

Психотерапия психических расстройств: современное состояние и основные тенденции развития

А.Б. Холмогорова

Московский НИИ психиатрии Росздрава

РЕЗЮМЕ

В статье освещены актуальные противоречия и тенденции развития психотерапии на современном этапе. Описаны современные многоуровневые интегративные модели психической патологии, позволяющие объединить результаты различных эмпирических исследований и соотнести мишени основных психотерапевтических подходов. На примере организации работы в западных клиниках описаны основные принципы и формы бригадной работы в современных психиатрических стационарах. Дана характеристика методологического статуса психотерапии и научно обоснованных психотерапевтических подходов, описаны показания и противопоказания к их применению, приведены данные исследований их эффективности при лечении различных психических расстройств.

Современное состояние психотерапии характеризуется рядом конфликтных тенденций и споров между специалистами, стоящими на разных теоретических позициях относительно проблемы нормы и патологии, а также методов исследования и лечения психических расстройств.

БИОЛОГИЧЕСКАЯ, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛИ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Драматический путь к сближению и диалогу между так называемыми медицинской и психологической моделями психической патологии ярко описан британским психиатром Ст. Гребеном на примере лечения депрессий:

«Борьба с тенденцией разделить человека на тело и разум была долгой и трудной. Как врач, обучавшийся психотерапии в 1950-х гг., я оказался в ситуации выбора перед двумя противоположными взглядами на серьезные депрессивные расстройства. Медики, бывшие психоаналитиками и, как правило, еще и психиатрами, считали, что основным лечением может быть только аналитически ориентированная психотерапия и что тяжелой депрессией должна заниматься психология, несмотря на тот факт, что у всех пациентов были соматические и вегетативные симптомы... Другие медики, уверенные, что состояние депрессии должно иметь биохимическую подоплеку, предписывали только биологическое лечение. Они считали заблуждением, причем вредным, «трату времени на разговоры» с пациентами, которые страдали от биологических недугов, даже когда в основе боле-

зни явно лежала ответная реакция, а не генетические биологические причины. В этой драматической ситуации произошло значительное улучшение. Сегодня многие психиатры готовы предложить таким пациентам как биологическое, так и психотерапевтическое лечение. Чтобы сократить продолжительность боли, чтобы предупредить возможность неистовства, часто и даже как правило прописывают биологическое лечение. В то же время психотерапия имеет дело с другими важными факторами: низким самоуважением, психосоциальными причинами, которые способствуют развитию недуга, и, самое главное, качествами характера, которые содействуют возникновению проблем и угрожают возобновлением болезни, если не будут вылечены до конца. Такой многомерный подход в психиатрии рассматривает психологический аспект в лечении не только как приемлемый, но и необходимый» [12].

Однако на фоне ошеломляющих успехов современных нейронаук, прежде всего биохимических исследований мозга, у многих специалистов возникает впечатление, что наступила эра «биологического реванша». Опять приобретает актуальность спор К. Ясперса и Э. Крепелина: «Мало сказать, что убеждения Крепелина основывались на предпочтительном внимании к соматической субстанции; он признавал ее единственно важной материей для медицины и в этом сходилась с большинством врачей. Многие психологические проблемы поданы в его учебнике с подлинным блеском; и тем не менее остается впечатление, что это сделано, так сказать, против его воли. Сам он считал психологию паллиативом, который непременно утратит свое значение, когда эксперименты, микроскоп и пробирки позволят, наконец, прийти к объективным результатам» [10].

К. Ясперсом было описано два вида редукционизма – биологический (признание в качестве единственной основы психической патологии процессов в центральной нервной системе) и психологический (так называемая психологизация – объяснение психопатологических феноменов чисто психологическими факторами). Трудности преодоления обоих видов редукционизма связаны с заманчивой простотой объяснительных моделей, построенных на их основе. На кону у каждой из этих моделей свои аргументы. Наряду с прогрессом нейронаук растет число исследований в области клинической психологии, убедительно доказывающих важный вклад психологических и психосоциальных факторов в возникновение и течение психических расстройств. Например, показано, что даже течение шизофрении, биологическая детерминация которой общепризнанна, в значительной степени зависит от характера взаимодействия и эмоциональной коммуникации в семье [14], а также системы социальной поддержки [12]. Убедительно показана также связь расстройств настроения в форме депрессий с уровнем критики в семье [9, 14, 17], с системой прижизненно формируемых убеждений и ценностей [2], уровнем социальной поддержки [8, 18]. В развитии личностных расстройств большинство авторов сходятся во мнении о важной роли конституционально-генетических факторов. Вместе с тем появляется все больше исследований, акцентирующих стиль семейного воспитания (parenting style) и стрессогенных жизненных событий в возникновении стойких дисфункциональных паттернов поведения, присущих этим пациентам [16].

Процесс осознания необходимости целостного комплексного подхода к проблеме психических расстройств занял почти целое столетие. Вот что пишет об этом известный американский ученый-

Таблица. Многофакторная психосоциальная модель расстройств аффективного спектра [7]

Уровни	Факторы риска и стрессоры расстройств аффективного спектра	Традиции психотерапии и клинической психологии
Макросоциальный	Патогенные и конфликтные ценности современной культуры	Социальный психоанализ (К. Хорни, Э. Фромм)
Семейный	Травматический опыт	Психодинамическая (З. Фрейд)
	Ненадежная привязанность	Теория привязанности Д. Боулби
	Дисфункции семейной системы	Системно ориентированная семейная (С. Минухин, М. Боуэн)
Личностный (дисфункциональные личностные убеждения и установки, нарушения аффективно-когнитивной сферы, неадаптивные поведенческие стратегии)	Негативное мышление, дисфункциональные убеждения	Когнитивно-бихевиоральная (А. Бек, А. Эллис)
	Негативная Я-концепция, отказ от ответственности	Экзистенциально-гуманистическая (К. Роджерс, Р. Мэй)
	Вытесненная агрессия, негативная самооценка, алекситимия	Психодинамическая (К. Абрахам, З. Фрейд, Д. Якобсон, П. Сифнеус)
	Неспособность к кооперации	Индивидуальная психология А. Адлера
Интерперсональный (нарушения межличностных отношений)	Деструктивные стратегии межличностных отношений	Социальный психоанализ (Г. Салливен, К. Хорни)
	Коммуникативные дисфункции, дефицит социальных навыков	Интерперсональная психотерапия Г. Клермана

психиатр З. Липовски: «Психиатры все лучше осознают, что никакой изолированный теоретический подход – психодинамический, бихевиоральный, социологический или биологический – не может охватить феномен человеческого поведения или же проблему психических расстройств. Редукционизм не даст никакого результата. Холистический, всеохватывающий, мультифакторный теоретический подход необходим для науки о человеческом здоровье и болезнях, а значит, и для психиатрии... Мы должны быть очень осторожны, избегая регрессии к «мифологии мозга XIX столетия», наивному убеждению, что человеческое поведение и психические расстройства можно полностью объяснить с помощью нейрофизиологии и других нейронаук. Холистический подход должен помочь нам избежать скатывания в подобный редукционизм» [15].

Важным шагом на пути преодоления биологического и психологического редукционизма стала разработка системной биопсихосоциальной модели психической патологии. Она находит конкретное воплощение в исследованиях биологических, психологических и психосоциальных факторов риска, предрасполагающих к болезни (уязвимость или диатез), факторов, провоцирующих болезнь (стрессоры) и защищающих от нее (буферные факторы), а также утяжеляющих или облегчающих процесс совладания с уже возникшей болезнью. Речь идет о современных диатез-стресс-буферных моделях психической патологии.

МНОГОФАКТОРНАЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ КАК СРЕДСТВО ИНТЕГРАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ

Однако помимо конфликта между биологическими и психологически ориентированными специалистами существуют многочисленные споры и противоречия между представителями различных психологических и психотерапевтических школ. Исторически различные психотерапевтические подходы акцентировали разные группы психологических факторов возникновения психической патологии. В соответствии с этим выделяются и разные мишени, разная направленность психотерапевтических подходов. Совместно с Н.Г. Гарянян нами была предложена многофакторная психосоциальная модель расстройств аффективного спектра, где каждому уровню поставлена в соответствие группа факторов риска, которые выступают в качестве мишеней для централизованных на

них психотерапевтических традиций (см. таблицу) [7]. Макросоциальному уровню соответствуют различные социокультурные факторы, семейному уровню – разные формы нарушения семейных взаимоотношений и семейные стрессы; личностному – дисфункциональные установки и убеждения личности, нарушения аффективно-когнитивного стиля и неадаптивные поведенческие стратегии; интерперсональному – нарушения системы межличностных отношений. Из таблицы видно, что разные школы психотерапии преимущественно концентрировались на разных факторах, которые могут быть отнесены к разным уровням.

Расстройства аффективного спектра включают различные формы психической патологии (депрессивные, тревожные, соматоформные расстройства, нервная булимия, посттравматическое стрессовое расстройство) и субклинические нарушения в виде отдельных симптомов эмоциональной дезадаптации. Многочисленные эмпирические исследования социальных и психологических факторов этих расстройств могут быть систематизированы в соответствии с выделенными уровнями многофакторной психосоциальной модели.

На макросоциальном уровне современные интернациональные исследования, проводимые в рамках программ ВОЗ, убедительно доказали важную роль социальных стрессов, связанных с определенной социокультурной ситуацией, принадлежностью к определенному классу, полу, возрасту и т. д. К традиции социального психоанализа восходят исследования, акцентирующие внимание на роли целого ряда ценностей современного западного общества в распространении тех или иных расстройств. В качестве классического примера такого рода расстройств можно привести получающую все более широкое распространение нервную булимию, что тесно связано с широко рекламируемыми нереалистичными стандартами стройной фигуры. Кросскультурные исследования депрессии показывают, что она также неравномерно распространена в разных культурах и чаще встречается в культурах, фиксированных на достижениях и перфекционистских стандартах. Патогенные стереотипы массовой культуры выступают как фактор риска целого ряда расстройств и нуждаются в дальнейшем изучении и осмыслении, чтобы противопоставить им психообразование и создание более здоровой социальной среды [6].

На семейном уровне за последние два десятилетия было проведено большое количество исследований семейных факторов депрессии, тревожных, соматоформных расстройств и расстройств пище-

вого поведения. Одним из первых исследователей семей пациентов с расстройствами аффективного спектра был Дж. Паркер. Он, в частности, описал родительский стиль воспитания детей с последующим риском возникновения тревожных, депрессивных расстройств и нервной булимии. Это перфекционистский стиль, который проявляется, в частности, в высоких ожиданиях от ребенка в плане его социальной успешности. При этом акцент делается не на содержательные, а на внешние критерии успешности. Еще одну характеристику этого стиля Дж. Паркер назвал «холодным контролем» – сочетание доминантного контролирующего поведения с низким уровнем эмоциональной заботы и тепла [17]. В отечественной психологии проводятся системные исследования семейных факторов расстройств аффективного спектра, выявившие нарушения семейной структуры в виде симбиозов и закрытых от внешнего мира границ семьи, коммуникативные дисфункции в виде высокого уровня критики со стороны родителей, особенности семейной истории в виде накопления стрессогенных событий в трех поколениях (семейного насилия, тяжелых соматических заболеваний, ранних смертей и т. д.), дисфункциональные семейные ценности в виде культа успеха и достижений, перфекционистских стандартов, враждебной картины мира [9, 10].

На личностном уровне также имеют место так называемые психологические диатезы. В рамках когнитивно-бихевиоральной традиции они описываются в виде системы дисфункциональных убеждений. В частности, во многих исследованиях получает широкое подтверждение связь депрессивных и тревожных расстройств с перфекционистскими убеждениями и скрытой враждебностью. Сюда относятся убеждения о недопустимости ошибок, о необходимости соответствия самым высоким стандартам в разных сферах жизни и деятельности, о холодности и враждебности других людей и т. д. Данные о выраженности таких установок у депрессивных и тревожных больных получены также в отечественных исследованиях [2]. Динамическая терапия акцентирует роль потребности в зависимости от происхождения тревожных и депрессивных расстройств и в качестве центрального патогенного конфликта рассматривает конфликт между потребностью в автономии и потребностью в зависимости. В рамках когнитивно-бихевиоральной и динамической психотерапии разработаны соответствующие стратегии и приемы для модификации дисфункциональных убеждений, преодоления патологической потребности в зависимости от развития личностной автономии.

Когнитивные процессы больных расстройствами аффективного спектра стали специальным предметом изучения в рамках когнитивно-бихевиоральной терапии. Были выявлены так называемые когнитивные искажения – негативное селективное, черно-белое или поляризованное мышление. Эти механизмы были особенно тщательно изучены А. Беком и его последователями применительно к депрессивным и тревожным расстройствам [1]. Однако сейчас получает обоснование роль этих механизмов в развитии нервной булимии, в хронификации посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР). В рамках когнитивной психотерапии разработаны разнообразные техники перестройки так называемого негативного мышления и когнитивных искажений. Алекситимия (особый тип организации аффективно-когнитивных процессов) выражается в трудностях в осознании и вербализации эмоций и была впервые описана представителями психоанализа как фактор психосоматических расстройств.

В 1970–90-х гг. было проведено большое количество исследований, доказавших роль алекситимии в качестве психологического диатеза, предрасполагающего к самым разным формам психической патологии – зависимостям, личностным расстройствам, расстройствам аффективного спектра.

Неадаптивные формы поведения являются предметом специального анализа и воздействия в рамках когнитивно-бихевиоральной психотерапии. Была доказана, в частности, важная роль поведения избегания в формировании и хронификации тревожных расстройств. Соответственно в рамках этого направления были разработаны многочисленные техники модификации нарушенного поведения.

На интерперсональном уровне доказана роль травматического опыта психологического и физического насилия, сужения социальных связей и низкого уровня социальной поддержки в возникновении и течении ПТСР, депрессий, тревожных и соматоформных расстройств. Интерперсональная психотерапия Г. Клермана, примыкающая к психодинамической традиции, центрирована на роли дисфункциональных паттернов взаимодействия с другими людьми в возникновении и течении депрессий. В частности, есть понятие межличностного перфекционизма, который может разрушать отношения, усиливать недовольство другими, вести к социальной изоляции и вторично усиливать депрессию и тревогу.

В психотерапии расстройств аффективного спектра необходимо в комплексе учитывать различные мишени и факторы, описанные выше. **В этом коренится одна из причин выраженной тенденции к интеграции различных подходов в современной психотерапии.** Многофакторная психосоциальная модель является теоретико-методологическим средством такой интеграции.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ В ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРИГАДЕ

Практики не могут дожидаться того момента, когда исследователи договорятся между собой о вкладе различных факторов, поэтому в современной службе психического здоровья лидирующими становятся бригадный подход к лечению и установка на интеграцию различных подходов в психотерапии. На Западе на смену традиционной патерналистской медицинской модели лечения с доминирующей фигурой врача-психиатра уже давно пришла модель команды специалистов-партнеров, а узкопрофилированные психотерапевтические отделения, ориентированные преимущественно на бихевиоральные или психоаналитические подходы, постепенно сменяются интегративно-ориентированными способами работы.

В соответствии с научными фактами происходит **реорганизация практической помощи больным в направлении большей комплексности, интеграции усилий разных специалистов** [5]. В качестве примера можно рассмотреть организацию работы в отделениях психосоматической медицины и психотерапии в Германии на примере университетских клиник Фрайбурга и Эссена, которые оказывают помощь пациентам с расстройствами настроения, тревожными и соматоформными расстройствами, расстройствами пищевого поведения, а также классическими психосоматическими заболеваниями (различные дерматозы, заболевания желудочно-кишечного тракта, бронхиальной астмой и т. д.). Часть больных проходят амбулаторное лечение. Остальные лечатся в разных подразделениях клиник в зависимости от диагноза. В каждом подразделении работает своя команда специали-

тов. Упомянутые университетские клиники представляют различные психотерапевтические традиции. Во Фрайбурге наряду с психоанализом базовым подходом является системная семейная психотерапия (руководитель клиники – проф. М. Виршинг), в Эссене клиника была традиционно аналитически ориентирована (руководитель клиники – проф. В. Зенф).

Вместе с тем в развитии организации психотерапии в обеих клиниках отчетливо прослеживается современная интегративная тенденция. Каждый пациент в отделении получает не менее 18 часов психотерапии в неделю в совокупности. Сюда включается два индивидуальных сеанса психодинамической терапии (по 45 минут каждый), два групповых занятия (по полтора часа каждое) в динамическом или интеракционно-коммуникативном поддерживающем варианте. Практически все пациенты получают от одного до двух сеансов телесно ориентированной терапии, арт-терапии, участвуют в специальных гимнастических занятиях. Большинство пациентов получают от одного до 10 сеансов системной семейной психотерапии с участием всех членов семьи (в зависимости от показаний). Такая комплексная работа позволяет охватить практически все психологические мишени, выделяемые при том или ином диагнозе, включая семейный и социальный контекст. В каждом отделении психотерапией занимаются психологи и врачи, прошедшие специальную подготовку в этой области. Медикаментозное лечение назначается врачами-психиатрами. Кроме того, в работе каждого отделения участвует социальный работник, который собирает информацию о трудоустройстве и семейном положении каждого больного и проводит целенаправленное консультирование с целью решения имеющихся адаптационных проблем.

Активная роль отводится медсестрам, имеющим специальную подготовку, которая позволяет им проводить поддерживающие беседы с больными, организовывать лечебную социальную среду в отделениях, принимать участие в качестве ко-терапевтов в семейной и групповой работе. Организации лечебной среды уделяется особое внимание. Все дневные мероприятия пациентов (прием пищи, проведение досуга) соотносятся с лечебными целями. Больные принимают самое активное участие в организации работы отделения, вплоть до закупки продуктов, составления меню, помощи медсестрам и т. д.

Следует особо отметить переход от патерналистской модели к партнерской во взаимоотношениях с пациентами. Это, в частности, выражается в подготовке различных информационных материалов для пациентов, их осведомленности о сути заболевания и терапевтических мероприятиях в ходе различных психообразовательных программ, стимуляции их активной позиции в процессе собственного лечения. То же самое относится к родственникам больного.

Такая структура лечебного процесса требует постоянной координации усилий всех его участников. С этой целью все специалисты (медсестры, социальный работник, врачи и психологи) собираются два раза в неделю в строго определенные дни и часы для совещания, на котором все специалисты сообщают информацию о ходе работы практически с каждым больным. Это позволяет вырабатывать совместные программы лечения, дает важную новую информацию каждому из участников лечебного процесса. Кроме этого, ведущие специалисты-психотерапевты (как правило, руководители подразделений) проводят супер-

визию наиболее сложных случаев в режиме два раза в неделю по полтора часа. Наконец, раз в неделю команды всех подразделений собираются вместе для краткого отчета о ходе работы. В соответствии с университетским статусом клиники еженедельно проводятся научные конференции, где сотрудники делают доклады по своей научной тематике.

Безусловно, учитывая социальные и финансовые затруднения в нашей медицине, трудно ожидать в ближайшие годы столь безупречно отлаженной организации в отечественных клиниках. Вместе с тем за западной организацией стоят не только иные материальные возможности, но и глубоко осознанная специалистами, принятая и ассимилированная организаторами здравоохранения биопсихосоциальная модель возникновения и лечения психических расстройств. В нашей стране признание биопсихосоциальной модели зачастую остается декларативным. Работа психотерапевтов и социальных работников рассматривается как чисто периферическая, вспомогательная. Она не вписана как необходимая составляющая в структуру клинических подразделений. Зачастую это выражается в расхожих формулах: «каждый врач должен быть психотерапевтом», «мы все занимаемся социальной работой», «мы все работаем с семьей». Здесь необходимо подчеркнуть, что психотерапевтически ориентированные беседы врача с больным и его родственниками не являются психотерапией в строгом, профессиональном смысле этого слова. На современном этапе психотерапии количество школ, методов, необходимый объем знаний слишком велики и требуют дополнительного специального образования. Каждая форма психотерапии (индивидуальная, групповая и семейная) требует длительного обучения и подготовки.

Таким образом, можно сформулировать основные задачи в системной перестройке отделений и амбулаторий на основе биопсихосоциальной модели. Прежде всего, необходимо увеличить объем психологических знаний у врачей с целью лучшего понимания ими важности психологических и социальных факторов и смысла работы других специалистов. Не менее важной задачей является повышение уровня подготовки психотерапевтов, выработка стандартов этой подготовки, хотя бы приближающихся к международным.

Комплексная психотерапевтическая работа не сводима к отдельным индивидуальным сеансам. Создание психотерапевтической среды в отделении, комбинация индивидуальной и групповой работы, терапии занятостью, движением – это далеко не полный перечень задач, которые должен решать отдел, ориентированный на психотерапию. При этом самое важное – постоянный контакт специалистов бригады, их осведомленность о методах, понимание смысла того, что делает другой. Важнейшим условием успешного взаимодействия в бригаде специалистов является взаимная осведомленность о методах лечения и тесное сотрудничество в процессе лечения, которое возможно только в рамках регулярного совместного еженедельного обсуждения больных членами бригады (для этого необходимо отводить фиксированный день и фиксированное время). Наконец, важнейшей задачей становления бригадной модели в отечественной медицине является развитие института социальных работников, который до последнего времени практически отсутствовал. Значительные усилия в этом направлении прикладываются отделом внебольничной психиатрии МНИИ психиатрии Росздрава под руководством проф. И.Я. Гуровича [3].

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПСИХОТЕРАПИИ И ПРОБЛЕМЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ

Необходимо также упомянуть о многолетнем споре относительно того, кто имеет право получать квалификацию психотерапевта и осуществлять психотерапию. Решение этого вопроса во многом зависит от определения методологического статуса психотерапии. В настоящее время имеет место несколько позиций по этому вопросу, расценивающих психотерапию как:

- 1) часть психиатрии, заниматься которой могут только врачи-психиатры;
- 2) часть клинической психологии;
- 3) независимую отдельную профессию;
- 4) междисциплинарную область знания и практики.

Большинство современных специалистов сходятся во мнении, что психотерапия является междисциплинарной областью, пограничной между медициной и психологией, что предполагает дополнительное второе образование на базе одного из двух – медицинского или психологического. При этом психологи должны получить углубленные знания в области медицины, и в первую очередь психиатрии, а врачи – в области психологии, и в первую очередь клинической психологии. В подавляющем большинстве западных стран право на получение подготовки и профессиональной работы в области психотерапии имеют как врачи, так и психологи. В нашей стране психологи в соответствии с приказом № 438 от 16.09.2003 г. получили право заниматься психотерапией в бригаде специалистов, однако до сих пор не имеют возможности лицензироваться в этой области. Признание за психологами права профессионально заниматься психотерапией – важная задача будущего, без чего потребность в психотерапевтах никогда не будет удовлетворена, а бригадная работа соответственно не будет налажена. Однако базовая подготовка клинических психологов должна предполагать владение современными классификациями психических расстройств, хорошее знание их феноменологии, знание современных исследований на базе биопсихосоциальных моделей и развитие системного мышления.

НАУЧНО ОБОСНОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ: КРИТЕРИИ, ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ, ФОРМЫ, ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Еще одним важным конфликтом в области современной психотерапии является столкновение научно обоснованных подходов с обилием невалифицированных форм психотерапевтической помощи (от магов и экстрасенсов до плохо подготовленных психологов и психиатров, претендующих на занятия психотерапией). Именно поэтому необходимо более подробно остановиться на методологическом статусе современной психотерапии, месте различных подходов в терапии психических расстройств и современных требованиях к их научной обоснованности.

Современная научно обоснованная психотерапия представляет собой вид сложной профессиональной деятельности и опирается:

- 1) на теорию нормального психического развития и психологическую теорию личности;
- 2) теорию психической патологии;
- 3) психотерапевтические стратегии (цели, мишени, приемы и техники), основанные на теоретических моделях и эмпирических исследованиях;

- 4) этические нормы и организационные стандарты.

Применение психотерапии предполагает проведение контролируемых исследований эффективности, подтверждающих валидность основных теоретических положений, совершенствование организационных условий и этических стандартов. Перечисленным критериям соответствуют прежде всего психодинамический и когнитивно-бихевиоральный подходы.

В качестве вспомогательных в лечении психических расстройств могут использоваться суггестивные психотерапевтические методы и методы, объединяемые под общим названием экспериментальных (ориентированных на переживание) – клиент-центрированная терапия, гештальт-терапия, психодрама, арт-терапия, телесно ориентированная терапия. К вспомогательным методам относятся также поддерживающая терапия и терапия средой. Для детей дошкольного и младшего школьного возраста наиболее распространенной формой помощи является индивидуальная и групповая игровая психотерапия, проводимая на психодинамической или когнитивно-бихевиоральной теоретической основе. Среди вспомогательных методов особое место занимают суггестивные, получившие особенно широкое распространение в отечественной психиатрии. Для современной гипнотерапии характерно использование недирективных приемов и техник. Гипнотерапия осуществляется в индивидуальной и групповой форме, численность группы – 7–10 человек.

К психодинамическому направлению относится ряд психотерапевтических методов, в основе которых лежит представление о этиопатогенетическом влиянии неразрешенных интрапсихических конфликтов, определяющих разные формы психических расстройств. Общим для всех психодинамических подходов является представление о трех основных уровнях организации психики, соответствующих разной глубине патологии: невротическому регистру, регистру личностных расстройств (психопатиям), психотическому регистру. Каждому уровню личностной организации соответствуют специфические стратегии и техники психотерапии. Центральными понятиями в психодинамической традиции являются сопротивление, перенос, контрперенос, психологические защиты и др. К основным интервенциям относятся систематическая проработка интрапсихических конфликтов через интерпретацию сопротивления и переноса. Одним из современных методов психодинамического направления, разработанным и получившим широкое распространение у нас в стране, является личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия [4].

Психодинамическая психотерапия может осуществляться в индивидуальной, семейной и групповой формах, для детей и взрослых. Она проводится как в краткосрочном (до 40 часов), так и долгосрочном (до одного года и более) вариантах.

Психодинамическая психотерапия показана при широком спектре психических расстройств у взрослых и детей, таких как тревожные расстройства (включая навязчивости) (F40, F41, F42)*, соматоформные расстройства (F45), расстройства настроения (F3), личностные расстройства (F6), нарушения пищевого поведения (F50), сексуальные дисфункции (F52).

Когнитивно-бихевиоральное направление возникло на основе бихевиоральной и когнитивной психологии. Оно включает ряд методов, среди ко-

*Шифры психических расстройств указаны по МКБ-10.

торых наибольшее распространение получили когнитивная психотерапия А. Бека и рационально-эмоциональная психотерапия А. Эллиса. Они интегрируют основные достижения других моделей когнитивно-бихевиоральной терапии, а также прошли проверку на эффективность в лечении ряда расстройств.

В основе этих методов психотерапии лежит представление о важной роли когнитивных процессов в различных нарушениях поведения и эмоционального реагирования. Тщательное исследование позволило выявить специфические когнитивные нарушения при различных психических расстройствах. К основным понятиям когнитивного подхода относят автоматические (непроизвольные) мысли, когнитивные искажения (поляризованное мышление, негативное селективное информирования, «катастрофизацию», персонификацию и др.), дисфункциональные установки и убеждения (о себе, о своем заболевании, о других людях), компенсаторные стратегии поведения (например, избегание, гиперответственность, дистанцирование и др.). К основным интервенциям в когнитивно-бихевиоральной терапии относятся техники заполнения «пробела», направленные на выявление неадаптивных мыслей и убеждений; техники, направленные на оценку и коррекцию неадаптивных мыслей и убеждений; система поведенческих техник, направленных на перестройку неадекватных компенсаторных стратегий, и система тренингов, направленных на восполнение дефицита социальных и когнитивных навыков.

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия может осуществляться в индивидуальной, семейной и групповой формах, для детей и взрослых. Она проводится чаще в краткосрочном (от 8 до 30 часов) варианте, но при необходимости (например, при личностных расстройствах) – и в долгосрочном варианте (от одного до трех лет). Показана при широком спектре психических расстройств: депрессиях (F31.3, F32, F33, F34, F38), тревожных (включая ипохондрические) расстройствах, навязчивостях и посттравматических стрессовых состояниях (F40, F41, F42, F43), соматоформных (F45) и личностных расстройствах (F6), нарушениях пищевого поведения (F50), сексуальных дисфункциях (F52).

Основной формой психотерапии является индивидуальная. В рамках всех перечисленных подходов индивидуальная психотерапия проводится от одного до двух раз в неделю, обычная длительность сеанса – 50 минут. Наряду с индивидуальной, все более широкое распространение находят семейная и групповая формы работы.

Семейная психотерапия возникла под влиянием концепций, акцентирующих роль дисфункционального семейного окружения в происхождении и неблагоприятном течении психических расстройств. Другим важным фактором оформления семейной психотерапии в самостоятельную область является методология системного подхода, развитая фон Берталанфи. Согласно этому подходу все психические расстройства и индивидуальные проблемы рассматриваются не изолированно, а в семейном контексте, при этом семья рассматривается как система, имеющая определенные параметры (структурные, динамические, ролевые). В современной семейной психотерапии применяются различные методы: психодинамически ориентированная психотерапия, когнитивно-бихевиорально ориентированная (включая психообразовательные модели), а также различные варианты, акцентирующие системную парадигму, – структурная терапия, стратегическая терапия, системная терапия Боуэна, экспериентальная терапия.

Основные понятия системного подхода к семье описывают параметры семейной структуры (близость – дистанция, иерархия, внешние и внутренние границы, детская и родительская подсистема и т. д.); семейной динамики (стиль коммуникации, распределение ролей, цикл развития семьи, семейная история и т. д.), семейной идеологии (семейные мифы, правила, убеждения, установки). Интервенции системного подхода рассчитаны на работу с дисфункциями различных параметров семейной системы, например с симбиотическими связями или разобщенностью членов семьи, диффузными границами между подсистемами, непрямыми коммуникациями, отсутствием четких правил, регулирующих жизнь семьи, и т. д.

Семейная психотерапия показана при лечении взрослых и детей. При лечении психических расстройств у детей и подростков многими авторами она рассматривается как обязательный компонент лечения. Работа требует присутствия всех членов семьи на сеансе, однако возможны различные вариации (работа с частью семьи, с различными семейными подсистемами). Семейная терапия требует большей длительности сеансов (полтора-два часа) при частоте встреч один раз в одну-две недели; желательно участие двух ко-терапевтов разного пола. Семейная психотерапия часто комбинируется с индивидуальной.

Системная семейная психотерапия рекомендована при лечении тревожных расстройств (F40, F41), депрессий (F31.3, F32, F33, F34, F38), соматоформных расстройств (F45), нарушений пищевого поведения, личностных расстройств (F6), шизофрении (F2). Показаниями для присоединения семейной терапии к индивидуальному лечению служат выраженные семейные дисфункции, проблемы трудоспособности и социальной адаптации, а также тенденция к затяжному, хроническому течению расстройства у пациента.

Групповая форма психотерапии также широко применяется в лечении психических расстройств. В основе различных моделей групповой терапии имплицитно заложены основные подходы психотерапии – динамический, когнитивно-бихевиоральный и экспериентальный. В рамках клиент-центрированной психотерапии были разработаны принципы взаимодействия с пациентом, которые стали базовыми для современной психотерапии в целом, – безусловное принятие пациента, согласованность вербального и невербального поведения психотерапевта, искреннее, уважительное партнерское отношение к пациенту. В самом общем виде цели групповой психотерапии определяются как самораскрытие, анализ психологических механизмов заболеваний, осознание и переработка проблем пациента, его внутрличностных и межличностных конфликтов, коррекция неадекватных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих стереотипов на основе анализа и использования межличностного взаимодействия. В нашей стране получили значительное распространение такие формы групповой работы, как тренинг социальных навыков, психодрама, личностно-реконструктивная психотерапия.

Показаниями к участию в психотерапевтической группе служат выраженные межличностные проблемы у пациента, дефицит социальных и коммуникативных навыков, состояния одиночества и изоляции. Групповой работе должен предшествовать тщательный подбор участников группы по ряду критериев. Например, как правило, считается недопустимым помещением больных шизофренией в одну группу с пациентами, страдающими невротическими расстройствами. Для больных с невротическими расстройствами больше показана

групповая психотерапия, ориентированная на групповую динамику, для больных шизофренией – группы тренинга социальных навыков, учитывающие специфику проблем этих пациентов (трудности селектирования информации, трудности переработки эмоционального стресса и т. д.).

Оптимальными условиями для работы психотерапевтической группы является наличие двух ведущих (ко-терапевтов), общее количество участников не должно превышать 12–14 человек. Длительность группового сеанса в зависимости от специфики группы составляет от 45 минут до нескольких часов. Частота групповых сеансов в зависимости от специфики группы колеблется от одного до нескольких раз в неделю. Группы бывают закрытые (постоянный состав участников на протяжении всего времени работы группы) и открытые (к участию допускаются новые члены).

Особой формой мероприятий, имеющих психотерапевтическую направленность, является так называемая психотерапия средой, направленная на создание особых условий, способствующих реабилитации и социальной адаптации больных. Сюда относится организация разных форм трудовой активности и активного отдыха пациентов, возможность активного участия пациентов в жизни отделения, создание доброжелательной, поддерживающей атмосферы, разработка системы положительных подкреплений конструктивного адаптивного поведения больных и т. д. Все это требует особой подготовки среднего медперсонала, его систематического участия в обсуждениях психотерапевтического ведения пациентов.

Конкретные виды психотерапии и формы помощи могут существенно варьировать в зависимости от типа расстройства. Психотерапия, назначенная без предварительной оценки показаний, противопоказаний и психотерапевтического заказа пациента, не дает желаемого эффекта и может приводить к негативным последствиям (преждевременное прерывание лечения, разочарование в лечении, возникновение негативных пессимистических установок).

Общими противопоказаниями для любого вида психотерапии являются спутанные состояния сознания, высокая степень сопротивления, низкая мотивация к прохождению психотерапии.

К расстройствам, при которых краткосрочная психотерапия, как правило, не дает заметного эффекта, относятся: расстройства, сопровождаемые тяжелыми и хроническими конфликтами и проблемами в семье; химические зависимости или хронический алкоголизм; высокая суицидальная готовность, серьезные суицидальные попытки в прошлом; тяжелые формы психической патологии – психотические расстройства, депрессии со стойкой утратой трудоспособности без предшествующей стрессовой провокации; хронические фобические расстройства со стойкой утратой трудоспособности; деструктивные или аутодеструктивные формы поведения; наличие в анамнезе тяжелого психотравмирующего опыта в детском возрасте. Это, однако, не означает, что данный контингент не нуждается в психотерапии. Она рекомендуется пациентам с подобными проблемами в долгосрочном виде; показаны также различные формы психосоциальной работы.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ

Эффективность комплексного лечения расстройств выше, чем изолированное медикаментозное лечение. Контролируемые рандомизированные исследования показали, что комбинация медикаментозного лечения шизофрении с семейным кон-

сультированием и психотерапией снижает риск повторного приступа заболевания в два-три раза. Убедительно показано преимущество комплексного лечения депрессий (сочетание терапии антидепрессантами с когнитивной психотерапией).

Выводы относительно эффективности того или иного подхода в лечении разных расстройств делаются на основании процедуры метаанализа, позволяющей обобщать результаты строго контролируемых исследований, проведенных в разное время и в разных странах. Эта процедура позволяет значительно повысить надежность выводов об эффективности того или иного метода. Она также делает возможным оценить «силу эффекта» (суммарный показатель выраженности позитивной динамики в исследуемой выборке) и выделить методы первого выбора при лечении конкретного расстройства. В качестве основного критерия эффективности выступает редукция клинической симптоматики, в ряде исследований оценивается также динамика показателей социального функционирования. Еще одним важным критерием эффективности является устойчивость достигнутого эффекта, которая оценивается с помощью специальных лонгитюдных исследований (follow up studies). Наибольшее число контролируемых исследований эффективности проведено в рамках когнитивно-бихевиорального подхода.

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия зарекомендовала себя как высокоэффективный подход к лечению широкого спектра расстройств. Многочисленные клинические исследования убедительно доказывают ее высокую эффективность при депрессиях, она рекомендуется в качестве метода первого выбора при лечении депрессий. В лонгитюдных исследованиях установлено, что когнитивная психотерапия значительно снижает вероятность повторного рецидива заболевания. У пациентов, находящихся на изолированном медикаментозном лечении, рецидивы отмечаются в два раза чаще. Число респондеров на комбинированном лечении примерно в два раза превышает число респондеров на изолированном медикаментозном лечении. Преимущества комбинированного лечения (когнитивная терапия плюс антидепрессанты) особенно отчетливы в случае тяжелых депрессий. Комбинированная терапия также обладает отчетливыми преимуществами в лечении депрессий средней и сильной тяжести у лиц пожилого возраста.

Получены надежные данные о высокой эффективности когнитивно-бихевиоральной терапии в лечении тревожных расстройств (генерализованной тревоги, панического расстройства, социальной фобии, обсессивно-компульсивного расстройства). По сравнению с изолированным медикаментозной терапией, комбинированная терапия приводит не только к редукции симптоматики, но и обеспечивает большую устойчивость достигнутого эффекта.

Когнитивно-бихевиоральная терапия эффективна также при лечении депрессивных и тревожных расстройств у детей.

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия показала большую эффективность по сравнению с другими подходами при лечении соматоформных расстройств (соматоформное болевое расстройство) в плане снижения интенсивности болевых ощущений и количества жалоб.

Групповая форма психотерапии на основе когнитивного и динамического подходов продемонстрировала высокую эффективность в лечении широкого круга расстройств. В групповой работе с больными шизофренией надежным и эффективным ока-

зался основанный на когнитивно-бихевиоральном подходе тренинг социальных навыков, показанный детям, подросткам и взрослым с трудностями социальной адаптации. В исследованиях с применением процедуры метаанализа показана общая эффективность разных вариантов семейной формы психотерапии при лечении большинства психических расстройств. Помимо критериев редукции симптоматики и улучшения социальной адаптации больного, в случае семейной психотерапии в качестве показателей эффективности выступают положительные изменения в общем семейном функционировании. Когнитивно-бихевиоральная психообразовательная семейная психотерапия в сочетании с антипсихотической медикаментозной терапией показала хорошую эффективность в комплексном лечении больных шизофренией. Системная психотерапия при шизофрении приводит к снижению частоты госпитализаций. Для женщин с депрессивными расстройствами и хроническими супружескими конфликтами особенно эффективной оказалась бихевиорально-ориентированная супружеская терапия. Присоединение супружеской терапии приводит к общему повышению эффективности лечения тревожных расстройств. При лечении самых разных нарушений у детей и подростков доказана эффективность привлечения семьи (гиперкинетический синдром, тревожные расстройства, депрессивные расстройства, нарушения пищевого поведения и др.).

Таким образом, несмотря на наличие целого ряда охарактеризованных выше конфликтов и противоречий, психотерапия является действенным и получающим все более широкое распространение методом помощи людям, страдающим различными психическими расстройствами. Ее современное состояние определяется интегративными установками, тенденцией к преодолению биологического и психологического редукционизма, ориентацией на биопсихосоциальные модели психической патологии, научные исследования системы факторов психической патологии на основе многоуровневых диатез-стресс-буферных моделей, становлением бригадного полипрофессионального подхода, предполагающего тесное взаимодействие специалистов разных ориентаций, строгой оценкой и отбором различных подходов в

плане их теоретической и эмпирической обоснованности и доказанной эффективности.

Литература

1. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия депрессий. СПб.: Питер, 2003.
2. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога // МПЖ. 2001. № 4. С. 18–48.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психореабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2004.
4. Карвасарский Б.Д. Психотерапия: учебник. СПб.: Питер, 2000.
5. Краснов В.Н. Границы современной психиатрии и направления ее развития // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. № 1. С. 19–21.
6. Тхостов А.Ш., Сурнов К.А. Новые направления клинической психологии. Вызов культуры // Актуальные проблемы клинической психологии / под ред. С.И. Блохина, Г.А. Глотова. Екатеринбург, 2004. С. 10–17.
7. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств как основа их интегративной психотерапии // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. № 1. С. 94–101.
8. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Петрова Г.А. Социальная поддержка как предмет научного изучения и ее нарушения у больных с расстройствами аффективного спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. № 2. С. 15–25.
9. Холмогорова А.Б., Воликова С.В., Полкунова Е.А. Семейные факторы депрессии // Вопросы психологии. 2005. № 6. С. 63–71.
10. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.Ю. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 2000.
11. Ясперс К. Общая психопатология. Практика. М., 1997. С. 1013–1014.
12. Brugha T.S. Social support and psychiatric disorder: overview of evidence // Social Support and Psychiatric Disorder, ed. by T.S.Brugha. Cambridge: University Press, 1995. P. 1–37.
13. Greben S. Psychotherapy today // British Journal of Psychiatry. 1987. № 151. P. 283–287.
14. Leff J. Review Article. Controversial issues and growing points in research on relatives expressed emotion // The International Journal of Social Psychiatry. 1989. V. 35. № 2. P. 133–445.
15. Lipowski Z. J. Holistic-Medical Foundations of American Psychiatry: A Bicentennial // Am. J. Psychiatry. 138:7. July 1981.
16. Oldman L. et al Relationship borderline symptoms to histories of abuse and neglect // Psychiatric Quarterly. 1996. 67: 287–295.
17. Parker G. Parental rearing style: examining for links with personality vulnerability factors for depression // Soc Psychiatry – Psychiatry Epidemiology. 1993. V. 28. P. 97–100.
18. Veivel H.O. Social support as a high-risk condition for depression in women // Social support and Psychiatric disorder, Ed. By T.S. Brugha, Cambridge University Press, 1995. P. 146–162.