

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания	7
Борис Дмитриевич Карвасарский. Биографический очерк	10
Общемедицинское значение проблемы невротических расстройств (<i>Б.Д. Карвасарский</i>)	14
Предисловие ко второму изданию	27
Предисловие к первому изданию	28
Список сокращений и условных обозначений	30
ЧАСТЬ I. ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ	31
Глава 1. Психотерапия — определение и содержание основных понятий (<i>А.В. Васильева, Т.А. Караваева, С.В. Полторак</i>)	32
Глава 2. Психотерапевтический анамнез (<i>А.В. Васильева, Т.А. Караваева</i>)	55
Глава 3. Основные направления психотерапии	65
3.1. Психодинамическое направление в психотерапии (<i>А.В. Васильева, Т.А. Караваева, С.В. Полторак</i>)	65
3.2. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (<i>А.В. Васильева, Г.Л. Исурина, Т.А. Караваева, С.В. Полторак</i>)	81
3.3. Когнитивно-поведенческое направление в психотерапии (<i>А.В. Васильева, Т.А. Караваева</i>)	93
3.4. Экзистенциально-гуманистическое направление в психотерапии (<i>А.В. Васильева, Т.А. Караваева, С.В. Полторак</i>)	134
3.5. Гештальт-психотерапия (<i>Л.Л. Третьяк</i>)	153
3.6. Суггестивная психотерапия (<i>А.В. Васильева, Т.А. Караваева, С.В. Полторак, Д.А. Старунская</i>)	178
Глава 4. Основные формы психотерапии (<i>А.В. Васильева, Г.Л. Исурина, Т.А. Караваева, С.В. Полторак</i>)	211
4.1. Индивидуальная психотерапия	211
4.2. Групповая психотерапия	215
4.3. Семейная психотерапия	234
4.4. Психотерапевтическая среда и психотерапевтическое сообщество	240
Глава 5. Соотношение психотерапии и фармакотерапии (<i>А.В. Васильева, Т.А. Караваева, С.В. Полторак, Н.Г. Незнанов</i>)	249
Глава 6. Супервизия в психотерапии (<i>С.А. Кулаков</i>)	261
Глава 7. Тренинг коммуникативных навыков для формирования терапевтического контакта (<i>Е.Ю. Абриталин, Д.А. Парфенова</i>)	293
ЧАСТЬ II. МИШЕНИ И АЛГОРИТМЫ ПСИХОТЕРАПИИ	303
Глава 8. Мишени психотерапии невротических расстройств (<i>Т.А. Караваева, А.В. Васильева</i>)	304
Глава 9. Алгоритм и мишени психотерапии нарушений сна (<i>А.В. Васильева, Т.А. Караваева</i>)	323
Глава 10. Алгоритм и мишени психотерапии психогенного переедания (<i>Т.А. Караваева, А.В. Васильева</i>)	347
Глава 11. Алгоритм и мишени психотерапии в соматической медицине (<i>А.В. Васильева, Т.А. Караваева, Н.Г. Незнанов</i>)	356

Глава 12. Алгоритм и мишени психотерапии пациентов с хроническими соматическими заболеваниями (<i>Т.А. Караваева, А.В. Васильева</i>)	368
Глава 13. Мишени психотерапии родственников хронических соматических больных (<i>Т.А. Караваева, А.В. Васильева</i>)	378
Глава 14. Мишени психотерапии старения и активного долголетия (<i>Т.А. Караваева, А.В. Васильева, Н.Г. Незнанов</i>)	395
Глава 15. Алгоритм и мишени психотерапии синдрома эмоционального выгорания (<i>Т.А. Караваева, А.В. Васильева</i>)	411
ЧАСТЬ III. ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	427
Глава 16. Паническое расстройство (<i>А.В. Васильева, Т.А. Караваева</i>)	428
Глава 17. Генерализованное тревожное расстройство (<i>А.В. Васильева, Т.А. Караваева</i>)	449
Глава 18. Тревожно-фобические расстройства (<i>Т.А. Караваева, А.В. Васильева</i>)	465
Глава 19. Социальные фобии (<i>Т.А. Караваева, А.В. Васильева, Е.Б. Мизинова, Д.С. Радионов</i>)	485
Глава 20. Обсессивно-компульсивное расстройство (<i>Т.А. Караваева, А.В. Васильева, Е.Б. Мизинова</i>)	499
Глава 21. Расстройства адаптации (<i>Т.А. Караваева, А.В. Васильева</i>)	522
Глава 22. Посттравматическое стрессовое расстройство (<i>А.В. Васильева, Т.А. Караваева, Д.С. Радионов</i>)	537
Глава 23. Диссоциативные (конверсионные) расстройства (<i>Т.А. Караваева, А.В. Васильева, Е.Б. Мизинова</i>)	567
Глава 24. Соматоформные расстройства (<i>Т.А. Караваева, А.В. Васильева</i>)	584
Глава 25. Неврастения (<i>А.В. Васильева, Т.А. Караваева</i>)	615
Глава 26. Невротические и связанные со стрессом расстройства у жителей мегаполиса (<i>А.В. Васильева, Т.А. Караваева</i>)	623
Глава 27. Депрессивные расстройства (<i>А.В. Васильева, Т.А. Караваева, Н.Г. Незнанов</i>)	633
Глава 28. Расстройства зрелой личности (<i>А.В. Васильева, Т.А. Караваева</i>)	660
Глава 29. Расстройства пищевого поведения (<i>А.А. Пичиков</i>)	687
Глава 30. Психотерапия суицидального поведения (<i>А.А. Пичиков</i>)	723
Глава 31. Психосоциальные воздействия при ведении больных с биполярным аффективным расстройством (<i>Н.Б. Лутова</i>)	744
Глава 32. Социопсихотерапевтические подходы для больных шизофренией (<i>Н.Б. Лутова, А.Н. Еричев</i>)	755
Тестовые задания	770
Эталоны ответов	822
Ситуационные задачи	827
Список рекомендуемой литературы	923
Приложения	933
Приложение 1. Основные понятия	933
Приложение 2. Терминологический словарь	934
Приложение 3. Методология оказания помощи лицам с посттравматическим стрессовым расстройством	944
Предметный указатель	956

ПРЕДИСЛОВИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ

В марте 2022 г. вышло первое издание учебника «Психотерапия», в книгу вошли главы, отражающие современные представления о направлениях психотерапии, методах, мишенях и алгоритмах психотерапевтических интервенций при различных психических расстройствах.

Полученная от коллег обратная связь говорит о том, что издание действительно оказалось полезным.

Первое издание учебника было встречено с большим интересом специалистами и книги быстро разошлись, заняв свое место на рабочих столах и полках от Калининграда до Владивостока. В работе над вторым изданием, которое мы приурочили к юбилею — 95-летию со дня рождения нашего учителя, выдающегося ученого и организатора психотерапевтической помощи в нашей стране Б.Д. Карвасарского, мы постарались учесть пожелания и потребности наших коллег, к примеру, специально были подготовлены главы, посвященные развитию профессиональных навыков — сбору психотерапевтического анамнеза, формированию коммуникативных навыков специалистов. Психотерапия занимает важное место в мультимодальном персонализированном подходе к лечению психических и соматических заболеваний, позволяя в полной мере реализовывать биопсихосоциальную направленность, добиваться быстрее выздоровления или стабилизации ремиссии. Одна из новых глав посвящена принципам психотерапии в соматической медицине.

Нами были внесены дополнения и изменения в большинство глав, чтобы учебник оставался на пике современных представлений и давал возможность специалистам совершенствовать знания, формировать профессиональную компетентность в соответствии с актуальными научными исследованиями и практическими достижениями.

В 2022 г. одной из наиболее важных задач в области психического здоровья стало оказание помощи участникам СВО и членам их семей. Поэтому после подготовки первых в нашей стране клинических рекомендаций по посттравматическому стрессовому расстройству, где психотерапия заняла достойное место первой линии терапии с высоким уровнем доказательности, было принято решение уделить во втором издании учебника особое внимание диагностике и лечению этого расстройства.

2023 г. стал знаковым для развития медико-психологической службы благодаря введению нового порядка оказания психиатрической помощи, практически в каждой поликлинике появился кабинет медико-психологического консультирования. Данный учебник может помочь психологам повысить свой уровень клинко-психологической подготовки. Нашей целью было также создание единого терминологического тезауруса для специалистов полипрофессиональной бригады, что поможет им «найти общий язык» в лечебном процессе.

Мы надеемся, что второе издание учебника даст возможность начинающим и опытным специалистам чувствовать себя увереннее в профессиональной сфере, опираться на современные научные взгляды, обогатить свой практический опыт и в конечном итоге лучше помогать обращающимся к нам пациентам.

Доктор медицинских наук *А.В. Васильева*,
доктор медицинских наук *Т.А. Караваева*,
заслуженный деятель науки РФ, профессор *Н.Г. Незнанов*

ПРЕДИСЛОВИЕ К ПЕРВОМУ ИЗДАНИЮ

Каждый выиграл, и все заслуживают приз.

Л. Кэрролл. Алиса в Стране чудес

Психотерапия — относительно молодая с исторической точки зрения медицинская дисциплина, имеет свою теорию и методологию, собственный категориальный аппарат и терминологию. Вторая половина XX в. стала важнейшим историческим этапом в становлении отечественной психотерапии благодаря ряду факторов: ослаблению тоталитарного режима после 1953 г.; влиянию на становление психотерапии в СССР социалистических стран; развитию медицинской психологии и учения о реабилитации; росту числа пограничных нервно-психических расстройств; смене и утверждению в медицине новой биопсихосоциальной парадигмы. Особая роль в развитии отечественной психотерапии принадлежит санкт-петербургской (ленинградской) психотерапевтической школе, что можно объяснить ее историческими предпосылками, каузальной направленностью, более интенсивным собственным развитием и тесным сотрудничеством с зарубежными странами.

Профессор Б.Д. Карвасарский — ее бессменный руководитель на протяжении почти полувека, а также главный психотерапевт Министерства здравоохранения России с 1986 г. и до конца жизни — внес неоценимый вклад в развитие психотерапии в нашей стране. По его инициативе были открыты кафедры этой медицинской дисциплины, создана законодательная база, регулирующая практическую деятельность психотерапевтов, в том числе в психиатрических и многопрофильных больницах. Он способствовал развитию полипрофессиональных бригад с активным привлечением клинических психологов в диагностический и лечебный процесс. Под его редакцией вышли первые учебники по психотерапии и клинической психологии, психотерапевтическая энциклопедия, уникальная монография о неврозах.

Сегодня регулярно выходят новые учебники и руководства по психотерапии, активно рекламирующие себя как доктрины нового поколения от всемирно известных специалистов. Данный учебник, посвященный нашему учителю профессору Б.Д. Карвасарскому, 90-летие со дня рождения которого мы отметили в 2021 г., опирается на доказательную базу и имеет более практическую направленность. Главная задача, которую авторы решали в процессе работы над книгой, — помочь специалистам подготовиться к аттестации, сдаче лицензионного экзамена, поэтому, помимо полезного практического материала, в ней содержатся примеры экзаменационных вопросов и задач. Таким образом, специалистам будет более понятно, на что надо обратить особое внимание и как построен контроль знаний.

До сих пор не ослабевает начатая еще С. Розенцвейгом дискуссия о том, что же действительно работает в психотерапии. Он объяснял в своей статье «Некоторые скрытые общие факторы в различных методах психотерапии» эквивалентную эффективность различных методов действием неспецифических факторов, обозначив это эффектом Додо — известного персонажа книги «Алиса в Стране чудес». Особенности развития психотерапии последних де-

сятiletий, которые можно описать, скорее, в творческих категориях многообразия форм и возможностей самовыражения для авторов различных методов, отличаются непрерывным появлением новых, а чаще квази-новых направлений и течений, основанных на различных теоретических подходах, отягощенных переизбытком терминов, что создает трудности в их систематизации и классификации, требует продолжения поиска критериев оценки успешности и эффективности психотерапии.

Другая наметившаяся тенденция последних лет — признание психотерапии в качестве эффективного метода лечения для целого ряда психических расстройств. При невротических и связанных со стрессом расстройствах эта научная система давно занимает ведущее место, являясь патогенетическим, наиболее эффективным лечением. Современными исследованиями было подтверждено, что в случаях, связанных с обсессивно-компульсивными расстройствами, расстройствами зрелой личности и нетяжелыми формами депрессии, в результате применения психотерапии полученный терапевтический эффект оказывается более выраженным и длительным, чем при использовании психофармакотерапии.

Возможности современных методов исследования, которые не так давно подтвердили, к примеру, теоретические постулаты пионеров психотерапии о влиянии раннего опыта взаимодействия со значимыми другими на последующую уязвимость к манифестации психических расстройств, дают надежду, что в скором будущем ситуация изменится и новые данные позволят еще более упрочить место психотерапии среди других медицинских дисциплин.

Доктор медицинских наук *А.В. Васильева*,
доктор медицинских наук *Т.А. Караваева*,
заслуженный деятель науки РФ, профессор *Н.Г. Незнанов*

Глава 5

СООТНОШЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ И ФАРМАКОТЕРАПИИ

В последние десятилетия в здравоохранении сформировалась биопсихосоциальная парадигма, упрочились новые взгляды на соотношение и содержание различных видов лечения, в том числе при невротических расстройствах.

Развитие фармакоиндустрии, разработка новых препаратов и внедрение их в современные терапевтические стратегии лечения позволили добиваться не только более быстрого симптоматического улучшения и, как следствие, сокращения сроков стационарного и амбулаторного лечения, более широкого использования экономически предпочтительных амбулаторных методов терапии, но также и построения доверительных отношений с пациентом, усиления эффективности психотерапевтических вмешательств.

Соотношение психотерапии и фармакотерапии в лечебном процессе при невротических расстройствах гибко определяется в каждом конкретном случае. С одной стороны, оно зависит от личности пациента, патогенеза, особенностей симптоматики, стадии заболевания, воздействий окружающих людей и обстоятельств, с другой — от имеющихся фармакологических возможностей, профессиональных представлений медицинского сообщества, научных разработок.

Чем более выражены в сложном патогенезе невротических расстройств биологические механизмы, тем скорее положительный эффект дает применение лекарственной терапии. В то же время биологические виды лечения способствуют решению не стратегических задач достижения длительного и устойчивого результата, а лишь тактических, что определяется психогенной природой невротических нарушений. Однако при целенаправленном применении психотропных средств для воздействия на те или иные звенья патогенеза влияние фармакологических веществ на отдельные синдромы или симптомы может приближаться к патогенетическому.

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 (И.П. Лапин), 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.

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.

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 формирования зависимости, их назначали достаточно длительными курсами (иногда в течение всего пребывания больного в стационаре), на возможности формирования зависимости акцента тогда не делали. Применяли диазепам, хлордиазепоксид, 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 Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического 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 дозы 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. 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.

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 Психоневрологического 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 дозах (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, 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 дозы. 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 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.

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 omnipотентности, 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.

При том, 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, который ранее назначал ему врач, 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».

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, прибавка 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 прошло-

го 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 всемогущей 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 «компрометирующее», 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.