;
- работа с искаженным чувством интимности и сексуальности, обусловленное тем, что нередко женщин рассматривают как сексуальный объект, а также реакцией женщин на подобное отношение.

4. При преждевременной эякуляции:

- КПТ;
- специфические поведенческие техники (методики отвлечения, методики концентрации внимания на ощущениях и возбуждении женщины для отвлечения от фиксации внимания на собственных ощущениях, обучение управлению половым актом);
- сексуальная терапия (тренинговая техника «стоп-старт» и патогенетически ориентированная «техника сжатия»);
- фармакотерапия: дапоксетин, СИОЗС (сертралин).

5. При подавленном женском оргазме:

- сексуальное информирование и КПТ (когнитивное реструктурирование при иррациональных установках в отношении оргазма);
- коррекция нарушений ПСР;
- патогенетические варианты сексуальной терапии (необязывающий коитус, методики отвлечения, эротические фантазии, усиление внешнего проявления эмоций и т.д.);
- сценарно-ориентированные варианты сексуальной терапии;

6. При абсолютной аноргазмии и коитальной аноргазмии вследствие неадекватно сформированных эрогенных зон — секстерапевтические техники формирования способности к оргазму, в том числе за счет вибротерапии, техники формирования адекватных эрогенных зон (прием «мост»), навыков стимулированного оргазма, отработки мастурбаторных техник с последующей работой по формированию способности к получению оргазма коитальным путем.

7. При снижении полового влечения:

- сексуальное информирование;
- КПТ (когнитивное реструктурирование при наличии дисфункциональных убеждений в отношении сексуальности);
- майндфулнесс;
- коррекция нарушений ПСР;
- патогенетические варианты сексуальной терапии: чувственное фокусирование, необязывающий коитус;
- фармакотерапия, повышающая либидо;
- при полоролевых конфликтах у женщин — некоторые аспекты гендерной психотерапии.

8. Вагинизм и диспареуния, связанные с тревогой:

- сексуальное информирование;
- КПТ (когнитивное реструктурирование дисфункциональных убеждений, устранение страха перед интроекцией, коррекция избегающего поведения);
- коррекция нарушений ПСР;
- методы сексуальной терапии, включающие упражнения самоисследования, тренинг мышц тазового дна, адаптацию к вагинальному проникновению, в том числе партнерскому.

9. Сексуальные болевые синдромы:

- КПТ (когнитивное реструктурирование дисфункциональных убеждений, исследование и изменение мыслей по поводу боли, усиление контроля над болью, замена боли удовольствием);
- майндфулнесс;
- методы сексуальной терапии, ориентированные на выработку оптимального стереотипа полового акта, приносящего удовольствие;
- супружеская терапия;
- гендерная психотерапия.

Часть IV. Специальная психотерапия

Структурированность психотерапевтического процесса. Эклектичность выбора психотерапевтических техник необходимо сочетать с планомерным их использованием в соответствии с последовательностью этапов психотерапевтического процесса. Именно это делает мультимодальную терапию не хаотичным набором методов, а психотерапевтической системой. Последовательность психотерапевтических мероприятий определяется поставленным многоуровневым сексологическим диагнозом.

Важным является учет стадийности прохождения психотерапевтического процесса, разработанный J. Prochaska и соавт. Стадии изменения представляют собой специфические совокупности установок, намерений, паттернов поведения индивидуума в цикле изменений. В каждой стадии могут проходить только определенные изменения в состоянии больных. Именно поэтому обращение пациента на каждом из этих этапов определяет специфические задачи психотерапевта и выбор терапевтических мероприятий.

1. Стадия предварительного обдумывания.

Популяризация сексуальных ценностей ведет к увеличению числа пациентов, обращающихся на стадиях обдумывания сексуальной проблемы. Особенно часто это женщины с оргазмической дисфункцией, расстройствами либидо, задержками ПСР. Многие из них недостаточно осознают свои проблемы, не имеют намерения в ближайшее время менять свое поведение и приходят к специалисту чаще под давлением партнера или на фоне семейного кризиса. Они чаще занимают оборонительную позицию, переносят ответственность на партнера. На этой стадии целесообразно использование различных техник, направленных на повышение осознания. Уместно сексуальное информирование, КПТ (реструктурирование дисфункциональных сексуальных убеждений), правильная постановка целей и задач.

Различные варианты сексуальной терапии, весьма эффективные при многих сексуальных дисфункциях, на этой стадии преждевременны. Пациенты либо не выполняют рекомендаций из-за механизмов сопротивления и отказываются от терапии, либо выполняют их формально и, не получив желаемого результата, разочаровываются в помощи специалиста.

2. Стадия обдумывания. На стадии обдумывания, когда пациент уже всерьез размышляет о преодолении проблемы, задачей психотерапевта является ориентация на принятие решения.

3. Стадия подготовки. Определяются цели, приоритеты, способ работы.

4. Стадия действия. Эффективными являются КПТ, сексуальная терапия. На этой стадии формируется позитивный сексуальный опыт, опыт преодоления проблем.

5. Стадия сохранения. На стадии сохранения ведется работа над стабилизацией вновь сформированных сексуальных реакций и сексуальных поведенческих паттернов, их позитивным подкреплением. Достигнутые изменения гармонично включаются в повседневную жизнь, формируется адекватное отношение к возможному возникновению рецидивов и отработка тактики их преодоления.

Происходящие изменения требуют определенного времени для перехода с одной стадии на другую, что затрудняет краткосрочность терапии. Выходом в этой ситуации может являться постановка промежуточных целей и ориентиров в терапии сексуальных дисфункций при подробном обсуждении с партнерами конечных перспектив, акцентировании внимания на достигнутых изменениях и постепенности, но необратимости позитивных перемен.

В целом ряде валидизированных, стандартизованных зарубежных работ продемонстрирована и доказана эффективность комплексного подхода к терапии сексуальных дисфункций на основе биопсихосоциальной модели, объединяющей сексуальное консультирование, психотерапевтические и секстерапевтические мероприятия с медикаментозной терапией. Однако биопсихосоциальный подход сталкивается со многими трудностями — смена парадигмы не проходит быстро и легко. Зарубежные и отечественные исследователи отмечают нерешенность проблемы практических, организационных аспектов его реализации в рутинной врачебной практике. В обширной литературе, посвященной психотерапии сексуальных нарушений, рассматривается большой спектр организационных,

методологических, практических аспектов [1–19]. Кем, в каком объеме и в какой последовательности в каждом конкретном случае должны реализовываться различные компоненты этого подхода? Какой алгоритм будет эффективнее? Должен ли это быть один специалист или несколько? Если несколько, то как объединить их в команду для совместного лечения смешанных сексуальных дисфункций (психогенных и соматогенных)? Как осуществлять взаимодействие между различными профессиональными сообществами для пользы пациента, а не решения своих корпоративных задач и интересов? Разобщенность специалистов, трудности многогранного восприятия пациента, отсутствие общего понимания патогенеза сексуальных дисфункций являются факторами, препятствующими интегративному подходу к пациенту и эффективности терапии.

Однако наличие в России сексологической службы, являющейся специфической структурой, использующей мультидисциплинарный подход к сексуальным дисфункциям, интегративность, как основную терапевтическую стратегию работы, создает широкие терапевтические возможности.

Список литературы

1. Екимов М.В. Оргазмические дисфункции у женщин: Пособие для врачей. СПб.: СПбМАПО, 2011. 302 с.
2. Екимов М.В. Этапы диагностики в сексологии: учебное пособие. СПб.: Изд-во СПб ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013. 52 с.
3. Екимов М.В., Федорова А.И. Преждевременная эякуляция: учебное пособие. СПб.: СПб ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2015. 54 с.
4. Доморацкий В.А. Сексуальные расстройства и методы их коррекции у мужчин: учебное пособие. Минск: БГУ, 2002. 192 с.
5. Каплан Х.С. Сексуальная терапия: Иллюстрированное руководство: пер. с англ. В.Л. Краева. М.: Класс, 1994. 160 с.
6. Федорова А.И., Екимов М.В. Вагинизм: учебное пособие. СПб.: Изд-во СПб ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2015. 43 с.
7. Федорова А.И. Вульводиния: учебное пособие. СПб.: Изд-во СПб ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2016. 56 с.
8. Althof S.E. Sexual therapy in the age of pharmacotherapy // Annu. Rev. Sex. Res. 2006. Vol. 17. P. 116–131.
9. Berry M.D., Berry P.D. Contemporary treatment of sexual dysfunction: Reexamining the biopsychosocial model // J. Sex. Med. 2013. Vol. 10. P. 2627–2643.
10. Bitzer J., Giraldi A., Plaus J. Sexual Desire and Hypoactive Sexual Desire Disorders in Women. Introduction and Overview. SOP // J. Sex. Med. 2013. Vol. 10. P. 36–49.
11. Cormio L., Massenio P., La Rocca R. et al. The combination of dapoxetine and behavioral treatment provides better results than dapoxetine alone in the management of patients with lifelong premature ejaculation // J. Sex. Med. 2015. Vol. 12. P. 1608–1614.
12. Davis S.N.P., Bergeron S., Binik Y.M., Lambert B. Women with provoked vestibulodynia experience clinically significant reductions in pain regardless of treatment: Results from a 2-year follow-up study // J. Sex. Med. 2013. Vol. 10. P. 3080–3087.
13. Laan E., Rellini A.H., Barnes T. Standard Operating procedures for female orgasmic disorders: consensus of the ISSM // J. Sex. Med. 2013. Vol. 10. P. 74–82.
14. Fugl-Meyer K.S., Bohm-Starke N., Damsted Petersen C. et al. Standard operating procedures for female genital pain // J. Sex. Med. 2013. Vol. 10. P. 83–93.
15. Giraldi A., Rellini A.H., Plause J., Laan E. Female sexual arousal disorders // J. Sex. Med. 2013. Vol. 10. P. 58–73.
16. Jaderek I., Lew-Starowicz M. A Systematic review on mindfulness meditation-based interventions for sexual dysfunctions // J. Sex. Med. 2019. Vol. 16. P. 1581–1596.
17. Kingsberg S. Female sexual dysfunction — medical and psychological treatments, committee 14 // J. Sex. Med. 2017. Vol. 14, N. 12. P. 1463–1491.
18. Rubio-Aurioles E., Bivalacqua T.J. Standard Operating Procedures for Low Sexual Desire in Men // J. Sex. Med. 2013. Vol. 10. P. 94–107.
19. Schmidt H.M., Munder T., Gerger H. et al. Combination of psychological intervention and phosphodiesterase-5 Inhibitors for erectile dysfunction: A narrative review and meta-analysis // J. Sex. Med. 2014. Vol. 6. P. 1376–1391.

Часть IV. Специальная психотерапия

Глава 36. Психотерапия в психосоматической медицине

Психотерапию как систему целенаправленных воздействий (с целью изменения) на психику, в первую очередь личность и через нее на организм больного, традиционно активно используют в лечении *психосоматических заболеваний* [6]. Преморбидные личностные

особенности больного, его система отношений, иерархия ценностей могут вносить существенный вклад в развитие и течение заболевания, а также его готовность следовать врачебным рекомендациям. Психотерапия при психосоматической патологии должна быть направлена на непосредственно проявления заболевания в виде ТФР, астенического, ипохондрического, депрессивного синдромов, признаки вегетативной дисфункции, соматические нарушения психогенной этиологии, сексуальную дисфункцию, нарушения сна, головные боли. Другой группой мишеней являются личностные особенности пациентов, такие как перфекционизм, категоричность, бинарность суждений, повышенная interoцептивная бдительность, низкая фрустрационная толерантность, импульсивность, затрудненная регуляция аффективного напряжения и другие. Отдельной категорией является внутренняя картина болезни, включающая набор фантазий и представлений о природе заболевания, его течении, лечебных процедурах и возможных их последствиях для социального функционирования больного, включая самостигматизацию [3, 5].

Психосоматические расстройства, при которых имеются выраженные психопатологические и личностные нарушения, в частности расстройства пищевого поведения, затяжные невротические состояния, расстройства зрелой личности, относятся к компетенции психотерапевтов и должны лечиться в специальных учреждениях.

Однако для остальных категорий больных психосоматического профиля может оказаться эффективной применение психотерапевтических методик врачами общей практики. Существует большое количество методов, которые традиционно использовались для лечения психосоматических расстройств, прежде всего различные модификации гипносуггестивных методик, в рамках гештальт подхода и экзистенциального направления тоже есть свои интересные разработки. Хорошо зарекомендовали себя экспрессивные методы психотерапии, которые могут проводиться в групповых формах под руководством клинического психолога или специально-обученной медсестры. Психодинамическая психотерапия, где основной акцент делается на анализе воспроизведения патогенного паттерна отношений в актуальной ситуации, коммуникативной функции симптома, определении «вторичной выгоды» от болезни, включая мазохистические тенденции и потребность в самонаказании, успешно используется для лечения психосоматической патологии. Однако ее использование требует длительного обучения и специальной подготовки специалиста, в том числе хорошего понимания собственных эмоциональных реакций, связанных с пациентом [9]. В связи с этим целесообразно более подробно остановиться на приемах КПТ, которые могут с успехом применяться и врачами общей практики.

Применение когнитивно-поведенческой психотерапии. Следует отметить, что КПТ на сегодняшний день имеет наибольшую базу исследований, построенных по принципу доказательной медицины, продемонстрировавших эффективность ее применения как самостоятельно, так и в комбинации с психофармакотерапией в лечении расстройств тревожно-депрессивного спектра. Этот метод психотерапии может применяться в лечении собственно невротических расстройств (тревожно-фобического, панического, генерализованного тревожного, ипохондрического, обсессивно-компульсивного), а также депрессивных нарушений и расстройств адаптации, связанных с реакцией личности на факт заболевания, его возможные последствия и процедуру лечения. Целесообразно применение КПТ и в комплексном лечении соматических заболеваний для коррекции личностных особенностей, к примеру, при типе поведения А, который часто встречается у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Дополнительно использование КПТ может улучшить приверженность пациента назначенному лечению [1, 7].

КПТ благодаря, с одной стороны, своей трансдиагностической направленности, а с другой стороны — наличию симптомоспецифических протоколов ведения больных является наиболее подходящим методом для использования в общемедицинской сети. Существуют модифицированные методики, которые могут использоваться при соматической патологии с коморбидными тревожно-депрессивными расстройствами. КПТ является интегративным методом, комбинирующим когнитивные, бихевиоральные и эмоциональные элементы. Теоретическую основу КПТ составляют информационные модели человеческой психики, представляющие человека как активно селективно перерабатывающего информацию о себе и окружающем мире и создающего различные модели реальности, включая внутреннюю картину болезни. Когнитивная переработка внешних и внутренних событий жизни индивида является структурирующим и регуляционным компонентом эмоциональных, мотивационных и моторных процессов. В модели КПТ наша оценка происходящего, в том числе и телесных сенсаций, определяет эмоциональный ответ и лежит в основе тревожно-ипохондрических переживаний [4, 6]. Именно поэтому в ходе терапии много времени отводится коррекции дисфункциональных убеждений. Для планирования психотерапии целесообразно выделять три уровня иррациональных мыслей. Первый уровень — ситуативные автоматические оценки, связанные актуальным соматическим статусом; второй — установки, убеждения, верования, определяемые более абстрактными представлениями о здоровье,

физиологических процессах, внутренней картине болезни; третий — глубинные личностные убеждения, к примеру, связанные с самоотношением, потребностью в автономии и контроле за происходящим. Тенденция к иррациональной оценке событий является врожденным свойством человеческой природы и часто подкрепляется окружением в процессе воспитания. Изменение иррациональных убеждений и оценок, которые автоматизируются в процессе жизни и часто не рефлексированы людьми, является трудной, планомерной работой [12]. В начале психотерапии после сбора анамнеза специалист знакомит пациента с классической схемой ABC, содержание блоков представлено в табл. 36.1.

Часть IV. Специальная психотерапия

Таблица 36.1. Схема ABC

Обозначения	Описание
A	Активирующее событие, триггер, которое часто воспринимается как нереалистичное и искаженное. Может быть внешнего характера, к примеру, визит к врачу; или внутренней природы — изменение частоты сердечных сокращений или метеоризм
B	Индивидуальные оценки, верования, убеждения, установки, носящие автоматический характер рационального или иррационального характера, связанные с описанием и оценкой ситуации, а также глубинные убеждения и общее мировоззрение, в том числе представления о сигнальной функции телесных ощущений, здоровье, функционировании организма в норме
C	Эмоциональное и поведенческое или симптоматическое следствие когнитивной оценки

В ряде случаев формируется порочный круг, когда вегето-соматические проявления тревожных состояний становятся вторичным триггером, подтверждая представления пациента о наличии у него тяжелой соматической патологии (рис. 36.1).

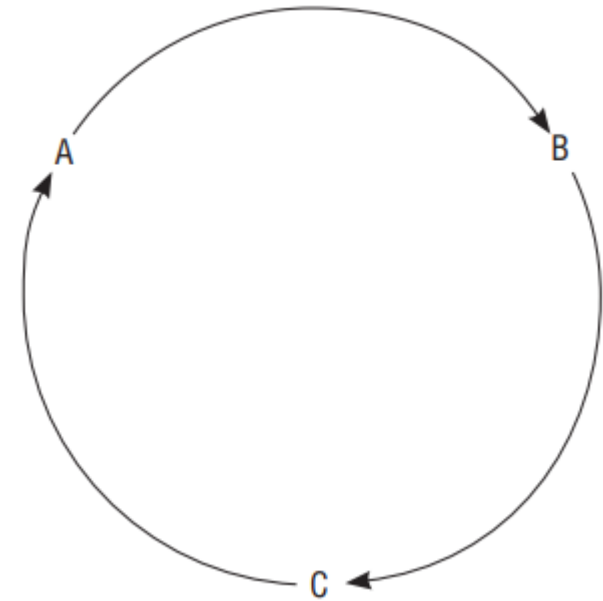


Рис. 36.1. Формирование порочного круга

Наиболее частой неадекватной оценкой соматических ощущений или результатов исследований являются *катастрофизация* — оценка любого отклонения от нормативных значений или телесных ощущений, как начало соматической катастрофы или *сверхобобщение* — склонность на основе единичного случая делать глобальный вывод, к примеру, что у всех пациентов, у которых есть слабость и уменьшение массы тела, имеется злокачественное заболевание. Низкая фрустрационная толерантность, обозначающая тенденцию пациента оценивать любой дискомфорт, эмоциональный или физический, как непереносимый — это еще одно часто встречающееся дисфункциональное убеждение, требующее коррекции. Особую группу составляют пациенты, у которых в основе тревожно-ипохондрических переживаний лежат перфекционистские установки, оценивающие любые отклонения от идеальных параметров, как неприемлемые. Внутренняя картина здоровья отличается жесткими категоричными эталонными представлениями о функционировании живого организма, также под их влиянием может формироваться склонность к навязчивой модификации собственного тела. Взаимодействие пациента с профессионалами в лечебном

процессе находится в значительной степени под влиянием системы долженствований по отношению к самому себе и другим [21].

КПТ направлена как на редукцию симптоматики — уменьшение выраженности тревоги, депрессивных переживаний, нормализацию сердечного ритма и других соматических проявлений, снижение выраженности ограничительного поведения, так и на коррекцию дисфункциональных убеждений, связанных с заболеванием, и повышение приверженности лечению, а также на работу с глубинными убеждениями, характерными для личности пациента, к которым, в частности, относится повышенная интероцептивная бдительность, они могут вносить существенный вклад в манифестацию и течение психосоматического расстройства [10].

КПТ всегда начинается с *дидактического (обучающего) этапа*. Пациента информируют о психофизиологии эмоций, что соматовегетативный компонент является составной частью любого эмоционального ответа. Целесообразно попросить пациента привести примеры из собственной жизни, когда сильное волнение сопровождалось сердцебиением, потоотделением, диспноэ и другими телесными сенсациями. Дополнительно в качестве домашнего задания может быть рекомендовано чтение произведений А.П. Чехова и Г. Мопассана с фиксацией примеров передачи эмоционального состояния героя через описание его физических ощущений. Использование шкалы тревоги Гамильтона может служить как для оценки степени выраженности тревоги, так и для демонстрации пациенту, что из 14 пунктов, половина оценивают именно соматические проявления тревоги. Больного также информируют об особенностях функционирования наблюдающего Я и метакогниций, где помимо фактического содержания мысли специфическое значение приобретает функция, которую она выполняет, к примеру, «мои мысли сведут меня с ума или станут причиной соматического недуга» [15].

На следующем этапе больного обучают схеме А-В-С, сначала с помощью врача. Затем самостоятельно при выполнении домашнего задания и ведения дневниковых записей в таблице А-В-С происходит постепенное научение распознаванию какие именно дисфункциональные мысли запускают неадекватный эмоционально-поведенческий ответ и способствуют усилению и поддержанию симптоматики. Обсуждается наличие устойчивой связи между мыслительными стереотипами, эмоциями и соматическими функциями по типу «автоматическое суждение—эмоция—соматический симптом». На следующем этапе в процессе дискуссии конфронтируют с дисфункциональными убеждениями пациента, для чего могут использовать такие приемы как сократовский диалог, подключение метафор, историй и анекдотов, случившихся с другими людьми, которые способны передавать сообщение в непрямой форме через психологический механизм проекции. У пациента вырабатывается более адаптивный рациональный стиль мышления, который при дальнейшем ведении дневника А-В-С должен закрепляться в процессе самостоятельной формулировки рациональной альтернативы для своих автоматических оценок. Важно пошаговое освоение новых поведенческих навыков. При помощи описанных далее упражнений происходит освоение навыков супрессии тревоги в триггерных ситуациях, поведенческая программа должна быть направлена на пошаговое преодоление ограничительного поведения [17]. Затем акцент смещается на закрепление новых форм реагирования в трудных и конфликтных ситуациях и расширение поведенческого репертуара.

Часть IV. Специальная психотерапия

Дополнительно хорошо себя зарекомендовала *техника парадоксальных предписаний*, направленная на использование сопротивления пациента выздоровлению в терапевтических целях. Пациенту сообщают о существовании эффективных методов лечения его заболевания, одновременно указывая на то, что из-за внешних условий и своих личностных особенностей, он не сможет ими воспользоваться. Проявляя недовольство и возмущение в контакте, пациент с большей вероятностью начинает включаться в терапевтический процесс, чтобы доказать врачу, что он неправ. При выполнении поведенческих заданий пациент также может получать дополнительное парадоксальное предписание для отвлечения внимания от телесных сенсаций. В случае выраженного дефицита навыков проблемно-решающего поведения пациент должен быть направлен к специалисту. Для повышения эффективности проводимой психотерапии хорошо зарекомендовали себе интервенции из терапии принятия и обязательств, где врач совместно с пациентом определяет значимые для него жизненные цели, ради достижения которых он готов терпеть дискомфорт, связанный с преодолением тревожной симптоматики [13].

В КПТ пациентов с психосоматическими расстройствами могут использоваться следующие приемы.

1. *Когнитивное реструктурирование*. Проводятся вмешательства по коррекции ошибочных представлений и интерпретаций телесных сенсаций. Может дополняться экспозицией *in vivo*

для получения дополнительной информации, которая будет опровергать ошибочные суждения.

2. Тренировка дыхания. Показана в случае выраженного гипервентиляционного компонента в структуре панических атак. В связи с тем, что на фоне стресса возникает диспноэ, которое оценивается, как угрожающее здоровью и провоцирует или усиливает страх, вызванный внешними тревожными стимулами, рекомендуется проводить тренинг по контролю дыхания с последующей когнитивной реатрибуцией значения симптомов. Тренинг может дополняться принудительной гипервентиляцией с приобретением навыков контроля симптоматики за счет дыхания в мешке.

3. Прикладная релаксация. Использование прогрессивной мышечной релаксации и обучение пациентов навыкам контроля за своим физическим состоянием.

4. Интероцептивная экспозиция. Проведение упражнений, обеспечивающих ощущения, сходные, к примеру, с паническим приступом, к примеру, ингаляция углекислого газа, проведение сердечно-сосудистых нагрузочных проб или физических упражнений, гипервентиляция, вращение в кресле, повторные инфузии лактата натрия. Экспозиция *in vivo* (проведение повторных приближенных к условиям реальности поведенческих тренировок) особенно показана при наличии агорафобии. Может проводиться в различном режиме, с участием психотерапевта, специально обученной медсестры или самостоятельно, дозированно или массивно, с длительным погружением в ситуацию или с возможностью из нее выйти.

5. Привлечение/отвлечение внимания. Внимание пациента при экспозиции может полностью сосредотачиваться на фобических переживаниях, когда пациент полностью погружен в свои ощущения и мысли, напоминая себе о необходимости не отвлекаться. Другой вариант отвлечения внимания путем выполнения когнитивных заданий по типу счета, рифмования слов, инструктируя себя о необходимости отвлекаться от тревожных мыслей и образов.

6. Систематическая десенситизация реализуется в три этапа: овладение навыками мышечной релаксации; ранжирование ситуаций, вызывающих тревогу и беспокойство; собственно десенситизация (соединение представлений о ситуациях, вызывающих тревогу, с релаксацией). Проводится постепенное приближение к триггерным ситуациям и последующая релаксация. Упражнения начинают со стимулов, вызывающих легкую тревогу, и постепенно двигаются в направлении обстоятельств, обуславливающих выраженный страх. С помощью данной методики в процессе обучения у больного вырабатываются новые установки и формы поведения.

Целесообразно в психотерапии пациентов в общеврачебной практике использовать **методы КПТ третьей волны**. Ее интегративный подход позволяет применять отдельные модули для решения конкретных задач в лечении больных психосоматического профиля. Особое место в этом ряду занимает, так называемая, маиндфулнесс-терапия, «mindfulness therapy», или МВСТ, которая в русскоязычной психотерапевтической литературе получила название «психотерапия осознанностью», что нам представляется не совсем верным переводом, поскольку англоязычный термин подразумевает максимальную включенность активного внимания в происходящее «здесь и сейчас» и более уместно говорить о созерцательности, тренировке навыков сосредоточенного безоценочного внимания, без избыточной метакогнитивной переработки [14]. Этот метод имеет много общего с давно известными восточными медитативными практиками, направленными на тренировку пребывания в моменте, активного безоценочного внимания. В некоторых руководствах, как одна из основных практик, описывается «сосредоточение (*самадхи*, на санскрите) — установление и удержание ума на одном объекте». Имея определенную схожесть с медитативными практиками, данная методика не несет религиозных коннотаций.

В КПТ одна из основных причин поддержания невротических расстройств — это дефицит навыков полноценного проживания настоящего, примером такого функционирования может быть антиципационная тревога и мотивация предвосхищения при паническом и/или ТФР тревожно-фобических расстройств, что существенно уменьшает объем актуального активного внимания. В жизненных ситуациях из-за нарушенной системы отношений, в особенности самоотношения доминируют дезадаптивные глубинные убеждения и ситуационные оценочные, чаще негативные выводы, значительно снижающие стрессоустойчивость и приводящие к катастрофическим переживаниям даже незначительных неудач и проблем со здоровьем. Описательные составляющие когнитивной переработки событий наоборот используются недостаточно. Формирование навыков активного внимания, то есть в широком смысле восприятия происходящего, к примеру, дыхательных движений, процесса питания или своего эмоционального состояния является основополагающим для правильного принятия решений о дальнейших действиях и поведении. Набор упражнений по созерцанию и безоценочному описанию происходящего является основой для развития навыков эффективной регуляции эмоционального напряжения. Принципы сосредоточенного внимания подразумевают концентрацию на происходящем «здесь и сейчас», это равнонаправленное внимание, при котором следует избегать селективности восприятия.

Пациент учится принимать любой опыт безоценочно, как преходящий. В процессе упражнений следует проживать свои эмоции, мысли и соматические ощущения без стремления их прекратить, самоконтроль определяется, как умение пережить свой опыт наиболее полно. Один из основных постулатов в данной терапии учит тому, что сопротивление принятию болезненного опыта, нежелательных событий и телесных ощущений парадоксальным образом усугубляет неприятные ощущения и страдания. К примеру, стремление контролировать и прекратить болевые ощущения, может повысить мышечное напряжение и, тем самым, усилить боль.

Часть IV. Специальная психотерапия

В процессе терапии пациенту постоянно напоминают о том, что мысль, в том числе относительно его состояния здоровья, — это ментальное явление, которое не всегда является отражением объективной реальности. Нейтральное отношение на метакогнитивном уровне к привычным для пациента тревожно-ипохондрическим руминациям и катастрофизации может снизить интенсивность паттернов негативного мышления, так как прерывается их подкрепление [16–18]. Этот метод позволяет уменьшить проявления самостигматизации, а также интенсивность самокритики и самообвинения, то есть тех личностных особенностей, которые могут усугублять проявления психосоматических заболеваний.

При проведении психотерапии можно использовать *формальные и неформальные методики*. Основная цель — это обучение присутствия и принятия актуального момента жизни.

Начинать следует с формальных упражнений. *Техника сосредоточения на телесных ощущениях* в том числе на вегето-соматических проявлениях эмоционального состояния. Пациента обучают нейтральной децентрированной позиции наблюдателя, фиксирующего и распознающего свои эмоциональные реакции без их подавления, ранжирования или отстранения. В ходе данной техники пациентам предлагается по очереди концентрировать свое внимание в разных частях тела, просто замечая все ощущения или их отсутствие. При этом пациент получает опыт того, что наше внимание не может слишком долго фиксироваться на одном объекте и неизбежно переключается на внешние или внутренние стимулы. Следующим шагом пациента поощряют просто вернуться к объекту сосредоточения, избегая упреков и оценки себя.

Сосредоточение внимания на дыхании — это второе основное упражнение маиндфулнес, оно является подготовительным для методики сосредоточения на эмоциях и мыслях [8].

Основным в этом упражнении является максимальное сосредоточение на вдохе и выдохе и всех ощущениях процесса дыхания. Акцент должен делаться на наблюдении за автоматическим дыханием без попыток изменить его глубину, частоту и плавность. Цель этого упражнения — помочь пациенту научиться фокусироваться на одном конкретном объекте для того, чтобы себя успокоить. После того как пациент освоил это упражнение, ему рекомендует использовать его самостоятельно в ситуациях волнения, когда тревога кажется непереносимой или когда имеет место чрезмерная озабоченность своим состоянием. Упражнение может выполняться дома под музыку или во время ходьбы или беседы с другими людьми.

Для выполнения упражнения больной должен занять удобную позицию и начать упражнения с медленного глубокого ритмичного диафрагмального дыхания. Все внимание сосредоточено на дыхательных движениях, взгляд должен быть сосредоточен на выбранном объекте, после чего можно закрыть глаза. В случае возникновения тревоги пациенту предлагают заметить это состояние и переключить внимание на вдохе и выдохе. Затем подключается счет дыхательных циклов от одного до десяти. В случае отвлечения рекомендуется просто вернуть сосредоточенность на дыхательных движениях. Счет дыхательных движений может быть рекомендован для самостоятельного использования в ситуациях выраженного дистресса. Пациенту следует концентрироваться на дыхательных движениях, отмечая, но, не вовлекаясь в тревожные переживания, поскольку нет необходимости предпринимать самостоятельно конкретные действия, которые могли бы значимо повлиять на исход ситуацию (следует принять, что это не означает автоматически ее одобрить).

Упражнение сосредоточенной ходьбы может в дальнейшем использоваться в качестве домашнего задания. Пациенту рекомендуют обратить внимание на особенности ходьбы и те ощущения, которые возникают при этом. Таким образом, привычная функция «автопилота», дающая возможность сосредоточиться на тревожных руминациях и обсессивных ипохондрических переживаниях, должна смениться на «любопытство новичка», заключающаяся в возможности прожить ситуацию, посмотреть на предмет или процесс так, как будто видишь его в первый раз. Пациента поощряют максимально сосредоточиться и прожить телесные ощущения в ситуации «здесь и сейчас». После того как пациент хорошо освоил предыдущие упражнения возможен переход к более сложной методике — это сосредоточение на внутренних переживаниях, в том числе связанных с болезнью. Основная

задача — «созерцание», наблюдение за своими мыслями и эмоциями без попыток их контроля или оценки. Цель работы — обучение пациента на опыте, что он сам определяет, на что направлять свое внимание и как оценивать то, что с ним происходит. Дополнительно у пациента появляется возможность эмпирической проверки глубинных иррациональных убеждений (часто связанных с ранним опытом неадекватного родительского эмоционального резонанса на проявление сильных чувств), что эмоции непереносимы и их необходимо гасить и подавлять [20].

Неформальные методики направлены на интеграцию маиндфулнесс навыков в повседневную жизнь и формирование более внимательного отношения к автоматизированным действиям. Наиболее полезной в данном руководстве может быть *упражнение сосредоточения на питании*. Оно может применяться как в работе с пациентами с нарушениями пищевого поведения, так и в программах формирования навыков здорового образа жизни у пациентов с метаболическим синдромом, гипертонической болезнью, сахарным диабетом, ожирением и других. В данном упражнении пациента обучают вместо автоматизированного заглатывания больших объемов пищи овладеть навыками «смакования», погружения в процесс приема пищи. В процессе выполнения упражнения необходимо максимально сосредоточиться на вкусовых, температурных, обонятельных и тактильных ощущениях, возникающих в ротовой полости при приеме пищи. Дополнительно пациент получает опыт, что повседневные вещи могут стать интересными, если мы обращаем на них внимание. Техники маиндфулнесс относятся к основным в работе с эмоциональным напряжением, при сочетанном применении они повышают эффективность проведения экспозиции и снижают выраженность избегающего поведения, могут улучшать когнитивное функционирование в целом. Возможно их использование в комплексном лечении хронического болевого синдрома.

Биологическая обратная связь (БОС) подразумевает использование специального оборудования, обеспечивающего информацию о параметрах физиологического функционирования прежде всего электромиографической, электроэнцефалографической, температурной, ритма сердца, артериального давления, и других. В основе биологической обратной связи лежит принцип целесообразного саморегулирования произвольных функций с использованием систем внешней обратной связи. Этот метод может применяться самостоятельно или входить в качестве одного из блоков в КПТ. Посредством оперантного обусловливания мониторинг данной информации позволяет пациенту лучше освоить навыки управления соматовегетативными симптомами психических нарушений и разорвать порочный круг их самоусиления. Методы, основанные на использовании биологической обратной связи, применяют в различных областях медицины: при лечении гипертонической болезни и других психосоматических расстройств; для повышения эффективности восстановительной терапии постинфарктных больных; при лечении различных видов головной боли. Оригинальным вариантом является сочетание биологической обратной связи и позитивной визуализации. В данном случае задачей пациента становится контроль и увеличение мощности α -ритма головного мозга. Звуковой подкрепляющий сигнал помогает больному более продуктивно концентрироваться на ощущениях спокойствия, комфорта, расслабленности, позитивных мыслях и картинах воображения [9].

Часть IV. Специальная психотерапия

Страх прогрессирования заболевания. Особой группой нозогенных реакций тревожного спектра являются состояния, вызванные в ряде случаев оправданной или преувеличенной обеспокоенностью, возможного прогрессирования имеющегося заболевания. Размышления о течении и последствиях болезни могут приобретать навязчивый характер и усложнять картину коморбидного психического расстройства за счет присоединения обсессивного и диссомнического компонентов. *Метакогнитивная психотерапия (МКТ)*, как один из современных методов КПТ может быть рекомендован для помощи этим больным. В его основе лежит акцент внимания на работе с метакогнициями, основной функцией которых является описание, оценка и регуляция когнитивных функций. Они обеспечивают функционирование нашего наблюдающего (рефлексирующего) Я, определяя стратегические последствия выводов, к примеру, относительно состояния здоровья индивида, а также в значительной степени влияют на самоотношение и эмоциональное состояние индивида. Таким образом, тревожные руминации, связанные с имеющимся заболеванием, могут приобретать позитивную коннотацию, когда пациент считает, что это помогает ему лучше себя мобилизовать, к примеру, найти лучшего специалиста по своему заболеванию [19, 20]. Дополнительно могут присоединяться элементы «магического мышления», носящего характер культуральных убеждений, и обеспечивающего индивиду иллюзию дополнительного контроля в ситуации неопределенности, что избыточное беспокойство может способствовать благоприятному прогнозу заболевания, по принципу «если продумать все неблагоприятные сценарии, они никогда не произойдут». Другим вариантом может быть

негативная коннотация, когда тревожные мысли оцениваются, как потенциально опасные, делается вывод о потери контроля над своим мышлением, что определяется как угроза сумасшествия. Может формироваться порочный круг, когда на основании восприятия тревожного состояния, особенно его вегето-соматических проявлений, связанных с симптомами мышечного напряжения или изменений сердечно-сосудистой деятельности, пациент приходит к выводу об ухудшении своего соматического статуса, что в свою очередь по принципу биологической обратной связи усиливает тревожные переживания и телесные сенсации [2, 11].

Психотерапевтические интервенции состоят из следующих шагов.

1. Дидактическое обучение — знакомство пациента с метакогнитивной моделью возникновения тревожных реакций, прояснение, что селективность внимания (избирательная фиксация на внутренних ощущениях), постоянный контроль мыслительной деятельности определяет усиление негативных мыслей. Акцентировать внимания на когнитивном стиле пациента, к примеру, что его повышенная внимательность и чувствительность к информации, которая запускает и поддерживает негативные обсессии, может привести к усилению тревоги. Обучение дополняется домашним заданием «Адвокат дьявола» уже после того, как он зафиксировал негативную информацию найти позитивные сведения по этому вопросу.
2. Осознание низкой толерантности к неопределенности и ее преодоление. Возможно позитивное переформулирование неопределенности о том, что в XIX в. невозможно было представить современные методы диагностики и лечения, таким образом, неопределенность будущего несет как негативные так и позитивные варианты.
3. Переоценка защитной функции «катастрофических прогнозов». Ряд пациентов уверены, что тревога помогает им лучше справляться со своим заболеванием. Пациент нуждается в прояснении, возможно с привлечением примеров из практики, что проактивное поведение, направленное на поиск решений проблем не имеет прямой связи с высоким уровнем тревожного напряжения.
4. Тренинг решения проблем — обсуждение с пациентом, что он конкретно может сделать для улучшения своего состояния и какие приемы использовать для улучшения своего эмоционального состояния: релаксационные упражнения, упражнение остановки мыслей, переключение внимания, обращение за поддержкой к близким. Дополнительно могут использоваться упражнения направленной позитивной визуализации.

Визуализация — это функция образного мышления, с которой пациент хорошо знаком, поскольку довольно часто использует спонтанную негативную визуализацию, являющуюся наиболее яркой составляющей катастрофических сценариев. Задача психотерапии направить этот процесс в позитивное терапевтическое русло. Мысленные образы и картины могут вызывать вегето-соматические реакции, идентичные реальным ситуациям, к примеру, просмотр рекламного ролика о вкусной еде вызывает усиление слюноотделения, независимо от наличия еды на столе. Таким образом, направленное воображение может изменять уровень мышечного напряжения или ЧСС.

В начале работы пациента просят подробно описать три ситуации, в которых он себя чувствовал максимально комфортно и расслабленно. Затем его обучают техникам релаксации. Предлагают попробовать поочередно максимально расслабить мышцы, на выдохе усиливая расслабление. Рекомендуются медленно считать от одного до десяти, чувствуя нарастание расслабления на каждый счет. Затем пациенту предлагают представить себе в подробностях комфортную ситуацию, сосредоточившись на деталях происходящего. Следует обратить внимание на подробности обстановки, описать отдельные предметы, а также самого себя, элементы одежды, выражение лица. После освоения упражнения пациент получает домашнее задание, ежедневного повторять упражнение в течение 15 мин в комфортной обстановке, где его ничего не будет отвлекать. Имеется модификация этого упражнения для больных с различными заболеваниями, когда им рекомендуется визуализировать, как терапия активно работает, способствуя благоприятному прогнозу.

1. Повышение переносимости неприятных чувств и образов, для чего может использоваться техника экспозиции.
2. Профилактика рецидивов.

Психотерапия ипохондрической фиксации. Один из ведущих КПТ специалистов Р. Лихи предлагает в работе с пациентом с ипохондрическим синдромом использовать следующие 8 приемов [6, 8].

1. Прояснение последствий тревожно-ипохондрического поведения для жизни пациента — влияние на качество жизни, на отношения со значимыми другими, на наполненность событиями и впечатлениями конкретного периода времени, на использование временных и материальных ресурсов, а также собственное на здоровье, с учетом развития тревожно-депрессивных расстройств вследствие чрезмерной озабоченности своим здоровьем.
2. Определение объема и частоты оправданных медицинских диагностических процедур, какие меры являются рациональными. Например, участие в регулярной диспансеризации, выбор компетентных специалистов.

3. Редукция поведения безопасности — конфронтация пациента с его искаженными представлениями об определенных приемах, гарантирующих здоровье, в виде специальных диет, упражнений, приемов, а также избыточного самообследования.
4. Ограничения «поиска информации» — заключение терапевтического контракта относительно количества времени, проводимого в Интернете для поиска информации по поводу заболеваний. Может сочетаться с негативным подкреплением в виде выполнения неприятных обязанностей в случае нарушения контракта или позитивным подкреплением, например, занятие приятной деятельностью в случае воздержания от компьютерного поиска.
5. Конфронтация пациента с невозможностью контролировать будущее и принятие неопределенности как жизненного факта. Беспокойство само по себе не может повысить или понизить вероятность заболевания.
6. Выделение специального времени в течение дня для беспокойства. В случае возникновения ипохондрических переживаний пациент должен отложить эти мысли до конкретного времени, к примеру, до 19:30, когда он сможет полностью посвятить себя переживаниям.
7. Использование скуки. Пациенту предлагают выбрать наиболее неприятное и интенсивное опасение и затем сосредоточиться на нем в течение 20 мин, медленно повторяя эту мысль, к примеру, «у меня сейчас случится инфаркт». После периода повторения упражнения эта мысль начинает ассоциироваться со скукой.

Часть IV. Специальная психотерапия

8. Принятие факта конечности жизни и неизбежности смерти. Поскольку никому еще не удалось избежать смерти, это часть жизни. Согласившись с этим, необходимо решить на что пациент хочет потратить ограниченное время своей жизни.
- В настоящее время в качестве домашнего задания можно рекомендовать пациентам использовать специально разработанные аудио или видеокурсы, к примеру, аудиокурс нервно-мышечной релаксации по Джекобсону на фоне звуков природы; мобильные приложения, которые способствуют лучшему овладению методами стресс-менеджмента в повседневных условиях, повышают эффективность психотерапии и снижают вероятность рецидивов.

Список литературы

1. Васильева А.В., Караваева Т.А., Полторак С.В. Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2016, № 4. С. 42–52.
2. Васильева А.В., Караваева Т.А., Полторак С.В. и др. Клиника и персонализированная диагностика расстройств невротического уровня в практике пограничной психиатрии: Методические рекомендации // Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы: Сборник методических рекомендаций / Сост. Н.В. Семенова; под. общ. ред. Н.Г. Незнанова. СПб.: КОСТА, 2018. С. 363–398.
3. Васильева А.В., Караваева Т.А., Мизинова Е.Б. и др. Разработка конструктора внутренней картины болезни для оптимизации медико-психологической реабилитации // Экология человека. 2019. Т. 26, № 12. С. 32–39. DOI: <https://doi.org/10.33396/1728-869-2019-12-32-39>.
4. Гринбергер Д., Падески К.А. Разум рулит настроением. Измени свои мысли, привычки, здоровье, жизнь. СПб.: Питер, 2019. 416 с.
5. Клиническая психотерапия в общей врачебной практике / Абабков В.А., Васильева А.В., Казаковцев Б.А. и др.; под ред. Н.Г. Незнанова, Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2008. 528 с.
6. Лихи Р. Не верь всему, что чувствуешь. Как тревога и депрессия заставляют нас поверить тому, чего нет. СПб.: Питер, 2021.. 656 с.
7. Лихи Р. Техники когнитивной психотерапии. СПб.: Питер, 2019. 656 с.
8. Лихи Р. Свобода от тревоги. Справься с тревогой, пока она не расправилась с тобой. СПб.: Питер, 2017. 400 с.
9. Незнанов Н.Г., Васильева А.В. Психотерапия. Гл. 13.4. С. 699–729 // Психиатрия: Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова; отв. ред. Г.Э. Мазо. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 768 с. DOI: <https://doi.org/10.33029/9704-6295-9-PSY-2021-1-768>.
10. Незнанов Н.Г., Васильева А.В. Основные принципы проведения первой беседы с больным при психосоматических расстройствах // Психические расстройства в общей медицине. 2019, № 1. С. 29–31.
11. Сирота Н.А., Московченко Д.В. Психодиагностика страха прогрессирования заболевания: результаты апробации русскоязычной версии опросника страха прогрессирования

- заболевания // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2014, № 4. С. 86–91.
12. Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. 2-е изд.: пер. с англ. СПб.: Речь, 2002. 352 с.
 13. Girón M., Manjón-Arce P., Puerto-Barber J. et al. Clinical interview skills and identification of emotional disorders in primary care // Am. J. Psychiatry. 1998. Vol. 155, N. 4. P. 530–535. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.155.4.530>.
 14. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future // Clin. Psychol. Sci. Pract. 2003. Vol. 19. P. 144–156.
 15. Kowalski J., Dragan M. Cognitive-attentional syndrome — the psychometric properties of the CAS-1 and multi-measure CAS-based clinical diagnosis // Compr. Psychiatry. 2019. Vol. 91. P. 13–21. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.02.007>. ISSN 0010-440X. PMID 30884400.
 16. Normann N., van Emmerik A.A.P., Morina N. The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: A meta-analytic review // Depress. Anxiety. 2014. Vol. 31, N. 5. P. 402–411. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.22273>.
 17. Teasdale J.D. Metacognition, mindfulness, and the modification of mood disorders // Clin. Psychol. Psychother. 1999. Vol. 6. P. 146–155.
 18. Wells A., Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model // Behav. Res. Ther. 1996. Vol. 34, N. 11–12. P. 881–888. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00050-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00050-2). PMID 8990539.
 19. Wells A. Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression. New York: Guilford Press, 2011. 316 p.
 20. Wells A. Breaking the cybernetic code: understanding and treating the human metacognitive control system to enhance mental health // Front. Psychol. 2019. Vol. 10. P. 2621. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02621>.
 21. Uexküll Th. Psychosomatic Medicine. Munich: Urban and Schwarzenberg, 1997. 1049 p.

Часть IV. Специальная психотерапия

Глава 37. Психотерапия в онкологии

В настоящее время онкологические заболевания широко распространены, их своевременное выявление является одной из важных задач медицины. Однако несмотря на мировые успехи здравоохранения, смертность остается высокой, а лечение нередко тяжело для больного. Постановка онкологического диагноза, течение заболевания, осложнения, риск неблагоприятного исхода оказывают существенное стрессогенное воздействие, приводя к значительным негативным переживаниям, а иногда и к развитию психической патологии [3, 6, 8, 13, 18, 23].

Современный этап зарубежной и отечественной медицины характеризуется повышенным вниманием к точной и качественной диагностике заболеваний и коморбидных ППР у больных с онкологической патологией, поскольку корректная и своевременная оценка состояния пациента позволяет выбрать оптимальную лечебную стратегию и, тем самым, повысить эффективность оказываемой помощи, улучшить качество жизни и течение основного заболевания [7, 13, 19, 21, 22].

Симптоматика психических нарушений у больных с новообразованиями в большей степени опосредована содержанием психологических переживаний, вызванных протекающим патологическим процессом, отношением к болезни, ее следствиям, прогнозу, личностными особенностями пациента.

Постановка диагноза онкологического заболевания запускает целый ряд переживаний и вызывает сильнейший психологический дистресс у каждого человека, что при дефиците механизмов совладания может приводить к развитию сопутствующих психических расстройств. Согласно DSM-V заболевания с высоким риском летальности считаются травматическими для психики факторами, которые способны вызвать в дальнейшем развитие психического расстройства. Специфическими особенностями дистресса у лиц со злокачественными образованиями являются непосредственное переживание угрозы жизни во время установления диагноза, а также хронический характер этой угрозы, в ряде случаев калечащая операция, тяжелое, длительное и токсичное послеоперационное лечение, способное приводить к возникновению сопутствующих заболеваний.

Онкологическому заболеванию сопутствует ряд физиологических симптомов, таких как боль, тошнота, слабость, нарушение жизненных функций, инвалидность, оказывающих существенное влияние на эмоциональное состояние больных. Болезнь также предъявляет особые требования к психическим возможностям осуществления деятельности, ведет к ограничению контактов с окружающими людьми, потери социального статуса и существованию в новой роли пациента. В эмоциональной сфере больных, особенно в терминальной стадии, преобладает глубокое переживание обреченности, страх рецидива,

предвосхищаемых мучений, увечий и, в конечном счете, страх смерти и тотальная неопределенность при мысли о будущем. Все эти факторы могут привести к развитию сопутствующих психических расстройств.

Исследования, посвященные оценке распространенности психических расстройств среди пациентов со злокачественными образованиями, демонстрируют широкий разброс показателей — от 24 до 60% [19–21], что связано с существенными методологическими различиями в подходах. При этом большинство исследователей, обобщающих данные литературы по этой проблеме, сходятся во мнении о значительном превышении уровня психической патологии у больных злокачественными новообразованиями в сравнении со здоровым населением и преобладании нозогенных реакций (расстройства адаптации, как реакция на основное заболевание) в спектре психических нарушений в рассматриваемом контингенте пациентов. При этом указывается, что психическая патология оказывает значимое неблагоприятное влияние на клинический и социальный прогноз онкологических заболеваний, включая сокращение сроков выживаемости, редукцию уровня адаптации и снижение качества жизни [21, 22].

По данным зарубежных исследований, около 30% больных с опухолевыми заболеваниями испытывают нарушения адаптации, а 20% — страдают серьезными психическими расстройствами [19]. В работе J. Barraclough, посвященной распространенности психической патологии при онкологии, большое депрессивное расстройство встречается у 10–25% пациентов с онкологическими заболеваниями [17]. D.P. Stark и A. House обнаружили, что на долю генерализованного тревожного расстройства приходятся 1,7–2,3%, расстройства адаптации с беспокойством — 3,9–4,2%, фобического расстройства — 6,9% и панического расстройства — 1,3% [22].

J. Zabora и соавт. провели одно из крупнейших исследований распространенности и интенсивности психопатологического дистресса у лиц со злокачественными новообразованиями, в которое были включены 4 496 пациентов. В результате проведенной работы было выявлено, что интенсивность дистресса достигала клинически значимого уровня в 35,1% случаев [23].

Наличие депрессивных симптомов, потеря смысла и целей в связи с неопределенностью перспектив будущего вместе с сопутствующей этому состоянию беспомощностью и субъективной недееспособностью может усугублять желание ускоренной смерти. В связи с этим у пациентов, страдающих злокачественными опухолями, актуальной становится проблема профилактики суицидов. Большинство исследований, направленных на выявления факторов риска совершения суицида, указывают на тяжелое физическое состояние пациентов, вплоть до полной физической недееспособности, а также на наличие психических расстройств.

Преобладание психогенных механизмов в ситуации когда человек сталкивается с онкологической патологией, определяет ведущее значение психотерапии в коррекции эмоциональных нарушений, повышении адаптационных ресурсов, преодолении стрессовых влияний. Фармакотерапия хоть и применяется часто, все же в большей степени воздействует симптоматически, не меняя внутренний мир переживаний пациента, а лишь облегчая его страдания, снижая интенсивность тревожных и выраженность депрессивных проявлений [14].

Часть IV. Специальная психотерапия

Понимание сути психологических переживаний онкологического больного позволяет специалистам выделить мишени психотерапевтического воздействия, соотнести их с состоянием, стадией заболевания, этапом противоопухолевого лечения, прогнозом и исходом заболевания. И в зависимости от реализуемой стратегии психотерапии выбрать конкретные методы, техники психотерапевтического воздействия.

Ядром тяжелых переживаний пациента с онкологической патологией является страх смерти, именно он нарушает базовое ощущение безопасности, создает угрозу существования человека.

С точки зрения психологии ситуация онкологического заболевания определяется как экстремальная и кризисная [1]. Человек в экстремальной ситуации испытывает сверхсильный стресс, а в кризисной — пролонгированный макростресс [8]. Это значит что и мишени, и методы психотерапевтического воздействия должны выбираться с учетом характеристик таких обстоятельств и свойств воздействия онкологической патологии на психику.

В условиях онкологического заболевания на человека воздействуют факторы, которые являются характерными для большинства кризисных и экстремальных ситуаций. К ним можно отнести внезапность, неожиданность ситуации, наличие витальной угрозы, разрушение картины мира, отсутствие контроля над происходящим, ощущение беспомощности, неопределенность будущего, высокую вероятность негативного исхода, стадийность протекания реакций на заболевание. Для ситуации онкологического заболевания

свойственны и специфические особенности, дополняющие общие: полиэтиологичность заболевания, калечащий характер оперативного вмешательства, длительное тяжелое лечение, вероятность развития осложнений, отсутствие гарантий выздоровления, изменение социального статуса и материального положения, возможное длительное умирание в страдании и боли [13].

С момента постановки онкологического диагноза жизнь больного сопровождается негативными переживаниями: страхом, тревогой, стыдом, обидой, беспокойством, чувством вины, которые являются проявлением страдания. Эти переживания могут сменять друг друга на разных стадиях заболевания и его принятия [15].

Общим для экстремальных и кризисных ситуаций является то, что они сопровождаются переживаниями, предельными по своей интенсивности. В связи с этим в них всегда существует опасность психической травмы. Факт постановки диагноза рак является таким мощным стрессовым воздействием, что у определенного числа пациентов может формироваться ПТСР и другие психические нарушения, значительно утяжеляющие состояние. Между экстремальными и кризисными ситуациями имеются различия [1, 13]. Если экстремальная ситуация — это чрезмерное давление на человека внешних обстоятельств, которое превосходит его внутренние адаптационные возможности, то кризисная ситуация — переломный момент в развитии личности, при котором происходит утрата субъективного смысла жизни, важнейших ориентиров и ценностей, восстановление которых невозможно без коренной реконструкции личности. Отсюда вытекают два важных направления психотерапевтической работы: усиление адаптационных ресурсов для преодоления ситуации (снижение тревожности, создание мотивационных сценариев, когнитивная реструктуризация, восстановление саморегуляции, формирование адаптивных копинг-стратегий) и создание условий для работы с экзистенциальными переживаниями, глубинными смыслами и ценностями человека (одиночество, смерть, страдание, смысл жизни, духовность). Задача психотерапии при работе с онкологическими больными — стабилизировать эмоциональное состояние, способствовать конструктивному преодолению больным трудностей, связанных с заболеванием, восстановить душевное равновесие, выйти из экстремальной ситуации. В ряде случаев целесообразно использовать полученный новый опыт, интегрируя его для расширения идентичности и личностного развития и роста. При благополучном выходе из кризисных переживаний происходит переоценка и переосмысление жизненных ценностей, приоритетов, целей и жизненного смысла. Невозможность адекватного выхода из этих ситуаций приводит к самым различным формам дезадаптации [10, 13].

Этапы психотерапии онкологических пациентов

Первый этап — принятие заболевания. Психотерапия онкологических пациентов должна быть направлена в первую очередь на то, чтобы помочь больным справиться с психологическими последствиями, вызванными онкологическими заболеваниями, и адаптироваться к ситуации заболевания. Цель этого этапа — принять болезнь, сформировать новую идентичность, что в дальнейшем позволит более эффективно разрешить кризисную и экстремальную ситуацию, в которую больного поставила болезнь. Важнейшей мишенью психотерапии в онкологии является внутренняя картина заболевания, представления больного обо всем, что связано с болезнью, ее причинами, последствиями, собственной ролью в борьбе с недугом [2, 4].

В ситуации онкологического заболевания одним из ключевых моментов отношения к болезни и критерием успешной психологической адаптации больного является принятие им злокачественного характера патологического процесса. Процесс принятия этого требует внутренней душевной работы, вследствие которой формируется новая внутренняя позиция человека, отражающая содержание и динамику основных смысловых изменений в структуре личности [10, 13, 16].

Известный психиатр Э. Кюблер-Росс, которая высказывалась против запрета обсуждать с больными раком прогнозируемый смертельный исход и рекомендовала врачам и медсестрам не избегать общения с этими пациентами, обращать внимание на их эмоциональные переживания и трудности, описала стадии осознания и принятия своей смерти онкологическими больными. В психологической литературе эти стадии распространяют часто на осознание и принятие любого тяжелого, неприятного события, связанного с эмоционально значимой потерей [9, 13].

Психологическая задача этого этапа — принятие болезни, которое проходит через несколько стадий (путь от отрицания к принятию) (табл. 37.1).

Таблица 37.1. Стадии принятия болезни

Стадии принятия	Характеристика стадии	Чувства, переживаемые больным	Тип отношения к заболеванию
Стадия психологического	Возникает в результате получения информации о факте	Преобладающее чувство — <i>страх</i>	Отношение к заболеванию еще

шока	диагностирования онкологического заболевания. Происходит потеря чувства безопасности в результате ощущения угрозы жизни. У больного появляется ощущение растерянности, состояние паники, отчаяния. Могут возникнуть суицидальные мысли		не сформировано. Шоковое состояние
Стадия отрицания	Запускаются бессознательные психологические защитные механизмы, снижающие травматизацию от полученной информации о наличии заболевания, в виде отрицания злокачественного характера заболевания или вытеснения мыслей о заболевании	Внешне проявляемое чувство — <i>спокойствие, небольшое волнение</i> . Глубоко подавляемое и неосознаваемое чувство — <i>страх</i>	Анозогнозический тип отношения к болезни
Стадия агрессии*	Психологические бессознательные защитные механизмы перестают действовать. Больной признает серьезность ситуации. Ищет причины болезни. Обвиняет окружающих и жизненные обстоятельства в возникновении болезни	Проявляемые чувства — <i>гнев, злость, обида</i> . Преобладающее, часто не осознаваемое чувство — <i>страх</i>	Дисфорический, обвиняющий тип реагирования
Стадия депрессии*	Психологические бессознательные защитные механизмы перестают действовать. Больной начинает осознавать серьезность ситуации. Ищет причины болезни. Обвиняет себя в ее возникновении. Занимается самообвинением и самобичеванием. Появляются суицидальные мысли, высокий риск суицида	Проявляемые чувства — <i>депрессия, тревога, чувство вины, стыд</i> . Преобладающее, часто не осознаваемое чувство — <i>страх</i>	Депрессивный тип реагирования
Стадия попытки «сговора с судьбой»	Происходит снижение эмоционального напряжения и у больного появляется мотивация к излечению. Возникают попытки «сговориться с судьбой», «выторговать» здоровье. Происходит поиск способов и путей избавления от болезни (традиционных и нетрадиционных)	Преобладающие чувства — <i>страх и надежда</i>	Неустойчивое отношение к заболеванию, с постепенным принятием его отдельных черт и смыслов
Стадия принятия болезни**	Происходит принятие себя как больного человека. Формируется новая идентичность «Я — больной», что свидетельствует об интеллектуальном, которое происходит раньше, и об эмоциональном, наступающем позже, принятии болезни. Именно принятие болезни позволяет активно и ответственно лечиться и жить в условиях болезни. Психологический баланс восстанавливается	Преобладающие чувства — <i>страх, надежда и смирение</i>	Принятие болезни

Часть IV. Специальная психотерапия

* Агрессия и депрессия — это стадии страдания. Сопровождаются интенсивными негативными чувствами и переживаниями. Происходит неоднократное чередование стадии агрессии и стадии депрессии. Возможность проявления чувств на этих стадиях является условием снижения эмоционального напряжения и перехода к следующей стадии.

** Принятие болезни сопровождается сверхсильными и мучительными переживаниями. Переживания являются особым видом душевной работы, благодаря которой происходит переработка психической травмы, возникает возможность психологического восстановления, появляется смысл жить, приобретается новый жизненный опыт.

Второй этап — адаптация к заболеванию. Психологическая задача — адаптация пациента к заболеванию, необходимо помочь ему научиться жить в условиях болезни, с имеющимися ограничениями. Цель этого этапа разрешить экстремальную ситуацию, проживая онкологическое заболевание. После принятия заболевания специалисту нужно постараться усилить мотивацию больного на лечение, помочь ему найти способы контролировать свое состояние, терапию, социальное функционирование. Целесообразным и важным является возможность опереться на внешние ресурсы, поддержку близких, родственников. Имеются работы, демонстрирующие, что у пациентов с недостаточной внешней поддержкой ближайшего окружения риск развития ППР, в том числе ПТСР, значительно выше [3, 5]. В психотерапии также применяются техники и приемы, помогающие пациенту в саморегуляции, с помощью которых он способен самостоятельно справляться с эмоциональным напряжением, тревогой, астенизацией.

Несмотря на принятие заболевания, многие чувства, переживания больного, связанные с онкологическим процессом, взаимоотношениями с окружающими, к самому к себе остаются не полностью осознанными. И чтобы ситуация из непереносимой трансформировалась в более переносимую, появилась в возможной мере способность контролировать ее, свое физическое и эмоциональное состояние, применяются методы психотерапии, направленные на осознание и отреагирование эмоциональных переживаний, разрешение внутриличностных противоречий, выработку конструктивных решений. На фоне принятия себя в роли больного у пациента расширяется диапазон адаптивных реакций в сложившей жизненной ситуации, приобретается опыт поведения в болезни.

Третий этап — изменение и реконструкция личности. Цель этого этапа разрешить кризисную ситуацию, вызванную болезнью. Надо отметить, что, планируя этапы психотерапии, необходимо, конечно, учитывать состояние больного и стадию течения основного заболевания [10, 13]. На поздних стадиях, когда прогноз крайне неблагоприятен, цели терапии уже будут другие — максимально облегчить физическое и моральное состояние больного.

Реконструкция личности подразумевает формирование новой личностной интеграции и изменение самосознания, включающего самопонимание, самооценку, саморегуляцию. Задача психотерапии — путем реорганизации личности сделать ее способной к разрешению трудностей, и не только формальных бытовых или социальных, но и глубинных, связанных с экзистенциальными трудноразрешимыми вопросами. Личность уже не станет прежней, пережив колоссальный опыт угрожающего жизни заболевания, но, пройдя успешно этот этап, она сможет быть способной к развитию новых, зрелых форм восприятия, переживаний, поведения, принципиально иным отношениям с окружающими.

К методам, которые могут применяться на третьем этапе, можно отнести ЛОРП, методы экзистенциального направления (логотерапию, клиент-центрированную терапию Роджерса, гештальт-психотерапию) и др.

В результате психотерапии пациент начинает по-новому воспринимать себя и свои возможности, свой внутренний мир и межличностное взаимодействие. Иначе понимается не только смысл жизни и смерти, но и смысл болезни и страдания, которые могут восприниматься как возможность преодолеть себя, развивая волевые качества, как основа для переосмысления жизненных смыслов и ценностей. Осознание смерти, конечности бытия способно мотивировать человека на поиски смысла своей жизни.

Психотерапевтическая помощь на разных этапах онкологического заболевания.

Онкологическое заболевание имеет свои особенности течения и этапы, психотерапевтическая помощь на которых различна по содержанию в зависимости от клинического состояния больного, прогноза, имеющихся у него ресурсов.

На диагностическом этапе у пациентов, которые впервые сталкиваются с болезнью, их переживания в большей степени определяются психологическими причинами, вызванными постановкой диагноза рака, чем неприятными физическими симптомами. Сообщение о заболевании раком является всегда неожиданным, внезапным, вызывает психологический шок. Психотерапевтическая помощь преимущественно должна быть направлена на формирование адекватной внутренней картины заболевания, активной позиции больного

для дальнейшего обследования и лечения. В эмоциональном плане интервенции сфокусированы на снижении тревожности, переживаниях страха, снижении ипохондрической настроенности. Тут могут использоваться методы кризисной психотерапии, создаваться условия для отреагирования негативных переживаний. Активно применяются методы когнитивно-поведенческой психотерапии и для коррекции иррациональных установок в отношении заболевания, прогноза, лечения, вырабатывается ориентация на пошаговое решение проблем, связанных с болезнью [10, 13].

На госпитальном этапе акцент делается на адаптацию к условиям стационара, подготовку пациента к оперативному лечению или химиотерапии. Мнительные пациенты нередко переносят на себя негативный опыт соседей по палате, принимают близко к сердцу их негативные прогнозы. В условиях больницы пациент в большей степени фиксируется на заболевании, на соматических симптомах, за стенами стационара остаются для него обычная жизнь, родные, бытовые задачи. Больной погружен в анализ причин заболевания и в свое состояние. Психотерапевтическую работу целесообразно направить на снижение эмоционального напряжения, можно использовать различные релаксационные методики. Рациональная психотерапия и эмпатическая поддержка позволяет правильно настроить больного на оперативное лечение и химиотерапию, принять их необходимость, подготовить к терпению в восстановительном периоде.

После выписке из стационара самой общей проблемой является отношение к будущему: каждый больной в той или иной степени осознает серьезность своего заболевания, переживает страх рецидива и метастазов. У больных нередко выявляется неопределенная установка на будущее, которая характеризуется противоречивым состоянием: надеждой на излечение и страхом перед будущим [13]. Психотерапия направлена на формирование позитивного отношения как к заболеванию, так и в целом к окружающей действительности за счет обучения выделять и проживать позитивные моменты жизни, общение с близкими. Не редко помощь больному нужна в переоценке ценностей, определении того, что действительно ему важно, на что бы он хотел тратить свое время, силы. Применяются методы когнитивно-поведенческой психотерапии, экзистенциально-гуманистическая психотерапия.

Часть IV. Специальная психотерапия

Важное место в лечении онкологических заболеваний занимает химиолучевая терапия. Пациенты испытывают опасения, что данный вид лечения для них будет связан с физическими и психологическими страданиями: страх боли; страх перед осложнениями в результате лечения, страх беспомощности; страх перед болезненными анализами, сопровождающими лечение; страх изменения внешности в результате лечения [13]. Вместе с тем у больных появляется надежда, что это тяжелое лечение будет способствовать излечению, ремиссии, остановки метастазирования опухоли. Задачей психотерапии является формирование адекватного отношения к лечению и мобилизация ресурсов пациента для его прохождения. Применяются релаксационные методы, арт-терапия, интервенции, направленные на понимание смысла жизни и на повышение мотивации к лечению. В случае неблагоприятного прогноза психическое состояние больного может существенно ухудшиться, часто развиваются депрессивные нарушения, может появиться суицидальная настроенность. Витальная угроза разрушает картину мира. Актуализируется страх беспомощности, боли, страдания, смерти. Психотерапевтическая работа направлена на снижение остроты негативных переживаний, на помощь пациенту достойно перенести тяготы этого периода. Больной может быть ограничен в движениях, прикован к кровати, необходимо создать ему условия, чтобы он мог отвлекаться от грустных переживаний, заниматься интересными для него занятиями (читать, смотреть передачи, вязать, общаться по телефону). Крайне важно обеспечить поддержку ближайшего окружения.

Этап паллиативного лечения наступает в случае негативного развития заболевания. Признание пациента инкурабельным значительно увеличивает риски психической травматизации как для пациента, так и для членов его семьи. Понимание пациентом факта, что он стал инкурабельным онкологическим больным, отнимает у него надежду на длительную жизнь и легкую смерть [13]. Существенно повышается риск суицида. В то же время может снижаться выраженность интенсивности переживаний в результате поражения нервной системы, нарастания общей интоксикации, истощения, выраженной болевой симптоматики. Задачей психотерапии является максимальное обеспечение достойного качества жизни, а также решение вопросов, связанных с духовностью. Однако за счет общего состояния психотерапевтические интервенции должны быть короткими и сверхкороткими. Огромное значение приобретают неспецифические факторы психотерапии — эмоциональная поддержка, доверительный контакт, эмпатическое взаимодействие, бережное, уважительное отношение к больному. Необходимо отметить, что работа с такими

пациентам очень тяжела, и для специалиста существенно повышаются риски профессионального эмоционального выгорания.

Комплексный этапный алгоритм медико-социального сопровождения и психотерапевтической помощи онкологическим пациентам приведем на примере больных с относительно благоприятным исходом. Рассмотрим этапы, задачи, мишени психокоррекционных и психотерапевтических интервенций.

Медико-психологическое сопровождение и мишени психотерапии онкологических больных с относительно благоприятным прогнозом. Среди онкологических больных большое место занимают пациенты с относительно благоприятным прогнозом и длительным течением ремиссий — периодом, требующим продолжительного наблюдения, периодического лечения и реабилитации. В структуре данной патологии психические расстройства и психологические нарушения могут быть опосредованы психотравмирующим воздействием постановки диагноза, рецидивами и течением заболевания, изменением социального статуса, качества жизни пациента, страхом прогрессирования онкологической патологии, реакцией на диагностические и лечебные процедуры. В аффективной сфере на первый план выступают тревожно-депрессивные нарушения, в социальном плане — нарушения адаптации и социального функционирования, которые дополнительно ухудшают качество жизни больных и течение опухолевой патологии [5]. Несмотря на имеющиеся достижения в оказании помощи больным со злокачественными образованиями и возрастание роли психологической диагностики и коррекции в работе с ними [4], методология системы психосоциальных интервенций разработана недостаточно. Персонализированный подход к пациенту с онкологической патологией предполагает личностно-ориентированные психокоррекционные вмешательства с использованием различных методов на разных этапах течения и лечения злокачественных образований в соответствующей последовательности, в зависимости от специфики клинической картины и имеющихся компенсаторных ресурсов [14].

Медико-психологическое сопровождение больного с длительным относительно благоприятным течением онкологического заболевания, как и ряда других длительно текущих угрожающих жизни состояний, представляет собой комплекс мер медицинского и психологического характера, направленных на когнитивную, эмоциональную и поведенческую сферы пациента не только с целью его психологической поддержки, но и стимулирования адаптивных возможностей личности и организма в ситуации болезни с учетом клинической специфики и динамики патологического процесса [11, 12, 14].

Задачи медико-психологического сопровождения. Направленность и клиническое содержание медико-психологического сопровождения больных онкологической патологией в первую очередь соотносится с периодом или стадией заболевания, так как выраженность и характер клинических проявлений непосредственно связаны с терапевтическими задачами, которые стоят перед специалистами, осуществляющими процесс диагностики, лечения, реабилитации и профилактики (табл. 37.2).

Таблица 37.2. Задачи медико-психологического сопровождения в соотношении с терапевтическими задачами в различные периоды онкологического заболевания

Период заболевания	Характеристика клинической картины	Терапевтические задачи	Задачи медико-психологического сопровождения
Дебют (начало)	Манифестация первых клинических симптомов заболевания	<ul style="list-style-type: none"> • Определение структуры ведущих клинических синдромов. • Проведение диагностических мероприятий. • Установление клинического диагноза заболевания. • Определение тактики лечения 	<ul style="list-style-type: none"> • Психологическая диагностика. • Выявление факторов риска психопатологических нарушений. • Определение персонализированной программы сопровождения. • Психообразование. • Снижение эмоциональной напряженности. • Помощь пациенту в принятии своего заболевания. • Формирование комплаенса

Рецидив	Прогрессирование или возобновление опухолевого процесса	<ul style="list-style-type: none"> Радикальная противоопухолевая терапия. Замедление прогрессирования заболевания 	<ul style="list-style-type: none"> Помощь пациенту в адаптации к симптомам и течению заболевания. Снижение эмоциональной напряженности. Уменьшение индивидуальной значимости стрессовых факторов. Укрепление мотивации на лечение. Повышение антисуицидального барьера. Работа с экзистенциальными переживаниями. Работа с социальным окружением, обеспечение поддержки
Ремиссия (стабилизация)	Излечение или снижение прогрессирования онкологического заболевания	<ul style="list-style-type: none"> Снижение вероятности рецидивирования заболевания. Замедление прогрессирования заболевания. Удлинение продолжительности ремиссии заболевания. Повышение качества жизни пациента 	<ul style="list-style-type: none"> Усиление сохранных когнитивных, эмоциональных, волевых ресурсов. Поддержание приверженности лечению. Повышение адаптивности копинга. Углубление социальной интеграции. Помощь в разрешении актуальных психологических переживаний. Помощь в текущих проблемных ситуациях

Часть IV. Специальная психотерапия

Таким образом, на начальном этапе онкологического заболевания, в *период первичной манифестации состояния*, перед врачом-онкологом стоят задачи по определению выраженности и характера опухолевого процесса, установлению клинического диагноза и определению терапевтической тактики для каждого конкретного больного. Выполнение этих задач позволяет своевременно начать необходимое лечение, что может способствовать более благоприятному прогнозу и повышению эффективности терапевтических мероприятий [11, 12, 14].

В психологической плоскости решение задач медико-психологического сопровождения начинается с проведения диагностики для уточнения ряда ситуативных и личностных особенностей пациента, которые могут обуславливать различный риск формирования у больного с онкологической патологией психопатологических нарушений.

Учет выявленных факторов и особенностей клинического состояния пациента позволяет составить для него персонализированную программу сопровождения. Важными также являются задачи снижения эмоционального напряжения, вызванного неопределенностью ситуации болезни и прогноза, инвазивным лечением и индивидуальными факторами риска прогрессирования онкологического заболевания. На этом же этапе начинается сложный для больного процесс принятия факта своего заболевания и признания себя онкологическим больным. После признания факта своей болезни, необходимости лечения и профилактики,

знаменующего таким образом начало комплаенса, специалист согласовывает с пациентом индивидуальную (персонализированную) программу медико-психологического сопровождения.

В период рецидива у больного онкологическим заболеванием перед лечащим врачом встает важнейшая задача радикального лечения имеющейся онкологической патологии или снижения вероятности и скорости прогрессирования опухолевого процесса.

В плоскости медико-психологических задач в период рецидива наиболее актуальна задача максимальной адаптации к переживанию повторного возникновения онкологического заболевания, необходимости дополнительного лечения, неопределенности прогноза.

Возрастает позитивная роль снижения эмоциональной напряженности за счет уменьшения влияния стрессовых воздействий, которые запускают цепь негативных соматоневрологических и психоэмоциональных проявлений. Уменьшение индивидуальной значимости стрессовых факторов помогает прерывать эту патологическую цепь, вселить пациенту надежду о возможности контроля над опухолевым процессом. Именно в этот период заболевания после принятия факта рецидивирования заболевания перед пациентом ставится задача укрепления мотивации на лечение, которая в свою очередь будет способствовать повышению антисуицидального барьера пациента. У многих больных в этом - тяжелом периоде актуализируются переживания экзистенциального характера, которые требуют обязательной проработки. Большое значение имеет мобилизация ближайших социальных ресурсов, которая состоит в работе с социальным окружением и в обеспечении поддержки ближайшего окружения и семьи.

На этапе стабилизации болезни, в период ремиссии наиболее актуальны клинические задачи по уменьшению вероятности рецидивов, снижению скорости прогрессирования и удлинению продолжительности ремиссии. С учетом того, что некоторые онкологические больные и в период ремиссии могут иметь определенные ограничения жизнедеятельности, возрастает позитивная роль субъективной оценки своего состояния самим больным, которая формирует категорию качества жизни.

Задачи медико-психологического сопровождения больных с длительным относительно благоприятным течением онкологического заболевания в этой стадии нацелены не только на стабилизацию их физического состояния, но и на определенное развитие личностного потенциала пациента в отношении болезни. В частности, одним из направлений сопровождения является усиление сохраненных когнитивных, эмоциональных и волевых ресурсов. Другим направлением деятельности в условиях ремиссии онкологического заболевания является поддержание приверженности лечению. Еще одной обязательной задачей является развитие у больных с длительным относительно благоприятным течением онкологического заболевания навыков более адаптивного копинга. Копинг может касаться не только навыков управления симптомами своей болезни (астения, тревога, боль, физические ограничения и проч.), но и совладания с другими сложными жизненными ситуациями (стресс, проблемное общение, социальная изоляция), способствуя тем самым более полной социальной интеграции больного с длительным относительно благоприятным течением онкологического заболевания. Требуют внимания и вопросы, связанные с помощью в разрешении актуальных психологических переживаний и решении текущих проблемных ситуаций [11, 12, 14].

Этапы медико-психологического сопровождения. В системе медико-психологического сопровождения больных с длительным относительно благоприятным течением онкологического заболевания целесообразно выделять четыре организационных этапа (информационно-диагностический, психокоррекционный, психотерапевтический и психореабилитационный), которые предполагают различную направленность в работе специалистов [11, 12, 14].

Содержание медико-психологической программы для больных с длительным относительно благоприятным течением онкологического заболевания, определяется стадией развития самого заболевания (дебют, рецидив, ремиссия), а также соотношением специфики периода развития заболевания, в котором пациент получает медико-психологическую помощь с совокупностью психических и физических возможностей пациента, его ресурсов, актуального состояния, прогноза и лечения. Прохождение больным с длительным относительно благоприятным течением онкологического заболевания различных этапов медико-психологической программы определяется не только биологическими параметрами — спецификой заболевания, но и необходимостью и последовательностью работы над решением определенных задач и достижением оптимальных результатов в ходе лечения и медико-психологического сопровождения больного (табл. 37.3).

Таблица 37.3. Содержание этапов медико-психологического сопровождения больных с длительным относительно благоприятным течением онкологического заболевания

Этап	Задачи	Ожидаемые результаты
------	--------	----------------------

Информационно-диагностический	<ul style="list-style-type: none"> • Установление продуктивного контакта с больным. • Информирование его о специфике онкологического заболевания, планируемом лечении и необходимом образе жизни. • Выявление его актуального психологического статуса. • Определение нарушенных сфер жизнедеятельности больного 	<ul style="list-style-type: none"> • Формирование отношений доверия к медицинскому персоналу и специалистам. • Формирование компетентности больного в отношении онкологического заболевания. • Установление дисфункциональных сторон личности, ее адаптационных ресурсов и адаптационного потенциала. • Установление мишеней психологического воздействия
Психокоррекционный	<ul style="list-style-type: none"> • Стимулирование мотивации к изменениям в психологической сфере. • Коррекция внутренней картины болезни и прогноза онкологической патологии. • Коррекция эмоциональных нарушений. • Коррекция нарушений межперсонального взаимодействия. • Приобретение навыков управления стрессом 	<ul style="list-style-type: none"> • Формирование приверженности лечению. • Формирование адекватной внутренней картины болезни и представлений о прогнозе онкологической патологии. • Нормализация эмоциональных реакций. • Формирование навыков конструктивного общения. • Снижение уровня эмоционального напряжения
Психотерапевтический	<ul style="list-style-type: none"> • Выявление внутренних конфликтов. • Расширение репертуара копинг-стратегий. • Проработка негативного эмоционального опыта. • Приобретение навыков саморегуляции. • Формирование позитивного опыта межличностных отношений. • Формирование позитивного самоотношения. • Интеграция личности 	<ul style="list-style-type: none"> • Разрешение внутренних конфликтов. • Формирование навыков конструктивного копинга. • Освоение навыков распознавания и выражения чувств. • Освоение навыков саморегуляции функциональных состояний. • Самопринятие. • Раскрытие личностного потенциала. • Достижение личностной целостности
Психореабилитационный	<ul style="list-style-type: none"> • Сохранение полученных в ходе лечения результатов. • Эмоциональная поддержка больного. • Поддержание позитивной роли социальной среды 	<ul style="list-style-type: none"> • Стабилизация физического и психического состояния. • Относительная эмоциональная стабильность. • Сохранение социальной активности больного

Часть IV. Специальная психотерапия

Информационно-диагностический этап. Работа с больным онкологическим заболеванием на данном этапе медико-психологического сопровождения начинается, как правило, с момента его обращения к онкологу. В это время у пациента появляются первые жалобы и первые страхи в связи с возможным диагнозом и его прогнозом. Таким образом, онколог амбулаторного или стационарного звена является первым специалистом, с которым пациент устанавливает долговременные контакты в связи со своим заболеванием. Именно поэтому очень важно, чтобы онколог, а также медицинская сестра владели навыками эмпатийного общения с пациентом для того, чтобы не только правильно установить диагноз, но и сформировать с пациентом доверительные отношения.

Более эффективно для больного информационно-диагностический этап проходит при вовлечении его в работу «Школы онкологического больного». В рамках данной школы больной получает всю информацию о своем онкологическом заболевании, его течении, осложнениях, последствиях, факторах риска, возможностях лечения, реабилитации и профилактики. Здесь же он узнает о необходимых изменениях в образе жизни, получает рекомендации, следование которым может способствовать повышению эффективности лечения, позволить пациенту дольше сохранить трудоспособность и качество жизни. На этом же этапе, в ходе индивидуального психологического консультирования, медицинский психолог проводит комплексное психодиагностическое обследование больного с онкологической патологией. Устанавливаются особенности его психологического статуса, наличие психопатологических нарушений — клинические и психосоциальные характеристики, состояние психической сферы, личностные особенности, особенности и эффективность копинг-стратегий и характер социального взаимодействия, наличие поддержки со стороны близких. Знание нарушенных сфер жизнедеятельности онкологического больного, его адаптационных ресурсов и адаптационного потенциала позволяет определить и дифференцировать мишени психологического и психотерапевтического воздействия при составлении индивидуальных программ медико-психологического сопровождения больных с длительным относительно благоприятным течением онкологического заболевания.

В медико-психологическое сопровождение больных с онкологической патологией на данном этапе в амбулаторных и стационарных условиях вовлечены: онколог, медицинский психолог и медицинская сестра.

Психокоррекционный этап. Задачи этого этапа медико-психологического сопровождения нацелены на развитие у больного с длительным относительно благоприятным течением онкологического заболевания осознанной мотивации к изменениям в связи со своим заболеванием, понимание им целей и задач лечения, создание конструктивных отношений с медицинским персоналом, укрепление приверженности лечению, формирование комплаентности. Эта работа чаще касается отношения к болезни и ее прогнозу, отношения к лечению, изменения привычного образа жизни и адаптации к нему. Здесь уделяется большое значение формированию у пациента той внутренней картины болезни и прогноза течения онкологической патологии, которая будет определяться адекватным отношением к своему состоянию здоровья без склонности преувеличивать или преуменьшать тяжесть болезни или ее прогноз.

Важной стороной этапа является коррекция межперсонального взаимодействия и конструктивного общения онкологических больных. После установления диагноза многие больные опухолевой патологией склонны замыкаться в себе, дистанцироваться от окружающих, ограничивать свое общение с друзьями, родственниками и коллегами. Некоторые из них могут проявлять неадекватные коммуникативные реакции, избегая межличностного взаимодействия, прогностически негативно оценивая возможное впечатление, которое они могут произвести на окружающих.

Приобретение навыков управления стрессом в ходе сеансов релаксации позволяет пациентам не только снизить эмоциональное напряжение, но и спокойнее принять свое заболевание, естественней строить взаимоотношения с окружающими, принимать от них поддержку и помощь. Все это позитивно сказывается на формировании приверженности лечению.

С учетом решаемых на данном этапе задач, в процессе медико-психологического сопровождения больного с длительным относительно благоприятным течением онкологического заболевания активное участие принимает медицинский психолог. Чаще такое психокоррекционное воздействие происходит во время стационарного лечения больного и продолжается на амбулаторном этапе.

Психотерапевтический этап. К числу основных задач психотерапевтического этапа относится выявление и разрешение внутренних конфликтов личности, которые часто определяют наличие у больного с длительным относительно благоприятным течением

онкологического заболевания астеноневротической, тревожной и депрессивной симптоматики донозологического или психопатологического уровня. К внутриличностным конфликтам относят противоречия между неосознаваемыми мотивами, мыслями, желаниями пациента, которое во многом ограничивает его нормальную жизнедеятельность и тесно связано с симптомами заболевания.

Осознание больным в ходе индивидуальной и групповой психотерапии своих внутренних конфликтов сопровождается появлением у него возможности непосредственной проработки опыта негативных эмоциональных переживаний. Навыки осознанной саморегуляции, полученные в ходе обучающих занятий с медицинским психологом или психотерапевтом, позволяют научиться не только контролировать свои чувства, но и направлять их в позитивное русло.

В ходе психотерапии больной осознает дезадаптивный характер своего привычного реагирования на различные ситуации жизненных трудностей, в том числе связанные с онкологическим заболеванием. В условиях групповой психотерапии он приобретает возможность опробовать новые более гибкие и конструктивные модели когнитивной интерпретации, эмоционального реагирования и поведенческих реакций. Более того, в процессе терапии создаются условия для закрепления полученных стратегий совладания и постоянного применения их в жизни.

Формирование новых конструктивных моделей поведения в ходе психотерапевтического этапа медико-психологического сопровождения больных с длительным относительно благоприятным течением онкологического заболевания распространяется и на сферу межличностных отношений. Здесь также становится очень важным сформировать у пациента позитивный опыт межличностного взаимодействия, что опосредованно отражается на улучшении его самооценки, самопринятия и самоотношения.

Часть IV. Специальная психотерапия

Результирующей задачей психотерапевтического этапа является помощь в интеграции личности, которая свидетельствует об успешном разрешении личностью внутренних противоречий.

Медико-психологическое сопровождение больных с длительным относительно благоприятным течением онкологического заболевания в амбулаторных и стационарных условиях строится на данном этапе на тесном взаимодействии психотерапевта с медицинским психологом. Персонализированный подход на основании комплексной организации медико-психологической помощи позволяет своевременно выявить сопутствующие тревожные и депрессивные расстройства у больных с онкологической патологией, организовать их лечение и проводить профилактические мероприятия, направленные на снижение риска их развития [11, 12, 14].

Психореабилитационный этап. Задачи данного этапа определяются завершением предшествующих этапов активного психологического воздействия на больного с длительным относительно благоприятным течением онкологического заболевания и потребностями сохранения и интеграции полученных в ходе лечения результатов. Определенная стабилизация физического и психического состояния пациента свидетельствует об успешности и целесообразности применяемых подходов медико-психологического сопровождения больного и создает условия для поддержания и сохранения им социальной активности. На регулярных встречах пациента с медицинским психологом закрепляются достигнутые результаты — пациент получает адекватную обратную связь от специалиста, обсуждаются подходы к разрешению актуальных проблемных ситуаций с учетом приобретенного позитивного опыта, корректируются эмоциональное состояние и поведенческие реакции. Перспективной задачей на данном этапе становится эмоциональная поддержка онкологического больного.

В медико-психологическом сопровождении больных с длительным относительно благоприятным течением онкологического заболевания в амбулаторных и стационарных условиях на данном этапе участвует медицинский психолог.

Мишени психокоррекционного и психотерапевтического воздействия. Реализация задач каждого этапа достигается путем специальных приемов и интервенций, направленных на специфические мишени. Под термином «мишень» понимается конкретный клинико-психологический феномен, изменение которого является целью психокоррекционного или психотерапевтического воздействия на конкретном этапе. Описанным этапам медико-психологического сопровождения соответствуют определенные мишени, некоторые из которых могут быть объектом воздействий различной интенсивности, переходящим из одного этапа в другой (рис. 37.1).



Рис. 37.1. Мишени психокоррекционного и психотерапевтического воздействия на различных этапах медико-психологического сопровождения больных с длительным относительно благоприятным течением онкологического заболевания

Медико-психологическая программа сопровождения больного с длительным относительно благоприятным течением онкологического заболевания, структурированная по четырем последовательным этапам, позволяет бригаде медицинских специалистов, ориентируясь на ожидаемые результаты, сконцентрироваться на решении конкретных для каждого пациента задач. При реализации персонализированных программ медико-психологического сопровождения больного с онкологической патологией это помогает не только более точно определять вид, характер, направленность и интенсивность проводимых интервенций, но и осуществлять долговременное планирование помощи пациенту.

Выделение четырех организационных этапов в системе медико-психологического сопровождения больных с длительным относительно благоприятным течением онкологического заболевания (информационно-диагностического, психокоррекционного, психотерапевтического и психореабилитационного), которые предполагают различную направленность в работе специалистов, способствует более последовательному решению задач, связанных с лечением и реабилитацией онкологических больных [11, 12, 14]. Огромный опыт медико-психологической реабилитации, психотерапевтической работы с онкологическими пациентами обобщен в двух изданиях руководства «Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов», вышедшей под редакцией А.М. Беляева, В.А. Чулковой, Т.Ю. Семиглазовой в 2017 и 2018 гг. [13]. Более полувека сотрудники ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России проводили научные исследования в области онкопсихологии, разрабатывали различные аспекты помощи онкологическим пациентам, и сегодня они активно развивают это сложное направление в медицине и психотерапии.

Список литературы

1. Бочаров В.В., Карпова Э.Б., Чулкова В.А., Ялов А.М. Анализ экстремальных и кризисных ситуаций с позиции клинической психологии // Вестник Санкт-Петербургского университета. 2010. Сер. 12. Вып. 1. С. 9–16.
2. Вагайцева М.В., Караваева Т.А., Васильева А.В. и др. Психологические механизмы формирования отношения к заболеванию у больных раком предстательной железы после

- радикальной простатэктомии // Урологические ведомости. 2018. Т. 8, № 3. С. 53–66. DOI: <https://doi.org/10.17816/uroved8353-66>.
3. Васильева А.В., Караваева Т.А., Лукошкина Е.П. и др. ПТСР у пациенток с раком молочной железы после оперативного лечения (мастэктомии). Клинико-психологические особенности // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2018, № 4. С. 83–92. DOI: <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2018-4-83-92>.
 4. Васильева А.В., Караваева Т.А., Мизинова Е.Б. и др. Разработка конструкта внутренней картины болезни для оптимизации медико-психологической реабилитации // Экология человека. 2019, № 12. С. 32–39. DOI: <https://doi.org/10.33396/1728-0869-2019-12-32-39>.
 5. Васильева А.В., Караваева Т.А., Мизинова Е.Б., Лукошкина Е.П. Психологические особенности у больных раком молочной железы в зависимости от наличия коморбидного посттравматического стрессового расстройства // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29, № 2 (112). С. 145–163. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290207>.
 6. Васильева А.В., Караваева Т.А., Рудаченко Е.П. Совершенствование диагностики коморбидного посттравматического стрессового расстройства у гериатрических пациентов с онкологической патологией после оперативного лечения в связи с задачами реабилитации // Успехи геронтологии. 2019. Т. 32, № 3. С. 397–404.
 7. Караваева Т.А., Васильева А.В., Семиглазова Т.Ю. и др. Алгоритм диагностики тревожных расстройств невротического уровня у онкологических больных // Вопросы онкологии. 2016, № 2. С. 355–360.
 8. Карпова Э.Б., Чулкова В.А. Онкологическое заболевание как психологический кризис // Материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения — 2007». СПб.: Изд-во СПбГУ, 2007. С. 556–557.
 9. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании: пер. с англ. Киев: София, 2001. 320 с.
 10. Моисеенко В.М., Чулкова В.А. Психоонкология: Пособие для врачей. СПб., 2007. 38 с.
 11. Николаев Е.Л., Караваева Т.А., Васильева Н.В. Медико-психологическое сопровождение больных рассеянным склерозом: основные принципы и задачи // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2018, № 1. С. 120–124.
 12. Николаев Е.Л., Караваева Т.А., Васильева Н.В. и др. Медико-психологическое сопровождение больных рассеянным склерозом: организационные этапы и задачи // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2019, № 2. С. 95–101. DOI: <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2019-2-95-101>.
 13. Онкопсихология: Руководство для врачей-онкологов и медицинских психологов / А.С. Бернацкий, М.В. Вагайцева, Е.В. Демин и др. СПб.: Вопросы онкологии, 2017. 350 с.
 14. Психотерапия: учебник / под ред. А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой, Н.Г. Незнанова. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 864 с. DOI: <https://doi.org/10.33029/9704-6485-4-VKN-2022-1-864> URL: <http://catalog.geotar.ru/lots/NF0021730.html>.
 15. Чулкова В.А., Моисеенко В.М. Психологические проблемы в онкологии // Практическая онкология. 2009. Т. 10, № 3. С. 151–157.
 16. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Психологическая помощь онкологическим больным // Вестник Санкт-Петербургского университета. 2010. Сер. 12. Вып. 1. С. 185–191.
 17. Barraclough J. Cancer and Emotion. Abingdon: Radcliffe Medical, 1994. 210 p.
 18. Gurevich M., Devins G.M., Rodin G.M. Stress response syndromes and cancer: Conceptual and assessment issues // Psychosomatics. 2002. Vol. 43. P. 259–281.
 19. Holaway R.M., Rodebaugh T.L., Heimberg R.G. The epidemiology of worry and generalized anxiety disorder // Worry and Its Psychological Disorder: Theory, Assessment and Treatment / Eds G.C.L. Davey, A. Wells. Chichester: Wiley, 2006. P. 3–20.
 20. Kerrihard T., Breitbart W., Dent R., Strout D. Anxiety in patients with cancer and human immunodeficiency virus // Semin. Clin. Neuropsychiatry. 1999. Vol. 4. P. 114–132.
 21. Raison C.L., Miller A.H. Depression in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment // Biol. Psychiatry. 2003. Vol. 54, N. 3. P. 283–294.
 22. Stark D.P., House A. Anxiety in cancer patients // Br. J. Cancer. 2000. Vol. 83. P. 1261–1267.
 23. Zabora J., Brintzenhogsoc K., Curbow B. et al. The prevalence of psychosocial distress by cancer site // Psychooncology. 2001. Vol. 10. P. 19–28.

Часть IV. Специальная психотерапия

Глава 38. Психотерапия пациентов с тяжелыми психическими расстройствами
 Для большинства людей, страдающих тяжелыми психическими нарушениями, к которым традиционно относят аутохтонные психические расстройства, включающие заболевания шизофренического спектра, БАР и большой депрессивный эпизод, может потребоваться значительная поддержка специалистов в сфере психического здоровья в течение длительного времени. Обеспечить доступ этих больных к современным лечебным

воздействиям особенно актуально, поскольку бремя психических расстройств продолжает расти и влечет за собой серьезные последствия для социальной сферы, прав человека и экономики. Эта поддержка, при основополагающем значении психофармакологического лечения, может принимать различные формы, включая суппортивное консультирование, семейные вмешательства, когнитивно-поведенческую и психодинамическую психотерапию. При этом терапия данного контингента психиатрических пациентов должно основываться на понимании потребностей каждого участника, а вмешательства осуществляются посредством интерактивных отношений.

Обоснованность использования психотерапии у больных тяжелыми психическими расстройствами обусловлена тем, что несмотря на доказанное значение генетических факторов в развитии данных нарушений, генетическая теория не дает удовлетворительного ответа, почему заболевание не развивается в ряде случаев, когда оно теоретически могло бы возникнуть, что создает повод для дискуссии о влиянии психосоциальных факторов на развитие заболевания [1]. Кроме того, многообразие клинических вариантов развившегося расстройства зависит от различных проявлений адаптационных и компенсаторных механизмов и личностных структур [1], свойственных конкретному индивиду.

Формулировки задач, стоящих перед психотерапией этого контингента больных, могут быть общими и частными, опирающимися на конкретные нарушения [2]. К общим задачам обычно относят: снижение частоты рецидивирования, инвалидизации и экономического бремени для общества и повышение качества жизни больных. К частным — коррекцию деформированных коммуникативных структур и параметров социальной компетенции, улучшение включенности в социальный контекст, формирование правильного восприятия социальной ситуации, совладание с остаточной психопатологической симптоматикой, контроль аффекта и улучшение оперантного поведения, развитие удовлетворительной самооценки, создание гармоничных отношений с близким окружением и реалистичную подготовку к неопределенному будущему [3].

Достижение поставленных задач осуществляется различными психотерапевтическими подходами, которые традиционно подразделяют на два основных: непсиходинамически опосредованные и психоаналитические модели психотерапии.

Когнитивно-поведенческая психотерапия аутохтонных психических расстройств.

Несмотря на то что одна из первых научных работ А.Т. Бека была посвящена психотерапии пациента, страдающего шизофренией [4], длительное время работе с лицами, страдающими аутохтонными психическими расстройствами, уделялось мало внимания. В начале 1990-х годов как отдельное направление начинает выделяться когнитивно-поведенческая психотерапия психозов (от англ. Cognitive Behavior Therapy for psychosis, CBTp), которая первоначально была преимущественно ориентирована на работу с позитивными фармакорезистентными симптомами [5]. Это направление достаточно быстро развивается и позволяет сегодня решать широкий спектр задач. За последние 30 лет происходит существенный рост как практических разработок, так и научных исследований в этой области. Значительная часть пациентов, получавших КПТ, оценивает ее как «полезную» [6]. Здесь и далее мы основной упор будем делать на расстройства шизофренического спектра, хотя концепция аутохтонных психических расстройств заметно шире.

Когнитивно-поведенческая психотерапия близка взглядам медицинского сообщества и не противопоставляется психофармакотерапии. Психотерапевты этого направления придерживаются модели уязвимость–диатез–стресс [7], что определяет точки приложения усилий. Изучается вопрос эффективности комбинированного использования когнитивно-поведенческой психотерапии и психофармакотерапии при аутохтонных расстройствах [8]. В целом результативность КПТ в отношении влияния на позитивные симптомы у лиц, страдающих расстройствами шизофренического спектра, относительно хорошо изучена [9]. Примечательно, что в институте Великобритании NICE когнитивно-поведенческий подход выделен как основной для психотерапии лиц, страдающих расстройствами шизофренического спектра.

К центральному элементу КПТ при аутохтонных психических расстройствах относят [10]:

- 1) формулирование — сотрудничающий (коллаборативный) подход специалиста и пациента в выработке общей концепции возникновения заболевания и выявление циклов, поддерживающих болезненную симптоматику;
- 2) нормализацию как диагноза, так и собственно психотического опыта, что помогает преодолевать самостигматизацию;
- 3) осознанное принятие болезненных переживаний для уменьшения дистресса.

В структуру КПТ аутохтонных расстройств часто включают традиционные когнитивные и поведенческие техники: поведенческую активацию, метод градуированных заданий, тренинг мастерства и удовольствия, поиск альтернативных мыслей (в том числе использование круговых диаграмм для альтернативных объяснений), поведенческие эксперименты, когнитивную реструктуризацию дисфункциональных убеждений, работу с негативными глубинными убеждениями и многие другие. Существенное внимание уделяется и улучшению

навыков совладания с длительно существующими позитивными симптомами, такими как нарушения мышления, параноидный бред, галлюцинации. Отдельные исследования показывают [11], что использование КПТ способствует снижению выраженности психотической симптоматики и ассоциированного с ней эмоционального напряжения, что приводит к улучшению состояния более чем в половине случаев. Когнитивно-поведенческая психотерапия не ставит основной целью снижение позитивных симптомов при расстройствах шизофренического спектра (хотя есть крупные исследования и о влиянии данного вида психотерапии на позитивную симптоматику [9], а концентрируется на снижении дистресса и уменьшении инвалидизации. Высказывается точка зрения, что если в процессе психотерапии у лиц, страдающих расстройствами шизофренического спектра, снижается эмоциональная стрессовая реакция и улучшается социальное функционирование, то такой результат можно оценивать как хороший [12]. Это позволяет смещать акценты с редукции симптомов на более реалистичные мишени, имеющие непосредственное влияние на качество жизни таких пациентов. КПТ используется и в целях первичной психопрофилактики у лиц с высоким риском развития психоза [13], что является перспективным направлением развития подхода. Общая тенденция в медицине к сокращению затрат и увеличению доступности помощи большему количеству людей приводит к тому, что разрабатываются и развиваются сокращенные варианты когнитивно-поведенческой психотерапии для аутохтонных психических расстройств. Под сокращенными вариантами обычно подразумевают до 16 очных встреч включительно.

Часть IV. Специальная психотерапия

Обогащение когнитивно-поведенческого направления также происходит за счет методов «третьей волны», прежде всего использования концепции осознанности (mindfulness), терапии принятия и последовательности и метакогнитивной психотерапии.

Структура когнитивно-поведенческой психотерапии расстройств шизофренического спектра. В структуре КПТ целесообразно выделить несколько этапов работы.

1. Этап подготовки.
2. Терапевтический этап.
3. Завершающий этап.

Этап подготовки в когнитивно-поведенческой психотерапии. Формирование психотерапевтического альянса является основной неформальной целью начала совместной работы. Что особенно актуально при работе с лицами, страдающими расстройствами шизофренического спектра? Построение качественного контакта может сталкиваться с закономерными сложностями при работе с такими людьми, склонными воспринимать окружающих как недружелюбных или даже несущих угрозу.

Стиль взаимодействия в диаде врач–пациент в КПТ предполагает сочетание открытой исследовательской позиции с эмпатией и готовностью к сотрудничеству. Психотерапевт старается не занимать определенную жесткую позицию, а прикладывает усилия к изучению всех возможных версий и аргументов, какими бы на первый взгляд нелогичными они не выглядели. Такой стиль взаимоотношений помогает избежать ненужной конфронтации и постепенно формировать исследовательскую позицию и у пациента, побудив его к возможности рассматривать под разными углами даже, казалось бы, абсолютно очевидные для него оценки и переживания (например, бредовые построения). Вышеперечисленное не означает отсутствие внутренней позиции и способности вести психотерапевтический процесс. Совместную работу в когнитивно-поведенческом направлении сравнивают с парным танцем, в котором активно принимают участие оба, но психотерапевт является ведущим.

На этапе подготовки помимо построения психотерапевтического альянса (активное вовлечение пациента в совместную работу) внимание уделяется также психообразованию, нормализации диагноза и переживаний, а также началу процесса составления когнитивной концептуализации. Формальным завершением этапа подготовки можно считать формирование целей психотерапии, выработку плана работы и заключение терапевтического соглашения (психотерапевтического контракта).

Возможный алгоритм реализации задач подготовительного этапа

1. Включенность в работу — знакомство, формирование доверительных отношений. Существенным для этого является блок психообразования, рассматриваемый как неотъемлемая часть терапии, позволяющая предоставить в адаптированной форме необходимую информацию о проявлениях заболевания (преимущественно, в рамках основного этапа психотерапии) и развить навыки совладания с трудностями, связанными с конкретным психическим расстройством. Задачи психообразования: информирование пациента об особенностях его заболевания, формирование адаптивной внутренней картины болезни, укрепление мотивации к изменениям и активному включению в процесс терапии,

ослабление стигматизации и самостигматизации, обучение распознаванию признаков рецидива и навыкам совладания со специфическими симптомами расстройства. Психообразование может проводиться как в групповом, так и в индивидуальном формате. Элементы психообразования начинают использоваться на подготовительном этапе, в последующем получая свое логическое продолжение на основном этапе психотерапевтической работы.

2. Нормализация диагноза и болезненных переживаний заключается в предоставлении пациенту информации, снижающей внутреннее напряжение и восприятие себя как «глубоко дефектного». Это могут быть сведения о распространенности подобных проблем в популяции, примеры известных людей, страдавших психическими расстройствами, встречаемость отдельных симптомов среди населения. Нормализация выделяется как отдельный элемент работы, но может рассматриваться и в структуре психообразования.

3. Разработка когнитивной концептуализации — анализ ключевых событий прошлого и настоящего, связанных с возникновением и поддержанием симптомов, а также защитных факторов.

Существует ряд подходов к организации информации (как с точки зрения наглядности, так и содержания) в структуре когнитивной концептуализации, однако чаще всего отдельное внимание уделяют следующим элементам:

- предрасполагающие факторы (генетическая отягощенность, соматические заболевания, влияющие на эмоциональное состояние, наличие неблагоприятного детского и взрослого опыта — физическое и сексуальное насилие, эмоциональное отвержение, педагогическая запущенность);
- провоцирующие факторы (типичные стрессовые воздействия, способствующие ухудшению состояния, нарушения режима сон-бодрствование, прием алкоголя и наркотиков);
- защитные (протективные) факторы (теплые отношения внутри семьи, поддержка друзей, увлечения спортом, наличие хобби);
- негативные глубинные убеждения пациента;
- промежуточные убеждения и компенсаторные стратегии;
- типичные автоматические мысли;
- основные проблемы (структурируются с учетом приоритета);
- цели психотерапии;
- план психотерапевтических интервенций.

Помимо вышеперечисленного отдельное внимание обычно уделяется негативным поддерживающим циклам (мини-циклам). Подобные мини-циклы могут быть представлены графически на доске или бумаге, наглядно иллюстрируя механизмы поддержания проблемы как для пациента, так и для психотерапевта. Используя графическое изображение, проще акцентировать внимание на тех звеньях порочного цикла, которые можно научиться разрывать в ходе психотерапевтической работы. К тому же полный вариант когнитивной концептуализации может быть хорош для целей структурирования терапии и супервизии, но сложен для восприятия пациентами с интеллектуально-мнестическим снижением или наличием выраженных трудностей с концентрацией внимания.

Часть IV. Специальная психотерапия

Пример негативного поддерживающего цикла. На фоне воздействия триггера — приема ПАВ и депривации сна, у пациента возникают критикующие слуховые псевдогаллюцинации, появляются мысли о собственной виновности, снижается настроение, пациент отстраняется от социальных контактов и концентрируется на болезненных переживаниях, что еще больше усиливает болезненную симптоматику.

На основании тщательного анализа состояния пациента совместно с ним формулируются текущие проблемы, над которыми планируется совместная работа. На следующем этапе происходит приоритезация их по степени значимости или этапности работы и определяются цели терапии. Это помогает наметить план лечения, способствующий детализации структуры психотерапевтических интервенций и позволяющий приблизительно оценить возможную длительность работы в конкретном клиническом случае, а также определить критерии оценки, по которым психотерапевт и пациент смогут оценивать прогресс психотерапии [8]. Когнитивную концептуализацию часто называют путеводной картой, так как она помогает структурировать процесс психотерапии и упрощает взаимодействие в случае ведения клинического случая полипрофессиональной бригадой. Необходимо отметить, что часть интервенций, обозначенных в разработанном плане, может быть вынесена за рамки индивидуальной психотерапии при наличии ресурсов лечебного учреждения. Например,

психообразование целесообразно проводить в групповом формате (при наличии таких групп), тогда в индивидуальной работе можно останавливаться только на незаполненных «лакунах», восполняя информационный дефицит «по месту». Этап подготовки завершается достижением соглашения относительно целей психотерапии (с учетом приоритета) и психотерапевтическим контрактом.

Терапевтический или основной этап когнитивно-поведенческой психотерапии. Во время основного этапа психотерапии может быть использован значительный диапазон техник, приведенных далее [14, 15].

Использование трех- и четырехстолбцовых таблиц. Базовый постулат когнитивно-поведенческой психотерапии заключается в том, что значительная часть эмоций является результатом когнитивной оценки, находит свое процедурное развитие и применение при использовании трех- и четырехстолбцовых таблиц (ситуация–мысли–эмоции–поведение). В процессе их освоения пациенты учатся лучше осознавать свои переживания, замечать как они меняются в различных триггерных ситуациях (триггером не всегда является внешнее событие, в его роли может выступать, например, воспоминание). Значительный упор делается на опознание автоматической оценки (автоматических мыслей), так как они могут быть в значительной степени искажены. Когнитивная оценка приводит к эмоциональной и поведенческой реакции. По мере овладения навыками самонаблюдения и фиксации постепенно переходят к подбору альтернативных мыслей. Подобная работа идет по направлению от ретроспективных разборов таблиц к работе в режиме реального времени. Работа с дневниками автоматических мыслей помогает выявить установки более глубоких уровней (промежуточные и глубинные убеждения) и постепенно перейти к работе с ними. Для этого используется широкий репертуар техник, мы остановимся лишь на некоторых.

Исследование аргументов, подкрепляющих убеждение. Многим пациентам достаточно сложно найти альтернативные убеждения или они в них не верят. Ригидные убеждения часто воспринимаются больным не как мысль или идея, а как факт и могут поддерживаться в том числе за счет определенных обоснований или аргументов, которые не всегда осознаются в полной мере. Психотерапевт вместе с пациентом выписывает на бумагу убеждение, а затем просит привести все аргументы «за» (аргументы, поддерживающие убеждение). Все доводы уточняются и тщательно записываются. После этого возможны две модификации техники:

- 1) поиск аргументов «против»;
- 2) поиск дефектов в приведенных доказательствах.

Подобные техники направлены на «расшатывание» убеждений. Техника может завершаться переформулированием жесткого убеждения в более гибкое и реалистичное выражение.

Коррекция когнитивных искажений. Некоторые малоадаптивные паттерны мышления имеют негативное влияние на настроение и социальное функционирование пациентов, а также подкрепляют дисфункциональные убеждения, участвуя в формировании негативных поддерживающих циклов.

К типичным когнитивным искажениям при расстройствах шизофренического спектра относят [7]:

- эгоцентрическое искажение — пациент считает себя причиной происходящих событий;
- экстернальное искажение — пациент считает, что причиной его внутренних переживаний и ощущений являются внешние силы;
- искаженное восприятие намерений, приписывание недружелюбности и агрессивных устремлений другим людям.

С помощью самонаблюдения и дневниковых записей (обычно в формате четырехстолбцовой таблицы, хотя существует и ряд других модификаций подобных заданий) пациент учится выявлять когнитивные искажения, корректировать их и реагировать с учетом нового опыта. Подобная работа тесно связана и с другими элементами и техниками плана психотерапии, например, может дополняться поведенческими экспериментами по проверке гипотез, градуированной экспозицией для повышения порога переносимости тревоги и формирования новых поведенческих навыков.

Поведенческие эксперименты. В работе с пациентами, страдающими расстройствами шизофренического спектра, находят активное применение не только когнитивные, но и поведенческие техники. Так, целью поведенческих экспериментов является проверка на соответствие реальности убеждений пациента. В начале формулируется гипотеза, нуждающаяся в проверке, затем переходят к выстраиванию дизайна эксперимента (определяют как он будет проведен, какие параметры будут фиксироваться). Сам поведенческий эксперимент может быть реализован между сессиями или (если позволяют условия) во время сессии. Оцениваются заранее определенные параметры, например интенсивность переживаний, убежденность в конкретной мысли. Результаты обязательно обсуждаются в ходе сессии, так как в силу нарушений мышления пациентам свойственно искажать результат.

Часть IV. Специальная психотерапия

Цели и ценности в фокусе работы когнитивно-поведенческого психотерапевта.

Постулируется, что осознание пациентом своих целей и ценностей, а также осознанное движение в русле их реализации позволяют не только улучшить удовлетворенность от проживаемых моментов, но и вернуть субъективный контроль своей жизни. В самом начале психотерапии, на подготовительном этапе, вырабатываются и фиксируются личные индивидуально значимые цели пациента (что именно он рассчитывает улучшить в процессе совместной работы с психотерапевтом). Во время основного этапа совместной работы психотерапевт периодически инициирует обсуждение — насколько удалось продвинуться в их достижении. Отдельный фокус внимания уделяется ценностям: если цель можно достичь (особенно если она реалистична, измерима, несет психологическую выгоду), то ценности — это русло и направление развития, в их сторону можно двигаться, но их невозможно достичь. Обсуждаются не только наиболее типичные примеры ценностей, но и каким образом сопоставляются его защитные факторы и сильные стороны личности с ценностной структурой.

Перечни ценностей могут выдаваться на дом в печатной форме с пожеланием в качестве домашнего задания между сессиями отметить собственные ценности в списке, добавить те, которых нет. В ряде случаев такие задания дополняются дневником успехов, так как лицам, страдающим аутохтонными психическими расстройствами, бывает сложно видеть в своей текущей жизни маленькие положительные события и собственные достижения. Рассмотрение получает мысль, что проще идти к большим целям, замечая позитивные факты и подбадривая себя, что позволяет развить способность совладать с трудностями, которые являются неотъемлемыми элементами жизни.

«Инвентаризация» личных ресурсов и способов поддержки (семья, друзья, знакомые, сообщества пациентов, медицинские работники) может проводиться как на психотерапевтической сессии, так и в виде домашнего задания с последующим обсуждением. Структура работы с отдельными проблемами на примере параноидного бреда. Отдельного внимания заслуживает работа с параноидным бредом. В КПТ бред рассматривается как наиболее субъективно правдоподобная картина, которую выстраивает человек на фундаменте жизненного опыта и болезненных переживаний. Сама фабула детально изучается специалистом и пациентом с помощью активной исследовательской позиции. Психотерапевт задает уточняющие вопросы, проясняет аргументы и события, стоящие за тем или иным убеждением, с самого начала относясь к подобным бредовым построениям как к гипотезам, постепенно побуждая пациента рассматривать их и всю систему обоснования с разных точек зрения. В таком сотрудничающем подходе высвечивается система (в идеале, с учетом иерархии) болезненных переживаний, выявляются поддерживающие циклы, работающие по механизму порочного круга. В последующем работа ведется преимущественно с элементами, поддерживающими болезненную конструкцию, так как прямая конфронтация с бредовыми убеждениями нецелесообразна и может вызвать выраженное сопротивление, а также спровоцировать включение специалиста в структуру бредовой концепции. В ходе групповой работы с такими пациентами для примеров построения самоподдерживающихся циклов используют широко распространенные в обществе постулаты. Еще одним вариантом интервенций является работа с подозрительностью, когда психотерапевт вместе с пациентом обсуждает негативное влияние подозрительности и тревоги на повседневное функционирование, и предпринимаются шаги, направленные на их снижение.

В случае параноидного бреда также может использоваться подход в виде включения в психотерапевтическую стратегию модулей работы с ключевыми триггерными и поддерживающими симптоматику элементами (по Даниэлу Фримену): тревогой, негативными убеждениями о себе, необычным опытом, нарушениями сна, охранительным поведением. Время, необходимое на проработку каждого элемента, может существенно варьировать в зависимости от его вклада в поддержание/экзацербацию болезненной симптоматики. Графически данный подход иллюстрируется в виде диаграммы поддерживающего цикла по типу «ромашки», где в центре представлена «значительная убежденность в присутствии опасности», а лепестки — в виде шести модулей, перечисленных выше.

Существуют специально разработанные подходы для работы со слуховыми галлюцинациями (преимущественно направленные на снижение вторичного дистресса от позитивных симптомов. Отдельного внимания заслуживает работа с императивными слуховыми галлюцинациями. Она основана на концепции «социальных рангов» и направлена на усиление способности индивидуума сопротивляться «голосу». Считается, что вторичный дистресс от наличия позитивной симптоматики может рассматриваться как один из возможных предикторов эффективности процесса психотерапии. Например, если слуховые галлюцинации воспринимаются как «хорошие голоса» и дистресс при их возникновении незначителен, то скорее всего мотивация пациента на работу с ними будет неустойчивой.

Завершающий этап психотерапии. Профилактика рецидива. На завершающем этапе психотерапии осуществляется профилактика рецидива и пациент готовится к продолжению самостоятельных шагов после завершения работы с психотерапевтом. Нужно отметить, что при наличии возможности целесообразно проводить поддерживающие встречи после завершения основного курса психотерапии, поскольку они способствуют стабилизации состояния и помогают пациенту придерживаться заранее определенного курса. Среди наиболее типичных предвестников рецидива выделяют усиление страха, ощущение беспомощности и безнадежности, подавленность и стыд [16]. В рамках этой работы пациент (а в ряде случаев и его близкие родственники) учится опознавать и справляться с надвигающимся ухудшением состояния. Для этого могут не только использоваться техники, освоенные во время основного этапа психотерапии, но и менеджмент заболевания в виде обращения к специалисту для своевременной коррекции лекарственной терапии. Создаются специальные копинг-карточки, где с одной стороны приводятся типичные признаки ухудшения состояния, а с другой стороны варианты стратегий совладания и конкретные поведенческие алгоритмы.

Психодинамическая психотерапия. Психоанализ развивался в значительной степени благодаря работам З. Фрейда, но в ходе его эволюции сам австрийский психотерапевт много раз менял свои формулировки, пересматривая концепции и добавляя технические приемы [17]. В современном представлении психоанализ рассматривается как метод выяснения у пациентов их прошлых эмоциональных переживаний и их влияние на текущую психическую жизнь. Это делается для того, чтобы обнаружить конфликты и механизмы, которые предшествовали развитию психопатологических состояний с целью дать направление для проведения психотерапевтических интервенций. В методе используются свободные ассоциации, воспоминания и толкование сновидений, а также интерпретация явлений переноса и сопротивления. Влияние психоаналитических техник на людей, страдающих заболеваниями шизофренического спектра, является предметом многочисленных споров. Что касается шизофрении, З. Фрейд и его более ортодоксальные последователи считали, что пациенты с шизофренией не подходят для психоанализа. Однако, вопреки этим взглядам, описание психоаналитических методов лечения пациентов в психотическом состоянии впервые появились в первой четверти XX в. (Bjerre P., 1912; Bertschinger H., 1916; Kempf E.J., 1919). Дальнейшее движение в этом направлении и находки двух десятилетий второй половины XX в. позволили создать идеи, лежащие в основе суппортивной психодинамической психотерапии (Federn P., 1952; Fromm-Reichmann F., 1958; Arieti S., 1974). Нарботки исследователей в области психоанализа значительно изменили технику психоаналитически ориентированной психотерапии психозов и стали включать важные поддерживающие элементы и стратегии, направленные на снижение риска регресса и подавляющих большого тревоги и беспокойства. Так были отвергнуты использование кушетки и вызывающего тревогу молчание терапевта, а большее значение стало придаваться терапевтическому альянсу для предотвращения психотического переноса.

Часть IV. Специальная психотерапия

Таким образом, использование более гибких методов, включая поддерживающие и направляющие элементы, привело к переоценке психодинамической психотерапии шизофрении [18] и других тяжелых психических расстройств, возродив интерес исследователей и практиков к использованию этого психотерапевтического подхода. Благодаря этому прогрессу многочисленные несогласные со скептиками относительно полезности психодинамической психотерапии ученые с энтузиазмом выступают за ее применение у психотических пациентов [19].

Важно упомянуть, что в 1950-х годах специалисты в области психического здоровья разделяли недолгую надежду на то, что лекарства могут окончательно вылечить душевные страдания. Однако этого не произошло, и, несмотря на положительное воздействие лекарств на большую часть пациентов, многие симптомы остались невылеченными. В некоторых случаях у больных наблюдались серьезные побочные эффекты. На этом фоне сообщество психиатров начало обращать внимание на социальные вмешательства и психотерапию [20–22]. Именно значимость применения интегративного подхода при лечении больных тяжелыми психическими расстройствами, а также результаты исследований и клиническая практика способствовали развитию психодинамической психотерапии, позиционируя такое лечение среди рекомендаций по лечению различных психических расстройств, включая пациентов с психотическими расстройствами [23]. Важно заметить, что определенное противостояние фармакотерапевтов и психоаналитически ориентированных терапевтов, наблюдаемое в 70-х годах XX в., осталось в прошлом, и в настоящее время психодинамическая перспектива не должна подразумевать антагонизма по отношению к использованию лекарств. В любом случае психодинамика играет важную роль в выявлении

конкретных личных и экологических факторов уязвимости перед психозом, поскольку именно психодинамика может помочь определить, где необходимо психологическое «укрепление», чтобы позволить пациенту столкнуться с ключевыми эмоциональными переживаниями, или, в качестве альтернативы, какие проблемы следует избегать, чтобы минимизировать риск дальнейшего психотического срыва.

Однако на протяжении десятилетий эффективность комбинированного лечения шизофрении с психодинамической психотерапией и лекарственной терапией подвергалась сомнению. В своем исследовании с участием 228 пациентов государственных больниц с шизофренией [24] авторы сообщили, что как пациенты, получавшие только медикаменты, так и пациенты, получавшие индивидуальную поддерживающую психодинамическую психотерапию в сочетании с антипсихотиками, имели меньшую продолжительность госпитализации и, как правило, реже госпитализировались и на более короткий период, чем пациенты, которые получали только поддерживающую психодинамическую психотерапию.

После тщательного анализа всех рандомизированных испытаний индивидуальной психодинамической психотерапии для людей с шизофренией была отмечена более высокая эффективность лекарств по сравнению с психодинамической психотерапией в достижении выписки из больницы [25], однако предполагалось, что психотерапия оказала положительный эффект, даже если данные были скудными, только для пациентов, получавших дополнительные лекарства в период от 12 мес до 3 лет после выписки.

В противоположность этому другие авторы высказали разные позиции, некоторые из них утверждали, что выздоровление возможно у многих пациентов с психозом или шизофренией, леченных с помощью подходов, которые сосредоточены на примате психоаналитически ориентированных психотерапевтических методов [26].

Один из центральных основ психотерапии — это терапевт и его опыт, что играет важную роль в исходе лечения. Сообщалось, что конкретные характеристики терапевтов, такие как их отношение, интеллектуальные и терапевтические навыки, а также способность справляться со стрессом или выражать принятие и сострадание, косвенно влияют на результат лечения. Исследование A.F. Frank и J.G. Gunderson [27] в роли терапевтического альянса в лечении пациентов с шизофренией также показало, что хороший альянс с терапевтами в течение первых месяцев сильно коррелировал с курсом лечения и результатами, особенно в отношении большего принятия как психотерапевтических, так и фармакологических методов лечения и сокращения использования лекарств.

Основываясь на датском национальном проекте по шизофрении, некоторые исследования (проспективные, сравнительные, продольные многоцентровые) предполагают более высокую эффективность лечения пациентов с шизофренией индивидуальной поддерживающей психодинамической психотерапией в дополнение к обычному лечению по сравнению с обычным лечением [28, 29]. Было доказано, что пациенты значительно улучшились в течение двух лет интегративного лечения с умеренным и сильным влиянием на положительные и отрицательные симптомы, общий уровень симптомов и социальную функцию. В соответствии с этими выводами другие исследования подтвердили уменьшение психопатологических проявлений наряду с изменениями некоторых когнитивных и/или социальных функций и качества жизни пациентов с шизофренией, получающих длительную (до трех лет) психодинамическую групповую терапию в дополнение к регулярному лечению антипсихотиками [30, 31]. Еще одно многоцентровое исследование применения психодинамической психотерапии продемонстрировало значительные межгрупповые эффекты в пользу суппортивной психодинамической психотерапии на социальное функционирование, общие симптомы и положительные психотические проявления в период активного вмешательства [32].

Взятые вместе все эти исследования указывают на важность комплексного психоанализа и фармакологического лечения для пациентов, в частности, на то, как психиатрические и психоаналитические принципы тесно связаны друг с другом и полезны для понимания болезни пациентов и их успешного лечения.

Касаясь уместности и полезности использования психодинамической психотерапии для больных депрессией, можно обратиться к ряду руководств. Например, руководство по клинической практике, разработанное рабочей группой VA/DoD (2016) [33] по лечению большого депрессивного расстройства, рекомендует: «Для пациентов с большим депрессивным расстройством легкой и средней степени тяжести, которые отказываются от фармакотерапии или которые отказываются и не могут получить доступ к психотерапии первой линии, основанной на фактических данных, рабочая группа рекомендует предложить недирективную поддерживающую или краткосрочную психодинамическую психотерапию».

Часть IV. Специальная психотерапия

Руководство по клинической практике, разработанное рабочей группой Национального института здравоохранения и повышения квалификации [34], гласит: «Людам с депрессией, которые отказываются от антидепрессантов, КПТ, интерперсональной (межличностной) терапии, поведенческой активации и поведенческой терапии для пар, предлагается: краткосрочная психодинамическая психотерапия для людей с легкой и умеренной депрессией» (Рекомендация 1.5.1.4, с. 23).

«Для всех людей с депрессией легкой и средней степени тяжести, проходящих краткосрочную психодинамическую психотерапию, продолжительность лечения обычно должна находиться в диапазоне от 16 до 20 сеансов в течение 4–6 месяцев» (Рекомендация 1.5.3.7, с. 28).

Результаты двух систематических обзоров показали, что краткосрочная психодинамическая психотерапия может быть более полезной для пациентов с депрессией по сравнению с обычным лечением в срок от 6 до 9 мес за счет снижения тревожности, психопатологической симптоматики и качества жизни [35].

Психодинамическая терапия — это форма психологической терапии, в которой основное внимание уделяется выявлению бессознательного содержания психики пациента с целью снятия психического напряжения. Отношения между пациентом (клиентом) и терапевтом составляют главный компонент терапии [36].

Поддерживающая психотерапия определяется как форма психологического лечения через долгосрочные терапевтические отношения, которые обеспечивают психологическую поддержку пациенту из-за его/ее ограниченной способности управлять своей жизнью. Цель этого подхода — вернуть уверенность пациенту в свои силы и способность проживать жизнь продуктивным и приносящим смысл и пользу способом.

Целями поддерживающей психодинамической терапии являются: укрепление Эго и самобытности пациента, развитие зрелых механизмов психологической защиты, улучшение восприятия реальности, социального функционирования, уверенности в себе и самооценки, а также снижение частоты рецидивов за счет обнаружения обстоятельств, приводящих к развитию психоза, повышение совладания с тревогой и стрессом, нормализации психологических реакций относительно себя и окружающих [37].

Психодинамическая психотерапия состоит из регулярных психотерапевтических сеансов с обученным врачом-психотерапевтом с использованием супервизии. Сеансы основываются на психодинамической модели. Они могут опираться на различные стратегии, в том числе на исследовательскую, ориентированную на понимание, поддерживающую или гибко применяемую директивную деятельность. При лечении психотических пациентов терапевты должны использовать менее строгую стратегию, чем в психоанализе. Важно подчеркнуть, чтобы считать психотерапию психодинамической, терапевту необходимо включать работу с переносом пациента. Терапия может проводиться как в индивидуальном, так и групповом формате, поскольку группа сама по себе является терапевтическим компонентом, способствующим социализации, общению и пониманию себя для развития зрелых механизмов психологической защиты и улучшающим объектные отношения.

Психотерапевтическая группа создает благоприятную, защищенную обстановку, в которой больной учится говорить о том, что его беспокоит, вместо того чтобы держать это в себе, выражать свои чувства, узнавать от других, какое впечатление производит на окружающих, какую меру ответственности он должен нести за собственную жизнь вне зависимости от получаемой от окружающих поддержки [37]. При этом динамика поведения больного в группе является индикатором повышения адаптивности социального поведения [38].

В целом основными целями психодинамической психотерапии при лечении больных с тяжелыми психическими расстройствами являются следующие.

1. Фокусирование на факте заболевания.

Перенесенный психоз — травматическое событие для индивида. Те симптомы, которые он перенес, часто воспринимаются как «катастрофа» и терапевт должен иметь в виду, что зачастую то, как больной воспринимает и осознает свое заболевание, представляет собой сопротивление этому травматичному опыту. Больному надо помочь осознать свою болезнь, ее природу, динамику развития симптомов и то, что предшествует обострению.

Это является predisposition для того, чтобы у пациента возникла потребность в помощи и включенность в терапию. Работа проходит на фоне тревоги, агрессии, недоверия, и здесь велика опасность обострения симптоматики.

2. Фокусирование на здоровом функционировании.

Терапевт должен помогать и поддерживать больного в его улучшении эмоционального контакта с повседневной реальностью. Часто больной не может понять, что произошло в его жизни и причины заболевания. Психологические защиты срабатывают, отрицая значимость прошлых, настоящих и будущих событий. Задача врача — работать с механизмами психологической защиты, исследуя их и преодолевая. Важно продемонстрировать больному их неэффективность, делая упор на его потенциал, показав, что болезнь — это не непреодолимое препятствие.

При работе с ресурсами больного делается акцент на то, что больному важно восстановить работу, учебу и др. Необходимо исследовать его возможности и ограничения, его мечты и то, как он видит перспективу.

3. Развитие ответственности и автономной позиции относительно лекарственной терапии.

При том, что психофармакотерапия необходима, надо стремиться с больным добиваться по возможности низких дозировок лекарств. Важно выявить факторы (внешние, внутренние), которые увеличивают тревогу больного и, соответственно, требуют повышения дозы медикаментов, а также тех факторов, которые позволяют справляться с тревогой и предотвращают потребность в увеличении препаратов. Использование патерналистской позиции здесь неуместно.

4. Фокусирование на переориентацию в связи с фактическими потерями и/или реальными изменениями социальных, социально-психологических и межличностных ситуаций.

Работа со стереотипными восприятиями себя, других, которые негативно влияют на жизнь больного, проработка чувства горя, утраты. Такой подход может положительно влиять на общее психическое функционирование больного и ориентировать его на дальнейшее достижение реалистичных целей, дать ему чувство самоуважения и возможность восстановления социальных и межличностных контактов. Технически этому способствует вовлечение в милеи-терапию и социально-психологические программы.

Часть IV. Специальная психотерапия

5. Фокусирование на развитии терапевтического альянса.

Создается базисное доверие и понимание. Полученные больным навыки в идеале должны использоваться им в других межличностных взаимодействиях вне терапии.

Стиль и техника психотерапевта. Стиль взаимодействия с пациентом каждого отдельного психотерапевта различны. Отчасти от того, что терапевты имеют различные личностные структуры, отчасти от личного опыта.

Терапевты в ходе терапии ведут себя по-разному: сохраняют нейтральную позицию, активно включают свою личность (используя мимику, интонации, жесты, юмор, примеры из личного опыта) либо просто воздерживаются от участия.

Имея индивидуальный опыт, терапевты формируют разные контртрансферные реакции.

Стиль изменить трудно, но в ходе терапии врач должен придерживаться следующих правил:

- В ходе психотерапии диалог с пациентом, имея черты естественности, должен быть структурирован, а не сводиться к обыкновенной беседе; психотерапевт должен отслеживать свои реакции и мысли, приходящие ему в голову.
- Содержание сессии целесообразно сфокусировать на определенной проблеме, но терапевт в повествовании пациента должен выявлять скрытые темы.
- Больные шизофренией испытывают трудности в планировании, реальности, способности фокусироваться на своих намерениях, а также имеют склонность к фантазированию. Эти тенденции важно отслеживать во время беседы и направлять ее к реальным проблемам, обсуждению поведения больного, его отношениям с другими.
- Динамическая психотерапия фокусируется на развитии личности, и это происходит на основе переноса.
- Терапевт должен оставаться эмоционально нейтральным, но эмпатичным к тому, что говорит больной и при выборе своих формулировок.
- Терапевт должен оставаться эмоционально нейтральным, формулируя и проговаривая свои мысли в беседе с пациентом, а также при выслушивании больного, сохраняя при этом эмпатию.

Схема суппортивной психодинамической психотерапии психотических больных

Первоначальная оценка и обсуждение терапии. В течение первых нескольких сеансов терапевт проводит психодинамическую оценку, которая включает следующую информацию.

- Восприятие пациента себя как личности. Пример: «не могли бы Вы рассказать немного о себе так, чтобы я получил образ Вас как человека, поделиться своими чувствами и мыслями о себе как о личности?»
- Опыт взаимодействия больного со значимыми для него людьми (родители, братья, сестры, постоянные друзья, супруги, дети, коллеги). Пример: «другие люди всегда вызывают различные чувства. Не могли бы Вы рассказать немного о Ваших отношениях, что Вы думаете о других, что они думают о Вас?»

- Опыт восприятия себя и окружающих, конфликты или проблемы: *«какая проблема наиболее значима для Вас сейчас?», «какой проблеме наша совместная работа будет посвящена?»*

Эти вопросы задаются на том этапе, когда они становятся естественны.

Терапевт должен не только констатировать чувства, но и находить в каких ситуациях они появляются.

Психодинамическая формулировка — это гипотеза о борьбе пациента через понимание воздействия бессознательных мыслей и чувств на то, что он переживает, думает и о его поведении. Формулировка основывается на изучении возможных фаз и последовательностей в развитии психопатологии человека, особенностей того, как субъективно переживались травмирующие события и отношения и как они связаны с более поздними жизненными моделями и привычками. Она также включает динамику основных межличностных отношений человека в детстве и во взрослой жизни, субъективные переживания себя и других в этих отношениях и приписываемые им эмоциональные значения. Терапевт может использовать следующие вопросы.

- Скажите, что, по вашему мнению, привело к ситуации, что Вы решили обратиться за помощью в службу психического здоровья?
- Какие проблемы Вы считаете наиболее важными?
- Как Вы думаете, откуда берутся Ваши проблемы?
- Какие ситуации могут усугубить Ваши проблемы и симптомы?
- Как Вы думаете, кто или что может помочь в решении проблем?

Каждая упомянутая пациентом проблема рассматривается отдельно. Терапевт часто выражает сочувствие пациенту и разъясняет его душевные страдания, но, в то же время выявляет его здоровые ресурсы, подчеркивая и поощряя их.

Многие пациенты ответят слишком конкретно или без достаточных подробностей. Терапевт пытается способствовать углублению раппорта, проявляя внимательное отношение к темам, одновременно исследуя собственные реакции и чувства. Он может помочь, проявляя сочувствие и уважение к трудностям пациента, перефразируя и объясняя его душевные страдания и выражая свое понимание о том, о чем говорится, не скрывая собственные реакции на услышанное. При этом важно избегать принуждения пациента сказать больше того, что он изложил, если это вызывает дискомфорт последнего.

Терапевт отмечает области жизни пациента для будущей работы, которые являются для него эмоционально сложными и болезненными, но которые замалчиваются, поскольку здесь включаются механизмы психологической защиты, искажающие проблемные области, что естественно для больного.

Первоначальная оценка также способствует формированию терапевтического альянса, который, как показали исследования, имеет большое значение [27]. Это необходимая и решающая предварительная фаза терапии, которая пациентом, вероятно, воспринимается как уже терапия сама по себе.

Терапевт также предоставляет исчерпывающую и конкретную информацию о цели и структуре терапии. Например:

Часть IV. Специальная психотерапия

«Я чувствую насколько трудно и больно Вам думать о том, что Вы заболели, но на основании моего опыта я убежден, что ничего нельзя достичь, ничего не делая. Очень важно стремиться к выздоровлению и действовать как здоровый человек. Однако при том, что у Вас есть для этого ресурсы, мы оба знаем, что есть и определенная уязвимость, которой мы должны противостоять вместе. И это цель психотерапии, поскольку лучший способ борьбы с Вашей болезнью — это говорить об этой Вашей уязвимости, несмотря на то, что это порой трудно, а порой даже может показаться бессмысленным».

На этапе завершения начальных сессий также важно вместе с пациентом «провести ревизию» основных психобиографических и конфликтных тем, которые в дальнейшем станут фокусом обсуждения.

Для терапевта — это способ почувствовать согласие или несогласие пациента и понять, пришел ли он с большим к консенсусу. Для пациента это создает определенную структуру для работы, фокус для обсуждения, а также дает возможность ощутить, что терапевт его слушал и смог услышать его слова и мысли, и то, что они восприняты всерьез.

Важной областью является динамическое понимание недоверия к лекарствам. Уместно еще раз коснуться лекарственной терапии. Например: *«Вполне понятно, что временами, ощущая себя свободным от проявлений болезни, Вы можете решить прекратить прием лекарств, не сообщая мне об этом. Вы можете полагать, что лекарства*

не эффективны и держать в секрете эти Ваши размышления и то, что Вы прекратили их прием. Если такие мысли и чувства возникнут, я предлагаю обсуждать их прежде, чем Вы начнете действовать, и мы с Вами попытаемся прийти к решению, как лучше поступать для того, чтобы Вы ощущали прогресс в своем состоянии и лечении. Согласны?»

Если история пациента содержит информацию об иных формах саморазрушающего поведения (например, употребление ПАВ), это тоже обсуждается как фактор, способный стать барьером прогресса лечения.

По завершении начальной фазы необходима супервизия. Психотерапевт и супервизор в начале лечения проводят 1–2 встречи, в ходе которых обсуждаются впечатления терапевта и гипотезы о конфликтных зонах пациента, его копинг-механизмах и гипотезы о триггерах, приведших к психотическому срыву.

После первых сеансов терапевт обдумывает и формулирует ряд гипотез. Они будут охватывать несколько областей, обсуждаемых в ходе супервизии.

- Обзор истории жизни и болезни пациента, текущие жизненные проблемы и эмоциональные трудности, с которыми сталкивается больной. Сюда входят гипотезы о динамике здоровых аспектов личности пациента, трудности переживания реальности. Особенно выделяется динамика травмирующих факторов.
- Суицидальные и/или насильственные мысли и импульсы: текущие и возникавшие в начале болезни. Важно дать пациенту четкое представление, что терапевт воспринимает суицидальные импульсы, саморазрушающее и агрессивное поведение и рассматривает их как имеющие значение в контексте жизни пациента, что он пытается помочь ему ощутить его (пациента) готовность избежать их воздействия.
- Степень осознанности и чувство болезни. Пациент должен знать, что терапевт считает его заболевание требующим лечения и готов к обсуждению. В некоторых случаях важно обговорить причины возникновения декомпенсации.
- Возможности усиления терапевтического альянса и формирование надежды. Более сильный терапевтический альянс с пациентом используется для стимулирования надежды на улучшение, то есть на то, чтобы стать самим собой, с большим пониманием себя, меньшим недоверием, более высокой самооценкой и меньшим беспокойством. Терапевт также начинает выяснять, что препятствует этим изменениям.
- Природа и роль психотического функционирования и его проявления в переносе и контрпереносе. Понимание психотического функционирования пациента позволяет терапевту избежать его усугубления и своевременно оказать поддержку.

Начальная фаза. В ходе этой фазы терапевту важно, преодолевая хаотичное восприятие окружающей обстановки, поддерживать в психотерапевтическом процессе «фокусные темы» и придерживаться следующих правил:

- найти оптимальную дистанцию по отношению к пациенту и придерживаться ее;
- сдерживать свою амбициозность;
- избегать пессимизма, придерживаясь реалистичных целей;
- исходя из конкретных условий, поддерживать максимально возможную автономность пациента;
- работать по принципу «здесь и сейчас» с текущими жизненными событиями больного, эмпатически прорабатывая механизмы психологической защиты и устанавливая связи симптомов с ежедневными стрессорами;
- избегать использования свободных ассоциаций;
- избегать анализа и интерпретации переноса в диалоге с пациентом, но фиксировать для себя его качество и динамику;
- не использовать «технических» терминов, говорить ясно, кратко, четко;
- исследовать как пациент понял интервенции, качество раппорта и консенсуса;
- не интерпретировать сны, но проявлять интерес к тому, что пациент о них думает;
- фиксировать качество контрпереноса.

На начальном этапе важно из всего материала, который приносит пациент:

- «выкристаллизовать» рабочие темы,
- прояснять причины того, что предшествовало психотическому срыву.

Необходимо также учитывать следующие аспекты.

- Соглашение и разногласия по поводу того, что было сказано, что это значит и как оно может быть использовано, — являются ключевыми элементами в ходе первого этапа терапии.

- Расхождение между точками зрения пациента и терапевта никогда не должны перерасти в укоренившиеся позиции, оборонительно-наступательные фиксации или любые другие формы поляризации.
- Первая задача терапевта структурировать ситуацию так, чтобы было обеспечено то, что пациент слушает, и, по возможности, понимает не только собственное мнение, но и точку зрения терапевта.
- Терапевт должен, несмотря на очевидные признаки психоза, доверять наличию некоторого нормально функционирующего Эго внутри пациента и поддерживать его.
- Осторожное, медленное и подробное объяснение пациенту может на начальном этапе иметь решающее значение для уменьшения его беспокойства и недоверия.

Часть IV. Специальная психотерапия

Средняя фаза. Обычно достигается после 3–6 мес терапии. Здесь психотерапевтический процесс может пойти разными путями:

- проводится работа с одной или несколькими проблемами и, хотя не все симптомы исчезли, пациент ощущает, что надежно привержен терапии, чувствуете пользу и прогресс;
- требуется постоянно удерживать терапевтические отношения, происходит неравномерность в работе, приходится возвращаться к напоминанию целей лечения;
- формируется деструктивный терапевтический альянс, больной не включается в работу над своими проблемами, он полностью поглощен симптомами;
- наблюдается «промежуточная» ситуация, она трудна для врача, так как «статична», развития психотерапевтического процесса не происходит, врач ощущает, что «застрял», но это нельзя воспринимать как катастрофу, поскольку возможен «прорыв».

Средняя фаза — это обычно фаза, в которой терапевт испытывает трудности, поскольку:

- повторяется то, что было сказано (истории, события) в старых и новых версиях;
- комментарии терапевта не слышатся, не ценятся, не понимаются;
- происходит «испытание» индивидуального стиля психотерапевта и его защитных механизмов;
- часть терапевтов начинают сомневаться в пользе психотерапии для больного («а может было бы лучше только таблетками»);
- если контрперенос терапевта не вскрыт, то врачи могут забывать содержание сессий, свои записи и т.д. Это может спровоцировать ухудшение и регресс больного.

Терапевту важно понимать, что больному трудно осознавать тот факт, что врачу может быть что-то непонятно. Это глубоко его травмирует и он будет избегать болезненных чувств (депрессии, печали) и защищаться от них «пустотой». Таким образом, терапевт должен балансировать между едва доступным эмоциональным материалом и тем, чтобы дать понять больному, что он не планирует прекращать с ним отношения из-за его скрытности. Как следствие контрпереноса, терапевт может бессознательно пытаться «притвориться» в качестве «взятки» пациенту:

- быть хорошим;
- нереалистично гостеприимным;
- любвеобильным, с ожиданием, что пациент будет в ответ слушать все, что он должен сказать о жизни и терапии.

Терапевт может бессознательно найти, что он заслужил право требовать что-то от пациента. Когда пациент не реагирует, как ожидалось, терапевтом могут приводиться бесполезные аргументы либо с его стороны могут легко возникнуть агрессивные полутона. С другой стороны, терапевты могут реагировать на отсутствие у пациента прогресса своего рода пассивностью. Они действительно не вовлечены в то, что говорит пациент, или перенаправляют работу на самого пациента. Однако даже в ситуациях, когда у пациента сохраняются психотические симптомы, терапевт должен верить, что развитие личности может дать пациенту качества, выходящие за рамки эффекта лекарств. Ему важно сохранять веру в существование некоторых нормально существующих аспектов пациента [39]. Цель терапевта — помочь пациенту расширить адаптивные паттерны и уменьшить психотическое функционирование. Другая цель — помочь найти пациенту какой-то личный смысл в симптомах и таким образом попытаться овладеть ими, вместо того чтобы позволить им доминировать в его сознательной жизни.

В ходе сеансов должно происходить наращивание эмпатического сотрудничества в создании смысла, которое становится все более интернализированным пациентом и может иметь решающее значение в долгосрочной перспективе для уменьшения беспокойства пациента и недоверия во взаимоотношениях.

Часть терапевтов помогают пациенту соединить слова и мысли с бессознательными эмоциями и идеям, которые диссоциированы или фрагментированы. Другие терапевты могут создавать пространство для размышлений и согласованного подтверждения или развития метакогнитивных способностей [40].

Важно учитывать, что психотическим пациентам бывает трудно выразить то, что они чувствуют, и поверить, что терапевт это понимает. Даже когда пациент выражает себя, ему может быть сложно поверить, что их слова верно понимаются терапевтом. С другой стороны, смысл слов терапевта также могут восприниматься искаженно. Именно поэтому терапевт выражает свою осведомленность о возможных несоответствиях и исследует, что слова могут означать для пациента, а также делиться тем, что они обозначают для него. Таким образом, могут быть созданы и расширены области общения.

На этой фазе терапии важно:

- противостоять привычному для больного бессознательному возвращению к его способам совладания, защитным механизмам, когнитивным и поведенческим паттернам;
- установить взаимосвязь между ухудшением и блокировкой терапии.

Сильвано Ариети в 1974 г. предложил такую стратегию: если пациент слышит «голоса», терапевт предполагает, что больной ожидает что-то услышать. Эти ожидания могут стать предметом обсуждения, вскрывая проективную идентификацию.

Тематикой сессий могут быть:

- жизненные планы пациента;
- его личностные черты;
- осознаваемые конфликтные взаимоотношения;
- проблемы управления и решения повседневных задач;
- вопросы, связанные с переживанием болезни и лечения;
- стрессоры в повседневной жизни.

Обсуждая эти темы, пациент высказывает свою точку зрения, которая не должна сразу отвергаться и немедленно восприниматься как «ненормальная», несмотря на то, что временами планы пациента могут содержать нереалистичность или не соотноситься с его возможностями для претворения их в жизнь.

Часть IV. Специальная психотерапия

Реалистичность высказываний и поведение пациента в этой фазе различается от сессии к сессии, и терапевту важно использовать поддерживающие техники, которые направлены на восприятие пациента:

- облегчение неминуемых кризисов путем поддержания решений и конструктивного поведения, что предотвращает «сползание» пациента в симптоматику, появление у него тревоги, obsessions и депрессии;
- восстановление равновесия путем выделения положительных моментов и результатов, рассматривая негативные аспекты его деструктивных защитных механизмов;
- поддержание и возвращение его связи с реальностью;
- мобилизацию здоровых сторон личности, поддерживая тестирование реальности, опираясь на конструктивные защитные механизмы.

Преимущество поддерживающей техники позволяет предотвращать бесконтрольный регресс больного в процессе психотерапии и за его пределы. Недостаток заключается в том, что не рассматривается «психотическая» часть личности.

Трудности, с которыми встречается пациент на средней стадии, включают:

- ощущение недостатка прогресса;
- желание «сдаться»;
- появление суицидных мыслей и фантазий, так как смерть кажется проще, чем реальность;
- кризисы, связанные с аддиктивным поведением;

- сомнения в необходимости психофармакотерапии, так как порой психотическое состояние предпочтительнее;
- развитие психотического переноса;
- ухудшение отношений в семье и с друзьями;
- рецидивирование симптоматики;
- развитие депрессии.

В ходе психотерапевтического процесса продолжается периодическая супервизия. При этом терапевт должен стремиться к открытости для супервизии, в ходе которой могут быть обнаружены «подводные камни», которые он не увидел.

Именно поэтому терапевту важно работать против собственной нарциссической уязвимости. Супервизия помогает ему обрести чувство убеждения, что он достаточно хорошо делает свою работу, а критика со стороны более опытного специалиста должна восприниматься как дополнительный вклад в вашу работу.

В ходе супервизии могут быть вскрыты следующие проблемы:

- чувства к пациенту (проективная идентификация, контрперенос, например, чувство вины и стыда, агрессивная девальвация);
- контртрансфер, который ощущает терапевт;
- контртрансфер в ответ на перенос, как если бы это была социальная реальность (проективная идентификация);
- недооценка значимости чувств терапевта к пациенту (чувства вины и стыда);
- преувеличение значимости терапевта для пациента (нарциссизм и чувство всемогущества).

Заключительная фаза. Переход к завершению терапии всегда постепенный. Определенные темы и предыдущие саморазрушительные способы мышления и взаимоотношений больше не повторяются, и завершающая фаза может ощущаться как потенциальное новое начало. За 4–6 мес до окончания терапии терапевт резюмирует то, с чем он работал до сих пор, и с чем, по его мнению, пациенту все еще нужно иметь дело, о чем ему еще стоит подумать или с чем он, вероятно, столкнется. Уместно использование метафор, аллегорий, которые были «активны» в предыдущих фазах.

Уделяется время для обсуждения того, как пациент справится с прекращением терапии или какие мысли и чувства у него вызывает завершение терапии. Какие стратегии можно использовать при возникновении сложных ситуаций в будущем.

Примерно за 1 мес до окончания подготавливается краткое изложение того, что было достигнуто, и над чем еще предстоит поработать либо самому пациенту, либо в будущей терапии. В резюме акцент делается на тех областях, в которых пациент восстановил автономию и добился прогресса. Важно конкретно указать, как можно эффективно использовать полученные результаты и предоставить новые перспективы таким образом, чтобы пациент мог рассматривать идеи как варианты, а не как единственную возможность. Во время фазы завершения терапевт предлагает пациенту высказать свое мнение о способах их общения, полезности, доступности или недоступности, своей способности слушать. Важно выделять грубые ошибки, которые могли повлиять на пациента, для дальнейшей их коррекции.

В течение фазы завершения важно, чтобы терапевт оставался эмпатичным к переживаниям пациента по поводу недостатков терапии и к тем областям, где не было достаточного прогресса. Фаза завершения должна иметь характер приближающегося к завершению совместного проекта, в ходе которого обе стороны извлекли уроки и после которого пациенту придется самостоятельно искать новые пути продвижения вперед.

Преимущества и недостатки суппортивной психодинамической терапии. Основным недостатком является стоимость терапии. Эта терапия предполагает не менее чем 40 сеансов, и обучение специалистов составляет 1–4 года, что длительнее, чем обучение другим психотерапевтическим подходам.

Преимущество этой терапии в том, что здесь основное внимание отдается вопросам взаимоотношений между пациентом и терапевтом, а это является важным аспектом успеха всех подходов к лечению, включая фармакотерапию. Считается, что психодинамический подход позволяет лучше удерживать больного в лечебном процессе [41].

Другим преимуществом является и то, что эта модель адаптирована к ограничениям больного в его способности к размышлениям и исследованиям. Поскольку модель направлена на то, чтобы избежать провоцирования психотической декомпенсации и способствует непсихотической защите и совладанию, становится возможным ожидать, что прогресс может быть достигнут в амбулаторных условиях и даст больному возможность лучше адаптироваться по достижению симптоматической ремиссии [42].

Часть IV. Специальная психотерапия

Показания для психодинамической психотерапии. Несмотря на то что зарубежные гайдлайны не включают психодинамическую психотерапию в рекомендации по лечению больных шизофренией, и помещают ее не в первую линию психотерапии при лечении больных аффективными расстройствами, исходя из недостаточности данных РКИ, существуют теоретические аргументы в пользу того, чтобы предлагать поддерживающую психодинамическую терапию людям, у которых исчезли острые симптомы, имеющим мотивацию работать над проблемами, снижающими их потенциал для более полного выздоровления и устойчивости к рецидивам. Прагматический подход может заключаться в предложении, поддерживающей психодинамическую психотерапию пациентам, предпочитающим этот вид лечения, у которых есть остаточные проблемы после прохождения КПТ. Поскольку проблемы переноса, как ожидается, будут препятствовать эффективности терапевтических подходов, которые специально не учитывают их, или где КПТ недоступна, но показана индивидуальная терапия [43].

Интегративные подходы в психотерапии психических расстройств. В литературных источниках убедительно показаны эффективные результаты *когнитивно-поведенческой терапии* для многих психических расстройств при не всегда удовлетворительных долгосрочных результатах. В то же время РКИ предоставили доказательства эффективности использования *психодинамической психотерапии* для ряда психических заболеваний [44, 45]. Поскольку оба эти подхода имеют ценность в лечении психически больных, ученые предполагают пользу от интеграции обеих модальностей. Современные исследования в области психотерапевтического консультирования выявили существование множества общих факторов между этими двумя подходами, которые включают: значимость терапевтического альянса, ожидание позитивных изменений, логическое понимание проблем клиента, качества терапевта и систематические терапевтические практики, то есть общность основ при расхождении методов. По этой причине в практике психотерапии стали разрабатываться интегративные модели психотерапии, включающие элементы этих методов. Например, изучение прошлого опыта пациента, что характерно для психодинамического подхода, открывает доступ к более глубокому представлению об их нынешнем опыте, мыслях, поведении и эмоциях, с которыми работают, используя методы КПТ. Такой интегративный подход показал преимущества в эффективности лечения против использования изолированной КПТ для пациентов с тревожным и депрессивным расстройством [46]. Разрабатываются и находят свое применение интегративные подходы КПТ и психодинамической психотерапии при лечении психозов [47]. При этом аргументация полезности интеграции их при лечении психозов сводится к тому, что пациент, по-видимому, вместо того чтобы испытывать мысли или чувства, «видит» или «слышит» вещи, которые кажутся происходящими вне его Я, перемещая внутренние проблемы и ощущения «во вне». Прежде чем бессознательное значение психотических симптомов может быть психодинамически истолковано пациенту, «вещественные представления» ментальной жизни должны сначала быть возвращены в границы Я. В этой парадигме психодинамический и когнитивно-поведенческий подходы сочетаются друг с другом, при этом каждая модальность играет важную роль по-разному на разных этапах курса лечения. Данная модель разработана путем изучения основного симптома психоза. КПТ предоставляет для этого технические средства. Как только при помощи технических приемов КПТ восстанавливается связь между психотическим переживанием и внутренней эмоциональной жизнью, психодинамическая перспектива становится все более важной. Лечение начинается с КПТ, практикующейся в психодинамической структуре, за которой следует вторая фаза лечения, в которой психодинамическая психотерапия является эмпатическим свидетелем психической жизни человека, питая самопознание [48].

С другой стороны, на практике становится очевидным, что между КПТ и психодинамической терапией есть значительные области совпадения. Некоторые техники КПТ не только совместимы, но и являются неотъемлемой частью психодинамического подхода. Примером может служить исследование голосов, когда психодинамические терапевты, как и терапевты когнитивно-поведенческой терапии, пытаются узнать о содержании того, что говорят голоса, их природе, характеристиках, истории развития и провоцирующих факторах, а также их возможных связях с другими событиями и переживаниями. Многие установки терапевтов, определенные в качестве основных компонентов когнитивно-поведенческой терапии при психозах в исследовании А. Delphi [49], также являются частью подхода терапевтов с психодинамической ориентацией.

Таким образом, формирующиеся интегративные психотерапевтические подходы обусловлены поиском наиболее эффективных стратегий и нуждаются в оценке их эффективности.

Семейная терапия. Семейные интервенции могут использоваться в разных вариантах, от семейного варианта психообразования (как с отдельной семьей, так и группой из нескольких семей) до терапии пар, ориентированной на снижение эмоциональной нагрузки в семье, где живет человек, страдающий заболеванием шизофренического спектра. Психообразовательный блок может включать как теоретическую информацию, так и обучение копинг-стратегиям. Так, в исследовании Т.М. Lincoln [51] включение членов семьи в психообразование положительно коррелировало с редукцией симптомов заболевания к концу лечения и снижением рецидивирования через 7–12 мес катамнеза, по сравнению с психообразованием без привлечения членов семьи. Направления работы с семьей могут опираться на психодинамическую, когнитивно-поведенческую (поведенческую) и системную парадигмы. Работа может вестись и в мультисемейных группах, когда в ней участвует несколько семей, включая пациентов. Обычно процесс начинается с психообразования, затем больший упор делается на использование техник семейной поведенческой терапии (чтобы улучшить социальное функционирование), и, на заключительном этапе, в виде цели выступает расширение социальных контактов и улучшение социальной поддержки. Перспективным также выглядит финский подход к психозам, основанный на открытом диалоге [52]. Десятилетнее наблюдение показывает хорошие результаты относительно стабилизации состояния больных [53]. Эти результаты частично связаны с реорганизацией психиатрической практики, обычно происходящей на дому у пациента. Основное внимание уделяется ранней психосоциальной реакции на любое психическое расстройство, а семья и социальные сети пациента задействованы с самого начала. Терапия направлена на развитие общего видения основных проблем, над которыми снова и снова работают на эмоциональном уровне. Работа соответствует основной психодинамической гипотезе о том, что психоз возникает в результате отказа от интеграции «токсичных» проблем, как описано выше. Такой подход может приводить к уменьшению количества госпитализаций, а также к высокому уровню реинтеграции в жизнь сообщества с возвращением к образованию и работе. Этот метод является развитием адаптированного к потребностям психоаналитических пациентов почти три десятилетия назад психоаналитического подхода У. Алана [54]. Тренинги по открытому диалогу проходят в нескольких странах. В 2013 г. в Нью-Йорке была инициирована соответствующая программа в нескольких районах, которая объединяет лучшее из финских и шведских психосоциальных разработок [55].

Часть IV. Специальная психотерапия

Предпринимаются попытки исследовать укороченные варианты семейных интервенций, чтобы увеличить их доступность для большего количества пациентов, но пока такие исследования не показывают убедительных данных об эффективности [56]. Семейные интервенции хорошо коррелируют с биопсихосоциальной парадигмой и могут гибко встраиваться в существующую систему лечебно-реабилитационных мероприятий.

Список литературы

1. Ледер С. Психотерапия в медицине на современном этапе развития // Возрастные аспекты групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях. Л., 1988. С. 13–18.
2. Вовин Р.Я. О клинических эффектах нейролептиков // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1984, № 3. С. 413–418.
3. Беляев Б.С. Особенности преморбидных свойств личности больных параноидной шизофренией // Актуальные проблемы клиники, лечения и социальной реабилитации психически больных. М., 1982. С. 741–744.
4. Beck A.T. Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt // Psychiatry. 1952. Vol. 15, N. 3. P. 305–312.
5. Wykes T. Cognitive-behaviour therapy and schizophrenia // Evid. Based Ment. Health. 2014. Vol. 17, N. 3. P. 67–68.
6. Wood L., Burke E., Morrison A. Individual cognitive behavioural therapy for psychosis (CBTp): A systematic review of qualitative literature // Behav. Cogn. Psychother. 2015. Vol. 43, N. 3. P. 285–297.
7. Beck A.T., Recto N.A., Stolar N., Grant P. Schizophrenia: Cognitive Theory, Research, and Therapy. New York: Guilford Press, 2008. 432 p.
8. Kingdon D.G., Turkington D. The use of cognitive behavior therapy with a normalizing rationale in schizophrenia: preliminary report // J. Nerv. Ment. Dis. 1991. Vol. 179, N. 4. P. 207–211.
9. Zimmermann G., Favrod J., Trieu V.H., Pomini V. The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta-analysis // Schizophr. Res. 2005. Vol. 77, N. 1. P. 1–9.
10. Brabban A., Byrne R., Longden E. et al. The importance of human relationships, ethics and recovery-orientated values in the delivery of CBT for people with psychosis // Psychosis. 2017.

Vol. 9, N. 2. P. 157–166.

11. Garety P.A., Kuipers E., Fowler D. et al. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis // *Psychol. Med.* 2001. Vol. 31, N. 2. P. 189–195.
12. Kingdon D. Developing a dialogue with voices case // *Case Study Guide Cognitive Behaviour Therapy Psychosis* / Eds D. Kingdon, D. Turkington. Chichester: John Wiley & Sons, 2002. Chap. 7. P. 85–92.
13. Stafford M.R., Jackson H., Mayo-Wilson E. et al. Early interventions to prevent psychosis: Systematic review and meta-analysis // *BMJ*. 2013. Vol. 346. P. 185–194.
14. Kingdon D., Turkington D., John C. Cognitive behaviour therapy of schizophrenia: The amenability of delusions and hallucinations to reasoning // *Br. J. Psychiatry*. 1994. Vol. 164, N. 5. P. 581–587.
15. Freeman D., Garety P. Helping patients with paranoid and suspicious thoughts: A cognitive-behavioural approach // *Adv. Psychiatr. Treat.* 2006. Vol. 12, N. 6. P. 404–415.
16. Gumley A., Schwannauer M. *Staying Well After Psychosis: A Cognitive Interpersonal Approach to Recovery and Relapse Prevention*. Chichester: John Wiley & Sons, 2006. 308 p.
17. Sandler J. Reflections on developments in the theory of psychoanalytic technique // *Int. J. Psychoanal.* 1992. Vol. 73, N. 2. P. 189–98.
18. Fenton W.S., McGlashan T.H. Schizophrenia: individual psychotherapy // *Comprehensive Textbook of Psychiatry* / Eds H. Kaplan, B. Sadock. Baltimore, MD: Williams and Wilkins, 1995.
19. Brus M., Novakovic V., Friedberg A. Psychotherapy for schizophrenia: A review of modalities and their evidence base // *Psychodyn. Psychiatry*. 2012. Vol. 40. P. 609–616.
20. Tai S., Turkington D. The evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia: current practice and recent developments // *Schizophr. Bull.* 2009. Vol. 35. P. 865–873.
21. Simon A. B., Brus M. *General Principles of Psychotherapy* // *Mount Sinai Expert Guides: Psychiatry*: ed. Simon A.B., New A.S., Goodman W.K. West Sussex, UK: John Wiley & Sons, 2017. P. 44–51.
22. Iannitelli A. Psicoanalisi e psicofarmaci: storia e sviluppi di un incontro ravvicinato // *Riv. Psichiatr.* 2014. Vol. 49. P. 157.
23. Ivezić S.S., Petrović B.R., Urlić I. et al. Guidelines for individual and group psychodynamic psychotherapy for the treatment of persons diagnosed with psychosis and/or schizophrenia // *Curr. Med. Res. Opin.* 2017. Vol. 29. P. 432–440.
24. May P.R., Tuma A.H., Dixon W.J. et al. Schizophrenia. A follow-up study of the results of five forms of treatment // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1981. Vol. 38. P. 776–784.
25. Malmberg L., Fenton M. Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2001. Vol. 3. CD001360.
26. Gibbs P.L. The primacy of psychoanalytic intervention in recovery from the psychoses and schizophrenias // *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry*. 2007. Vol. 35. P. 287–312.
27. Frank A. F., Gunderson J.G. The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1990. Vol. 47. P. 228–236.
28. Rosenbaum B. Early and sustained dynamic intervention in schizophrenia // *Psychiatr. Danub.* 2009. Vol. 21. P. 132–134.
29. Rosenbaum B., Harder S., Knudsen P. et al. Supportive psychodynamic psychotherapy versus treatment as usual for first-episode psychosis: Two-year outcome // *Psychiatry*. 2012. Vol. 75. P. 331–341.
30. Restek-Petrović B., Gregurek R., Petrović R. et al. Social functioning of patients with psychotic disorders in long-term psychodynamic group psychotherapy: preliminary research // *Psychiatr. Danub.* 2014. Vol. 26. P. 122–126.
31. Pec O., Bob P., Pec J., Hrubcova A. Psychodynamic day treatment programme for patients with schizophrenia spectrum disorders: Dynamics and predictors of therapeutic change // *Psychol. Psychother.* 2018. Vol. 91. P. 157–168.
32. Harder S., Koester A., Valbak K., Rosenbaum B. Five-years follow-up of supportive psychodynamic psychotherapy in first-episode psychosis: Long-term outcome in social functioning // *Psychiatry*. 2014. Vol. 77, N. 2. P. 155–168.
33. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Major Depressive Disorder [Electronic resource]. Version 3.0. Washington, DC: US Veteran Affairs, 2016 Apr. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines> (date of access October 12, 2017).
34. Depression in Adults: Recognition and Management. Clinical Guideline No. 90 [Electronic resource]. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2009 Oct 28. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90> (date of access September 12, 2017).
35. Ho Ch., Adcock L. *Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for the Treatment of Mental Illness: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines*. Ottawa: CADTH, 2017 Oct.
36. Ivezić S.S., Petrović B.R., Urlić I. et al. Guidelines for individual and group psychodynamic psychotherapy for treatment of persons diagnosed psychosis and/or schizophrenia // *Psychiatry Danub.* 2017: 29 (3):432–440.
37. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. 2-е изд. СПб.: Питер, 2001. 432 с.
38. Schlachet P. The clinical validation of therapist interventions in group therapy // *Int. J. Group Psychother.* 1985. Vol. 2. P. 225–238.

39. Martindale B., Summers A. The psychodynamics of psychosis // *Adv. Psychiatr. Treat.* 2013. Vol. 19. P. 124–131.
40. Lysaker P.H., Buck K.D. Metacognitive capacity as a focus of individual psychotherapy in schizophrenia // *Metacognition and Severe Adult Mental Disorders: From Research to Treatment* / Eds G. Dimaggio, P.H. Lysaker. New York: Routledge, 2010. P. 217–232.
41. Mueser K.T., Berenbaum H. Psychodynamic treatment of schizophrenia: is there a future? // *Psychol Med.* 1990 May. Vol. 20. N. 2. P. 253–262. doi: 10.1017/s003329170001758x. PMID: 2192381..
42. Fuller P.R. *Surviving, Existing, or Living: Phase-Specific Therapy for Severe Psychosis*. New York: Routledge, 2013.
43. Rosenbaum B., Martindal B., Summers A. Supportive psychodynamic psychotherapy for psychosis // *Adv. Psychiatr. Treat.* 2013. Vol. 19, N. 4. P. 310–318.
44. Leichsenring F., Hiller W., Weissberg M., Leibing E. Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: Techniques, efficacy and indications // *Am. J. Psychother.* 2006. Vol. 60, N. 3. P. 233–259.
45. Lincoln T.M., Pedersen A. An overview of the evidence for psychological interventions for psychosis: Results from meta-analyses // *Clin. Psychol. Eur.* 2019. Vol. 1. N 1. Article ID e31407.
46. Orvati Aziz M., Mehrinejad S.A., Hashemian K., Paivastegar M. Integrative therapy (short-term psychodynamic psychotherapy & cognitive behavioral therapy) and cognitive behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial // *Complement. Ther. Clin. Pract.* 2020. Vol. 39. Article ID 101122.
47. Carr E.R., McKernan L.C., Hillbrand M., Hamlett N. Expanding traditional paradigms: An integrative approach to the psychotherapeutic treatment of psychosis // *J. Psychother. Integr.* 2018. Vol. 28, N. 2. 154–170.
48. Garret M., Turlington D. CBT for psychosis in a psychoanalytic frame // *Psychosis*. 2011. Vol. 3, N. 1. P. 2–13.
49. Morrison A.P., Barratt S. What are the components of CBT for psychosis? A Delphi study // *Schizophr. Bull.* 2010. Vol. 36. P. 136–142.
50. Leichsenring F., Rabung S., Leibing E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2004. Vol. 61. P. 1208–1216/
51. Lincoln T.M., Wilhelm K., Nestoriuc Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis // *Schizophr. Res.* 2007. Vol. 96. P. 232–245.
52. Seikkula J., Aaltonen J., Alakare B. et al. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies // *Psychother. Res.* 2006. Vol. 16. P. 214–228.
53. Seikkula J., Alakare B., Aaltonen J. The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care // *Psychosis*. 2011. Vol. 3. P. 192–204.
54. Alanen Y.O. *Schizophrenia: Its Origins and Need-Adapted Treatment*. London: Karnac Books, 1997.
55. The New York City Department of Health and Mental Hygiene. Parachute NYC: A Model of Care for People in Emotional Crisis. URL: <http://www.nyc.gov/html/doh/html/mental/parachute.shtml> (date of access December 5, 2014).
56. Okpokoro U, Adams CE, Sampson S. Family intervention (brief) for schizophrenia // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2014. Vol. 3. CD009802.

Часть IV. Специальная психотерапия

Глава 39. Программы улучшения медикаментозного комплаенса больных, страдающих психическими расстройствами: социо- и психотерапия

На протяжении последних десятилетий в мировой психиатрии сохраняются интерес и внимание к проблеме согласия и следования больным лечебным назначениям, предписанными врачом, то, что в русскоязычной научной литературе стало принято обозначать термином «комплаенс». ВОЗ определяет приверженность как «степень соблюдения/несоблюдения приема лекарственных средств, которая может проявляться в несогласии больного с рекомендациями врача, нерегулярности посещения медицинских учреждений, прекращении лечения, отказе от психотерапии и других психосоциальных программ, а также в чрезмерном употреблении или даже злоупотреблении лекарствами, в изменении графика приема лекарств и их дозировки [1]. Нарушения соблюдения больными режима приема лекарственных средств широко распространено среди людей, страдающих любыми хроническими заболеваниями, что всегда ведет к тем или иным тяжелым последствиям.

Несмотря на широкий ассортимент психотропных лекарственных средств, способных значительно улучшить состояние лиц, страдающих психическими расстройствами, проблема тех или иных нарушений режима приема лекарств остается широко распространенным явлением. Учитывая, что комплаентность не может рассматриваться дихотомически: или больной «идеально» принимает лекарства, или полностью от них отказывается, эксперты в этой области считают, что примерно 1/3 пациентов полностью соблюдает прием назначенных препаратов, 1/3 — частично принимает лекарства и последняя 1/3 больных полностью некомплаентна [2–4].

Проведенные исследования различных групп психотропных лекарственных средств показывают нарушения комплаенса при назначении антипсихотиков в диапазоне от 40 до 60%; антидепрессантов — от 30 до 97% и стабилизаторов настроения — от 18 до 56% [5–7]. Существуют данные и о нарушениях режима лекарственной терапии среди лиц с различными психическими расстройствами. Так, среди лиц, страдающих большим депрессивным эпизодом нарушения медикаментозного комплаенса, отмечают у 28–52% пациентов; при БАР нарушают режим приема лекарств от 20 до 50% больных; среди больных с заболеваниями шизофренического спектра от 41 до 62% и при тревожном расстройстве нарушения отмечаются у 57% пациентов [8, 9].

Активное изучение феномена комплаенса в психиатрии и попытки создания психотерапевтических программ, направленные на его улучшение, обусловлено не только широтой встречаемости некомплаенса, но, прежде всего, рядом неблагоприятных последствий.

Во-первых, медикаментозный некомплаенс приводит к плохому контролю над симптомами заболевания, увеличивает риск развития рецидива и количество попыток суицида [10], что во многом обуславливает сохраняющиеся в нашей стране высокие показатели регоспитализаций психически больных в стационары, увеличение длительности пребывания пациентов на койке и рост первичной инвалидизации, увеличивая затраты на госпитальное лечение [11, 12].

Во-вторых, помимо негативного влияния на психопатологическую симптоматику, нарушения режима приема лекарств в целом утяжеляют прогноз заболевания, подрывая возможность социальной адаптации больных и нарушая благополучие членов их семей, увеличивая косвенные материальные затраты общества [12, 13].

Такая ситуация входит в противоречие с современной парадигмой оказания психиатрической помощи, направленной на деинституализацию психически больных со смещением акцента на последовательное долгосрочное лечение пациентов преимущественно не в стационарных, а в амбулаторных условиях.

Совокупность существующих проблем придает ведущее значение в процессе терапии улучшению уровня комплаенса, так как последний в значительной мере обуславливает предупреждение обострений психических расстройств и создает базу для достижения максимально возможной социальной адаптации психически больных.

В современной литературе опубликовано большое количество исследований, посвященных изучению отдельных факторов, оказывающих влияние на медикаментозный комплаенс. Большинство авторов указывают на то, что ведущей причиной нарушений формирования и поддержания комплаенса среди психиатрического контингента является недостаточное осознание пациентом своего заболевания, целей медикаментозного лечения, его преимуществ и рисков [14, 15]. При этом даже частичное изменение сознания болезни способствует нарушению режима приема лекарств, что наиболее часто свойственно больным шизофренией [16–18]. Например, данные опроса 400 больных показали, что 60% больных шизофренией не имели критики к заболеванию [19, 20]. При этом часть из них не имели критики к психопатологическим симптомам (например, к галлюцинациям, бредовым идеям, нарушениям эмоций и поведения), а кто-то не признавал наличие заболевания в целом. Пытаясь преодолеть данное препятствие, важно учитывать различную природу нарушений сознания болезни. У части больных нарушение сознания болезни может быть связано с дисфункциональным состоянием лобных отделов коры головного мозга [21], что является проявлением расстройства функции головного мозга, как части проявления самого заболевания, у других — психологической защитной реакцией на факт заболевания. По мнению К. Амадора — ведущего эксперта в этой области, признание больным положительного эффекта лекарств имеет большее положительное значение в том, что пациент следует рекомендациям врача по приему лекарственных средств, чем само по себе опознание факта болезни и отдельных симптомов. Это означает, что даже если больной не принимает того, что он страдает шизофренией, но признает, что может эффективнее функционировать, меньше тревожиться и лучше спать — это способствует лучшей приверженности соблюдению режима приема лекарств.

Часть IV. Специальная психотерапия

Еще одной значимой причиной, влияющей на то, как именно больной будет следовать лекарственному режиму, является организация системы здравоохранения. Приводятся данные, что имеет значение, как пациент взаимодействует с ней, как именно учитываются предписанные больному медикаменты и осуществляется их выдача, какова их стоимость, а также специфика формуляров и особенности складывающихся у пациентов коммуникаций с обслуживающим персоналом [22, 23].

К факторам, негативно влияющим на комплаентность больного, относят также недостаточное взаимодействие врача с пациентом и назначение комбинированной лекарственной терапии [24].

Наконец, имеются указания о существенном влиянии на комплаенс стиля взаимодействия врача с системой здравоохранения, его осведомленности о стоимости лекарств, страховых покрытиях расходов на лечение и степени собственной удовлетворенности профессиональной деятельностью [25].

На основании многочисленных исследований, полученных за последние десятилетия данных, в настоящее время можно заключить, что многообразие факторов, имеющих отношение к соблюдению пациентом режима лекарственной терапии, образуют несколько подсистем [26], которые в свою очередь тесно взаимодействуют друг с другом:

- подсистема, характеризующая самого больного, внутри которой отдельные факторы группируются в социально-демографические, клинические (психопатологические и динамические), личностные характеристики и убеждения пациента, связанные с отношением к лечению;
- подсистема, связанная с терапией, учитывающая побочные эффекты лекарств, пути введения препарата, схемы дозирования, длительность и стоимость лечения, а также полифармацию;
- подсистема, включающая видение больным врача и характер взаимоотношений врач–больной;
- подсистема, характеризующая взаимодействие пациента с окружающей средой, под которой подразумевается семья больного, его социальная и финансовая поддержка, взаимодействие с системой здравоохранения и отношение общества.

Однако, несмотря на то что в различных исследованиях выявлено множество разрозненных факторов, их трудно связать в единую систему, поскольку наиболее проблематичным остается вопрос об инструменте оценки собственно комплаентности.

Прежде всего, оценку комплаенса затрудняет то обстоятельство, что больные зачастую имеют тенденцию к завышению его уровня, избегая порицания врача и возложения на себя ответственности за ухудшение состояния. Так, J. Urquhart (1997), проведя исследование с использованием электронного мониторинга, показал шесть основных паттернов поведения при приеме лекарств среди пациентов с хроническими заболеваниями, которым была предписана лекарственная терапия. В результате было установлено, что лишь 1/6 часть из них практически безупречно придерживалась режима приема лекарств [27].

Имеет также значение то обстоятельство, что зачастую и врачи, полагаясь лишь на свои представления, не собирают дополнительных данных, завышая уровень комплаенса. M. Byerly и соавт. (2005), прибегнув к помощи микроэлектронной мониторинговой системы (от англ. microelectronic monitoring system, MEMS), вмонтированной в крышку лекарственной упаковки, установили, что по оценкам врачей 95% больных были комплаентными, а по оценкам MEMS только 38% пациентов соблюдали режим терапии [28].

Наконец, большинство шкал, используемых для изучения комплаенса, основаны на самоотчетах больных, не позволяющих объективно верифицировать уровень комплаентного поведения больного.

Отечественные исследования в области приверженности соблюдению режима лекарственной терапии в психиатрии предлагают инструмент оценки медикаментозного комплаенса, позволяющий оценить как общий уровень комплаенса больного, так и структуру его нарушений. Шкала медикаментозного комплаенса (ШМК) заполняется врачом на основании полученной полной информации о больном [29]. При этом количественной оценке подвергаются факторы, относящиеся к различным подсистемам, образующим структуру комплаенса: факторы, связанные с медикацией, пациентом, врачом и близким окружением больного. Оценка комплаенса позволяет прогнозировать степень устойчивости установки больного на следование рекомендациям лекарственной терапии, его дальнейший контакт со сферой психиатрической помощи и, в известной мере, течение заболевания. Важно подчеркнуть, что значимость комплаентности больного обусловлено и тем, что прогнозы в отношении результатов исходов лечения не могут быть эффективными, если уровень приверженности лечению не используется для обоснования и оценки. Учитывая, что изменения приверженности лечению — непрерывный и динамичный процесс, то с начала

лечения и на всем его протяжении комплаенс должен оставаться предметом заботы всего медицинского персонала, работающего с больным.

Формирование и поддержание медикаментозного комплаенса. Использование длительной поддерживающей терапии психотропными средствами является необходимым условием для предотвращения обострения психотической симптоматики и повторных госпитализаций. Значимость достижения и удержания симптоматической ремиссии трудно переоценить, поскольку она является неотъемлемой частью выздоровления или максимально возможной функциональной автономии больного, основой для включения психотического пациента в психосоциальные и психотерапевтические программы.

Важно заметить, что отличительной чертой большинства психотерапевтических подходов, направленных на улучшение медикаментозного комплаенса, должна быть их индивидуализация на основе конкретной формулировки случая, поскольку осмысление врачом трудностей пациента с соблюдением режима приема лекарств помогает лучше справляться с существующими сложностями и соответствующим образом адаптировать необходимые вмешательства. Общими принципами любой модели терапии комплаенса должно быть понимание ценностей и основных проблем пациента и поиск их связи с преимуществами медикации.

Значимым моментом для выбора стратегий улучшения комплаенса является рассмотрение и обсуждение аспектов повседневной жизни больного, которые могут влиять на его/ее комплаентное/некомплаентное поведение (например, дезорганизованное поведение, когнитивные расстройства и/или негативные симптомы, отсутствие помощников в обеспечении лекарств и их приема). В этих случаях среди методов, улучшающих медикаментозный комплаенс, возможно применение **технологических услуг**, включающих использование приспособлений и гаджетов. Текстовые сообщения, напоминания по телефону, счетчики таблеток, электронные дозаторы таблеток, компьютеризированные программы для оповещения о симптомах и ведение дневников способствуют улучшению соблюдения режима приема лекарств, что было подтверждено рядом исследований [30–32].

Часть IV. Специальная психотерапия

Еще одним эффективным и широко распространенным методом улучшения комплаенса является **поддержка семьи** и **образование**. Примером может служить программа амбулаторного лечения шизофрении под наблюдением врача [33], которая состоит из нескольких этапов:

- регистрация больного шизофренией;
- обучение ключевого супервизора из членов семьи больного контролю за приемом лекарств (получение, введение правильной дозировки, регистрация комплаенса);
- бесперебойное получение лекарственных средств супервизором;
- стандартизированный мониторинг терапии и результатов обученным супервизором.

В иных программах, сосредоточенных на улучшении медикаментозного комплаенса, с вовлечением членов семьи больного, фокусом внимания становятся:

- обучение основного куратора из семьи уходу за больным;
- отношения внутри семьи;
- прояснение убеждений членов семьи больного и их коррекция относительно медикации;
- планирование поведения;
- обсуждение субъективных норм.

Формат проведения данных вмешательств смешанный, включающий индивидуальные и групповые сессии с семьей пациента. Эффективность подобных подходов доказана рандомизированными клиническими исследованиями [33, 34].

Работа непосредственно с пациентом, направленная на улучшение комплаенса, основана на общих принципах, прописанных в гайдлайнах по соблюдению режима лекарственных назначений и подходах улучшения комплаенса авторитетных организаций, таких как Национальный институт здравоохранения, и на передовом опыте NICE и ВОЗ.

Представленные ими рекомендации предлагают:

- адаптацию стиля консультирования к конкретному больному и установление наиболее эффективного способа общения с пациентом;
- поощрение пациентов к вопросам о своем состоянии и лечении и обсуждению лечебных программ;

- ведение диалога специалистом сферы психического здоровья в форме открытых вопросов [35].

Виды терапии, направленные на улучшение медикаментозного комплаенса. Основными воздействиями, направленными на улучшение медикаментозного комплаенса, традиционно считаются следующие подходы: психообразование, КПТ, мотивационное интервью, метод LEAP, терапия приверженности.

Психообразование. Является основой многих вмешательств, направленных на улучшение медикаментозного комплаенса. Образовательные программы разработаны с целью научить пациентов и членов их семей лучше понимать сущность заболевания, действия лекарств и потенциальные побочные эффекты. Психообразовательные программы могут проводиться в индивидуальном и групповом формате. Исследования показали, что в случае, если психообразование проводится как единственный метод, его эффективность для улучшения комплаентности у больных шизофренией мала, но при присоединении техник, способствующих изменению поведения и навыков, — улучшает приверженность лечению у больных БАР [40, 41].

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) — ведущая психотерапевтическая технология в улучшении медикаментозного комплаенса. КПТ используется как самостоятельный метод, так и является частью комбинированных подходов.

КПТ воздействует на когнитивные процессы и дезадаптивное поведение больных с помощью целенаправленных процедур. В КПТ медикаментозный комплаенс рассматривается как совладающее поведение, основанное на индивидуальном восприятии пациентом болезни и представлениях о лекарствах. Терапевты помогают больным выявлять и изменять автоматические мысли о лекарствах и используют полученные в ходе сессий открытия для укрепления убеждений пациента в том, что прием лекарств связан с сохранением здоровья и достижением личных целей.

Применение КПТ для улучшения комплаенса имеет свои особенности.

1. Психотерапевтические интервенции сфокусированы на понимании больным его проблем и лечения. В теории этот подход особенно показан в случаях, если больной с трудом признает свой диагноз.

2. Техника КПТ включает оценку пациентом своих перспектив, приведение аргументов и доказательств, исследование роли сопротивления лечению благодаря выявлению автоматических негативных мыслей.

3. Психотерапевт помогает больному идентифицировать и модифицировать автоматические негативные мысли о процессе лечения и улучшить его отношение к медикации за счет понимания того, что при этом возможно достигать своих целей.

Ключевыми моментами КПТ при терапии комплаенса являются:

- формирование терапевтического альянса;
- обзор симптомов и проблем больного относительно приема лекарств;
- создание и поддержание партнерской позиции при обсуждении плана лечения;
- улучшение инсайта, навыков совладания и тестирования реальности;
- работа с автоматическими дисфункциональными мыслями и схемами;
- обсуждение методов профилактики обострений и разъяснение роли лекарств.

Применение КПТ показало свою эффективность в улучшении приверженности медикаментозной терапии у больных БАР и улучшение понимания у больных шизофренией [42, 43].

Мотивационное интервью является самостоятельной интервенцией для улучшения комплаенса, а также включается в комплексные программы: терапия приверженности, комплаенс-терапия. Мотивационное интервьюирование — это направляющий, клиенто-центристский стиль консультирования, целью которого является стимулирование изменений в поведении пациента посредством анализа и разрешения лежащей в его основе амбивалентности.

Предпосылками для проведения мотивационного интервью является представление о том, что эффективное лечение пациент может начать только тогда, когда он готов включиться в процесс лечения и испытывает к этому желание.

Часть IV. Специальная психотерапия

В мотивационном интервью считается, что импульс к изменению поведения возникает из собственных мотивов пациента, и сам пациент начинает говорить о необходимости перемен. Обстоятельства не могут вынудить его измениться, если он сам этого не хочет.

Цель подхода мотивационного интервьюирования состоит в том, чтобы стимулировать и контролировать процесс, в ходе которого пациент обдумывает и принимает решение,

ведущее к изменению его «проблемного» поведения, помогая ему учитывать все «за» и «против» возможных изменений. В любом случае, мотивационное интервью состоит из последовательных стадий и определенных технических приемов, используемых медицинским работником.

Проведение мотивационного интервью основывается на определенных «идеологических» представлениях.

1. Мотивация к изменению поведения возникает у самого пациента, а не навязывается ему извне.

Другие мотивационные подходы подчеркивают важность принуждения, убеждения, конструктивной конфронтации и использование внешних обстоятельств (например, угрозы потерять работу или семью). Такие стратегии имеют право на существование для побуждения пациента изменить поведение, но по своему духу в корне отличаются от мотивационного интервьюирования, в основе которого лежит определение и мобилизация внутренней системы ценностей и целей пациента с тем, чтобы стимулировать изменение его отношения и поведение.

2. Именно пациент, а не терапевт должен сформулировать и разрешить свою амбивалентность.

Амбивалентность принимает форму конфликта между двумя возможными направлениями действий, каждое из которых имеет как преимущества, так и издержки. У многих пациентов никогда не было возможности проговорить с кем-либо зачастую запутанные, противоречивые и имеющие исключительно личный характер элементы такого конфликта. (Например: «Если я буду принимать антидепрессанты, я буду лучше себя чувствовать, но с другой стороны, я начну поправляться, а когда я поправляюсь — я начну себя ненавидеть».) Задача врача — помочь пациенту выразить обе стороны амбивалентности и направить его к принятию приемлемого решения, которое может повлечь за собой изменение поведения.

3. Прямое убеждение не служит эффективным методом разрешения амбивалентности.

У терапевта возникает искушение «помочь», убедив пациента в том, что проблема требует неотложного решения, и изменение поведения поможет в этом (например: «...раз Вы страдаете психическим расстройством, Вы должны постоянно принимать лекарства»). Однако достаточно ясно, что подобные тактики обычно усиливают сопротивление пациента и снижают вероятность изменения.

4. Стиль консультирования обычно спокойный и выявляющий.

Прямое убеждение, агрессивная конфронтация и спор являются концептуально противоположными мотивационному интервьюированию и не приемлемы при данном подходе. Врачу, привыкшему давать советы и вступать в конфронтацию, мотивационное интервьюирование может показаться безнадежно медленным и пассивным процессом. Доказательством является результат. Более агрессивные стратегии, в основе которых часто лежит желание «противопоставить что-то нежеланию пациента», легко скатываются к «подталкиванию» пациента к переменам в жизни, к которым он еще не готов.

5. Врач направляет усилия на оказание помощи пациенту в анализе и разрешении амбивалентности.

Мотивационное интервьюирование не включает обучение самих пациентов навыкам поведенческого копинга, хотя эти два подхода не являются несовместимыми. Отправной точкой мотивационного интервьюирования служит то, что амбивалентность или недостаток решимости пациента становятся основным препятствием, которое необходимо преодолеть при запуске изменений. По достижении этого может возникнуть или не возникнуть необходимость в дальнейших интервенциях, таких как обучение навыкам.

В рамках мотивационного интервьюирования применяют специфичные стратегии по выявлению, анализу и разрешению амбивалентности. При этом консультации ориентированы на пациента и проводятся в атмосфере уважения к нему.

6. Готовность к изменениям является не чертой пациента, а результатом изменяющегося межличностного взаимодействия. Именно поэтому терапевт должен быть в высшей степени внимателен и восприимчив к любым проявлениям мотивации пациента. «Соппротивление» и «отрицание» расцениваются терапевтом не как черты характера пациента, а как обратная связь на поведение врача. Соппротивление пациента часто является сигналом того, что врач переоценивает готовность пациента к изменениям. В этом случае врачу необходимо скорректировать стратегии мотивации.

7. Взаимоотношения между врачом и пациентом могут быть в большей степени партнерскими или дружескими, нежели отношения, характерные для ролей эксперт–реципиент.

Терапевт уважает автономию и свободу выбора пациента (а также последствия этого выбора) в вопросах его или ее поведения.

Первичной задачей врача является установление, на какой стадии изменений находится пациент, уровень его мотивации и выбор стратегии консультирования.

Стадии мотивационного интервью, на каждой из которых объясняются цели опроса.

Стадия 1. *Эксплорация*: использование «открытых» вопросов, проявление эмпатии, рефлексивное выслушивание.

Стадия 2. *Мотивация к изменениям*: преодоление сопротивления, поощрение изменений, выделение реалистичных целей.

Стадия 3. *Позитивные изменения*: составление решения, предоставление информации, укрепление веры.

Стадия 4. *Персонализация и кристаллизация*: укрепление вовлеченности, создание ясного плана, вовлечение семьи и ближайших друзей.

Стадия 5. *Укрепление мотивации*: поддержание прогресса положительных изменений.

Существуют исследования, подтверждающие, что использование мотивационного интервью улучшает приверженность больных медикаментозной терапии [44].

Часть IV. Специальная психотерапия

Одним из способов, содействующий улучшению медикаментозного комплаенса, также является **метод LEAP** (от англ. listen-empathy-agree-partner — выслушивание–эмпатия–согласие–партнерство), разработанный Ксавье Амадором. Метод включает несколько коммуникативных и мотивационных техник на базе когнитивно-поведенческой терапии. Предлагаемый подход позволяет более эффективно наладить коммуникацию с психотическими пациентами, отрицающими наличие заболевания или имеющими частичную критику [36].

Основой данного подхода является *установление отношений*, где важнейшим фактором становится рефлексивное выслушивание, благодаря которому больной получает возможность почувствовать, что врач слышит его, интересуется его чувствами и мнением. Таким образом, целью рефлексивного выслушивания является: 1) понять, что хочет донести до нас другой человек; 2) сообщить ему, что терапевт его понял без осуждения, замечаний и/или реакций на то, что он нам сообщил. Важнейшим элементом здесь является создание безопасной атмосферы, отсутствие форсирования беседы и проявление уважительного отношения к тому, что врач услышал. Несмотря на заблуждения больного, обусловленные его болезненными переживаниями и иррациональными суждениями, терапевт не должен вступать в конфронтацию, переубеждать или критиковать его заблуждения. Его задача — найти проблемы, над которыми необходимо вместе работать.

Для успешного установления отношений с пациентом используются следующие элементы:

- невербальные коммуникативные приемы: взгляд, направленный на собеседника, создание комфортной дистанции, открытое и заинтересованное выражение лица;
- использование открытых или частично открытых вопросов; постепенный переход от открытых к закрытым вопросам;
- поддержание и демонстрация рефлексивного внимания;
- перефразирование: повторение, сказанного пациентом другими словами;
- резюмирование: обобщение сказанного пациентом другими словами.

Важным элементом предлагаемого метода является эмпатическое выслушивание. Его преимущество заключается в том, что когда врач испытывает и проявляет эмпатию и пациент осознает это, то последний приобретает опыт, что кто-то его понимает. Благодаря такому опыту он становится более открытым к восприятию мнения другого человека и к совместной работе. Врачу важно испытывать и проявлять эмпатию к различным эмоциям больного. При этом он не должен потворствовать или соглашаться с болезненными заблуждениями пациента, но воспринимать их эмпатически.

Элементы и условия эмпатического выслушивания:

- сам метод рефлексивного выслушивания содержит эмпатию;
- эмоциональная рефлексия: мы озвучиваем чувства исходя из сказанного пациентом, даже если он не вербализовал свои эмоции;
- нормализация: выражение естественного и универсального характера определенных чувств (например: «Вполне естественно, что Вы волнуетесь по поводу потери работы. Каждый бы волновался»).

Укрепление мотивации к лечению у психотических пациентов рекомендуется проводить при помощи классификации преимуществ и недостатков приема лекарственных средств, воспринимаемых ими. На первых этапах исследуются и определяются жизненные цели пациента, затем посредством вопросов эти цели сопоставляются с его текущей жизненной ситуацией и препятствиями для их достижения.

Для мотивации пациентов, страдающих психотическими расстройствами, согласно рекомендациям метода LEAP предлагается:

- нормализация;
- упоминать только те симптомы и проблемы, которые воспринимаются пациентом, обсуждать их с больным, не давая им оценки, не осуждая и не навязывая свое мнение;
- выявлять и суммировать преимущества и недостатки медикаментозного лечения вместе с больным;
- исправлять заблуждения пациента относительно медикаментозного лечения и предоставлять информацию о преимуществах предлагаемого лечения;
- опираться на преимущества лечения, воспринимаемого больным, и его положительный опыт лечения;
- проявлять уважение к мнению пациента.

Создание партнерства важно, поскольку часть пациентов принимает лекарства лишь в том случае, если они имеют возможность участвовать в разработке плана лечения. Именно поэтому мы должны привлекать пациента к планированию всех существенных лечебных мероприятий, определять частоту и время их визитов, а главное, вырабатывать и формулировать совместные задачи и цель терапии, объяснив, как предлагаемое лечение поможет достичь сформулированной цели.

Еще одним методом, получившим широкое распространение, является метод **терапии приверженности** (от англ. adherence therapy, AT), представляющий краткое психологическое вмешательство, основанное на принципах мотивационного интервью и когнитивно-поведенческой терапии. Метод был разработан R. Gray и соавт. [37] на основе работы R. Kemp [38]. Терапия приверженности — это ориентированный на пациента подход, который проводится обученными специалистами в области психического здоровья по одной сессии в неделю в течение 8 нед.

Ключевыми методами данного подхода являются:

- решение проблем с приемом лекарств;
- обмен информацией;
- исследование амбивалентности к медикации;
- оспаривание дисфункциональных убеждений.

Теоретически эти методы усиливают личную пользу от лечения, изменяют течение болезни и убеждения в отношении лечения и устраняют амбивалентность относительно приема лекарств.

Эффективность данного метода отражена в систематическом обзоре и метаанализе шести РКИ, свидетельствующих о значительном положительном влиянии терапии приверженности на психиатрические симптомы и об изменении отношения пациентов к лечению среди получивших терапию приверженности плюс психофармакотерапию, по сравнению с больными, получавшими изолированную психофармакотерапию [39].

Оценка уровня и диагностика нарушений медикаментозного комплаенса врачом должны индивидуализировать выбор конкретных программ для больного, что и предопределяет успешность предпринятых действий для его улучшения [45]. Современные программы, разработанные и применяемые для достижения наиболее эффективного медикаментозного комплаенса, часто сочетают в себе вышеперечисленные подходы.

Часть IV. Специальная психотерапия

Список литературы

1. Improving Access and use of Psychotropic Medicines. Geneva: World Health Organization, 2005. 52 p.
2. Wricht E.C. Noncompliance or how many aunts has Matilda? // Lancet. 1993. Vol. 342. P. 909–913.
3. Oehl M., Hummer M., Fleischacker W.W. Compliance with antipsychotic treatment // Acta Psychiatr. Scand. 2000. Vol. 102. Suppl. P. 83–86.
4. Marder S.R. Overview of partial compliance // J. Clin. Psychiatry. 2003. Vol. 64. Suppl. 16. P. 3–9.
5. Zygmunt A., Olfson M., Boyer C.A., Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia // Am. J. Psychiatry. 2002. Vol. 159. P. 1653–1664.
6. Scott J., Pope M. Nonadherence with mood stabilizers: prevalence and predictors // J. Clin. Psychiatry. 2002. Vol. 63. P. 384–390.
7. Pampallona S., Bollini P., Tibaldi G. et al. Patient adherence in the treatment of depression // Br. J. Psychiatry. 2002. Vol. 180. P. 104–109.

8. Julius R.J., Novitsky H.A., Dublin W.R. Medication adherence: A review of the literature and implications for clinical practice // J. Psychiatr. Pract. 2009. Vol. 15. P. 34–44.
9. Leucht S., Tardy M., Komossa K. et al. Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia // Cochrane Database Syst. Rev. 2012. Vol. 5. CD008016.
10. Novick D., Haro J.M., Suarez D. et al. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatients treatment of schizophrenia // Psychiatry Res. 2010. Vol. 176, N. 2–3. P. 109–113.
11. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994–1999 гг.). М., 2000. 506 с.
12. Букреева Н.Д., Азаева Г.Д., Сорокина В.А. Организационные аспекты формирования приверженности к лечению больных шизофренией // Российский психиатрический журнал. 2012, № 1. С. 13–20.
13. Ястребов В.С., Шевченко Л.С., Солохина Т.А. Экономическое бремя психических расстройств в России: совершенствование технологии проведения стоимостного анализа // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России» и научно-практическая конференция «Современные проблемы социальной и клинической сексологии»: Тезисы / под ред. Н.Г. Незнанова, К.К. Яхина. СПб., 2012. С. 46.
14. Данилов Д.С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические и психологические и психотерапевтические аспекты) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2008. Т. 10, № 1. С. 13–20.
15. Loffler W., Kilian R., Tuomi M., Angermeyer M.C. Patient's subjective reasons for compliance and noncompliance with neuroleptic treatment // Pharmacopsychiatry. 2003. Vol. 36. P. 105–112.
16. Бурашникова И.С., Семенихин Д.Г., Симакова С.А. и др. Отношение к болезни и психотропной терапии у пациентов с шизофренией // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России» и научно-практическая конференция «Современные проблемы социальной и клинической сексологии»: Тезисы / под ред. Н.Г. Незнанова, К.К. Яхина. СПб., 2012. С. 96–97.
17. Dam J. Insight in schizophrenia // Nordic J. Psychiatry. 2006. Vol. 60. P. 114–120.
18. Amador X.F., Gorman J.M. Psychopathologic domains and insight in schizophrenia // Psychiatr. Clin. North Am. 1998. Vol. 21, N. 1. P. 27–42.
19. Amador X., Flaum M., Andreasen N.C. et al. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders // Arch. Gen. Psychiatry. 1994. Vol. 51. P. 826–836.
20. Marshall M., Lewis S., Lockwood A. et al. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients // Arch. Gen. Psychiatry. 2005. Vol. 62. P. 975–983.
21. Young D.A., Davila R., Scher H. Unawareness of illness and neuropsychological performance in chronic schizophrenia // Schizophr. Res. 1993. Vol. 10. P. 117–124.
22. Dencker S.J., Decnker K. Does community care reduce the need for psychiatric beds for schizophrenic patients? // Acta Psychiatr. Scand. 1994. Vol. 89. Suppl. 328. P. 74–79.
23. Nageotte C., Sullivan G., Duan N. et al. Medication compliance among seriously mentally ill in a public health system // Soc. Psychiatr. Epidemiol. 1997. Vol. 32. P. 49–56.
24. Docherty J.P. The therapeutic alliance and compliance with psychopharmacology // Psychiatry Update: Annual Review / Eds R.E. Hales, A.J. Frances. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1985. Vol. 4. P. 525–633.
25. Grembowski D., Ulrich C.M., Paschane D. et al. Managing care and primary physician satisfaction // J. Am. Board Fam. Pract. 2003. Vol. 16. P. 383–393.
26. Fleischhacker W.W., Oehl M.A., Hummer M. Factors influencing compliance in schizophrenia patients // J. Clin. Psychiatry. 2003. Vol. 64. Suppl. 16. P. 10–13.
27. Urquhart J. The electronic medication event monitor: Lessons for pharmacotherapy // Clin. Pharmacokinet. 1997. Vol. 32. P. 345–356.
28. Byerly M.A., Fisher R., Whatley K. et al. A comparison of electronic monitoring vs clinician rating of antipsychotic adherence in outpatients with schizophrenia // Psychiatry Res. 2005. Vol. 133, N. 2–3. P. 129–133.
29. Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вукс А.Я., Вид В.Д. Метод прогнозирования медикаментозного комплаенса в психиатрии (методические рекомендации). СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2007.
30. Granholm E., Ben-Zeev D., Link P.C. et al. Mobile Assessment and Treatment for Schizophrenia (MATS): A pilot trial of an interactive text-messaging intervention for medication adherence, socialization, and auditory hallucinations // Schizophr. Bull. 2012. Vol. 38, N. 3. P. 414–425.
31. Montes J.M., Medina E., Gomez-Beneyto M., Maurino J. A short message service (SMS)-based strategy for enhancing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia // Psychiatry Res. 2012. Vol. 200, N. 2–3. P. 89–95.

32. Pijnenborg G.H., Withaar F.K., Brouwer H. et al. The efficacy of SMS text messages to compensate for the effects of cognitive impairments in schizophrenia // Br. J. Clin. Psychol. 2010. Vol. 49. Pt 2. P. 259–274.
33. Farooq S., Nazar Z., Irfan M. et al. Schizophrenia medication adherence in a resource-poor setting: Randomised controlled trial of supervised treatment in out-patients for schizophrenia (STOPS) // Br. J. Psychiatry. 2011. Vol. 199. N 6. P. 467–472.
34. Kopelowicz A., Zarate R., Wallace C.J. et al. The ability of multifamily groups to improve treatment adherence in Mexican Americans with schizophrenia // Arch. Gen. Psychiatry. 2012. Vol. 69, N. 3. P. 265–273.
35. NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence Medicines Adherence. Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence // NICE Clinical Practice Guideline No. 76. 2009.
36. Amador X.K. I'am Not Sick, I Don't Need Help! How to Help Someone with Mental Illness Accept Treatment. 4th ed. New York, NY: Vida Press, 2012.
37. Gray R., Leese M., Bindman J. et al. Adherence therapy for people with schizophrenia. European multicenter randomized controlled trial // Br. J. Psychiatry. 2006. Vol. 189. P. 508–514.
38. Kemp R., Kirov G., Everitt B. et al. Randomized controlled trial of compliance therapy of compliance // Br. J Psychiatry. 1998. Vol. 172. P. 413–419.
39. Gray R., Bressington D., Ivanecka A. et al. Is adherence therapy an effective adjunct treatment for patients with schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis // PMC Psychiatry. 2016. Vol. 16. P. 90.
40. Lincoln T.M., Wilhelm K., Nestoriuc Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis // Schizophr. Res. 2007. Vol. 96, N. 13. P. 232–45.
41. Lam D.H., Hayward P., Watkins E.R et al. Relapse prevention in patients with bipolar disorder: Cognitive therapy outcome after 2 years // Am. J. Psychiatry. 2005. Vol. 162, N. 2. P. 324–329.
42. Schmitz J.M., Averill P., Sayre S. et al. Cognitive behavioral treatment of bipolar disorder and substance abuse: A preliminary randomized study // Addict. Disord. Treat. 2002. Vol. 1. P. 17–24.
43. Turkington D., Kingdon D., Turner T. Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia // Br. J. Psychiatry. 2002. Vol. 180. P. 523–527.
44. Barkhof E., Meijer C.J., de Sonnevile L.M. et al. The effect of motivational interviewing on medication adherence and hospitalization rates in nonadherent patients with multi-episode schizophrenia // Schizophr. Bull. 2013. Vol. 39, N. 6. P. 1242–1251.
45. Hudson T.J., Owen R.R., Thrush C.R. et al. Guideline implementation and patient-tailoring strategies to improve medication adherence for schizophrenia // J. Clin. Psychiatry. 2008. Vol. 69, N. 1. P. 74–80.