

Эффективность комбинированной терапии расстройств аффективного спектра в естественных условиях амбулаторного приема

А.Б. Холмогорова, О.Д. Пуговкина, С.В. Воликова, Н.Г. Гаранян, Т.В. Довженко,
Г.А. Петрова, Т.Ю. Юдеева

Московский НИИ психиатрии Росздрава, Москва

О КРИЗИСЕ В МЕТОДОЛОГИИ ИССЛЕДОВАНИЙ ПСИХОТЕРАПИИ И ПУТЯХ ВЫХОДА ИЗ НЕГО

Исследования эффективности психотерапии как метода помощи внесли неоценимый вклад в ее официальное признание как важного ресурса помощи людям в медицине и в других сферах жизни современного общества. Хотя в нашей стране финансирование этих исследований очень ограничено, необходимость их проведения на основе осмысления и обсуждения имеющихся данных не вызывает сомнений.

В настоящее время на Западе, в связи с возросшими требованиями к ответственности специалистов за результаты психотерапии, исследования эффективности начинают играть всё большую роль в клинической практике. Проблема столкновения двух враждующих методологий исследования – герменевтической и позитивистской – и необходимость поиска выхода из этого конфликта специально и подробно обсуждалась нами [15, 17]. Одно из принципиальных разногласий этих подходов связано с представлением о том, как следует организовать процесс психотерапии, чтобы получить надежные данные о его эффективности.

Представители герменевтической парадигмы настаивают на необходимости изучения эффективности психотерапии в естественных условиях ее проведения с неизбежной вариативностью в работе с каждым пациентом. Представители позитивистской парадигмы, напротив, стремятся к унификации процесса психотерапии на основе составления так называемого «протокола лечения». В основе «естественного» процесса психотерапии, по мнению многих исследователей, должны лежать теоретические представления о механизмах патологии и механизмах изменений в рамках изучаемого психотерапевтического подхода. Позитивистски ориентированные исследователи в большей степени ориентированы на оценку эффективности отдельных техник и приемов в работе с различными расстройствами в рамках так называемой методологии доказательной медицины.

В условиях страховой медицины представители разных школ психотерапии стремятся обосновать, что их метод лечения отвечает критериям доказательной медицины. Однако одновременно раздаются голоса исследователей и практиков, указывающие на ограничения существующих методов оценки эффективности и предупреждающие об опасности сужения возможностей дальнейшего развития психотерапии как метода лечения. Парадигма, которая обосновала и укрепила статус психотерапии как эффективного метода лечения, теперь грозит возможной задержкой ее дальнейшего развития [33].

Кризис методологии доказательной медицины или рандомизированных контролируемых исследований (RCT)* отмечается и в отношении биологической терапии: «При попытках создать практические руководства, основанные на принципах доказательности, мы сталкиваемся с противоречиями в методологии рандомизированных контролируемых исследований. Стремление к внутренней достоверности приводит к высокоселективной выборке, означающей, что результаты не могут быть с легкостью распространены в «реальный мир», в то время как погоня за высокой репрезентативностью выборок создает методологические отклонения» [30]. Иными словами, искусственный отбор выборки диагностически «чистых пациентов» для исследования делает такую выборку малорепрезентативной, а отказ от специального отбора пациентов и работа с репрезентативной выборкой создают методологические трудности из-за недостаточной гомогенности такой группы.

Помимо конфликта между чистотой и репрезентативностью выборки существует конфликт между чистотой и репрезентативностью методов, так как большинство доказательных исследований как в отношении медикаментов, так и психотерапии, получены при монотерапии (отдельные лекарства или отдельные техники соответственно), между тем в практике широко применяется комбинация разных препаратов и различных психотерапевтических подходов и приемов.

Вышеназванные противоречия описываются как конфликт между внутренней и внешней (клинической) валидностью исследования, а в качестве решения предлагаются разные пути компенсации этого противоречия, подробно описанные в ряде работ (Castonguay, Buetler, 2006; Caspar, 2010). Важным моментом является возврат к так называемым натуралистическим моделям исследования, т. е. изучению факторов эффективности процесса психотерапии в обычных, естественных условиях – без рандомизации выборок и жесткого следования протоколу, но с подробной характеристикой выборки и процедуры психотерапии, с применением количественных методов в оценке эффективности. Такого рода компромисс называют «сбалансированным исследованием», хотя и его сторонники подчеркивают, что оно тоже не является панацеей и не решает всех возникающих проблем [27, 28].

На недавно прошедшем в г. Люцерн (Швейцария) XX конгрессе Интернациональной федерации психотерапии (IFP) это важное новое направление, которое еще в 1990-х гг. начало развиваться под руководством известного методолога в области психотерапии К. Граве, было представлено симпозиумом под руководством Ф. Каспара – ученика и последователя К. Граве [27], а

*Randomized control trails.

Таблица 1. Основные результаты исследований психо-социальных факторов расстройств аффективного спектра

Характеристики	Факторы
Макросоциальный уровень	
Социально-экономические стрессы и их последствия	Рост числа социально неблагополучных семей и беспрецедентный рост социального сиротства, что приводит к росту числа детей с травматическим опытом, составляющих группу риска по эмоциональному неблагополучию [9, 12, 13, 25]
Дисфункциональные ценности и стандарты общества	Культив успеха и совершенства, перфекционистские стандарты учебной подготовки в школах и классах с усложненной программой, несовместимые со здоровьем и возрастными особенностями, стандарты внешнего вида, стимулируемые рекламой, коммерческой диетологией и косметологией [4, 14]
Культуральные поло-ролевые стереотипы	Культив силы и мужественности у мужчин, связанный с высоким уровнем запрета на выражение чувств и обращение за помощью, риском вторичной алкоголизации и антивитального поведения [10]
Семейный уровень	
Характеристики семейной системы	Ряд дисфункций родительской семьи, общих для больных расстройствами аффективного спектра [3, 14]
Структура	Симбиозы и разобщенность, закрытые границы [21]
Микродинамика	Высокий уровень критики, давления и контроля [34, 35 и др.]
Макродинамика	Тяжелые болезни и смерти родственников, физическое и сексуальное насилие в семейной истории [3, 14, 29, 36]
Идеология	Перфекционистские стандарты, ценность послушания и успеха, враждебная картина мира [5, 6, 8, 24]
Стиль детско-родительских отношений	Особый стиль детско-родительских отношений [34, 35]: у депрессивных пациентов «холодный контроль», а у тревожных – «эмоциональные тиски»
Личностный уровень	
Тип личности	Тип личности как фактор уязвимости к расстройствам аффективного спектра, например типус-меланхолик, статотимическая личность [1, 37, 38]
Личностные черты	Дисфункциональные личностные черты, установки и убеждения, такие как перфекционизм и враждебность [5]
Когнитивно-поведенческие стили	Дисфункциональный аффективно-когнитивный стиль личности [5, 23], включая различные искажения при переработке информации и дезадаптивные поведенческие стратегии
Рефлексивная регуляция	Нарушения рефлексивной регуляции мышления, эмоций и поведения [7]
Интерперсональный уровень	
Социальная сеть	Узкая социальная сеть
Социальная поддержка	Дефицит социальной поддержки [19, 26]
Система интерперсональных отношений	Различные нарушения системы интерперсональных отношений [11]

также симпозиумом под руководством немецкого ученого Ф. Тшукке [40]. В частности, в одном из докладов на первом симпозиуме был представлен случай психотерапии на основе так называемого «план-анализа» [39], при котором задачи психотерапии выделяются на индивидуальной «карте» пациента с максимальной полнотой и фиксацией всех значимых связей между разными проблемами пациента и мишенями психотерапевтической работы.

Не останавливаясь на истории классификации типов знания и наук, восходящей еще к Аристотелю, описанный выше поиск компромисса с методологической точки зрения можно представить также как попытку примирения или синтеза двух издавна враждующих методологий исследования – герменевтической и позитивистской, из которых последняя являлась не только доминирующей на протяжении последних десятилетий, но и признавалась большинством научного сообщества единственно научной [15–18]. Как упоминалось выше, одно из принципиальных разногласий этих подходов в отношении психотерапии связано с представлением о том, как следует организовать психотерапевтический процесс, чтобы получить надежные данные о факторах его эффективности.

Анализ имеющихся материалов XX конгресса IFR – значимого профессионального форума, собравшего более 1400 специалистов в области психотерапии из разных стран мира, показывает, что исследователи находятся в поисках третьего пути, сочетающего принципы доказательности и объективности с теоретически фундированным и индивидуально ориентированным подходом к лечению, позволяющим интегрировать все лучшие достижения разных традиций и школ. Широко дискутируется роль теоретических представлений, фиксируется размывание границ между подходами и все большее распространение эклектизма в работе психотерапевтов-практиков (о XX конгрессе IFR см. подробнее Холмогорова, Зарецкий, 2010).

В известном руководстве, посвященном современным проблемам психотерапии, указывается на необ-

ходимость свободной дискуссии и методологического плюрализма в дальнейшем развитии исследований в области психотерапии [31]. Поддерживая этот тезис, представляется важным понять, какая методология является наиболее органичной и соответствующей специфике психотерапии как области науки и практики. О неизбежном сопротивлении привнесенным извне методологическим схемам блестяще написали отечественные методологи И.В. Блауберг и Э.Г. Юдин: «Как показывает история науки, познание обычно остается удивительно индифферентным к навязываемой ему извне методологической помощи, особенно в тех случаях, когда эта последняя предлагается в виде детализированного, скрупулезно разработанного регламента» [2].

С этой точки зрения становится понятным, почему важным источником кризиса современных исследований психотерапии, основанной на позитивистской методологии, оказывается растущее недовольство практиков вплоть до обвинений исследователей в уничтожении сущности психотерапии как возможном последствии внедрения результатов многочисленных дорогостоящих исследований на основе методологии РСТ в практику [22]. Важной характеристикой современной психотерапевтической практики является ориентация на интеграцию разных подходов, которую иногда называют эклектизмом. Эта тенденция возникает с неизбежностью, так как разные методы могут иметь определенные преимущества при лечении разных расстройств и конкретных пациентов, а чаще всего необходима их комбинация. Перед наукой встает проблема помощи практикам путем создания научно обоснованных интегративных моделей психотерапии.

Таким образом, современные исследователи в области психотерапии находятся в поисках третьего пути, сочетающего принципы доказательности и объективности с теоретически фундированным и индивидуально ориентированным подходом к лечению, позволяющим интегрировать все лучшие достижения разных подходов и школ. Широко дискутируется роль

Таблица 2. Основные результаты исследований эффективности психотерапии расстройств аффективного спектра

Основные характеристики терапевтической ситуации		Факторы
Характеристики процесса		
Отношения с терапевтом	Уровень терапевтического альянса, активизация ресурсов пациента во время сеансов; переживание позитивного корректирующего опыта во время сеансов	
Временные параметры	Длительность курса психотерапии (для достижения клинически значимого улучшения более половины пациентов нуждаются в курсе не менее 20 сеансов)	
Организационные параметры	Домашние задания (наличие домашних заданий значимо повышает эффективность психотерапии)	
Характеристики пациента		
Социодемографические	Не оказывают заметного влияния	
Симптоматика и уровень стресса	Наличие коморбидных диагнозов (прежде всего обсессивно-компульсивного личностного расстройства) и хронический характер расстройства оказывают негативное влияние; нарушение социального и когнитивного функционирования (негативное влияние); высокий уровень субъективного дистресса (позитивное влияние)	
Личностные характеристики	Наличие таких личностных черт, как выраженные перфекционизм и враждебность (негативное влияние); надежная привязанность (позитивное влияние); позитивные ожидания от лечения	
Характеристики семейных и интерперсональных отношений	Уровень социальной поддержки (наличие системы социальной поддержки и ее позитивная оценка); reactance – выраженность оппозиционного поведения в ситуациях предписания и уровень сопротивления (чем выше, тем ниже эффективность); совладающий стиль (способы совладания с проблемными ситуациями)	
Характеристики терапевта		
Социодемографические	Не имеют существенного значения	
Профессиональная подготовка	Психологи несколько успешнее, чем врачи	
Опыт работы	Чем больше опыт, тем выше эффективность	
Личностные характеристики	Не имеют существенного значения	

теоретических представлений, фиксируется размывание границ между подходами и все большее распространение эклектизма в работе психотерапевтов-практиков. Одним из актуальных и многообещающих направлений исследований называется применение методов отслеживания динамики состояния пациента в естественных условиях лечения и модификации терапии в случае, если позитивных изменений не наступает. Подобные исследования уже проводятся, и им даже посвящаются специальные выпуски авторитетных журналов. При этом подчеркивается: «Исследования, направленные на обнаружение потенциальной неудачи и способов ее избежать в ходе курса терапии, должны выйти на первый план в течение следующего десятилетия» [32]. Таким образом, получают все большее распространение интегративный подход и упомянутая выше сбалансированная исследовательская методология.

На примере лечения расстройств аффективного спектра в качестве третьего пути нами была предложена интегративно ориентированная модель организации процесса психотерапии [14, 15, 17, 18]. С одной стороны, эта модель синтезирует наиболее весомые, теоретически и эмпирически обоснованные данные о факторах расстройств аффективного спектра и задает последовательность задач психотерапии, вытекающую из этих данных, т. е. содержит примерный протокол или план работы психотерапевта с этими расстройствами, основанный на объективных научных данных. С другой стороны, эта модель опирается на принцип составления индивидуальных маршрутов лечения, которые строятся на основе коррекции и конкретизации вышеупомянутого плана в зависимости от изначальной специфики проблем каждого конкретного пациента и хода терапии [14, 16].

Разработка описанной модели проводилась коллективом лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии на протяжении последних 15 лет. Эта многофакторная психосоциальная модель расстройств аффективного спектра включает четыре блока факторов: макросоциальные, семейные, личностные и интерперсональные. На ее основе осуществлен всесторонний анализ

имеющихся литературных данных, а также проведенные собственные исследования, направленные на выявление системы факторов, способствующих заболеваемости расстройствами аффективного спектра как наиболее распространенных в современном мире.

Анализ психологических и социальных факторов расстройств аффективного спектра на основе многофакторной психо-социальной модели позволяет сделать ряд выводов относительно факторов каждого уровня.

Макросоциальные, семейные, личностные и интерперсональные факторы расстройств аффективного спектра тесно связаны между собой и представляют определенную систему, поэтому необходим их комплексный учет в процессе проведения психотерапии.

Анализ исследований факторов эффективности психотерапии позволил выделить наиболее достоверные и учесть их при планировании исследования. Эти данные были систематизированы нами в рамках трех блоков: 1) факторы, связанные с процессом; 2) факторы, связанные с характеристиками клиента; 3) факторы, связанные с характеристиками терапевта [17, 18]. В данной статье мы в компактной форме укажем только наиболее обоснованные, насчет которых отмечается относительное единодушие у разных исследователей и которые в связи с этим особенно важно учитывать при организации исследования процесса психотерапии.

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА И ОРГАНИЗАЦИИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Процесс психотерапии был организован в опоре на многофакторную психо-социальную модель расстройств аффективного спектра и соответственно включал мишени, относящиеся к четырем уровням: культуральному, семейному, личностному, интерперсональному. Для изучения влияния различных факторов на процесс психотерапии нами был разработан методический комплекс, тестирующий разные блоки факторов, роль которых по данным теоретических и эмпирических исследований представлялась особенно важной: психопатологические особенности и уровень

стресса у пациента, дисфункциональные личностные черты, семейные и интерперсональные дисфункции.

Для диагностики симптомов психических расстройств используются следующие инструменты:

- 1) шкала оценки выраженности клинических симптомов Symptomatic Checklist – 90 (SCL-90);
- 2) опросник депрессивности А. Бека (Beck Depression Inventory);
- 3) опросник тревоги А. Бека (Beck Anxiety Inventory);
- 4) модифицированная шкала повседневного стресса (Daily Hassle Scale, DHS-revised, J. Holm, A. Holroyd, 1992). Шкала позволяет оценить наличие и степень влияния повседневных стрессогенных событий за последний месяц, имевших место в таких сферах жизни человека, как повседневный стресс, связанный с внутренними конфликтами, финансовыми затруднениями, нехваткой времени, работой, средой обитания; семейный стресс; стресс, связанный со здоровьем;
- 5) шкала стрессогенных жизненных событий (Life Events Scale, М. Перре), направленная на выявление стрессогенных жизненных событий, произошедших за последний год в жизни человека, и оценку степени их влияния на жизнь человека;
- 6) шкала глобального клинического впечатления (Clinical Global Impression Scale, CGI) – одна из наиболее часто используемых в клинической практике шкал, позволяющая оценить общее психическое состояние пациента при первичном обращении и в динамике.

Для диагностики дисфункциональных личностных установок и черт (личностный уровень) используются следующие инструменты:

- 1) «запрет на выражение чувств» [14], тестирующий установки испытуемого по отношению к переживанию и открытому выражению четырех базальных эмоций – печали, гнева, страха и радости;
- 2) опросник перфекционизма Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогоровой, тестирующий 6 параметров перфекционизма: восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими); завышенные притязания и требования к себе; высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных»; селектирование информации о собственных неудачах и ошибках; поляризованное мышление, чрезмерные требования к другим людям;
- 3) проективный тест враждебности Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогоровой, который содержит утверждения, отражающие проявления доминантности, равнодушия, презрения к слабости. Инструкция построена таким образом, чтобы испытуемый обнаружил свои представления о склонности людей проявлять эти формы поведения;
- 4) опросник «Большая пятерка» Л. Голдберга, который оценивает выраженность пяти базисных личностных черт-факторов: нейротизма, открытости опыту, экстраверсии, доброжелательности (кооперативности) и сознательности;
- 5) опросник личностных убеждений (Personality Belief Questionnaire), направленный на выявление дисфункциональных убеждений, затрудняющих адаптацию (эмоциональное благополучие, установление конструктивных отношений с другими людьми и т. п.).

Для диагностики паттернов семейного функционирования применяется блок следующих инструментов:

- 1) фрайбургский семейный опросник (переведен А.Б. Холмогоровой, апробирован С.В. Волковой, 2006), который тестирует функционирование актуальной семьи пациента по следующим параметрам: адаптивность, распределение ролей, коммуникации, эмоциональность, автономность, контроль,

нормы и ценности, фасадность, сопротивление;

- 2) опросник «Стили эмоциональной коммуникации в семье» [14], направленный на диагностику микродинамики и идеологии родительских семей испытуемых: родительской критики, индуцирования тревоги, элиминирования эмоций в семье, внешнего благополучия, фиксации на негативных переживаниях, индуцирования недоверия к людям, семейного перфекционизма, сверхвключенности.

Для диагностики интерперсонального функционирования пациентов применяются:

- 1) шкала социального избегания и дистресса (Social avoidance and distress scale, Watson, Friend, 1989), измеряющая склонность к социальному избеганию и тревожности в межличностных ситуациях;
- 2) опросник воспринимаемой социальной поддержки Sommer-Fydrick (F-SOCU 22), предназначенный для оценки уровня эмоциональной поддержки, включает ряд подшкал: инструментальной поддержки, эмоциональной поддержки, социальной интеграции, доверительных отношений и субъективной удовлетворенности поддержкой;
- 3) шкала оценки терапевтического альянса психотерапевтом, которая включает такие характеристики взаимодействия, как мотивация к лечению, аккуратность посещения сеансов, активность и конструктивность усилий, прикладываемых пациентом в ходе лечения, свобода и открытость выражения чувств, разделение пациентом ответственности за ход лечения;
- 4) шкала оценки комплаенса в медикаментозном лечении, которая направлена на оценку аккуратности в выполнении врачебных рекомендаций (соблюдение режима приема лекарств и посещения врача).

На основе разработанных теоретических и методических средств было проведено эмпирическое исследование эффективности интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра. Для исследования был отобран 41 пациент с расстройствами аффективного спектра. Врачом-психиатром проведена диагностика каждого пациента в соответствии с критериями МКБ-10. Все пациенты после подписания информированного согласия на участие в исследовании были обследованы с помощью разработанного комплекса методик, тестирующих выраженность психопатологической симптоматики, а также личностные, семейные и интерперсональные факторы расстройств аффективного спектра (всего 21 методика, в данной статье анализируются данные по 17 методикам). Всем пациентам был предложен курс интегративной психотерапии, в основу которого положены когнитивно-бихевиоральный и системный подходы, а также ряд идей отечественной клинической психологии и других школ психотерапии [15, 17]. Для каждого из пациентов в ходе супервизии составлялся «индивидуальный маршрут» лечения, включавший наиболее важные задачи и последовательность их реализации. Всего было проведено 570 сеансов и 70 супервизий. Десять пациентов (25 % от общего числа) по показаниям получили 18 сеансов семейной или супружеской психотерапии; 75 % пациентов по показаниям было предписано медикаментозное лечение.

После 10–15 сессий пациенты прошли повторное обследование и заполнили шкалы самоотчета (всего 24 пациента, так как 17 пациентов составили группу drop-out, т. е. по разным причинам оставили лечение до получения 10 сеансов интегративной психотерапии). Были также проведены интервью с психотерапевтами и психиатрами с целью получения экспертных оценок.

Все полученные результаты (первый, второй срезы, листы самоотчетов для пациентов и психотерапевтов) послужили основой для создания базы данных

исследования. Результаты были подвергнуты статистической обработке с использованием пакета статистических программ SPSS 13.0. Проведена обработка, количественный и качественный анализ полученных данных, направленный на выявление предикторов успешности интегративной психотерапии и контртерапевтических факторов. Для сравнения исследовательских групп по выделенным признакам использовались непараметрические критерии Манна – Уитни (для парного сравнения групп) и Краскела – Уоллиса (для общего сравнения групп). Для анализа социодемографических данных применялся критерий хи-квадрат Пирсона.

На основе сравнения результатов обследования с помощью разработанного методического комплекса трех групп пациентов – drop-out, краткосрочной терапии, долгосрочной терапии – были выделены:

- 1) факторы – предикторы отказа от терапии;
- 2) факторы успешности краткосрочного курса лечения;
- 3) факторы увеличения длительности необходимого лечения.

Выделенные группы значимо не различались по социодемографическим характеристикам, за исключением возраста пациентов. В группе краткосрочной терапии пациенты были значимо моложе (средний возраст 26,0 лет, $p = 0,01$), чем в группе drop-out (32,2 года) и в группе долгосрочной терапии (31,0 год). С этим могут быть связаны и другие различия: более низкий процент испытуемых с окончанным высшим образованием (54 %, в других группах – 85 %) и большее количество холостых испытуемых (61 %, в других группах – около 30 %). В группе краткосрочной терапии и в группе drop-out преобладали женщины (77 %), в группе долгосрочной терапии оказалось равное распределение испытуемых по полу.

Врачом-психиатром была проведена диагностика каждого пациента в соответствии с критериями МКБ-10. В группе drop-out равным образом были представлены депрессивные и тревожные расстройства (по 46 и 41 % пациентов соответственно), один пациент с соматоформным расстройством, один – с основным диагнозом зависимого личностного расстройства. Половина депрессивных расстройств в этой группе представляли собой случаи первичного обращения за помощью, т. е. депрессивные эпизоды разной степени тяжести (F30.1–F30.3). Среди тревожных расстройств преобладало генерализованное тревожное расстройство (71 % от общего числа пациентов с тревожными расстройствами), которое, как правило, характеризуется конфликтной мотивацией на лечение.

В группе краткосрочной терапии из 45 % испытуемых с депрессивными расстройствами большинство (за исключением одного пациента) относились к категории F33.0–F33.3 (эпизод рекуррентной депрессии разной степени тяжести), 57 % пациентов обратились по поводу тревожных расстройств.

В группе долгосрочной терапии были пациенты с тревожными расстройствами (50 %), из них половина имели диагноз обсессивно-компульсивного расстройства, а также со смешанным тревожно-депрессивным расстройством (10 %). Депрессивные расстройства (30 % пациентов) представляли собой, как и в группе краткосрочной терапии, эпизоды рекуррентной депрессии.

Значительная часть пациентов во всех группах имела коморбидные диагнозы расстройств аффективного спектра (от 30 % в группе drop-out до 37 % в группе краткосрочной терапии) и личностных расстройств (от 53 % в группе drop-out до 70 % в группе долгосрочной терапии).

Средняя продолжительность курса лечения в группе drop-out составила 5 сессий, в группе краткосроч-

ной терапии – 11,5 сессии, в группе долгосрочной терапии – 28,4 сессии.

В исследовании приняли участие пять психотерапевтов с опытом работы с данным контингентом от 10 до 20 лет и врач-психиатр с опытом работы более 20 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ФАКТОРОВ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Факторы, связанные с отказом от терапии или ее преждевременным прерыванием (специфические особенности группы drop-out)

Для выделения предикторов прерывания психотерапии на ранних стадиях до достижения клинически значимых улучшений были проанализированы специфические особенности группы drop-out. В соответствии с многофакторной психосоциальной моделью расстройств аффективного спектра были выделены факторы отказа от продолжения терапии у начавших психотерапевтическое лечение пациентов.

Выраженность симптомов и уровень стресса. Анализ результатов группы drop-out показал, что отказ от психотерапии не связан с тяжестью симптоматики, т. е. по данным симптоматической шкалы SCL-90 Дерогатис не отмечено значимых отличий от двух других групп ни по одной из шкал, включая общий индекс тяжести патологии, исключение составляет шкала обсессивно-компульсивной симптоматики, по которой показатели данной группы превышают значения показателей группы краткосрочной терапии на уровне тенденции к статистической значимости ($p = 0,083$).

Анализ уровня стресса показал, что группа drop-out не отличается от двух других по числу стрессогенных жизненных событий в течение последнего года, но отличается более низким уровнем субъективно воспринимаемого повседневного стресса по сравнению с группой краткосрочной терапии, включая как стресс в результате внешних обстоятельств (нехватка времени ($p = 0,039$), финансовые затруднения ($p = 0,024$), семейные проблемы ($p = 0,045$), так и стресс в результате внутренних конфликтов ($p = 0,024$) (т. е. пациенты выражают меньше озабоченности внутренним состоянием, своим будущим, чувством одиночества, поисками смысла и трудностями в отношениях, а также в принятии решений, что можно интерпретировать в аспекте их личностных характеристик как более низкую способность к интернализации конфликтов); по уровню семейного стресса (проблемы с детьми, перегруженность семейными обязанностями и т. п.) группа drop-out значимо отличается более низкими показателями от обеих групп пациентов, продолживших терапию ($p = 0,037$).

Личностный уровень. Более выражены убеждения, характерные для шизоидного типа личности по сравнению с пациентами из обеих групп, продолживших терапию ($p = 0,072$), т. е. среди них чаще встречаются люди, менее заинтересованные в близких отношениях с другими, избегающие тесных контактов, предпочитающие действовать в одиночку.

Меньшая способность к интернализации проблем по сравнению с пациентами из краткосрочной группы, т. е. пациенты из этой группы менее рефлексивны ($p = 0,024$), не склонны искать причины возникающих трудностей в своих внутренних проблемах.

По сравнению с пациентами из группы краткосрочной терапии у них значимо более высокие показатели враждебности, прежде всего в аспекте готовности воспринимать других людей как холодных и равнодушных, не склонных оказывать помощь в трудных ситуациях ($p = 0,048$).

Семейный уровень. При характеристике родительской семьи эти пациенты отмечают более высокий уровень запрета на открытое выражение чувств по сравнению с пациентами из группы долговременной терапии ($p = 0,035$).

При характеристике отношений в актуальной семье отмечается сходная особенность – низкий уровень открытости в эмоциональных коммуникациях (он статистически значимо снижен по сравнению с группой краткосрочной психотерапии ($p = 0,035$) и ниже, чем в группе долгосрочной терапии, хотя эти различия и не достигают статистически значимых показателей ($p = 0,069$).

Интерперсональный уровень. Пациентов, прервавших терапию, отличает более низкий уровень инструментальной социальной поддержки ($p = 0,009$) и социальной интеграции ($p = 0,001$) по сравнению с двумя другими группами, т. е. в их окружении меньше людей, которым интересны их проблемы, с которыми они могут обмениваться мнениями и информацией и которые могут помочь им делом или советом в затруднительных ситуациях.

Пациентов этой группы отличает изначально более низкий уровень терапевтического альянса: уже в первые недели работы пациенты данной группы по оценкам психотерапевта отличаются от пациентов из группы краткосрочной психотерапии сомнениями в полезности работы и необходимости ее продолжения ($p = 0,025$), меньшей способностью к признанию проблем, в которых психотерапевт может им помочь ($p = 0,003$), и меньшей готовностью к консенсусу в постановке целей и задач ($p = 0,022$), большей закрытостью и недоверчивостью в отношениях с терапевтом ($p = 0,023$).

В отличие от двух других исследуемых групп, пациентам, прервавшим терапию, свойственно отсутствие тенденции к росу терапевтического альянса после первых недель работы (пациенты, продолжившие терапию, отличаются статистически значимым улучшением общего показателя терапевтического альянса как в краткосрочной, так и в долгосрочной группе), т. е. психотерапевты не отметили значимого улучшения в ходе взаимодействия с этими пациентами: спустя десять недель после начала работы они так же, как после первых пяти недель, не склонны были признавать проблемы, в которых им может помочь психотерапевт, были достаточно закрытыми, зачастую не принимали свою часть ответственности за ход лечения, были скептически настроены по отношению к его возможным результатам и, как правило, не формулировали конструктивных целей.

Таким образом, главными характеристиками группы drop-out являются:

- на личностном уровне – наличие системы убеждений в холодности, равнодушии и враждебности окружающих людей, необходимости полагаться только на себя и предпочтении одиночества общению и взаимодействию с другими, а также неспособность к интернализации конфликтов;
- семейном уровне – закрытый стиль эмоциональных коммуникаций;
- интерперсональном уровне – низкий уровень инструментальной поддержки и социальной интеграции, сниженная способность к кооперации, установлению и развитию рабочего альянса.

Факторы успешности краткосрочного курса лечения

Для выделения факторов успешности краткосрочного лечения были выделены специфические особенности группы краткосрочной психотерапии. В данной группе 77 % пациентов проходили курс комплексной терапии и наряду с психотерапией получали медикаментозное лечение. Степень выраженности улучше-

ния психического состояния в процессе психотерапии по шкале глобального клинического впечатления в среднем по результатам данной группы приближается к градации «выраженная» (оценка психиатра) и является значимо более высокой, чем в группе долгосрочной терапии ($p = 0,024$). Были выделены следующие факторы, обуславливающие успех лечения в краткосрочном режиме (не более 15 консультаций).

Выраженность симптомов и уровень стресса. Анализ результатов обследования группы краткосрочной психотерапии не выявил отличий по тяжести симптоматики (данные симптоматической шкалы SCL-90 Дерогатис), за исключением шкалы обсессивно-компульсивных симптомов, по которой данная группа отличается от двух других более низкими показателями ($p = 0,05$ при сравнении с группой долгосрочной терапии и $p = 0,083$ при сравнении с группой drop-out).

Анализ уровня стресса показал, что группа краткосрочной терапии не отличается от двух других по числу стрессогенных жизненных событий в течение последнего года, но отличается более высоким уровнем субъективно воспринимаемого повседневного стресса по сравнению с группой drop-out, включая как стресс в результате внешних обстоятельств (нехватка времени ($p = 0,024$), финансовые затруднения ($p = 0,045$), семейные проблемы (по сравнению с обеими другими группами, $p = 0,037$), так и стресс в результате внутренних конфликтов ($p = 0,024$), т. е. пациенты обостренно осознают и переживают свои внутренние проблемы – страх принятия решений, озабоченность по поводу будущего, чувство отвержения со стороны других людей и т. д., что, несомненно, облегчает конструктивную формулировку целей психотерапевтической работы. Кроме того, высокий уровень общего субъективного дистресса создает дополнительную мотивацию для работы.

Личностный уровень. Выявлена большая способность к интернализации проблем по сравнению с пациентами из группы drop-out, т. е. пациенты из этой группы отличаются лучшим осознанием своих внутренних конфликтов и переживаний (при сравнении с группой drop-out $p = 0,024$; при сравнении с группой долгосрочной терапии $p = 0,069$).

Выявлена тенденция в различиях по уровню враждебности: по сравнению с пациентами из двух других групп они испытывают меньше недоверия к окружающим, прежде всего в аспекте меньшей готовности воспринимать других людей как холодных и равнодушных, не склонных оказывать помощь в трудных ситуациях (при сравнении с группой drop-out $p = 0,078$; при сравнении с группой долгосрочной терапии $p = 0,084$).

Выявлены несколько противоречивые данные по степени выраженности перфекционизма: более низкий по сравнению с группой долгосрочной терапии показатель такого параметра перфекционизма, как чрезмерные требования к другим людям ($p = 0,049$); однако при этом более выражена склонность сравнивать себя с другими при ориентации на полюс самых успешных (при тенденции к статистической значимости при сравнении с группой долговременной терапии $p = 0,087$).

Семейный уровень. При характеристике родительской семьи эти пациенты отмечают более высокий уровень запрета на открытое выражение чувств по сравнению с пациентами группы долговременной терапии ($p = 0,036$).

При характеристике отношений в актуальной семье отмечается противоположная особенность – более высокий уровень открытости в эмоциональных коммуникациях по сравнению с двумя остальными

группами, причем по сравнению с группой drop-out эти отличия статистически значимы ($p = 0,035$).

От двух других групп данную группу отличают более низкие показатели «фасадности» – желание представить свою семью как вполне благополучную, ведущее к сокрытию истинных проблем, причем по сравнению с группой долговременной терапии эти различия достигают статистической значимости ($p = 0,069$).

Интерперсональный уровень. Пациентов группы краткосрочной терапии отличает более высокий уровень инструментальной социальной поддержки ($p = 0,009$) и социальной интеграции ($p = 0,001$) только по сравнению с группой drop-out, т. е. их социальные контакты более интенсивны, в их окружении больше близких им по духу людей, от которых при необходимости они могут получить помощь, чем те, кто прерывает психотерапию.

Пациентов этой группы по сравнению с двумя другими группами отличает способность к выработке терапевтического альянса и его быстрому укреплению и развитию в ходе терапии: они верят в успех работы ($p = 0,025$), открыты в обсуждении своих проблем ($p = 0,046$), умеют принимать свою часть ответственности ($p = 0,029$) и приходят к консенсусу с психотерапевтом при формулировке целей работы ($p = 0,022$) (различия в показателях рабочего альянса при первом и втором срезе статистически значимы, $p = 0,026$), следует также отметить более высокий уровень альянса в медикаментозном лечении по сравнению с группой долгосрочной терапии ($p = 0,042$).

Таким образом, наиболее важными характеристиками группы краткосрочной психотерапии являются:

- на симптоматическом уровне и по социодемографическим показателям – более молодой возраст, наименьшая выраженность обсессивно-компульсивных симптомов и наиболее высокий уровень субъективного стресса;
- личностном уровне – наименьшая выраженность убеждений относительно враждебности окружающих и наименьшие ожидания и требования от них, а также способность к интернализации конфликтов;
- семейном уровне – высокий уровень запрета на выражение чувств в родительской семье в детстве и более открытое выражение чувств в актуальной семье, а также более открытое и искреннее описание семейных проблем;
- интерперсональном уровне – более высокий уровень социальной интеграции и способность к установлению и укреплению конструктивного рабочего альянса.

Факторы увеличения длительности необходимого лечения

Для выделения этих факторов были проанализированы специфические особенности группы долговременной терапии. В данной группе 80 % пациентов получали комплексное лечение (психотерапия и психофармакотерапия). Степень выраженности улучшения психического состояния в процессе комплексного лечения по шкале глобального клинического впечатления (оценка психиатра) колеблется от незначительной до выраженной, однако является значимо более низкой, чем в группе краткосрочной терапии ($p = 0,024$).

Были выделены факторы, которые препятствуют быстрому достижению клинически значимых результатов и завершению терапии. По сравнению с группой, успешно завершившей психотерапию в краткосрочном формате, рассматриваемую группу значимо отличали следующие характеристики.

Выраженность симптомов и уровень стресса. Наибольшая выраженность обсессивно-компульсивных

симптомов по сравнению с двумя другими группами ($p = 0,05$).

Наибольшая выраженность стресса среды ($p = 0,039$) (субъективная оценка тяжести стресса, связанного с загрязнением окружающей среды, преступностью, ростом цен, неприятными новостями и т. п.) и семейного стресса ($p = 0,037$) (перегруженность обязанностями по дому, проблемами с детьми, с собственностью и т. д.) по сравнению с двумя другими группами.

Личностный уровень. Наибольшая выраженность убеждений, свойственных избегающему личностному расстройству ($p = 0,05$) (относительно собственной непривлекательности и неизбежного отвержения другими людьми при высокой потребности в близости и принятии) по сравнению с двумя другими группами, причем по сравнению с группой drop-out эти различия статистически значимы.

От группы краткосрочной терапии эту группу отличают более высокие показатели враждебности ($p = 0,084$) и требования к другим людям ($p = 0,049$), т. е. можно говорить о конфликте представлений и ожиданий: при склонности видеть людей в негативном свете как холодных и равнодушных очень много ожидать от них.

Семейный уровень. Эту группу отличают наиболее высокие показатели «фасадности» – желания представить свою семью как вполне благополучную, ведущего к сокрытию истинных проблем, причем по сравнению с группой краткосрочной терапии эти различия достигают статистической значимости ($p = 0,069$).

Интерперсональный уровень. Пациентов группы долгосрочной терапии отличает более высокий уровень инструментальной социальной поддержки ($p = 0,009$) и социальной интеграции ($p = 0,001$) только по сравнению с группой drop-out, т. е. их социальные контакты более благополучны, в их окружении больше людей, от которых при необходимости они могут получить помощь, чем у тех, кто прерывает психотерапию.

Пациентов этой группы по сравнению с группой drop-out отличает способность к выработке терапевтического альянса и его постепенному укреплению и развитию в ходе терапии, хотя показатели альянса по истечении 10 недель терапии остаются более низкими по сравнению с группой краткосрочного лечения, от которой их отличает меньшая искренность в отношениях и открытость в выражении чувств ($p = 0,009$), а также меньшая способность к принятию ответственности ($p = 0,029$), альянс в медикаментозном лечении ниже, чем в группе краткосрочного лечения ($p = 0,042$).

Таким образом, наиболее важными характеристиками группы долгосрочной психотерапии являются:

- на симптоматическом уровне – большая выраженность обсессивно-компульсивных симптомов и стресса, связанного со средой (т. е. внешнего, а не внутреннего);
- личностном уровне – система убеждений относительно собственной непривлекательности, враждебности людей и необходимости избегать близких контактов с ними в сочетании с потребностью в контактах и высокими ожиданиями от них;
- семейном уровне – установка на сокрытие семейных проблем при наиболее высоком субъективном уровне семейного стресса;
- интерперсональном уровне – проблемы в построении конструктивного рабочего альянса при относительно благополучных показателях социальной поддержки и общей положительной динамике рабочего альянса в процессе психотерапии в отличие от группы drop-out.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ВЫВОДЫ

Нами были выделены факторы-предикторы прерывания психотерапии, факторы успешности краткосрочной психотерапии и факторы, увеличивающие ее продолжительность. Наличие обсессивно-компульсивных симптомов оказалось связанным с его большей длительностью, что коррелирует с данными других авторов. Основными контртерапевтическими личностными факторами оказались высокий уровень враждебности и низкая способность к интернализации конфликтов. Это также вполне соответствует наиболее современным данным. Из семейных факторов наиболее важным оказался уровень эмоциональной открытости и готовности открыто признавать наличие семейных проблем. Низкие показатели по этим параметрам связаны с риском преждевременного прерывания или затягивания лечения. Наконец, к наиболее важным интерперсональным факторам следует отнести уровень социальной интеграции и способность к созданию и укреплению терапевтического альянса. Низкие показатели по этим параметрам также относятся к неблагоприятным прогностическим факторам, что полностью вписывается в наиболее надежные выводы обобщающих обзоров.

Обобщая все полученные результаты, можно сделать следующие выводы.

1. К контртерапевтическим факторам относятся первичное обращение за помощью, черты характера, свойственные шизоидным личностям, низкий уровень субъективного дистресса, высокий уровень враждебности, закрытый стиль коммуникаций в семье, низкий уровень социальной интеграции и устойчиво низкий терапевтический альянс.
2. К прогностически благоприятным показателям относятся сравнительно молодой возраст, наличие опыта заболевания, высокий уровень стресса и прежде всего внутренних конфликтов, т. е. способность к их интернализации, низкая враждебность и высокая толерантность по отношению к другим людям, открытость в описании проблем, в том числе семейных, хорошая способность к установлению и развитию рабочего альянса.

Учет перечисленных выше факторов поможет практикам строить обоснованный прогноз лечения и выбирать в качестве мишеней работы наиболее важные с точки зрения успешности психотерапии.

Небольшой количественный состав групп предполагает рассмотрение полученных данных в качестве предварительных, для более надежных выводов необходимо увеличить объем выборки и продолжить качественный анализ случаев в процессе супервизии.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ С РАЗЛИЧНОЙ ДИНАМИКОЙ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОТЕРАПИИ

В заключение приведем несколько примеров, иллюстрирующих особенности разрабатываемых индивидуальных маршрутов и протекания процесса психотерапии в каждой из трех выделенных групп.

Описание случая 1 (преждевременно прерванная психотерапия)

Пациентка: В., 48 лет, получила музыкальное образование, 17 лет не работает (домохозяйка), замужем (муж – иностранец), сын – студент. Десять лет назад переехали из-за границы.

Диагноз: соматоформное расстройство, зависимое личностное расстройство.

Жалобы: сильное напряжение и сильные болевые ощущения в шее, плечах, жалобы на онемение в области от лба до носа, ощущение опухоли во рту. Иногда очень редко бывают приступы безудержного плача, рыданий по умершим родственникам (матери, бабуш-

кам, которые умерли больше 30 лет назад). Плакать может несколько часов. Старается плакать в одиночестве, так как если заплаканную застает муж, он очень недоволен.

История заболевания: боли, чувство напряжения и онемения появилось после сильной ссоры с братом, который ушел от жены к другой женщине, отказался помогать детям. В. резко осудила брата, «сказала все, что она думает о его подлом поведении». Между ними произошел скандал, приведший практически к разрыву отношений. После появления симптомов последовательно в течение нескольких лет обращалась к хирургам, оториноларингологам, которые никакой патологии не нашли. Обращалась к невропатологу – без изменений. Затем обратилась к психиатру, который назначил медикаментозную терапию и направил на психотерапию. До посещения нашей консультации В. сходила на прием к психологу. Однако решила отказаться от работы с этим психологом, так как он сказал, что «в семье надо менять», а ей этого не хочется.

Были определены следующие мишени психотерапевтической помощи.

1. Симптоматический уровень:
 - психосоматические симптомы (указаны выше);
 - депрессивные симптомы (тоска по умершим родственникам, прорывающаяся в многочасовых взрывах плача. Когда говорила об этом на консультации, также принялась безудержно плакать взахлеб).
2. Личностный уровень. Дисфункциональные личностные черты и поведенческие паттерны:
 - алекситимия (не могла назвать никаких чувств, кроме тоски по умершим близким), отрицала, что когда-либо в текущей жизни испытывает негативные эмоции, 4 консультации понадобилось, чтобы установить связь между симптомами и негативными переживаниями;
 - зависимость (эмоциональная, материальная, в принятии любых решений) от мужа, страх любых конфликтов с ним (старается устроить жизнь так, чтобы у мужа не было повода даже для недовольства), отрицание наличия проблем в семье с мужем, с сыном;
 - перфекционизм (в семье должен быть идеальный порядок, мир и покой, идеальная уборка дома, идеальный уход за мужем, сыном);
 - монотонный депрессогенный стиль жизни и связанный с ним дефицит впечатлений и положительных эмоций (типичный день: приготовить завтрак, всех проводить, в магазин за продуктами, готовка, уборка каждый день, встретить всех, покормить, если остается время – играет на пианино). В. нигде не бывает, никуда не ходит, объясняет тем, что муж не любит, когда она отсутствует.
3. Семейный уровень:
 - симбиотические отношения с мужем (муж требует полного внимания, не разрешает завести кошку, так как тогда ему будут уделять меньше внимания);
 - элиминация эмоций в семейных коммуникациях (муж не разрешает грустить, так как «у тебя не может быть плохого настроения, потому что для этого нет причин»);
 - закрытые семейные границы (гостей никогда не бывает, В. и муж ни с кем не общаются, никуда не ходят. Муж говорит, что ему достаточно общения на работе, хочет посидеть дома.);
 - травматический ранний опыт и насыщенная стрессами семейная история (ранние потери, росла в неполной семье, в нищете, было очень стыдно перед сверстниками и соседями за то, что росла без отца, очень бедно выглядела. За муж вышла очень рано. Считает, что муж спас ее от нищеты, за что ему очень благодарна).

4. Интерперсональный уровень:

- узкая социальная сеть, ограниченная членами нуклеарной семьи (друзей нет, муж против общения, очень ревнует даже к редким звонкам заграничных друзей).

Последовательность психотерапевтических задач

1. Преодоление алекситимических черт через фокусировку на эмоциональной жизни и развитие навыков эмоциональной психогигиены (расширение эмоционального словаря, способности к осознанию и дифференциации эмоций, установление связи между изменением эмоционального состояния с внешними и внутренними событиями – из-за чего появляется раздражение, портится настроение и др.). Развитие навыков эмоциональной психогигиены было необходимым условием осознания природы соматоформной симптоматики, депрессивного состояния, а также переработки травматического опыта и текущего стресса.

2. Перестройка депрессогенного образа жизни (выявление вкусов и предпочтений пациентки и разработка программы по посещению музеев, кино и др.).

3. Расширение социальной сети с целью преодоления депрессогенного стиля жизни и развития некоторой автономии и самостоятельности в контактах (восстановление утраченных контактов, планирование совместных мероприятий с прежними знакомыми).

4. Проработка травматического опыта (обсуждение опыта потерь и стрессов в родительской семье, катарсическое отреагирование прошлых травм).

5. Перестройка семейной системы (развитие автономии пациентки, уменьшение симбиотической связанности в отношениях с мужем).

Контртерапевтические факторы

1. Алекситимия (не могла свободно выражать и обсуждать свои чувства, так как не понимала, что она чувствует, что особенно касалось отрицательных чувств).

2. Непонимание и непринятие психологической модели появления симптомов. Трудности в выработке общих целей психотерапии, пассивность (пациентка говорила только о желании избавиться от симптомов, ждала от терапевта активных действий по устранению ее симптомов, занимая пассивную позицию).

3. Ригидность семейной системы, симбиотическая связь и полная эмоциональная и материальная зависимость от мужа (сопротивление изменениям выразилось в категорическом отказе мужа от семейной консультации, сама больная настаивала на том, чтобы ничего в ее жизни не менялось, только бы были устранены болевые симптомы, так как боялась, что любое ее изменение может вызвать недовольство со стороны мужа, которое она не может выносить).

Ресурсы пациента:

- сильное желание избавиться от надоевших болевых симптомов;
- своевременное посещение консультации, отсутствие пропусков, направленность на выполнение домашних заданий;
- высокий уровень доверия психотерапевту.

Динамика состояния

Было проведено шесть индивидуальных консультаций, в процессе которых отмечалась определенная положительная динамика:

- научилась видеть и выявлять ситуации в семье, когда раздражалась (связаны с мужем и сыном);
- сходила в музей (на выставке очень понравилось, хотела повторить этот опыт);
- зарегистрировалась в одной из социальных сетей, стала активно переписываться с некоторыми одноклассниками.

Настроение улучшилось, стала чувствовать себя лучше, но эти занятия вызвали недовольство и ревность мужа, который по-прежнему отказывался от консультации, несмотря на письменное обращение психотерапевта с просьбой прийти.

После консультации, на которой обсуждались возникшие проблемы в отношениях с мужем, В. позволила и предупредила, что заболела, после чего больше не перезвонила и на консультации не приходила.

Описание случая 2 (краткосрочная психотерапия)

Пациент: Б., 20 лет, в академическом отпуске, живет с родителями.

Диагноз: депрессивный эпизод средней тяжести, черты зависимого и избегающего личностного расстройства.

Жалобы: в течение года отмечает устойчивое плохое настроение после разрыва отношений с девушкой, стал раздражительным при общении с родителями, набрал лишний вес, полгода не выходит из дома из-за страха встретить знакомых (из дома выходил только с родителями, чтобы поехать в магазин или к врачу), перестал посещать институт, потом оформил академический отпуск.

История заболевания: депрессия началась после того, как Б. влюбился в девушку, которая выпивала, не работала, общалась с сомнительной компанией. Б. очень хотел, чтобы девушка переехала к нему. Родители были резко против, дома начались скандалы. Тогда Б. стал уходить из дома к ней. Через некоторое время девушка отказалась встречаться с Б., стала при нем оказывать активные знаки внимания другому молодому человеку из этой же компании. Б. из компании ушел, почти все время проводил дома, перестал ходить в институт, стал раздражительным, печальным, много ел, в результате чего резко прибавил в весе. Сначала родители считали, что Б. должен «взять себя в руки», не придавали значения его состоянию, часто ругали за безделье. Б. стал испытывать сильное чувство стыда и вины перед родителями (за роман, за брошенный институт, за то, что «сидит на шее отца», не работает, живет и лечится за его счет). Через год родители обратились за помощью к врачу-психиатру, который и направил Б. на психотерапию. Пациенту была назначена комбинированная терапия: курс медикаментозного лечения и психотерапии. Психотерапия проводилась как в индивидуальной, так и семейной форме.

Были определены следующие мишени психотерапевтической помощи.

1. Симптоматический уровень (типичные симптомы депрессии):

- социальная тревожность – страх выходить из дома, быть плохо оцененным;
- плохое настроение;
- налаживание рационального питания;
- повышенная раздражительность;
- сильное чувство вины перед родителями;
- обидчивость.

2. Личностный уровень. Дисфункциональные личностные черты и поведенческие паттерны:

- перфекционизм (очень высокие требования к себе),
- враждебность,
- зависимость от мнения родителей, сверстников (настроение прямо зависит от их отношения, критики и т. д.).

При работе со страхом выхода из дома выявилось следующее дисфункциональное убеждение: общаться со сверстниками можно, если у тебя все в порядке (успешно учишься, хорошо выглядишь). Если у человека что-то не в порядке, то его осудят, он будет осмеян, отвергнут. Данное убеждение подкрепляло дисфункциональную поведенческую стратегию – избегание, уклонение от контактов.

Когнитивные искажения:

- поляризованное мышление (например, в дружеских или партнерских отношениях не должно быть никакого недовольства друг другом, если кто-то кем-то недоволен, это не дружба);
- персонализация (когда посещал институт, часто обижался на сокурсников, так как считал относящимся к себе даже в безличной форме высказанное кем-то из сокурсников недовольство чем-либо).

3. Семейный уровень:

- повышенный уровень критики со стороны родителей, особенно матери. Мать критиковала за все (не так повесил полотенце, не в такой последовательности убирает квартиру, не сразу вытер брызги в ванной и др., могла обзывать, оскорблять, припомнить прошлые ошибки);
- опека со стороны родителей, особенно отца;
- коалиция между отцом и Б. против матери (отец жаловался сыну на эмоциональные срывы жены, они друг другу по очереди говорили «перетерпи», когда мать особенно критиковала или обзывалась);
- индуцирование тревоги в семье со стороны родителей, особенно отца (очень тревожится за будущее Б., за его здоровье, а также за себя, за то, сможет ли он и дальше содержать семью на должном уровне).

4. Интерперсональный уровень:

- интерперсональный перфекционизм, высокие требования к окружающим (нельзя покрывать, нельзя подшутить, нельзя сказать что-то, что Б. расценит как обидное для себя) приводили к тому, что Б. резко и быстро прекращал отношения с друзьями («если они так себя ведут, то это не настоящие друзья»);
- низкая социальная компетентность, не умеет адекватно оценивать людей (либо идеализирует образ, быстро влюбляется, либо видит недостатки, преувеличивает их и расстается).

Последовательность психотерапевтических задач

1. Снижение социальной тревожности, функциональные тренировки (самостоятельный выход из дома, самостоятельные поездки на консультации к психологу и врачу, прогулки, походы в магазин).

2. Развитие навыков эмоциональной саморегуляции (фиксация ситуаций, в которых снижается настроение, выявление негативных автоматических мыслей, работа с негативными автоматическими мыслями).

3. Нормализация образа жизни и питания (налаживание рационального питания, режима дня, включение физической активности в режим дня).

4. Восстановление дружеских связей, работа с обидчивостью как механизмом разрывов в интерперсональных отношениях.

5. Развитие самостоятельности и снижение зависимости от мнения родителей, других окружающих.

6. Работа с когнитивными искажениями и дисфункциональными поведенческими стратегиями личностными особенностями (поляризованным мышлением, персонализацией, избеганием).

7. Семейная консультация (снижение уровня требований и критики со стороны родителей, критики, а также уровня их собственной тревожности).

Контртерапевтические факторы

Наблюдалось сильное сопротивление со стороны семьи при работе с семейными дисфункциями. С родителями, особенно с матерью, было очень трудно установить отношения сотрудничества. Мать была настроена враждебно. На семейной консультации обсуждали повышенную требовательность и критич-

ность, говорили про условия, необходимые для развития самостоятельности Б. Были даны рекомендации и назначена супружеская консультация. Мать от супружеской консультации отказалась. По словам Б., «политику критики не изменила». Отец занял позицию «надо терпеть».

Ресурсы пациента:

- высокая мотивация к лечению;
- понимание и принятие когнитивно-бихевиоральной модели психотерапии, идентификация себя с методом;
- доверие к врачу и психологу. Аккуратное выполнение всех домашних заданий, рекомендаций психотерапевта, всех медицинских назначений. Ведение дневника. Отсутствие пропусков сеансов психотерапии, приходил вовремя;
- полное признание проблемы, в решении которых способна помочь психотерапия;
- открытые и искренние высказывания о себе, достаточно свободное выражение своих чувств, манера держать себя во время сеансов – доброжелательная;
- проявление смелости при выполнении домашних заданий и конфронтации с пугающими ситуациями;
- проявление желания быть самостоятельным, независимым от мнения родителей и других окружающих людей;
- отсутствие рентных установок и условной выгоды болезни (хотел вернуться к учебе, пойти работать, не быть в тягость родителям).

Динамика состояния

Проведена одна семейная и 17 индивидуальных консультаций. За это время:

- уже после первых консультаций стал выходить из дома и ездить на консультации сам;
- настроение нормализовалось. Научился не пугаться ухудшений настроения и анализировать ситуации, приводящие к ухудшению настроения. Особенно помогало узнавание и маркировка таких ошибок мышления, как поляризация, персонификация, поспешные обобщения. Учился находить альтернативное объяснение ситуации;
- стал заниматься спортом (бегать по утрам), немного похудел;
- восстановил отношения с некоторыми друзьями;
- стал встречаться с девушкой, которая учится в институте, работает в компьютерной фирме, живет отдельно от родителей, без вредных привычек. Б. знал ее и раньше, но считал скучной. Родители Б. были против их встреч, мать обзывалась, скандалила. Родители считали, что Б. опять, как и в прошлый раз, познакомился с какой-то «плохой» девушкой. Потом, узнав девушку получше, родители несколько успокоились;
- вышел на работу (продавец в магазине);
- в планах было возвращение в институт.

Описание случая 3 (долгосрочная психотерапия)

Пациент: А., 52 года, военный в отставке, женат, дочь – студентка.

Диагноз: обсессивно-компульсивное расстройство, зависимое личностное расстройство. Преобладали компульсии в виде многочисленных ритуалов.

Жалобы: многочисленные ритуалы, выражающиеся в навязчивом желании рассматривать себя (многочасовые рассматривания каких-либо образований на коже), до изнеможения делать большое количество однотипных физических упражнений (число выполняемых упражнений должно было быть кратно 30), рассматривать цифры на мобильном телефоне. Перечисленные действия выполнял многократно, начав, не мог остановиться, не мог контролировать желание выполнять эти действия. Из-за этого появилась

депрессивная симптоматика. Ушел с работы. Остановить процесс выполнения этих действий могла только жена.

История заболевания: навязчивые мысли и действия первый раз появились 15 лет назад после смерти родственника (онкология). Был госпитализирован, получал медикаментозное лечение. Навязчивости до конца не прошли, но интенсивность резко снизилась. Смог контролировать навязчивости, вернулся к обычной жизни. В течение многих лет алкоголизировался. Несколько лет назад жена уговорила закодироваться. Перестал пить, но навязчивости усугубились настолько, что пришлось уйти с работы. Обращался к экстрасенсу, сначала помогало, потом симптоматика усилилась. Был госпитализирован и направлен на психотерапию лечащим врачом-психиатром после двух месяцев практически безуспешного медикаментозного лечения.

Пациент очень мотивирован на лечение, ищет помощи, так как буквально вымотан навязчивыми мыслями и действиями, непрерывные навязчивые ритуалы не оставляют времени ни на что другое и негативно влияют на настроение.

Пациенту была назначена комбинированная терапия: курс медикаментозного лечения и психотерапии. Психотерапия проводилась как в индивидуальной, так и в семейной форме.

Были определены следующие мишени психотерапевтической помощи.

1. Симптоматический уровень (типичные симптомы ОКР):

- навязчивые мысли (желание рассматривать себя);
- навязчивые действия (рассматривание кожных образований, физические упражнения и др.);
- депрессивная симптоматика, появившаяся из-за многочасовых навязчивых действий, невозможности контролировать этот процесс, остановиться;
- предполагаемая канцерофобия (возникшая после смерти первой жены).

2. Личностный уровень. Дисфункциональные личностные черты и поведенческие паттерны:

- перфекционизм, проявляющийся в виде крайней педантичности и аккуратности (малейший беспорядок вызывает дискомфорт, беспокойство, эмоциональное напряжение, что приводит к усилению симптоматики. Например, очень тщательно следит за состоянием одежды, обуви. Как-то на консультации заметил нитку на пиджаке, не успокоился до тех пор, пока не убрал ее);
- алекситимия (никогда не обращал и не обращает внимания на свои чувства, очень бедный эмоциональный словарь, на вопросы о чувствах перечисляет внешние детали и обстоятельства);
- зависимость в межличностной сфере (не может совершать покупки без жены или дочери. Одежду пациенту выбирает жена. По мнению пациента, только она может сказать, подходит ли ему вещь или нет, хорошего ли она качества, не слишком ли она дорогая и др. Совершенно не переносит конфликтов, старается их избегать, очень их боится. Особенно боится конфликтов с женой. Вообще не может ей возразить ни в чем и со всем соглашается. «Она очень хорошая, но командир. Я не выдержу, если она разозлится» (чего не выдержит, уточнить не может). Зависимость пациента выражается, в частности, в стойком убеждении «я сам ни с чем не могу справиться»).

Когнитивные искажения:

- незрелое поляризованное мышление, проявляющееся в дисфункциональном убеждении «нормальная жизнь – это когда всё в полном порядке. Всё должно быть в полном порядке, идеально организовано, ничто не должно беспокоить. Любой беспорядок –

это катастрофа». (Это убеждение подкрепляет педантизм и аккуратность пациента, в различных ситуациях повышает уровень тревоги, дискомфорта пациента, приводит к усилению симптоматики. Например, резкое ухудшение состояния вызвали разрядка аккумулятора в машине, хотя водительский стаж пациента очень большой, и самостоятельно аккумулятор заряжал много раз, но каждый раз, когда что-то подобное происходит с машиной, возникает ощущение сильнейшего дискомфорта (непорядок, который надо срочно устранить). Такую же реакцию в виде сильнейшего эмоционального дискомфорта вызывает любое нежелательное происшествие, например потеря дочерью студенческого проездного (со слов пациента, это «непорядок, беспокойство, хлопоты, которых нельзя допускать»).

3. Семейный уровень:

- семейная жизнь организована вокруг регулирования обсессивно-компульсивной симптоматики (жена и дочь следят, чтобы А. не делал ритуалов, отслеживают его настроение, постоянно контролируют его эмоциональное состояние);
- настроение жены полностью зависит от интенсивности навязчивостей А.: чем больше навязчивостей, тем больше она раздражается;
- выявлен монотонный и депрессогенный стиль жизни (А. с женой нигде не ходили, сам он ничего не читал, в обычной жизни нет никаких положительных впечатлений). Фактически болезнь пациента – это единственное содержание общения между ним и супругой;
- высокий уровень критики со стороны жены (например, А. вымыл пол, жена критикует, что недостаточно чисто);
- детский травматический опыт (доминантная мать, которая требовала и требует полного подчинения от всех членов семьи; алкоголизирующийся отец).

4. Интерперсональный уровень:

- фактическое отсутствие социальной сети вне семейного круга.

Последовательность психотерапевтических задач

1. Работа с обсессивно-компульсивной симптоматикой. Формирование у больного биопсихосоциальной картины заболевания, так как он видит свою болезнь как чисто биологическую и не верит в возможность психологической регуляции своего состояния, т. е. выявления ситуаций, в которых повышается тревога, скрытого смысла ритуала и развития умения противостоять желанию их выполнять.

2. Развитие навыков эмоциональной саморегуляции (расширение эмоционального словаря, развитие умения понимать и замечать свое эмоциональное состояние).

3. Преодоление депрессогенного стиля жизни пациента и его семьи (планирование чтения книг, просмотра кинофильмов и др.).

4. Расширение круга общения.

5. Развитие автономии (выработка своего отношения к различным событиям и явлениям, своего мнения и способа действий, повышение толерантности к разногласиям и конфликтам с женой).

6. Снижение степени включенности семьи в регулирование обсессивно-компульсивной симптоматики пациента.

Контртерапевтические факторы

Наиболее важным контртерапевтическим фактором выступал высокий уровень алекситимии. Пациент раньше мало задумывался и говорил о своей психологической жизни, ему очень сложно было отслеживать свои чувства, не мог ответить на вопросы, что

он чувствует, что с ним происходит. Это затрудняло отслеживание изменения настроения, реакций тревоги, фиксирование ситуаций, которые вызвали негативное изменение настроения, выявление негативных автоматических мыслей, что очень важно при работе в русле когнитивно-бихевиоральной психотерапии. К сожалению, пациент так и не смог научиться устанавливать связь между ситуациями, провоцирующими тревогу, и ритуалами как дисфункциональными способами ее снижения.

На сеансах, особенно в начале работы, становился настолько тревожным, что испытывал непреодолимое желание выполнить навязчивое действие, что отнимало время от работы.

В начале работы отказывался от обсуждения семейной ситуации. Боялся представить в невыгодном свете жену, мать, отца. Это мешало осознанию и переработке негативных чувств, возникавших или возникающих у пациента в общении с близкими, а также препятствовало развитию умений быть самостоятельным, самому справляться с возникающими симптомами ОКР.

Ресурсы пациента:

- высокая мотивация к лечению. Признание существования проблем, в которых ему нужна помощь;
- доверие к специалистам и способность к кооперации (на сеансе держался в доброжелательной манере, сотрудничал со специалистами, не пропускал сеансы, аккуратно и вовремя приходил на консультации);
- уверенность в полезности психотерапии. Принял на себя роль пациента и часть ответственности за процесс. Старался выполнять все рекомендации, хотя испытывал большие трудности из-за выраженной alexitimии и отсутствия навыков осмысления своей внутренней жизни.

Динамика состояния

После проведения 35 индивидуальных и двух семейных консультаций:

1. Интенсивность навязчивых мыслей существенно снизилась. Перестал выполнять навязчивые действия. Пропало желание выполнять физические упражнения. Осталось желание рассматривать образования на коже, рассматривать мобильный телефон, но сила желания выполнить эти действия значительно снизилась. Научился справляться, терпеть желание выполнить навязчивое действие. В ходе работы была составлена совладающая карточка, которая очень помогала пациенту («Если я начну делать навязчивое действие, то это приведет к тому, что я не смогу остановиться. Не смогу остановиться, будет хотеться делать это больше и больше. Это путь назад, в болезнь, а не вперед, к здоровью. Поэтому лучше не начинать»).

2. Настроение нормализовалось, так как интенсивность навязчивых мыслей снизилась. А. понял, что может контролировать и самостоятельно справляться с навязчивыми действиями. Высвободилось время, которое мог теперь потратить на работу, получение новых впечатлений.

3. Стал лучше справляться с чувством дискомфорта из-за бытовых неурядиц, мелких неполадок с машиной, стал спокойнее относиться к состоянию одежды, менее тщательно следить за порядком дома и др. Перестал относиться к подобным ситуациям как к катастрофе.

4. Изменился образ жизни. Начал читать художественную литературу, стал получать удовольствие от чтения. С женой стали ходить в кино. Первый раз собирались съездить с женой на отдых за границу (раньше отдыхали «по хозяйству» только на даче, больше нигде и никогда не были).

5. Вышел на работу. Потом сменил работу с повышением. На работе стал больше общаться с коллегами.

6. Отношения в семье существенно не поменялись. Власть сосредоточена у жены, она также часто занимает критикующую позицию по отношению к пациенту, часто обижается на членов семьи. Жена пытается контролировать навязчивости А., пытается вовлекать в деятельность дочь.

Литература

1. Банников Г.С. Роль личностных особенностей в формировании структуры депрессии и реакций дезадаптации / Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1999.
2. Блауберг И.В., Юдин Э.Г. Становление и сущность системного подхода. М., 1973.
3. Воликова С.В. Системно-психологические характеристики родительских семей пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами / Автореф. дисс. ... канд. псих. наук. М., 2006.
4. Воликова С.В., Холмогорова А.Б., Галкина А.М. Родительский перфекционизм – фактор развития эмоциональных нарушений у детей, обучающихся по усложненным программам // Вопросы психологии. 2006. № 5. С. 23–31.
5. Гарянян Н.Г. Перфекционизм и психические расстройства (обзор зарубежных эмпирических исследований) // Терапия психических расстройств. 2006. № 1. С. 31–41.
6. Гарянян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога // Московский психотерапевтический журнал. 2001. № 4. С. 18–48.
7. Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б., Мазур Е.С. Саморегуляция поведения в норме и патологии // Психол. журнал. 1989. № 2. С. 122–132.
8. Ким Л.В. Кросс-культуральное исследование депрессии среди подростков – этнических корейцев – жителей Узбекистана и Республики Корея / Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1997.
9. Лангмайер И., Матейчик З. Психическая депривация в детском возрасте. Прага: Авиценум, 1984.
10. Меллер-Леймкюллер А.М. Стресс в обществе и расстройства, связанные со стрессом, в аспекте гендерных различий // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. № 4.
11. Мясисев В.Н. Личность и неврозы. Л., 1960.
12. Ослон В.Н., Холмогорова А.Б. Профессиональная замещающая семья как одна из наиболее эффективных моделей решения проблемы сиротства в России // Вопросы психологии. 2001. № 3.
13. Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Психология сиротства. СПб.: «Питер», 2005.
14. Холмогорова А.Б. Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра / Автореф. дисс. ... д-ра псих. наук. М., 2006.
15. Холмогорова А.Б. Две конфликтующие методологии в исследованиях психотерапии и ее эффективности: поиск третьего пути (часть 1) // Московский психотерапевтический журнал. 2009. № 4 (63). С. 5–25.
16. Холмогорова А.Б. Две конфликтующие методологии в исследованиях психотерапии и ее эффективности: поиск третьего пути (часть 2) // Консультативная психология и психотерапия. 2010. № 1. С. 14–37.
17. Холмогорова А.Б., Гарянян Н.Г., Никитина И.В., Пуговкина О.Д. Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: современное состояние проблемы (часть 1) // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19. № 3. С. 92–100.
18. Холмогорова А.Б., Гарянян Н.Г., Никитина И.В., Пуговкина О.Д. Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: современное состояние проблемы (часть 2) // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 20. № 4.
19. Холмогорова А.Б., Гарянян 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. 15–23.
20. Холмогорова А.Б., Зарецкий В.К. Может ли быть полезна российская психология в решении проблем современной психотерапии: размышления после XX Конгресса Интернациональной федерации психотерапии (IFP). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. № 4. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 10.10.2010).
21. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В. Психология и психотерапия семьи. СПб., 2000.
22. Addis M.E., Krasnow A.D. A national survey of practicing psychologist's attitudes toward psychotherapy treatment manuals // Journal of Consulting and Clinical psychology. 2000. Vol. 68. P. 1–9.
23. Beck A., Rush A., Shaw B., Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford, 1979.
24. Blatt S.J. The destructiveness of perfectionism // American Psychologist. 1995. Vol. 50. P. 1003–1020.

25. Bowlby J. Attachment and loss: Loss, sadness and depression. New York: Basic Books, 1980. Vol. 3. P. 472.
26. Brugh T. Social support and psychiatric disorders: overview of evidence / Social support and psychiatric disorders. Cambridge: University Press, 1995.
27. Caspar F. Modeling the Therapeutic Relationship and Resource Orientation: Introduction. Abstract. FMPP Annual Congress of Psychiatry and Psychotherapy. 20th IFP World Congress of Psychotherapy. June 16th–19th 2010, KKI, Luzerne, Switzerland. P. 47.
28. Caspar F. Perspectives on Psychotherapy Integration. Balanced Psychotherapy research // IFP Newsletter, 01–2010. P. 11–17.
29. Hill J., Pickles A. et al. Child sexual abuse, poor parental care and adult depression: evidence for different mechanisms // British Journal of Psychiatry. 2001. Vol. 179. P. 104–109.
30. Katsching H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession // World psychiatry. Original journal of the psychiatric association (WPA). 2010. Vol. 9. № 1. P. 21–28.
31. Lambert M.J., Garfield S.L., Bergin A.E. Overview, Trends and Future Issues // A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds.), Handbook of Psychotherapy and Behavior change (4th ed.). New York, 2004.
32. Lambert M.J., Hansen N.B., Finch A.E. Patient focused research: using patient outcome data to enhance treatment effects // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2001. Vol. 69. P. 159–172.
33. Orlinsky D.E. Comments on the State of Psychotherapy Research // IFP newsletter. Zurich, June 2007. P. 11–14.
34. Parker G. Parental reports of depressives: an investigation of several explanation // Journal of Affective Disorder. 1981. Vol. 3. P. 131–140.
35. Parker G. Parental rearing style: examining for links with personality vulnerability factors for depression // Soc. Psychiatry – Psychiatry Epidemiology. 1993. Vol. 28. P. 97–100.
36. Scott J., Barber W.A., Eccleston D. The new castle chronic depression study. Patient characteristics and factors associated with chronicity // British Journal of Psychiatry. 1998. Vol. 152. P. 28–33.
37. Shimoda M. Über den premorbiden Charakter des manisch-depressiven Irrseins // Psychiat. Neurol. Jap. 1941. Bd. 45. S. 101–102.
38. Tellenbach R. Typologische Untersuchungen zur premorbidem Persoönlichkeit von Psychotikern unter besonderer Berücksichtigung Manisch-depressiver // Confinia psychiat. 1975. Bd. 18. № 1. S. 1–15.
39. Tschitsaz A. Through the Horizon – Balancing therapeutic relationship in an inpatient treatment example with personality disorder. Abstract // FMPP Annual Congress of Psychiatry and Psychotherapy. 20th IFP World Congress of Psychotherapy. June 16th–19th 2010, KKI, Luzerne, Switzerland. P. 56.
40. Tschuschke V. Towards the necessity of process-outcome research – Examples from current and recent studies. Abstract // FMPP Annual Congress of Psychiatry and Psychotherapy. 20th IFP World Congress of Psychotherapy. June 16th–19th 2010, KKI, Luzerne, Switzerland, P. 56.