



# ПСИХОТЕРАПИЯ

## УЧЕБНИК

Под редакцией  
А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой,  
Н.Г. Незнанова

Министерство науки и высшего образования РФ

Рекомендовано Координационным советом по области образования  
«Здравоохранение и медицинские науки» в качестве учебника  
для использования в образовательных учреждениях, реализующих основные  
профессиональные образовательные программы высшего образования  
подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре  
по специальности 31.08.22 «Психотерапия»

Регистрационный номер рецензии 1362 от 20 мая 2021 года



Москва  
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»  
2023

## ОГЛАВЛЕНИЕ

|   |            |
|---|------------|
| Участники издания . . . . .   | 7          |
| Борис Дмитриевич Карвасарский. Биографический очерк . . . . .   | 9          |
| Общемедицинское значение проблемы невротических расстройств<br>( <i>Б.Д. Карвасарский</i> ) . . . . .   | 13         |
| Предисловие . . . . .   | 26         |
| Список сокращений и условных обозначений . . . . .  | 28         |
| <b>ЧАСТЬ I. ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ . . . . .</b>   | <b>29</b>  |
| <b>Глава 1.</b> Психотерапия — определение и содержание основных понятий<br>( <i>А.В. Васильева, Т.А. Караваева, С.В. Полторак</i> ) . . . . .              | <b>30</b>  |
| <b>Глава 2.</b> Основные направления психотерапии . . . . .   | <b>53</b>  |
| 2.1. Психодинамическое направление в психотерапии<br>( <i>А.В. Васильева, Т.А. Караваева, С.В. Полторак</i> ) . . . . .                                     | 53         |
| Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия<br>( <i>А.В. Васильева, Т.А. Караваева, С.В. Полторак</i> ) . . . . .                             | 69         |
| 2.2. Когнитивно-поведенческое направление в психотерапии<br>( <i>А.В. Васильева, Т.А. Караваева</i> ) . . . . .   | 81         |
| 2.3. Экзистенциально-гуманистическое направление в психотерапии<br>( <i>А.В. Васильева, Т.А. Караваева, С.В. Полторак</i> ) . . . . .                       | 122        |
| Гештальт-психотерапия ( <i>Л.Л. Третьяк</i> ) . . . . .   | 141        |
| 2.4. Суггестивная психотерапия ( <i>А.В. Васильева, Т.А. Караваева,<br/>        С.В. Полторак</i> ) . . . . .   | 160        |
| <b>Глава 3.</b> Основные формы психотерапии ( <i>А.В. Васильева, Г.Л. Исурина,<br/>Т.А. Караваева, С.В. Полторак</i> ) . . . . .                            | <b>185</b> |
| 3.1. Индивидуальная психотерапия . . . . .  | 185        |
| 3.2. Групповая психотерапия . . . . .   | 189        |
| 3.3. Семейная психотерапия . . . . .  | 208        |
| 3.4. Психотерапевтическая среда и психотерапевтическое сообщество . . . . .   | 214        |
| <b>Глава 4.</b> Соотношение психотерапии и фармакотерапии ( <i>А.В. Васильева,<br/>Т.А. Караваева, С.В. Полторак</i> ) . . . . .                            | <b>223</b> |
| <b>Глава 5.</b> Супервизия в психотерапии ( <i>С.А. Кулаков</i> ) . . . . .   | <b>235</b> |
| <b>ЧАСТЬ II. МИШЕНИ И АЛГОРИТМЫ ПСИХОТЕРАПИИ . . . . .</b>  | <b>267</b> |
| <b>Глава 6.</b> Мишени психотерапии невротических расстройств<br>( <i>Т.А. Караваева, А.В. Васильева</i> ) . . . . .  | <b>268</b> |
| <b>Глава 7.</b> Алгоритм мишенеориентированной психотерапии на примере<br>неврастении ( <i>А.В. Васильева, Т.А. Караваева</i> ) . . . . .                   | <b>287</b> |
| <b>Глава 8.</b> Алгоритм и мишени психотерапии нарушений сна<br>( <i>А.В. Васильева, Т.А. Караваева</i> ) . . . . .   | <b>318</b> |
| <b>Глава 9.</b> Алгоритм и мишени психотерапии психогенного переедания<br>( <i>Т.А. Караваева, А.В. Васильева</i> ) . . . . .                               | <b>342</b> |
| <b>Глава 10.</b> Алгоритм и мишени психотерапии пациентов с хроническими<br>соматическими заболеваниями ( <i>Т.А. Караваева, А.В. Васильева</i> ) . . . . . | <b>351</b> |

|  |     |
|--|-----|
| <b>Глава 11.</b> Мишени психотерапии родственников хронических соматических больных ( <i>Т.А. Караваева, А.В. Васильева</i> ) . . . . .      | 361 |
| <b>Глава 12.</b> Мишени психотерапии старения и активного долголетия ( <i>Т.А. Караваева, А.В. Васильева</i> ) . . . . .                     | 378 |
| <b>Глава 13.</b> Алгоритм и мишени психотерапии синдрома эмоционального выгорания ( <i>Т.А. Караваева, А.В. Васильева</i> ) . . . . .        | 394 |
| <b>ЧАСТЬ III. ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ</b> . . . . .   | 409 |
| <b>Глава 14.</b> Паническое расстройство ( <i>А.В. Васильева, Т.А. Караваева</i> ) . . . . .   | 410 |
| <b>Глава 15.</b> Генерализованное тревожное расстройство ( <i>А.В. Васильева, Т.А. Караваева</i> ) . . . . .                                 | 430 |
| <b>Глава 16.</b> Тревожно-фобические расстройства ( <i>Т.А. Караваева, А.В. Васильева</i> ) . . . . .  | 446 |
| <b>Глава 17.</b> Обсессивно-компульсивное расстройство ( <i>Т.А. Караваева, А.В. Васильева, Е.Б. Мизинова</i> ) . . . . .                    | 465 |
| <b>Глава 18.</b> Расстройства адаптации ( <i>Т.А. Караваева, А.В. Васильева</i> ) . . . . .  | 487 |
| <b>Глава 19.</b> Посттравматическое стрессовое расстройство ( <i>А.В. Васильева, Т.А. Караваева</i> ) . . . . .                              | 496 |
| <b>Глава 20.</b> Диссоциативные (конверсионные) расстройства ( <i>Т.А. Караваева, А.В. Васильева</i> ) . . . . .                             | 505 |
| <b>Глава 21.</b> Соматоформные расстройства ( <i>Т.А. Караваева, А.В. Васильева</i> ) . . . . .  | 516 |
| <b>Глава 22.</b> Неврастения ( <i>А.В. Васильева, Т.А. Караваева</i> ) . . . . .   | 544 |
| <b>Глава 23.</b> Невротические и связанные со стрессом расстройства у жителей мегаполиса ( <i>А.В. Васильева, Т.А. Караваева</i> ) . . . . . | 552 |
| <b>Глава 24.</b> Депрессивные расстройства ( <i>А.В. Васильева, Т.А. Караваева</i> ) . . . . .   | 562 |
| <b>Глава 25.</b> Расстройства зрелой личности ( <i>А.В. Васильева, Т.А. Караваева</i> ) . . . . .  | 581 |
| <b>Глава 26.</b> Расстройства пищевого поведения ( <i>А.А. Пичиков</i> ) . . . . .   | 606 |
| <b>Глава 27.</b> Психотерапия суицидального поведения ( <i>А.А. Пичиков</i> ) . . . . .  | 640 |
| <b>Глава 28.</b> Психосоциальные воздействия при ведении больных с биполярным аффективным расстройством ( <i>Н.Б. Лутова</i> ) . . . . .     | 661 |
| <b>Глава 29.</b> Социопсихотерапевтические подходы для больных шизофренией ( <i>Н.Б. Лутова, А.Н. Еричев</i> ) . . . . .                     | 672 |
| Тестовые задания . . . . .   | 687 |
| Эталонные ответы . . . . .   | 738 |
| Ситуационные задачи . . . . .  | 743 |
| Список рекомендуемой литературы . . . . .  | 839 |
| Приложения . . . . .   | 843 |
| Приложение 1. Основные понятия . . . . .   | 843 |
| Приложение 2. Терминологический словарь . . . . .  | 844 |
| Предметный указатель . . . . .   | 855 |

Часть I

# **ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ**

## Глава 1

# ПСИХОТЕРАПИЯ — ОПРЕДЕЛЕНИЕ И СОДЕРЖАНИЕ ОСНОВНЫХ ПОНЯТИЙ

**Психотерапия** как научная дисциплина должна иметь свою теорию и методологию, свою систему понятий — категориальный аппарат, терминологию, одним словом, все то, что характеризует самостоятельную научную дисциплину. Отечественная психотерапия развивалась как наука, изучающая методы лечения, поэтому она традиционно входит в компетенцию медицины.

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, который 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 пр., 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, поведенческий и опытный (гуманистический)**, каждый из которых характеризуется собственной концепцией здоровья и болезни, терапевтическими целями, плоскостью вмешательства и соответствующими приемами и средствами.

**Методы клинко-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 влия-

ния 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, поведенческая и 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 пр.

Представители поведенческого направления фокусируют 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 регуляционный компонент эмоциональных, мотивационных и моторных процессов.

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. 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. 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, личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия и пр.].

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

1. Личностно-центрированные методы [например, 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.).

**Виды психотерапии** выделяют на основании условий, в которых она протекает (стационарная, амбулаторная).

**Формы психотерапии** выделяют на основании инструментов лечебного воздействия (индивидуальная, групповая, семейная, психотерапия средой).

**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 методов, 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, определяющие прогноз, направленность, эффективность, играющие стратегическую роль, 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 трех основных направлениях:

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

Первые два аспекта касаются использования практически всех психотерапевтических методов. Третий 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.

*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 личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (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 — личностно-ориентированной (реконструк-

тивной) психотерапии, 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.

**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.

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 пр. В-четвертых, в процессе длительного или хронического заболевания возможна динамическая трансформация личностных особенностей, то есть формирование в ходе повышенной чувствительности, тревожности, мнительности, эгоцентричности и прочих симптомов, нуждающихся в корригирующих 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 чувствительность;
- 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 (невроты) либо весьма существенная роль (другие пограничные состояния, психосоматические расстройства и пр.). Во-вторых, ее лечебно-профилактическое значение с учетом психосоциальных реакций на соматические болезни, их последствия, влиянием специфических соматических расстройств на психологическое функционирование индивида, его поведение и пр.

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.

### **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 относятся получение новой информации, советы и рекомендации, интеллектуализация, обратная связь, самоэксплорация, тестирование реальности, универсальность (осознание и ощущение общности). В эту группу входят 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, которые послужили 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, ЛОРП 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 (С.И. Консторум, В.Н. Мясищев, К. Роджерс).

Из-за специфики психотерапии врач-психотерапевт в той или иной мере привносит во взаимоотношение с пациентом своеобразие своей личности, собственной системы ценностей, предпочитаемых теоретических ориентаций 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 безразличие, пассивность, 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.

Особенности ЛОРП диктуют психотерапевту активный, но гибкий стиль поведения, преимущественно с эмпатическим подходом, при котором удается 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** Карла Роджерса.

В известной триаде американского психолога 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 используются 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 или 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.

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.

### **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.

**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, выделяются 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.

**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 способность включаться в терапию; насколько высок уровень субъективного дискомфорта больного вследствие проявлений болезни; дистонность испытываемых нарушений; эмоциональная удовлетворенность, испытываемая больным от принятия его врачом; уровень участия больного в терапии (от соблюдения режимных предписаний, назначения лекарств до участия больного в психосоциальных мероприятиях: при оптимальном контакте больной вносит свой вклад в постановку целей и разработку программ терапии); мотивация на лечение и др.);
- 2) параметры врача (навыки межличностного общения; техническая компетенция врача (в особенности при проявлении дезадаптивных шаблонов поведения больного в ситуации общения с врачом); возможность 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).

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;
- 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.

**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 отношения).

**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).

## Эффективность психотерапии

Тенденция к интеграции психотерапии в общую медицину и превращения ее в общемедицинскую специальность поднимает важный вопрос об эффективности психотерапии — предпосылках, критериях и методах ее оценки.

Организаторы психотерапевтической службы все чаще встречаются с проблемой оценки полезности, целесообразности и эффективности средств и методов, используемых для охраны психического здоровья. В некоторых странах делались попытки изменить порядок финансирования психотерапевтического обслуживания населения путем поощрения только тех направлений психотерапии, которые базируются на научных оценках ее эффективности.

Необходимость объективной оценки психотерапии возникла с начала 1950-х годов, когда Н. Eysenck опубликовал результаты исследований, которые показывали, что психотерапия не является эффективным методом лечения

пациентов с психическими расстройствами. Эта позиция вызвала протест у практикующих психотерапевтов и значительно стимулировала научно-эмпирическое исследование методов психотерапии.

До настоящего времени проведено большое количество исследований, посвященных оценке эффективности психотерапии. Надо отметить, что многие из них в значительной степени не соответствуют критериям доказательной медицины. В начале 1990-х годов К. Grawe и соавт. опубликовали результаты своего фундаментального метаанализа, включившего огромное количество исследованных работ, где в качестве основной задачи рассматривали два вопроса:

- 1) каково количество научно-эмпирических исследований различных психотерапевтических подходов в литературе, каков их научный уровень;
- 2) какие психотерапевтические подходы сравнивались и с какими результатами.

Ими после тщательного отбора из 3500 исследований с приемлемым научным уровнем было оставлено 897 источников, отражающих исследование психотерапии взрослых пациентов, опубликованных в течение 30 лет.

В качестве критериев оценки исследований психотерапевтических методов использовались следующие параметры:

- 1) глобальная оценка успеха;
- 2) индивидуально-дифференцированная проблематика или симптоматика;
- 3) общие формулировки проблематики или симптоматики членов групп;
- 4) остальные параметры самочувствия;
- 5) изменения в личности и способностях;
- 7) изменения в использовании свободного времени;
- 8) изменения в работе или профессии;
- 9) изменения в сексуальной области;
- 10) изменения по психофизиологическим параметрам.

С помощью почти 1000 признаков оценивалось научное качество всех исследований по следующим критериям.

1. Клиническая значимость. Учитывались тяжесть состояния и выраженность нарушений у пациентов, которым проводилась психотерапия, разнообразие измеряемых параметров, включая индивидуально-дифференцированную симптоматику, полнота информации о пациентах, наличие катамнестических данных, длительность проводимой психотерапии, представительность групп.

2. Валидность исследования. Оценивались дизайн исследования, соразмерность и адекватность выбранных методов исследования, широта оценочных параметров, учет применения других методов лечения, в том числе и медикаментозного.

3. Качество информации. Придавалось значение подробному описанию групп пациентов, психотерапевтов, методов лечения, плана и проведения исследования.

4. Осторожность интерпретации. Рассматривались ошибки в обработке данных, условия выполнения исследования, обоснованность выводов.

5. Разнообразие применяемых параметров. Учитывалось число параметров, источников, число измерений во время лечения, измерение не только эффектов, но и процесса лечения.

6. Качество и разнообразие статистической обработки. Оценивались особенности, полнота и адекватность применяемых методов статистики, наличие данных контрольных групп.

7. Богатство результатов. Признавалось ценным наличие значимых корреляций, изменение средних величин параметров и их динамика отклонений, информация об оптимальном действии методов на различные расстройства.

Это объемное исследование, как и многие последующие, позволило выделить основные существующие проблемы в оценке оказания эффективности психотерапевтических методов.

В настоящее время распространено огромное количество методов психотерапии, которые отличаются друг от друга степенью научной обоснованности, глубиной разработки, широтой воздействия на организм человека. Сравнительные исследования трудны, а зачастую просто невозможны. Кроме того, почти все методы психотерапии претендуют на свою эффективность при лечении не одного какого-либо заболевания, а большого спектра психических и психосоматических расстройств, что также затрудняет их сравнительную оценку.

Требование разработки критериев и методов оценки эффективности психотерапии становится все более актуальным в связи с опережающим развитием методов, организационных форм психотерапии, увеличением числа специалистов-психотерапевтов в системе здравоохранения.

### **Основные принципы оценки эффективности психотерапии**

1. Для оценки эффективности психотерапии требуется, прежде всего, четко определить метод, с помощью которого она осуществляется, и унифицировать его воспроизведение. В практической же работе чаще говорится о психотерапии вообще, не об одном, а о группе методов, различных их комбинациях, поскольку утверждение в практике работы психотерапевта интегративного подхода способствует все более широкому применению сочетаний различных методов.

Необходимо учитывать, что при применении различных методов психотерапии имеет место так называемые общие факторы психотерапии, влияющие на ее эффективность. Речь идет о формировании контакта между врачом и пациентом; установлении между ними доверительных отношений; ослаблении напряжения на начальной стадии, основанное на способности пациента обсуждать свою проблему с лицом, от которого он надеется получить помощь; познавательном обучении за счет информации, получаемой от психотерапевта; коррекции поведения больного за счет одобрения или неодобрения со стороны психотерапевта; приобретении социальных навыков на модели психотерапевта; усвоении или тренировки более адаптивных способов поведения при условии эмоциональной поддержки со стороны психотерапевта и др.

Определение факторов эффективности психотерапевтического процесса включает рассмотрение взаимосвязи характеристик пациента, психотерапевта и лечебных методов. Ряд исследований показали, что наибольший вклад в результаты психотерапии вносят личностные качества пациента (в частности

мотивация к изменению), на втором месте находятся личностные параметры психотерапевта и лишь на третьем — использование определенных психотерапевтических методов. При оценке эффективности психотерапии должна учитываться личность больного, степень выраженности у него черт, особенностей, известных как прогностически благоприятные или неблагоприятные для проведения психотерапии. Имеет значение установка больного на тот или иной вид психотерапии, сформированная у него, в частности, предшествующими встречами с психотерапевтами и теми или иными методами психотерапии.

Оценка роли личности врача-психотерапевта в эффективном психотерапевтическом вмешательстве является одной из ключевых проблем в оценке эффективности методов, особенно когда речь идет об индивидуальной психотерапии. Различные личностные, интеллектуальные, физические качества врача, разный уровень профессиональной подготовки, опыта, умения поддерживать пациента, приверженность к авторитарному или демократическому стилю во взаимоотношениях с пациентом и многое другое будут влиять на эффективность психотерапии даже при использовании одного конкретного метода.

2. При квалифицированном использовании того или иного метода должна быть соблюдена определенная техника. Очевидно, что это одновременно требование к качеству подготовки, опыту, квалификации психотерапевта, что не всегда учитывается. Психотерапевтическим методам присуща различная длительность применения, а следовательно, различные цели и мишени для проведения лечения, ориентация на разные терапевтические результаты.

В зависимости от выбранной стратегии и целей проводимой психотерапии специалисты по-разному определяют итог успешной работы.

Исчезновение симптоматики, с которой обратился пациент:

- ▶ осознание того, что причина нарушений психического состояния находится в детстве, в структуре воспитания, понимание, что именно в воспитании привело к нарушению;
- ▶ расширение адаптационных механизмов личности с интеграцией нового эмоционального опыта и способностью осознания своих эмоций, влияющих на поведение;
- ▶ формирование адаптивного образа жизни, то есть полезных навыков поведения;
- ▶ эмоциональное отреагирование существующих проблем и переживаний, с которыми обратился пациент;
- ▶ понимание неадекватности структуры своего мышления, которые привели к имеющимся расстройствам;
- ▶ понимание своих потенциальных возможностей, повышение самооценки.

3. Число пациентов, пролеченных с помощью данного метода, должно быть статистически значимым. В то же время при использовании некоторых систем психотерапии речь идет чаще об отдельных пациентах, которые подвергались многомесячному или даже многолетнему воздействию психотерапии.

4. Изучение эффективности следует проводить на гомогенном материале. Обычно же исследуют группы больных, включающие первичных пациентов

и тех, кому до этого времени не помогали никакие другие методы лечения, группы амбулаторных больных и госпитализированных, с острым и затяжным течением и т.д.

5. Группу пациентов, создаваемую для оценки эффективности психотерапии, следует формировать методом случайной выборки.

6. Оценка эффективности психотерапии не следует проводить специалисту, осуществляемому лечению, здесь необходим независимый наблюдатель. Данное требование очень важно, так как при этом элиминируется влияние на оценку отношения пациента к врачу; можно предполагать, что больной будет более искренне оценивать эффективность лечения.

7. Целесообразно, чтобы независимый наблюдатель не знал о применявшемся психотерапевтическом методе, чтобы его собственное отношение к этому методу не влияло на оценку.

8. Играет роль личностная структура психотерапевта, степень выраженности у него качеств, используемых для прогнозирования успешности психотерапии.

9. Необходимо учитывать личность больного, степень выраженности у него черт, особенностей, известных как прогностически благоприятные или неблагоприятные для проведения психотерапии.

10. Имеет значение установка больного на тот или иной вид психотерапии, сформированная у него, в частности, предшествующими встречами с психотерапевтами и теми или иными методами психотерапии.

11. Для объективности необходимо сравнение непосредственных и отдаленных результатов лечения. Это условие особенно важно, когда речь идет об оценке эффективности применения ЛОРП. Число повторно исследованных больных в катамнезе должно быть репрезентативным по отношению ко всему контингенту лечившихся; таких больных должно быть не менее 90% общего их числа. Оценка в катамнезе должна исходить не только от врача (так называемые объективные данные), но и от самого больного (субъективные показатели). Необходимо учитывать особенности жизни больного после окончания лечения, возможные влияния (положительные или отрицательные) на результат терапии ближайшего окружения пациента (семья, производство и т.д.).

12. Оценка в катамнезе должна исходить не только от врача [желательно независимого оценщика (объективные данные)], но и от самого больного (субъективные показатели).

13. Для объективного катамнеза необходима своя контрольная группа больных, поскольку изменения в состоянии пациентов, леченных с помощью психотерапии, могли с течением времени происходить и вне лечения.

14. Должны быть учтены те цели и задачи, обусловленные клинической спецификой заболевания и теоретическими предпосылками, которые стремился реализовать психотерапевт с помощью применяемого им метода.

15. Для оценки эффективности недостаточно регистрировать клинические изменения, необходимо еще учитывать индивидуально-психологические и социально-психологические аспекты.

Перечень возможных предпосылок, требуемых для объективной оценки эффективности психотерапии, можно было бы продолжить. Например, при

создании гомогенных сравниваемых групп важно учитывать местность, из которой прибыл на лечение больной (степень интеграции в ней психотерапии, известности психотерапевтов и т.д.).

В психотерапевтической практике учет всех этих моментов затруднителен, однако психотерапевт должен помнить о значении их при решении задач, связанных с объективной оценкой эффективности того или иного психотерапевтического метода.

Не подлежит сомнению, что выбор критериев эффективности психотерапии самым непосредственным образом определяется ее целями, в свою очередь вытекающими из принятой теоретической концепции. По убеждению подавляющего большинства специалистов, один лишь критерий симптоматического улучшения не является надежным при определении непосредственной эффективности и устойчивости психотерапии, хотя субъективно переживаемое больным (и по мере возможности объективно регистрируемое) клиническое симптоматическое улучшение является, несомненно, важным критерием оценки эффективности психотерапии. Клинический опыт с применением широких катамнестических данных убедительно свидетельствует о необходимости привлечения для оценки эффективности психотерапии определенных социально-психологических критериев. К ним относятся: степень понимания пациентом психологических механизмов болезни и собственной роли в возникновении конфликтных и травмирующих ситуаций, в том числе в развитии своих неадаптивных реакций; изменения в отношениях и установках; улучшение социального функционирования и др.

Критерии эффективности психотерапии должны удовлетворять следующим условиям. Во-первых, достаточно полно характеризовать наступившие изменения в клинической картине и адаптации пациента с учетом трех плоскостей рассмотрения терапевтической динамики: соматической; психологической; социальной. Во-вторых, они должны не только позволять производить оценку с точки зрения объективного наблюдения, но и включать субъективную оценку с позиций самого пациента. И, в-третьих, эти критерии должны быть достаточно независимы друг от друга.

Методы исследования эффективности психотерапии должны давать возможность получения численных показателей рассматриваемых критериев; регистрации изменений, происходящих в процессе лечения, по каждому из них; статистического анализа полученных с их помощью результатов.

Для оценки эффективности ЛОРП при неврозах используют несколько критериев, которые до некоторой степени рассматриваются и как показатели глубины лечения. При проведении психотерапии на первом этапе достигается определенная степень понимания больным связи между имеющейся симптоматикой и невротическим конфликтом, между симптоматикой и собственными проблемами. Ожидаемая степень понимания больным психологических механизмов его заболевания принята в качестве первого из дополнительных социально-психологических критериев оценки эффективности лечения. На следующем этапе психотерапии перестраиваются отношения больного, вследствие чего он приобретает большую способность к восприятию нового реального опыта и более адекватных способов реагирования. Обычно эта перестройка

захватывает сферу не только межличностных отношений, но и отношение больного к самому себе, приводя к уменьшению разрыва между идеальными и реальными представлениями о себе. Объективно регистрируемые (наблюдаемые окружением) параметры, характеризующие степень восстановления нарушенных отношений личности, то есть изменения в поведении, в контактах с людьми, жизненных планах, целях, рассматриваются в качестве второго критерия. На последнем этапе психотерапии происходит реализация больным нового опыта, новых стереотипов поведения, перестроенных отношений. Это приводит к нормализации социального функционирования больного на работе, в обществе, в семье. В качестве третьего критерия используют субъективно и объективно (в том числе катamnестически) определяемую степень нормализации социального функционирования в различных сферах деятельности.

На современном этапе научных исследований доказана эффективность психотерапии в отношении большинства психических заболеваний, психосоматических нарушений, соматопсихических расстройств. Показана ведущая роль психотерапии при лечении невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств. Психотерапия эффективно сочетается с психофармакотерапией при тревожных, аффективных и психотических расстройствах. Наибольшее количество научных исследований, подтверждающих эффективность психотерапии при различных заболеваниях, были проведены в отношении когнитивно-поведенческих и динамических методов.

Очевидно, что необходимость учета отмеченных выше предпосылок, критериев и аспектов создает существенные трудности при решении проблем оценки эффективности психотерапии, поэтому дальнейшая разработка теоретических и практических подходов в этой области является важной и актуальной задачей.