

**САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ. В.М. БЕХТЕРЕВА
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

На правах рукописи

ЛЯШКОВСКАЯ
Светлана Владимировна

**ОПТИМИЗАЦИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ И
ТИПОЛОГИЯ МИШЕНЕЙ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ
(РЕКОНСТРУКТИВНОЙ) ПСИХОТЕРАПИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ**

Специальность 19.00.04 – медицинская психология

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Ташлыков Виктор Анатольевич

Санкт-Петербург – 2016

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Введение	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ДАЛЬНЕШЕГО ИЗУЧЕНИЯ МИШЕНЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	12
1.1. Современное состояние психотерапии, основные тенденции и достижения	12
1.2. Обзор существующих медицинских (клинических) моделей психотерапии и направления научного поиска в области психотерапевтического лечения психических расстройств	15
1.3. Подходы к определению мишеней психотерапии	23
1.4. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия невротических расстройств	37
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	48
2.1. Материал исследования	48
2.2. Методы исследования	56
ГЛАВА 3. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ И КЛАССИФИКАЦИИ МИШЕНЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ	71
3.1. Формулирование рабочего определения «мишени психотерапии».....	71
3.2. Возможные плоскости определения отдельных мишеней психотерапии	77
3.3. Мишени психотерапии для невротических расстройств.....	85
ГЛАВА 4. ИССЛЕДОВАНИЕ ПРАКТИКИ ПРОВЕДЕНИЯ ЛИЧНОСТНО- ОРИЕНТИРОВАННОЙ (РЕКОНСТРУКТИВНОЙ) ПСИХОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	92
4.1. Клинико-психотерапевтический анализ психотерапевтического случая	92

4.2. Исследование представлений врачей-психотерапевтов о мишенях психотерапии при лечении пациентов с невротическими расстройствами	108
4.3. Анализ факторов, влияющих на позитивные результаты проведенного психотерапевтического лечения	136
ГЛАВА 5. ХАРАКТЕР И СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ, ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И КОМПЕНСАТОРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ У БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ИХ ДИНАМИКА В ПРОЦЕССЕ ПСИХОТЕРАПИИ	148
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	168
ВЫВОДЫ	183
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	187

Введение

Актуальность темы. Несмотря на широкое применение в лечении невротических расстройств популярных методов психотерапии, таких как различные модификации когнитивно-поведенческой терапии, гештальт-терапии, а также частных методик телесно-ориентированной, арт-терапии и других видов психотерапии, концепция личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (ЛОРП), основанная на теории отношений и патогенетическом подходе к пониманию и лечению невротических расстройств, остается наиболее целостной системой, позволяющей интегрировать биопсихосоциальные аспекты и рассматривать невротические расстройства в соответствии с холистическим подходом, общепринятым в медицине и психиатрии (Зачепиский Р.А., 1973; Кайдановская Е.В., 1987; Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1999; Незнанов Н.Г., Васильева А.В., 2006; Коцюбинский А.П., 2011; Васильева А.В., 2012; Карвасарский Б.Д. и др., 2012; Решетников М.М., 2015; Петрова Н.Н., Бутома Б.Г., 2015; Абабков В.А., 2016, и др.).

Отечественный метод ЛОРП является теоретико-методологически обоснованным вариантом динамически ориентированной психотерапии, эффективность которого подтверждена опытом более полувекового использования в широкой медицинской практике (Столова Е.А., 1987; Мизинова Е.Б., 2004; Колотильщикова Е.А., 2011; Вахренева О.А., 2014; Чернявский В.А., 2014).

Однако на современном этапе развития психотерапии в медицине все большее распространение получают практические и лечебные руководства, основанные на строгой научно-исследовательской базе и описывающие конкретные рекомендации по технике и структуре построения интервенций в рамках психотерапевтического лечения (Барлоу Д. 2008; Вид В.Д., 2008; Дмитриева Т.В., 2009; Grawe K., Donati R., Bernauer F., 1994; Chambless D.L., Hollon S.D., 1998; Wampold B.E., 2001).

Это связано в том числе с большим значением, которое приобретает освоение психотерапией принципов доказательной медицины (Карвасарский Б.Д., 2006; Незнанов Н.Г., 2006; Крупицкий Е.М. и др. 2008; Николаев Е.Л., 2015).

К настоящему моменту накоплено достаточно теоретико-методических обоснований для применения ЛОРП, неоднократно исследована и доказана ее эффективность при лечении больных с невротическими расстройствами. Однако для построения дифференцированных стратегий этого метода соотносительно с разными типами невротических расстройств и формулирования рекомендаций по тактике и стратегии выбора тех или иных интервенций необходимо изучение содержания процесса психотерапии при лечении больных с различными невротическими расстройствами.

Решению такой задачи, наряду с прочими методологическими проблемами, препятствует недостаток общих, универсальных понятий, которые бы описывали процесс психотерапии и особенности применения методов психотерапии. Это создает сложности для научного обоснования применения психотерапии при лечении различных психических расстройств, а также при выработке рекомендаций по клиническому применению психотерапевтических методов (Александров А.А., 1997; Абабков В.А., 1998; Ташлыков В.А., 2000; Бурно М.Е., 2004; Кулаков С.А., 2004; Перр   М. и др., 2006; Винокур В.А., 2012; Евдокимов В.И. и др., 2012; Назыров Р.К., 2012; Кондинский А.Г., Семенова Н.В., 2015).

Одним из ключевых понятий в описании психотерапевтического процесса является понятие «мишени психотерапии». Выбор мишеней при проведении психотерапии позволяет систематизировать психотерапевтическое воздействие, сделать его доступным для описания, воспроизведения и научного исследования. Кроме того, корректное описание метода или методики психотерапии подразумевает указание относительной связи между системой психотерапевтических вмешательств и соответствующих этим вмешательствам мишеней психотерапии с учетом других аспектов психотерапевтической ситуации, например, фазы психотерапевтического процесса (Вид В.Д., 1994; Дмитриева Т.В., 2009).

В современной научной литературе, в том числе в диссертационных исследованиях в области клинической психотерапии, наблюдается чрезвычайно широкое употребление термина «мишень психотерапии», с одной стороны, и

почти полное отсутствие хоть сколько-нибудь четкой коннотации этого понятия – с другой. Описание мишеней психотерапии происходит в различных плоскостях без возможности ориентироваться на какую-либо систематику или общую схему. В связи с этим, есть ограничения в применении выделяемых таким образом мишеней психотерапии для научных исследований, сравнения эффективности применяемых моделей психотерапии, оптимизации индивидуальных программ психотерапии и подготовки клинических рекомендаций.

Под оптимизацией следует понимать дифференцированный выбор психотерапевтических вмешательств, ориентированный на персонализированные параметры психотерапевтического процесса – клинико-психологические и личностные особенности пациента, содержательные характеристики разных этапов психотерапии.

Таким образом, актуальность работы связана с систематизацией имеющихся подходов к определению мишеней психотерапии, а также обоснованием классификации, которая позволяет унифицировать мишени и стратегии психотерапии в рамках индивидуальной ее формы и создавать условия для единообразного понимания используемых элементов психотерапии в общем и ЛОРП в частности.

Цели и задачи психотерапии, механизмы ее лечебного действия, стадии, тактики и стратегии психотерапевта, конкретные техники и т.д. обычно рассматриваются на модели невротических расстройств, поскольку преимущественно психогенный характер этих нарушений обуславливает необходимость использования психотерапии в качестве основного метода лечения, что предполагает ее реализацию в виде наиболее полной, глубокой и целостной модели (Карвасарский Б.Д., 2002; Соловьева С.Л., 2008).

Цель исследования: Оптимизация программ индивидуальной ЛОРП при лечении невротических расстройств на основании изучения динамики заболевания, клинико-психологических показателей больных с применением типологии психотерапевтических мишеней.

Задачи исследования:

1. Теоретическое обоснование понятия «мишеней психотерапии» и разработка их классификации с помощью теоретико-методологического анализа существующих подходов к формулировке их определения при лечении больных с невротическими расстройствами.
2. Исследование индивидуальной среднесрочной ЛОРП у больных невротическими расстройствами с помощью специально разработанного и проведенного психологического анализа психотерапевтических случаев.
3. Изучение динамики клинико-психологических характеристик пациентов с разными типами невротических расстройств в процессе проведения индивидуальной ЛОРП.
4. Выявление психотерапевтических мишеней при проведении индивидуальной среднесрочной ЛОРП у больных с разными типами невротических расстройств с помощью специально разработанного полуструктурированного интервью врачей-психотерапевтов.
5. Исследование связи изменений клинико-психологических характеристик больных с невротическими расстройствами в процессе психотерапии с выбором врачами-психотерапевтами мишеней психотерапии с учетом клинических и личностных особенностей пациентов.

Научная новизна. Впервые научно обосновано понятие «мишени психотерапии», сформулировано его определение, согласующееся с клиническим подходом в психотерапии. Впервые систематическим образом исследованы и описаны категории (плоскости) понятия «мишень психотерапии», выделены группы мишеней психотерапии, создана их классификация, исчерпывающим образом включающая все многообразие возможных экспертных формулировок, что является шагом к дальнейшему развитию общей теории психотерапии и способствует разрешению ряда ее методологических проблем. Впервые изучено содержание психотерапевтического лечения с помощью разработанного алгоритма психологического анализа психотерапевтических случаев. Впервые проведен сравнительный анализ изменений клинико-психологических характе-

ристик у больных с разными типами невротических расстройств в процессе индивидуальной ЛОРП. Впервые исследована взаимосвязь выбора различных мишеней психотерапии на основных этапах индивидуальной ЛОРП с динамикой клинико-психологических характеристик у больных с разными типами невротических расстройств.

Теоретическая и практическая значимость исследования. Разработанная классификация психотерапевтических мишеней может способствовать оптимизации индивидуальных психотерапевтических программ, поскольку позволяет структурировать и систематизировать процесс психотерапевтического лечения, особенно в части сочетания в одной индивидуальной программе разных форм и методов психотерапии, делает более понятным процесс взаимодействия между специалистами в случаях бригадного ведения пациентов. Предложенная классификация может использоваться при разработке стандартов психотерапевтического лечения и выработке общих требований к работе специалистов, занятых в оказании помощи больным с различными нервно-психическими расстройствами. Разработанная классификация мишеней психотерапии применима в создании программ научных исследований психотерапии и в итоге будет способствовать повышению успешности проводимой психотерапии и качества научных исследований. Исследование содержания проводимой ЛОРП невротических расстройств на основании систематики психотерапевтических мишеней может способствовать лучшему пониманию возможностей ее использования при разных типах невротических расстройств, формулированию рекомендаций по дифференцированному применению. На основании алгоритма психологического анализа психотерапевтического случая и классификации мишеней психотерапии разработана методика клинической супервизии, которая может применяться для оптимизации психотерапевтического лечения.

Методологические основания исследования. Методологической основой работы служат:

1. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Б.Д. Карвасарского, Г.Л. Исуриной, В.А. Ташлыкова, основанная на патогенетической концепции неврозов и психотерапии В.Н. Мясищева, психологии отношений А.Ф. Лазурского и В.Н. Мясищева.

2. Клиническая модель психотерапии, основанная на достижениях отечественной неврологии, концепции биопсихосоциального подхода, согласно которому в возникновении и течении психических расстройств участвуют биологические, психологические и социальные факторы (Воловик В.М., 1985; Кабанов М.М., 1998; Карвасарский, БД., 2000; Соловьева С.Л., 2002; Гурович И.Я. и др., 2004; Александровский Ю.А., 2006; Akiskal, Mc Kinney, 1975; G.Engel, 1979, 1980; Lipowsky Z., 1981; Perrez M., Baumann U., 2005).

3. Представления о психотерапии как о междисциплинарном подходе, ориентированном на решение практических задач и интеграцию знаний под углом зрения этих задач (Степин В.С., 1976; Выготский Л.С. 1982; Горохов В.Г., 1987; Юдин Э.Г., 1997; Алексеев Н.Г., 2002; Зарецкий В.Х., 1989, 2002, Холмогорова А.Б., 2006).

Положения, выносимые на защиту:

1. Предложенная типология мишеней психотерапии, использованная для изучения процесса индивидуальной ЛОРП может применяться при описании персонализированных программ индивидуальной психотерапии больных с невротическими расстройствами. Апробированный алгоритм психологического анализа психотерапевтического случая позволил дополнить перечень мишеней и может применяться для анализа проблем и затруднений в процессе психотерапии при лечении больных невротическими расстройствами.

2. При проведении индивидуальной ЛОРП больных невротическими расстройствами происходит динамика их клинико-психологических характеристик, которая имеет определенную специфику в зависимости от типа невротического расстройства. Выбор врачами-психотерапевтами различных мишеней при проведении индивидуальной ЛОРП также имеет специфику и связан с динамикой указанных характеристик.

3. Возможность лечебных психотерапевтических интервенций расширяется за счет увеличения спектра выбора психотерапевтических мишеней, выделенных на основании сравнения групп больных с разными типами невротических расстройств.

Степень достоверности. Обоснованность, надежность и достоверность результатов были обеспечены достаточной выборкой исследуемых (150 больных невротическими расстройствами, 48 врачей-психотерапевтов), использованием общепринятых теоретических положений, валидного психодиагностического инструментария, методами статистической обработки данных, адекватным поставленным задачам, сравнением полученных результатов с результатами других исследований.

Публикации и внедрение работы. По материалам исследования опубликовано 10 научных публикаций, 4 из которых – в журналах, входящих в перечень ВАК, и 2 методических рекомендаций. Результаты исследования послужили основой для методических рекомендаций в рамках госконтракта № К-16-НИР/46-3 2010 г. Предложенная в работе классификация мишеней психотерапии была включена в Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению синдрома зависимости, в раздел психотерапии (ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, 2014). Материалы исследования используются в образовательных программах учебного центра НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Полученные результаты диссертации внедрены в работу отделения внебольничной психотерапии и отделения лечения пограничных психических состояний и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева.

Апробация исследования. Результаты исследования докладывались и обсуждались на следующих конференциях: Юбилейной научной сессии «Психоневрология в современном мире», Санкт-Петербург, 2007 г.; Научно-практической конференции, посвященной памяти Б.Д. Карвасарского «Российские традиции в современной психотерапии и психиатрии», Санкт-Петербург, 2014 г.; Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических

расстройств: миф или реальность?», Санкт-Петербург, 2014 г., Научно-практической конференции «Актуальные проблемы психосоматики в общей медицинской практике», Санкт-Петербург, 2015 г.; Всероссийском конгрессе с международным участием «Современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания», Санкт-Петербург, 2016 г.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ДАЛЬНЕШЕГО ИЗУЧЕНИЯ МИШЕНЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Современное состояние психотерапии, основные тенденции и достижения

Современный этап развития психотерапии можно характеризовать следующими основными тенденциями (Карвасарский Б.Д., 2008; Александров А.А., 2009; Холмогорова А.Б., 2011; Назыров 2012; Perez M., Baumann U., 2002; Prochaska J.O., Norcross J.C., 2005; Sundberg N.D. et al., 2007):

- стремление соотнести многообразие подходов, методов и форм психотерапии с клинической реальностью (интеграция психотерапии в медицину);
- смена направления научного анализа в психотерапии с изучения эффективности отдельных психотерапевтических методов через обоснование их применения в лечении конкретных расстройств к изучению отдельных параметров процесса психотерапии и их влияния на результаты лечения;
- поиск общих базовых процессов, характерных для всех форм психотерапии;
- интегративные тенденции, сочетание приемов и методик из разных направлений в индивидуальной программе психотерапевтического лечения;
- _____, которые в перспективе должны устанавливать стандарты качества подготовки психотерапевтов и качества оказания психотерапевтических услуг.

В целом, можно наблюдать все возрастающие полипрагматические, синтетические, транстеоретические, мультимодальные тенденции в понимании психотерапии (Макаров В.В., 2003; Тукаев Р.Д., 2003; Prochaska J.O., Norcross J.C., 2003).

Современный период развития психотерапии связан со снятием идеологической конфронтации между несколькими основными психотерапевтическими школами и широким распространением частных методов, методик психотерапии, появление которых связано в том числе со взрывным развитием меж-

дисциплинарных областей знания и отдельных нейронаук (Михайлов Б.В., Табачников С.И., Витенко И.С., Чугунов В.В., 2002).

Существуют две научные парадигмы в психотерапии: медицинская (клиническая) и не медицинская (Карвасарский Б.Д., 2005, 2006; Катков А.Л., 2013). Первая – организационно и содержательно связана с основными принципами оказания медицинской помощи как в части требований к специалисту, так и к собственно психотерапевтической деятельности. Вторая – развивается вне медицины, оперирует преимущественно философскими, психологическими и социальными понятиями (психологическая, педагогическая, философская и социологическая модели психотерапии), ориентируется в психотерапевтическом воздействии на широкий круг психологических проблем человека, а также проблем социальной адаптации и социального функционирования, описываемых на неклиническом языке (Катков А.Л., 2002; Джангильдин Ю.Т., Цыганков Б.Д., Добровольская Ю.В. 2004; Бурно М. Е., 2006; Макаров В.В., 2001).

Профессиональным сообществом признается, что одной из важных задач психотерапии в нашей стране на современном этапе ее развития является более полная интеграция психотерапии в медицину и здравоохранение, внедрение ее в практику оказания помощи при широком круге психических расстройств на основе биопсихосоциальной модели диагностики, лечения и реабилитации. (Кабанов М.М., 1980; Коцюбинский А.П., 1999; Карвасарский Б.Д., 2000; Краснов В.Н., 2001; Шамрей В.К. и др., 2002; Семке В.Я. и др. 2002; Дмитриева Т.Б., 2004; Незнанов Н.Г., 2005; Цыганков Б.Д. и др., 2006). Экспертный опрос, проведенный Н.В. Семеновой и А.Г. Кондинским среди видных отечественных ученых в области психотерапии, подчеркивает актуальность таких задач, как разработка методологических проблем применения психотерапии в медицине, преодоление противоречий между методами психотерапии в области их сочетания в программах лечения пациентов с пограничными психическими расстройствами, усиление позиций отечественной модели личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского Б.Д., Ташлыкова В.А., Исуриной Г.Л., как наиболее целостной клинической системы,

разработанной для лечения невротических расстройств (Семенова Н.В., Кондинский А.Г., 2015).

Главным результатом интеграции психотерапии в медицину на сегодняшний день явилось признание возможностей психотерапии при лечении пациентов фактически всех основных клинических групп – от невротических расстройств, психосоматических заболеваний, до болезней зависимости и шизофрении (Бабин С.М., 2006; Барлоу Д., 2008; Валентик Ю.В., 2001, 2002; А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, И.В. Никитина, О.Д. Пуговкина, 2009; Кабанов М.М., 2003; Robinson L.A., Berman J.S., Neimeyer R.A., 1990). Однако, актуальным этапом развития психотерапии в медицине можно считать работу по созданию эффективных лечебных программ психотерапии на основе изучения клинико-психологических механизмов нервно-психических расстройств и действующих факторов психотерапевтических методов (Ледер С., 1992; Колотильщикова Е.А., 2011).

Научные исследования в области психотерапии направлены как на прикладные цели (в первую очередь на выяснение эффективности психотерапевтического воздействия) (Lambert M.J., Ogles B.M., 2004), так и на фундаментальные – на научную валидизацию психотерапевтического процесса и его результатов. С течением времени фокус исследовательского интереса смещался от необходимости доказать полезность применения психотерапевтического лечения к вопросам дифференцированных показаний разных видов психотерапии для пациентов с разными психическими расстройствами. В эмпирических исследованиях последнего времени традиционный вопрос об эффективности психотерапии в целом уступает место иной формулировке: как на эффективность данной модели влияют изменения отдельных ее параметров, что, по видимому, свидетельствует о смене парадигмы исследований в психотерапии (Вид В.Д., 1994; Калмыкова Е.С., Х Кэхеле, 2000; Холмогорова А.Б., 2009; Bergin A.E., Garfield S.L., 2004).

Переориентация направления научных исследований в психотерапии связана также с накоплением знаний о природе психических расстройств. Неук-

лонно растущий поток исследований приводит к выводу о сложной многофакторной биопсихосоциальной природе психических расстройств (Холмогорова А.Б., 2006; Колотильщикова Е.А., 2011).

1.2. Обзор существующих медицинских (клинических) моделей психотерапии и направления научного поиска в области психотерапевтического лечения психических расстройств

Психотерапию в рамках медицинской (клинической) модели можно определить следующими характеристиками (Михайлов Б.В., 2002; М. Пере, У. Бауман, 2002; Карвасарский Б.Д., 2006; Назыров Р.К., 2012; K.N. Anchor, 1991):

1) организационно и юридически она является частью медицинской помощи;

2) является лечением, назначаемым при расстройствах различных клинических групп, соответственно и опирается на такие категории, как «здоровье» и «болезнь», «норма» и «патология»;

3) процесс диагностики является определяющим для последующей тактики и стратегии психотерапии;

4) профессиональная деятельность врача-психотерапевта определяется профессиональными компетенциями, обеспечивающими в первую очередь лечение конкретного пациента в условиях медицинской практики, а не теоретическими особенностями и технологическим схемами отдельных психотерапевтических методов.

5) определяющим для содержания психотерапевтического лечения является представление о доказанных биопсихосоциальных механизмах этиопатогенеза расстройства, а также представления о связи психологических и социальных факторов с проявлениями болезни, а также об изученных факторах лечебного воздействия психотерапии.

Оказание психотерапевтической помощи пациентам с психическими расстройствами в условиях клиники предполагает интеграцию и синтез накопленных научных данных и практического опыта в области психотерапии и смежных дисциплин. Это обусловлено сложностью и многомерностью современной

биопсихосоциальной модели психических расстройств, включающей и объединяющей различные факторы их возникновения и существования (Карвасарский Б.Д., 2006; Караваева Т.А., 2015; Колотильщикова Е.А., 2011; Холмогорова А.Б., 2006). Актуальной практической задачей является создание эффективных моделей индивидуальной психотерапевтической программы, которая, основываясь на клинко-психологических особенностях пациента, позволяет учитывать и использовать биологическую, психологическую и социальную составляющие комплексной лечебной помощи, а также организует вокруг каждого пациента необходимые психотерапевтические мероприятия, специалистов и их взаимодействие между собой. Поэтому именно в рамках клинической модели психотерапии наблюдается интенсивное развитие интегративных тенденций (Ледер С., 1992; Ташлыков В.А., 1992; Тупицын Ю.Я., 1992; Холмогорова А.Б., 1996).

Анализ научной литературы позволяет увидеть, что существует несколько подходов в формировании клинических моделей психотерапии, подразумевающих лечение психотерапевтическими методами различных нервно-психических расстройств.

Первый из них заключается в изучении того, как работает какой-либо психотерапевтический метод в отношении конкретных психических расстройств. На основе таких исследований составляются клинические руководства с описанием дифференцированных рекомендаций по применению конкретного психотерапевтического метода. Наиболее известные клинические руководства такого рода существуют в когнитивно-поведенческой психотерапии, например, *Clinical Handbook of Psychological Disorders, a Step-by-step Treatment Manual*, edited by David H. Barlow (The Guilford Press, 2001). В отечественной литературе также имеется целый ряд исследований, направленных на обоснование применения тех или иных методов психотерапии для лечения расстройств различных клинических групп (Миназов Р.Д., 2010; Третьяк Л.Л., 2007; Ковпак Д.В., 2005, и др.)

Второй подход основан на попытках соотнести между собой:

- 1) теоретические положения отдельного метода психотерапии относительно причин возникновения какого-либо психического расстройства (психологические механизмы, сформулированные на языке метода);
- 2) обнаруженные в исследованиях психосоциальные факторы и механизмы этиопатогенеза этого расстройства (т.е. изучение и выделение системы психологических факторов, лежащих в основе изучаемых форм патологии);
- 3) определение набора психотерапевтических интервенций, согласующийся с выявленными механизмами расстройства.

Результатом этого подхода является довольно большое количество частных программ психотерапевтического лечения психических расстройств, в разной степени представляющих собой эклектическую модель интеграции в психотерапии (Ениколопов С.Н., 1998; Балашова С.В., 2007; Федорова И.И., 2007). К этому же подходу можно отнести модели психотерапевтического лечения, разработанные Холмогоровой А.Б. для аффективных расстройств, и континуальную психотерапию, разработанную Валентиком Ю.В. для аддиктивных расстройств (Валентик Ю.В., 1993, 1995, 2002; Холмогорова А.Б., 2006). Это наиболее распространенный путь разработки конкретных моделей работы, включающей стратегии (задачи, этапы) и техники, т.е. научно обоснованный план или программу деятельности психотерапевта.

А.Б. Холмогорова (2006), автор интегративной модели аффективных расстройств, считает, что важнейшей задачей построения научно-обоснованной психотерапии отдельных расстройств является разработка комплексной модели психической патологии, т.е. изучение и выделение системы психологических факторов, лежащих в основе изучаемых форм патологии и выделения на этой основе системы мишеней психотерапии. Это необходимое условие разработки конкретных моделей работы, включающей стратегии (задачи, этапы) и техники, т.е. научно обоснованный план или программу деятельности психотерапевта.

Третий подход представляет собой создание клинико-психологической теории психического расстройства, которая затем служит основой для разработки и применения системы психотерапевтических вмешательств (иногда за-

имствованных из других методов и непротиворечиво сочетающиеся между собой). В области «большой психиатрии» к такой модели можно отнести подход динамической психиатрии Г. Аммона, а в отношении невротических расстройств наиболее целостной моделью является система личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, разработанная Б.Д. Карвасарским, В.А. Ташлыковым, Г.Л. Исуриной их коллегами, учениками и последователями.

Таким образом, можно сказать, что большинство клинических моделей психотерапии можно отнести к интегративным, мультимодальным, транстеоретическим. При этом, клинические модели интеграции двигаются не столько в направлении создания интегративной теории личности и методической интеграции психотерапевтических методов (что по мнению многих авторов практически невозможно), сколько в направлении создания интегративной теории психического расстройства и соответствующей модели психотерапии, способной работать в отношении тех психосоциальных механизмов нервно-психического расстройства, которые учитывает данная клиническая модель.

В целом, интегративные тенденции в психотерапии можно считать ее актуальным этапом развития. Несмотря на большое количество приверженцев «чистоты» методов, в научной литературе появляется все больше попыток поиска теоретико-методологических основ интеграции в психотерапии (Аммон Г., 1996; Баранов В.С., 2005; Бурно М. Е., 2006; Горобец Н.Л., 2008; Холмогорова А.Б., 1996; Александров А.А., 2009; Александров А.А., Бараш Б.А., Карвасарский Б.Д., Ташлыков В.А., Федоров А.П., 1992; Ташлыков В.А., 1992; Макаров В.В., 2003; Тукаев Р.Д., 2003; Винокур В.А., Новикова И.А., 2015; Катков А.Л., 2013; Norcross J. C, 1995).

Применение психотерапии при лечении психических расстройств в условиях клиники подразумевает несколько уровней (видов) интеграции:

- интеграция форм помощи (индивидуальная работа, групповая работа, семейная работа, средовая работа),

- интеграция видов помощи (психотерапия, психологическое консультирование, психодиагностика, социальная работа),
- интеграция функций помощи (врач-психиатр, врач-психотерапевт, клинический психолог, специалист по психосоциальной работе),
- интеграция методов психотерапии в индивидуальную психотерапевтическую программу.

Интегративный подход становится все более определяющей тенденцией, внутри которой выделяют методический эклектизм, психотерапевтическую полипрагмазию, теоретическую интеграцию. Однако, бессистемное смешение разных факторов и стилей интеграции создает «дикую психотерапию», чреватую, как подчеркивает А. Лазарус (1995), непредсказуемыми эффектами.

За последнее время отмечается существенный рост публикаций по проблемам интегративной психотерапии в профессиональных научно-практических изданиях, включая руководства (Evans K. R., Gilbert M.C., 2005; Erskine R.G., Moursund J.P., 2010). Появились специализированные журналы, в частности, издающийся с 1987 года международный «Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy», и также многочисленные соответствующие этому направлению профессиональные сообщества и организации. Вместе с тем, и сама идея интегративной психотерапии, и возможность ее реализации являются по-прежнему предметом глубоких дискуссий, в которых нередко сталкиваются полярные взгляды на эту проблему.

В конце прошлого века Норкроссом и Ньюманом (1992) было сформулировано, способствующих интегративным процессам в психотерапии:

- 1) распространение многочисленных форм и методов психотерапии, затрудняющих выбор, а также их изучение и применение;
- 2) неадекватность какого-либо одного из психотерапевтических направлений;
 - не может адекватно объяснить или предсказать возникновение патологии, изменение поведения;

4) улучшение коммуникации между клиницистами и исследователями, что увеличивает возможности экспериментирования в области психотерапии;

5) поиск общих базовых процессов, характерных для всех форм психоте-

;

6) примерно равная эффективность лечения, независимо от форм психотерапии;

психотерапевт-
пациент при любых формах психотерапии;

терапии;

9) социально-экономические процессы в обществе, оказывающие более унифицирующее, чем разъединяющее влияние на профессиональную психотерапию;

, которые устанавливают стандарты качества подготовки психотерапевтов и качества оказания психотерапевтических услуг.

М. Goldfried (1995), один из лидеров в развитии интеграции в психотерапии, считает, что если клиницисты, придерживающиеся различных позиций и ориентаций в психотерапии, сумеют прийти в общему набору исходных понятий и стратегий действий, то, вероятно, результат этого процесса будет представлять собой набор феноменов, устойчивый к искажениям, вызванным разными теоретическими пристрастиями психотерапевтов.

Авторы системного анализа интегративных процессов в психотерапии В.А. Винокур, И.А. Новикова (2015) делают вывод о том, в перспективе различные варианты психотерапии будут все больше согласовываться со многими переменными, относящимися к клиническому диагнозу, характеру психотерапевтической мишени, глубине вмешательства, личностным особенностям как самого психотерапевта, так и пациента, характеру их коммуникации, а также множеству других ситуативных факторов. Процесс интеграции в психотерапии предполагает системный подход к анализу ее структуры и основных характери-

стик. Часть из этих элементов начинает рождаться внутри системы, что предполагает новые требования к описанию того, что составляет базис любой психотерапии, – структуры психотерапевтического контракта, иерархии психотерапевтических мишеней, построению индивидуальных психотерапевтических программ, характеру психотерапевтического альянса, оценке эффективности психотерапевтических интервенций.

Необходимость формулировать единые понятия для описания параметров психотерапевтического процесса отмечают не только сторонники интегративных процессов в психотерапии, но и ученые, акцентирующие внимание на необходимости более глубокого изучения самого процесса психотерапии, в том числе представители отдельных методов. Так, с точки зрения В.Д. Вида (1994), автора работ по психодинамической психотерапии психических расстройств, для изучения эффективности психотерапевтических подходов при лечении конкретных психических расстройств необходим системный анализ всех сторон психотерапевтической деятельности и ее подсистем: больного, психотерапевта и их взаимодействия, определяемого спецификой используемой модели. Это означает, что без конкретной информации о том, что происходит в ходе психотерапевтического процесса, традиционные измерения параметров больного до и после лечения не могут быть достаточно строго увязаны с проводившейся психотерапией и во всяком случае ничего не говорят о ее специфичности (Вид В.Д., 1994; Grave K., 1994). В целом, все больше авторов указывают на важность использования в исследованиях психотерапии универсальных понятий и общего языка для описания параметров психотерапевтического процесса. Разрешение ряда методологических вопросов, связанных с описанием предметной области психотерапии будет способствовать все большему становлению психотерапии в качестве научной дисциплины (Вид В.Д., 1994; Холмогорова А.Б., 2000; Назыров Р.К., 2012; Катков А.Л., 2013).

Что касается общих понятий, то на сегодняшний день наибольшая согласованность представителей различных направлений в психотерапии наблюдается относительно изученности понятий, касающихся общей структуры психо-

терапевтического процесса, общих факторов действия психотерапии, касающихся переменных со стороны пациента, психотерапевта и взаимодействия между ними. Так, являются общепринятыми представления об общих чертах в структуре процесса психотерапии, в частности его стадийности, включающей стадии 1) определения показаний 2) создание терапевтических отношений 3) осуществление терапевтического научения 4) оценки результатов и завершения терапии (Карвасарский Б.Д., 2006). А также определенной этапности в самом процессе терапевтических изменений в виде «стадий терапевтических изменений»: предразмышления, размышления, действия, закрепления изменений (McConaughy E.A., Prochaska J.O., Velicer W.E., 1983; Prochaska J.O., Norcross J.C., 2003). Резюмируя достигнутые к настоящему времени результаты в исследовании общетерапевтических факторов, можно заключить, что имеют место как попытки систематизации общих для различных школ характеристик структуры, относимых к терапевту, клиенту, а также взаимодействия между ними, так и простая номинация общетерапевтических

факторов взаимодействия. (Ташлыков В.А., 1992; Гравэ К., 1997; Пере М., Бауманн У., 2012; Orlinsky D.E., Howard K.I., 1986; Prochaska J.O., DiClemente C.C., 1984; Prochaska J.O., Norcross J.C., 2003).

К числу общих понятий в клинических моделях психотерапии относятся также такие понятия, как цели, задачи и мишени психотерапии.

Понятие «мишеней психотерапии» является одним из ключевых в описании психотерапевтического процесса. Формулирование мишеней при проведении психотерапии позволяет систематизировать психотерапевтическое воздействие, сделать его доступным для описания, воспроизведения и научного исследования. В современной научной литературе, в том числе в диссертационных исследованиях в области клинической психотерапии наблюдается чрезвычайно широкое употребление термина «мишень психотерапии», с одной стороны, и почти полное отсутствие хоть сколько-нибудь четкого определения этого понятия. Формулирование мишеней психотерапии происходит в различных

плоскостях, без возможности ориентироваться на какую-либо систематику или общую рамку. В связи с этим, есть ограничения в применении выделяемых таким образом мишеней психотерапии для научных исследований, сравнения эффективности применяемых моделей психотерапии и подготовки клинических рекомендаций.

Представляется актуальной работа по систематизации имеющихся подходов к определению мишеней психотерапии, а также обоснование типологии, которая позволила бы унифицировать мишени и стратегии психотерапии в рамках индивидуальной психотерапевтической программы, создающей условия для единообразного понимания используемых элементов краткосрочной лично-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

1.3. Подходы к определению мишеней психотерапии

Поиск по ключевым словам «мишени психотерапии» в опубликованных научных исследованиях обнаружил порядка 600 русскоязычных работ, в которых так или иначе употреблялся этот термин. Однако, при целенаправленном поиске было обнаружено очень малое количество работ, в которых можно увидеть предложения по раскрытию содержания этого понятия.

Стоит отметить, что термин «мишень психотерапии» больше используется в русскоязычной литературе. В иностранных источниках в сходном смысле применяется понятие «терапевтические цели». Клинико-психологическое вмешательство, как компонент и часть психотерапевтического метода, подразумевает наличие цели. Так, в авторитетном руководстве по клинической психологии и психотерапии под ред. М. Перре и У. Баумана (2012) приводится систематика терапевтических целей по Orlinsky, Howard (1986), включающая цели для отдельного сеанса психотерапии (непосредственные эффекты), конкретные и краткосрочные микрорезультаты, и глобальные долгосрочные макрорезультаты. Авторы разделяют цели, относящиеся к процессу терапии, микрорезультатам и макрорезультатам. Описание глобальных целей психотерапевтического вмешательства более всего похоже на принятое у нас понимание «психотерапевтических мишеней». Такие цели формулируются как гипотетические конст-

рукты, выводимые из конкретной теории личности и теории расстройства (например, сила Эго, дисфункциональные когнитии), как описание особенностей личности, подлежащих усилению (формированию) либо ослаблению (например, способность к позитивной аутокоммуникации), а также как наблюдаемые феномены, требующие уменьшения либо усиления (формирования) выраженности (тревога, самоэксплорация).

Авторы руководства при описании целевой ориентации клинико-психологического вмешательства как одной из ее неотъемлемых признаков, указывают, что отдаленные глобальные цели в разных терапевтических концепциях получают формулировки очень разных уровней абстракции, от теоретических (и квазитеоретических) понятий (например, сила Эго, индивидуализация, ошибки в переработке информации), значение которых в значительной мере определяется используемой теорией метода, через определения «диспозиций» (например, способность к эмпатии в партнерских отношениях, способность к рефлексии, склонность к избегающей стратегии поведения), до формулировок на языке наблюдения, которые описывают цели в виде измеримого поведения (открытое проявление чувств, асертивное поведение, количество сигарет в день). Важным является положение о том, что конкретные, сформулированные в понятиях наблюдения цели являются предпосылкой для регуляции конкретных терапевтических действий (Перре М., Бауман У., 2012).

В «Справочнике практического психолога» С.Л. Соловьева пишет о том, что психотерапевтическое воздействие адресовано некой психической реальности, психической структуре. Все разнообразные психические явления рассматриваются в рамках трех возможных феноменов — психических процессов, психических состояний, психических свойств, составляющих психическую структуру личности человека. С точки зрения автора, мишень психотерапевтического воздействия — это личность или отдельные свойства личности либо эмоционально-негативные психические состояния. Психологическое (психотерапевтическое) воздействие может быть адресовано личности человека, его свойствам, и тогда это патогенетическая психотерапия, так как она направлена на причину

психологического страдания, а может быть нацелено на коррекцию текущих психических состояний и процессов, и тогда это симптоматическая психотерапия, поскольку она направлена на симптом, на проявление психологического страдания (Соловьева С.Л., 2008).

«В том случае, когда мишенью психотерапии выступает личность, мы обычно предполагаем некоторую личностную дисгармонию, некоторое несовершенство, слабость, уязвимость личности, каковые составляют причину психологической проблемы, возникшей под воздействием каких-либо психотравмирующих факторов, с которыми данная личностная структура справиться не может. Тогда задача психотерапии — либо разрешение внутриличностного конфликта, либо гармонизация свойств личности со стимуляцией личностного развития и роста. Однако психологическое страдание не обязательно является следствием несовершенства личности. Человек может подвергнуться столь мощному воздействию психической травмы, что, какой бы совершенной ни была личностная структура, она неизбежно продуцирует эмоционально-негативное состояние: человек впадает в отчаяние, в тоску, в депрессию. Каждый из нас переживает депрессию в ситуации потери, например, смерти близкого человека, в ситуации развода, разрыва отношений. Вследствие стихийных бедствий (пожар, землетрясение, наводнение) или техногенных катастроф практически у каждого возникает состояние тревоги или страха. Эмоционально-негативное психическое состояние может также сопровождать тяжелые или длительные соматические болезни, острые или хронические межличностные конфликты. В данном случае мишенью психотерапии является не личность, а те психические состояния, в которых она находится. Целью психотерапевтического воздействия является нивелирование эмоционально-негативных психических состояний» (Соловьева С.Л., 2007).

И.Г. Дехтяр в своей работе «Психотерапевтическая мишень в психотерапии» (2005) рассматривает поиск мишени для интервенции как ключевой процесс в психотерапии любого направления. Он рассматривает мишень и алгоритм ее определения как внеметодическую психотерапевтическую технологию.

В самых общих чертах мишень по И.Г. Дехтяру – это внутриличностные механизмы, создающие препятствия для дальнейшего развития. Чаще всего, это некая идея, которая носит дезадаптивный характер, с которой связана сильная негативная эмоция и соответствующее поведение. Эта идея обязательно содержит в себе внутреннее противоречие, при этом субъективно носит характер абсолютного закона. Автор различает психотерапевтические мишени в экстренной, краткосрочной и долгосрочной психотерапии. Так, для экстренной психотерапии мишенью служит сильный аффект на высоте кризиса дезадаптации. Для краткосрочной психотерапии – сам кризис дезадаптации. И для долгосрочной психотерапии – личностные особенности, которые служат основой для возникновения кризиса. Для психотерапии медицинской модели автор разделяет так называемые «нозологические» мишени – симптомы расстройств, и личностные мишени – интрапсихические механизмы возникновения расстройства.

Так же как в индивидуальной психотерапии, автор подчеркивает важность поиска мишени в семейной и групповой психотерапии. Для семейной психотерапии под мишенью понимается причина, по которой тем или иным образом блокируется реализация одной или нескольких семейных функций – например, функции защиты и поддержки, воспитательной или сексуальной. Для групповой психотерапии мишенью служит интрапсихическая причина появления актуального сильного аффекта в ситуации «здесь и сейчас», проявленная групповой динамикой.

Б.В. Овчинников в статье «Основные понятия психотерапии» (2011) отмечает, что пациент, которому назначается психотерапия, должен быть носителем психотерапевтической «мишени» (или нескольких мишеней). Понятие «мишени», с точки зрения автора, практически равнозначно понятиям «показания к психотерапии» или «цель психотерапии». Однако существуют и небольшие различия между терминами. К мишеням относятся особенности поведения и психических явлений пациента, на которые психотерапевт может и стремится воздействовать. Мишени – это также психопатологические симптомы и синдромы, которые описываются на языке психиатрии.

В монографии «Интегративная психотерапия» А.Л. Катков (2013) пишет, что под определением «психологические мишени» следует понимать особо в активности, адекватная идентификация которых позволяет:

- ствие кон-
эффективностью;
- измерять ствия в системе адек-
ватных индикаторов и параметров;
- разрабатывать либо подбирать наиболее ственные средства тера-
пев активности (структурированные психотерапевтические техники),
способствующие достижению желаемого результата.

Автор предлагает дифференцировать универсальные и специальные пси-
хотерапевтические мишени. Под универсальными подразумеваются психиче-
ские феномены, связанные с процессом и механизмами психотерапевтического
изменения, являющиеся универсал

ствия структурированных психотерапевтических техник.
На , чрезмерные
эмоцио нные когнитивные схемы, неприемлемые по-
веденческие стереотипы, психофизиологические симптомы, воспринимаемые
как болезнь (Катков А.Л., 2013).

оценки эффективности терапевтического процесса, так и
в отношении установления и ма технологических расхожде-
между основными психотерапевтическими моделями и методами. Таким
обра отношение к дифференциа-
ции мо и методов психотерапии, является сравнительно небольшая
функцион и используемых техниче-
истории клиен-
та (в случае генерации индивидуального проекта терапии), либо — к «школь-
» истории подготовки специалиста (в случае использ

В большинстве же случаев, в психотерапевтической литературе термин «мишень психотерапии» употребляется с указанием конкретного, частного содержания. Например, перечисляются «мишени психотерапии», предлагаемые в рамках того или иного психотерапевтического подхода или при лечении того или иного психического расстройства. В большинстве диссертационных исследований, предлагающих обоснование той или иной психотерапевтической методики применительно к какой-либо клинической группе, исследуются и выявляются клиничко-психологические феномены (особенности), присущие пациентам этой клинической группы, и затем эти феномены рассматриваются в качестве этиопатогенетических факторов расстройства и возможными мишенями предлагаемой психотерапевтической методики (Валентик Ю.В., 2002; Вид В.Д., 1991; Ениколопов С.Н., 1998; Ковпак Д.В., 2005; Титова В.В., 2004; Третьяк Л. Л., 2007; Федорова И.И., 2007; Холмогорова А.Б., 2006; Миназов Р.Д., 2010; Вахренева О.А., 2014; Лысенко И.С., Караваева Т.А., 2015).

Наиболее полно этот подход отражен в диссертационной работе А.Б. Холмогоровой (2006), посвященной созданию многофакторной психосоциальной модели расстройств аффективного спектра и обоснованию на ее основе модели интегративной психотерапии данной группы расстройств. В этой работе глубоко и подробно исследуются психосоциальные факторы возникновения расстройств аффективного спектра, которые затем автор рассматривает как собственно мишени для психотерапевтического лечения. Мишени, сформулированные как психосоциальные и личностные феномены, такие как «патогенные культурные ценности», «дефицит навыков эмоциональной саморегуляции», «перфекционизм», «дисфункциональные семейные сценарии» и др., служат для формулирования задач психотерапии, например:

- 1) развенчание патогенных культурных ценностей (культы сдержанности, успеха и совершенства), изменение негативных установок по отношению к эмоциям;

- 2) развитие навыков эмоциональной саморегуляции через поэтапное формирование рефлексивной способности к остановке, фиксации, объективации (анализу) и модификации дисфункциональных автоматических мыслей;
- 3) коррекция когнитивных искажений;
- 4) трансформация дисфункциональных личностных установок и убеждений: враждебной картины мира, нереалистичных перфекционистских стандартов неверия в собственные силы;
- 5) проработка (осмысление и отреагирование) травматического жизненного опыта и событий семейной истории;
- 6) работа с актуальными дисфункциями структуры, микро- и макродинамики, а также идеологии семейной системы;
- 7) отработка дефицитарных социальных навыков, развитие способности к близким доверительным отношениям, расширение системы интерперсональных связей.

В работе И.И. Федоровой «Клинико-динамический и психотерапевтический аспекты нарушений пищевого поведения» (2007) в качестве одной из задач автор ставит выявление «мишеней» психотерапевтического воздействия с учетом этиологических и патогенетических факторов, клинических и психологических характеристик пациентов с нарушениями пищевого поведения, и на этой основе разработку дифференцированной программы групповой телесно-ориентированной психотерапии для лечения пациентов с различными типами нарушений пищевого поведения. На основании результатов клинико-психопатологического и экспериментально-психологического исследований были избраны следующие «мишени» психотерапевтического воздействия: эмоциональная сфера (тревожность, алекситимия, психоэмоциональное напряжение); когнитивная сфера (отношение к еде); поведенческая сфера (копинг-стратегии) (Федорова И.И. 2007).

Также существует ряд работ, в которых в качестве мишеней психотерапии предлагаются те или иные выявленные факторы этиопатогенеза самых разных расстройств. Например, Е.А. Потемкина (2012) в работе «Особенности

медико-психологических характеристик и симптоматика непсихотических психических расстройств при хронических гинекологических заболеваниях» исследует особенности проявлений психосоматических и соматопсихических явлений у пациенток, страдающих хроническими заболеваниями женской репродуктивной системы, в связи с задачами их психотерапии, и составляет перечень мишеней для психотерапии.

Основные психотерапевтические «мишени» при хронических гинекологических заболеваниях, по мнению автора, включают пассивную жизненную позицию, повышение тревожности, склонность к зависимому поведению, неприятие телесности, алекситимические черты, вторично усиливающиеся в процессе длительного гинекологического заболевания, неадаптивные копинг-механизмы в эмоциональной сфере. Эти особенности были связаны с фактом гинекологического заболевания (неспецифические). Однако возможно учитывать и некоторые особенности, отличающие пациенток в зависимости от типа гинекологического диагноза (специфические «мишени психотерапии»).

Так, у пациенток с бесплодием дополнительными мишенями психотерапии могут выступать депрессогенные черты: склонность к чувству вины, трудностям в осознании и выражении гнева, защитному избеганию близкого общения с другими людьми, ситуаций соперничества, склонность жертвовать своими интересами, пассивная жизненная позиция, тенденция к использованию защитного механизма соматизации.

У пациенток с воспалительными заболеваниями мишенями могут выступать алекситимические характеристики и зависимые личностные черты: трудность в доступе к собственным чувствам, бедность сновидений и фантазий, чрезмерная зависимость от окружающих, склонность перенимать чувства окружающих и воспринимать их как свои собственные, а также склонность приписывать свои чувства другим.

У пациенток с гиперпластическими заболеваниями наиболее выражен риск психопатологических проявлений. Мишенями психотерапии у них являются пассивная жизненная позиция, трудности в выражении гнева, трудности

в выдерживании тревоги, защитное избегающее поведение, трудности в поддержании самооценки и трудности в сексуальной сфере, алекситимические черты.

Еще одним примером такого рода пути определения мишеней для психотерапии является диссертационная работа В.В. Титовой, в которой подробно систематизированы существующие в отечественной и зарубежной литературе представления об этиопатогенетических, прежде всего психосоциальных механизмах развития аддиктивных расстройств (Титова В.В. 2004). Описаны параметры психологических свойств личности, которые способствуют проявлению дефицита адаптации и формированию аддиктивного поведения. В исследовании В.В. Титовой изучалось применение интегративно-развивающей психотерапии (Катков А.Л., 2001, 2003) для лечения пациентов, зависимых от наркотиков. В описании использованной модели психотерапии присутствует перечень используемых психотерапевтических мишеней, применявшихся на разных этапах психотерапевтического лечения. В качестве основных «мишеней» для психотерапевтического воздействия при работе с зависимыми от психоактивных веществ определены:

- 1) структурные составляющие базисного адаптационного дефицита (недостаток развития свойств «зрелых» свойств личности: эмоциональная инфантильность, неадекватная самооценка, экстернальный локус контроля, дефекты саморегуляции, несоответствие между потребностями и возможностью их удовлетворения и пр.);

- 2) патологическое влечение к психоактивному веществу (динамический феномен, имеющий в своей структуре биологический и психологический компоненты);

- 3) патологический личностный статус (обслуживающий синдром зависимости – эпифеномен повторяющихся патологических потребностных циклов, аккумулирующий болезненные установки, ценности, смыслы, стереотипы поведения и весь комплекссоответствующих переживаний);

- 4) невротические переживания;

- 5) социальная дезадаптация;
- 6) мотивация к лечению.

Автор акцентирует актуальность разработки комплексных интегративных психотерапевтических подходов, учитывающих психологические, психобиологические и социальные аспекты формирования зависимостей

Мишени психотерапии являются частью концепции континуальной психотерапии Ю.В. Валентика (Валентик Ю.В., 1995, 2001, 2002). Автор определяет мишень психотерапии как динамический феномен, представляющий собой комплекс параметров личности, непосредственно связанный с аддиктивным расстройством, и выделяет основные (инвариантные) мишени психотерапии при аддиктивных расстройствах, на 3-х уровнях:

- 1) на психобиологическом уровне: динамика патологического влечения;
- 2) на психологическом уровне: патологическая внутриличностная динамика двух противоположных личностных образований – аддиктивного Я и нормативного Я;
- 3) на социально-психологическом уровне: динамика специфических стереотипов взаимоотношений в ближайшем микроокружении больных.

Важным аспектом понимания важности формулирования такой категории как «мишени психотерапии» является идея тесной связи между мишенью психотерапии и психотерапевтическим вмешательством (интервенцией). Логика этого подхода заключается в том, что каждой определенной «мишени» соответствует адекватное ей вмешательство, связанное необходимостью влияния на данную «мишень». Так, например, В.Д. Вид (1994), исходя из данных литературы и клинического опыта, дает детальное описание отдельных элементов главных подсистем психотерапевтического процесса: вмешательств психотерапевта, зон конфликтных отношений и психодинамических мишеней психотерапии. Среди вмешательств психотерапевта выделены: стимуляция, разъяснение, интерпретация, эмоциональная поддержка, совет, конфронтация, объективация (путем трансперсональной проекции, моделирования и сопоставления с социокультуральными нормами). Среди психодинамических мишеней выделены:

конфликты мотивационных структур, механизмы первичной защиты, вторичные защитные механизмы, искажения внутренней картины болезни, нарушения проблемно-решающего поведения, вербальные проявления сопротивления психотерапии. В каждой из перечисленных подсистем выделено по несколько подтипов. В дальнейшем изучалось соотношение применения тех или иных мишеней психотерапии, а также характера интервенций психотерапевта с результатами психотерапевтического лечения. Это исследование – одна из малочисленных работ такого рода, где изучаются эффекты применения тех или иных психотерапевтических интервенций в отношении разных мишеней психотерапии.

Сходная идея отражена в работе Т.В. Дмитриевой (2009г.). Ее исследование касается групповой формы психотерапии психоаналитического направления. В своей работе Т.В. Дмитриева исследует и описывает мишени психотерапии в групповой психоаналитической психотерапии. Эти мишени специфичны для различных типов групповой культуры, появляются на разных фазах группового процесса и связаны с необходимостью соответствующей интервенцией со стороны психотерапевта. Так, на любой фазе группы могут возникнуть такие процессы как «нарушение групповых норм, правил», «застывание процесса», «латентное (неосознаваемое) содержание». Этим мишеням соответствуют такие интервенции как 1) неспецифические воздействия ведущего: поддержка управляющих параметров: норм, правил; 2) фасилитация сетевых взаимодействий и выражений чувств; 3) интерпретация и проработка неосознаваемого содержания.

На моменте актуализации в группе «базовой зависимой культуры» появляются такие мишени как «базовые групповые сопротивления (изоляция, зависимость)», им соответствуют такие вмешательства как «непринятие ведущим на себя «родительской» функции, интерпретация и проработка базовых групповых сопротивлений: зависимости и изоляции».

На моменте актуализации в группе «базовой контрзависимой культуры» появляются такие мишени как «базовые групповые сопротивления (агрессия, избегание)», им соответствуют вмешательства «контейнирование агрессии,

проработка базовых групповых сопротивлений: агрессии и избегания в группе, предотвращение образования роли «козла отпущения», работа с подгруппами».

В случае актуализации в группе социального типа культуры, мишенями становятся «социальные групповые сопротивления», предполагающие в качестве интервенций «интерпретацию и проработку ведущим социальных групповых сопротивлений, замена социальных норм на рабочие».

В процессе работы над «семейно-рабочей» культурой в группе мишенями становятся «индивидуальные паттерны семейных отношений», то есть индивидуально-значимые образцы проблемных взаимоотношений, вынесенных из семейного опыта, и тогда задачей ведущего является «фасилитация проработки участниками группы индивидуальных паттернов семейных отношений».

В процессе работы над процессами «социально-базового» типа групповой культуры необходимо иметь в виду такую мишень как «социальные групповые сопротивления», с тем чтобы осуществлять вмешательство «проработка ведущим социальных групповых сопротивлений, фасилитация выражения чувств базового уровня».

И, наконец, «социально-семейный тип культуры» подразумевает воздействие на мишень «социальные групповые сопротивления» посредством «проработки социальных групповых сопротивлений, фасилитация выражения чувств семейного уровня».

Под типом групповой культуры автор понимает совокупность групповых феноменов (поведения, переживаний участников), отражающую главную групповую тенденцию, основной процесс, происходящий в группе в текущем моменте.

В работе Т.В. Дмитриевой весьма ценной представляется идея связи направленности и логики любой психотерапевтической интервенции с соответствующей мишенью психотерапии. А также идея того, что описание психотерапевтического метода или методики, с достаточно высокой степенью операциональности и технологичности предполагает описание как конкретных пси-

хотерапевтических интервенций в конкретной психотерапевтической ситуации, так и мишеней, на которые направлена эта интервенция.

Однако, все же, общим и самым частым подходом в создании клинических моделей (программ) психотерапевтического лечения является такой, при котором авторы выделяют какую-либо клиническую группу расстройств, описывают, выявляют, определяют клинико-психологические характеристики, присущие пациентам этой клинической группы, приводят обоснования связи выделенных особенностей с этиопатогенезом расстройства и предлагают рассматривать выявленные клинико-психологические характеристики в качестве мишеней психотерапии. Системность описания выявленных феноменов колеблется от простой констатации до попыток объединить эти феномены в разной степени целостные модели. Этот подход обусловлен общей задачей таких исследований – обосновать применение тех или иных методов психотерапии при лечении пациентов различных клинических групп, что в целом является актуальной задачей клинической психотерапии.

Из анализа научной литературы можно обобщить взгляды на представления о мишенях психотерапии следующим образом. Большинство авторов определяют мишени психотерапии в поле тех параметров личности, которые связаны с возникновением и существованием психического расстройства, являясь компонентами этиопатогенеза. Эти параметры включают в себя как отдельные свойства личности (как устойчивые характеристики), так и различные эмоциональные состояния и поведение (как отражение свойств личности и как отдельные психологические факторы) (Холмогорова А.Б., 2006; Соловьева С.Л., 2008). Логика этого подхода закономерным образом указывает на необходимость изменения внутриличностных механизмов психического расстройства.

Традиционно относят к мишеням психотерапии часть клинических проявлений психических расстройств, являющихся их симптомами. Таким образом подразделяя мишени психотерапии на личностные и симптоматические (Овчинников Б.В., 2011).

Еще один вариант классификации касается степени значимости тех или иных психологических механизмов для процесса лечения и предполагает выделение «ключевых» или «основных» мишеней психотерапии. К их характеристикам относятся связь с принципиальным патологическим звеном развития психического расстройства или патологического состояния, например, дезадаптивная идея, содержащая субъективно неразрешимое внутреннее противоречие (Дехтяр И.В., 2005).

Для ряда авторов принцип разделения мишеней связан с их специфичностью по отношению к отдельным психотерапевтическим методам, либо по отношению к нозологической группе. Тогда появляются группы универсальных «внеметодических» и специфических «методических» мишеней (Катков А.Л., 2013). А также универсальных мишеней для всей нозологической группы и специфичных для подгрупп внутри этой нозологической группы.

Важным представляется то, что в большинстве литературных источников при описаниях клинических моделей в качестве мишеней психотерапии не фигурируют явления, которые связаны с процессом взаимодействия между психотерапевтом и пациентом. Эти явления, тем не менее, внутри отдельных методов получают указания для специальных интервенций с целью обеспечения самого процесса психотерапии, например, межперсональные условия психотерапевтических отношений (отношение пациента к процессу психотерапии с вытекающим из этого поведением, переживанием, мотивацией, равно как и параметры со стороны психотерапевта, влияющие на процесс психотерапии).

Подытоживая, можно отметить, что содержания понятия «мишеней психотерапии» получают формулировки очень разного уровня абстракции, в разной степени связаны с наблюдаемыми и экспериментально-выявляемыми феноменами, в различной мере связаны с теориями отдельных методов. В целом, они являют собой перечень бессистемных и разнородных понятий, произвольно используемых авторами в научных и методических целях.

1.4. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия невротических расстройств

Наиболее целостной отечественной клинической психотерапевтической моделью понимания и лечения невротических расстройств является личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (ЛОРП), развивавшаяся в рамках Ленинградской (Санкт-Петербургской) школы на базе научно-исследовательского психоневрологического института имени В.М. Бехтерева.

Изучение невротических расстройств в рамках Ленинградской школы всегда было построено на тесном синтезе психологических знаний и клинической практики, всестороннего клинико-психологического исследования этиопатогенетических механизмов возникновения и развития невротических расстройств. Результаты исследований, накопленных знаний и теоретических разработок представлены в ряде работ представителей Ленинградской (Санкт-Петербургской) школы психотерапии и психологии отношений.

Начало исследований личности как системы отношений связано с именем одного из основателей русской медицинской психологии, сотрудника В.М. Бехтерева А.Ф. Лазурского (1923). В дальнейшем его исследования были продолжены и развиты учеником В.М. Бехтерева и А.Ф. Лазурского В.Н. Мясищевым, (1960), которому и принадлежит более детальная разработка этой концепции личности как в общепсихологическом плане, так и применительно к теории и практике медицины и, в особенности, к учению о неврозах и психотерапии. Дальнейшее развитие психотерапия В.Н. Мясищева получила в работах его учеников Е.Я. Яковлевой (1959), Р.А. Зачепиского (1966), А.Я. Страумита (1969), Б.Д. Карвасарского (1980), Ю.Я. Тупицина (1971), Т.А. Немчина (1983), С.С. Либиха (1974), Т.М. Мишиной (1973), Р.О. Серебряковой (1974), В.А. Мурзенко (1975), В.К. Мягер (1976), Г.Л. Исуриной (1982), В.А. Ташлыкова (1984), В.А. Абабкова (1994) и последователей: И.Е. Вольперта (1972), А.Г. Панова (1980), В.А. Ананьева (1998) и др. В середине 1970-х гг. она начала оформляться в новую терапевтическую систему, получившую название личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. Это психотерапевти-

ческое направление представляет собой дальнейшее развитие учения В.Н. Мясищева о неврозах и их психотерапии (Карвасарский Б.Д., Ташлыков В.А., В.А., Исурина Г.Л., 1998). В последние десятилетия свой вклад в развитие идей Ленинградской (Санкт-Петербургской) школы психотерапии под руководством Б.Д. Карвасарского внесли сотрудники отделения неврозов и психотерапии НИПНИ им. В.М. Бехтерева, кафедр психотерапии СПбМАПО, СЗГМУ им. И.И.Мечникова (Кайдановская Е.В., 1987; Александров А.А., Бараш Б.А., Карвасарский Б.Д., Ташлыков В.А., Федоров А.П., 1992; Федоров А.П., 1995; Кулаков С.А., 1997; Васильева А.В., 2004; Мизинова Е.Б., 2004; Чехлатый Е.И., 2007; Колотильщикова Е.А., 2011; Караваева Т.А., 2011; Назыров Р.К., 2012; и др.).

По основным своим теоретическим положениям личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия может быть отнесена к психодинамическому направлению в психотерапии (Чернявский В.А., 2014).

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, как самостоятельное направление в психотерапии включает в себя:

- 1) концепцию личности как систему отношений индивида с окружающей средой;
- 2) биопсихосоциальную концепцию невротических расстройств, в рамках которой невроз понимается, прежде всего, как психогенное заболевание, обусловленное нарушением значимых для личности отношений;
- 3) систему личностно-ориентированной индивидуальной и групповой психотерапии, основной целью которой является достижение позитивных личностных изменений (коррекция нарушенной системы отношений, неадекватных когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов), что ведет как к улучшению субъективного самочувствия пациента и устранению симптоматики, так и к восстановлению полноценного функционирования личности (Исурина Г.Л., 1995; Мизинова Е.Б., 2004; Карвасарский Б.Д. 2006, 2008,).

Невроз (невротическое расстройство) с позиций психологии отношений – это психогенное (как правило, конфликтогенное) пограничное психическое

расстройство, которое возникает в результате нарушения особенно значимых отношений человека, и проявляется в специфических клинических феноменах при отсутствии объективных соматических (заболевания органов и систем человека) и психотических явлений (психических болезней) (Карвасарский Б.Д., 2000, 2002, 2006).

Для невротического расстройства характерны три сущностные черты:

- 1) обратимость патологических нарушений, независимо от их длительности;
- 2) психогенная природа заболевания, которая определяется существованием связи между клинической картиной болезни, особенностями личности и патогенной психотравмирующей ситуацией;
- 3) специфичность клинических проявлений, состоящая в доминировании эмоционально-аффективных и соматовегетативных расстройств.

Для диагностики невротического расстройства кроме выявления невротического уровня (регистра) нарушений необходимо установить причинно-следственную связь психотравмирующих переживаний и личностных особенностей с возникновением этих расстройств. Результатом этого является формулирование гипотезы об этиопатогенезе невроза на диагностическом этапе и в отечественной традиции носит название «позитивной диагностики» невроза (Карвасарский Б.Д., 1990).

Возникновение невроза, с позиций ЛОРП, предполагает следующие обязательные компоненты. Основным компонентом этиопатогенеза невроза выступает патогенное переживание, в форме так называемого интрапсихического конфликта. Патогенность этому внутриличностному противоречию придают его высокая значимость (то есть противоречие касается сферы особо значимых отношений личности, в первую очередь, отношения к самому себе, в том числе и через отношения со значимыми другими), и субъективная неразрешимость, невозможность конструктивного разрешения внутреннего противоречия (Колотильщикова Е.А., 2011).

Для того, чтобы противоречие стало неразрешимым, необходимо наличие определенных условий, в которых разворачивается конфликт. Во-первых, это особенности личности, которые оказывают соответствующее влияние на возникновение и характер противоречия. Во-вторых, это внутренние и внешние ресурсы личности. Недостаток личностных ресурсов служит предрасполагающей базой для возникновения патологического переживания и его превращения в неразрешимый невротический конфликт. Третье условие – это объективные обстоятельства и активность социальной среды, которая является фактором, который может способствовать, а может и препятствовать удовлетворению потребностей и достижению целей человеком. И таким образом, объективные обстоятельства всегда находятся в тесной взаимосвязи внешних и внутренних (субъективных) событий, послуживших толчком к развитию невротических механизмов личности (Мясищев В.Н., 1960).

Патогенная, или психотравмирующая ситуация – это такая ситуация, в которой оказывается личность с её достоинствами и недостатками в сочетании со структурой личностных ресурсов, активностью среды, и объективными обстоятельствами, которые формируют у личности клубок внешних и внутренних противоречий, актуализирующих патогенное переживание и вызывающих мощное аффективное напряжение. Психотравмирующая ситуация всегда субъективна, ее патогенное влияние всегда связано с тем субъективным значением, которое она имеет во внутренней картине человека (Карвасарский Б.Д., 1990; Иовлев Б.В., 1999; Балашова С.В., 2007).

Возникающий (точнее, актуализирующийся) внутренний конфликт сопровождается высоким нервно-психическим (аффективного) напряжением вследствие наличия противоречивых эмоций. «Напряженные» эмоции делают человека еще менее способным мыслить и действовать рационально, и он еще сильнее искажает свою действительность. Он начинает действовать не верно, не конструктивно, попадая в невротический «замкнутый круг».

Невротическое противоречие представляет собой конфликт между «хочу» и «могу», между сильными желаниями и потребностями с одной стороны, и ог-

раниченными возможностями их достижения (удовлетворения) с другой стороны. «Хочу, но не могу достичь» – это первая часть. И вторая часть: «не могу достичь, но не хочу отказаться». Это замкнутый невротический круг, отражающий суть нарушенного отношения человека в значимой для него сфере, субъективно неразрешимого, угрожающего самому центральному отношению личности – отношению к самому себе. Самое сильное внутриличностное напряжение всегда связано с конфликтами в сфере самоотношения, это было убедительно показано в том числе в диссертационной работе Е.А. Колотильщиковой (2011). Наиболее патогенным значением обладают два фактора, связанные с характером интрапсихического конфликта – субъективная неразрешимость и отношение к сфере самооценки.

В условиях существования сильнейшего психоэмоционального напряжения, вызванного актуализацией внутриличностного невротического конфликта, возникающий уровень стресса рано или поздно приводит к дезорганизации физиологической, психологической и социальной деятельности. И тогда, формирующийся невротический симптом в значительной мере способствует стабилизации психофизиологических процессов. Это происходит таким образом, что находясь на грани психической дезорганизации вследствие высокого аффективного напряжения, человек начинает фиксироваться на своих ощущениях, как на чем-то более простом и менее противоречивом, чем переживания. Потому что переживания невыносимы. А ощущения хотя и дискомфортные, но вполне совладаемы, и поэтому происходит переключение, фиксация на симптоме. Функционирование в условиях мощного стресса, вызванного невротическим противоречием, всегда приводит к проявлению ряда вегетативных нарушений. И именно на физических симптомах и происходит фиксация. Переживание при этом вытесняется, уходит на задний план. Большинство невротических симптомов представляют собой проявления напряженной работы вегетативной нервной системы – всевозможные дискомфортные ощущения со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем. Однако, возможен не только сомато-центрированный тип фиксации, но также и психо-

центрированный тип фиксации, когда не физиологические нарушения становятся фабулой симптома, а иррациональные импульсивные идеи, которые носят эго-дистонный характер, то есть кажутся личности чем-то неприемлемым, но частью собственных процессов.

Таким образом, невротический симптом компенсирует три компонента нарушенного функционирования личности – физиологический, психологический и социальный. Так называемая «первичная выгода» симптома связана со снижением психоэмоционального напряжения и нормализации уровня физиологического стресса, снижения актуальности и переключения внимания с психологической проблематики, то есть симптом «работает» на сохранение относительной целостности личности. Но он компенсирует ещё и недостатки в социальном функционировании. Социум, ближайшее окружение человека обязательно реагирует на появление симптоматики, и соответственно, пациент почти одновременно с первичной начинает формировать так называемую вторичную выгоду. Она заключается в том, что требования к человеку со стороны окружающих снижаются в связи с его статусом болеющего человека. Имея недостаточно личностных ресурсов для зрелого взаимоотношения с социальной средой, невротическая личность в такой ситуации быстрее отказывается от нагрузки, связанной со своим социальным функционированием, что в свою очередь еще больше ограничивает его возможности адаптации. Формируется патологическая адаптация, связанная с повышенной зависимостью пациента с невротическим расстройством от лиц ближайшего окружения.

Таким образом, невроз – это болезнь личности (потому что именно она дезорганизует работу и организма, и функционирование в социуме) которая вызвана наличием противоречия между самой личностью и значимыми для неё сторонами действительности, которые вызывают труднопереносимые или непереносимые переживания противоречивого характера, влекущие за собой психическую, физиологическую и социальную дезорганизацию. Но ни само по себе противоречие не вызывает невроз, ни само по себе аффективное напряжение не вызывает невроз, а сочетание противоречия, его неразрешимости и аф-

фективного напряжения в замкнутом круге «хочу, но не могу - не могу, но не хочу отказаться» вызовет дезорганизацию и потребность в невротических симптомах (Мясищев В.Н. 1960, 1993, 1995, Карвасарский Б.Д. 1990).

В патогенетической концепции неврозов интрапсихические конфликты бывают трех типов: истерический, обсессивно-психастенический и неврастенический (Мясищев В.Н., 1960, 1993, 1995; Лаутербах В., 1989; Карвасарский Б.Д., 1990). Это разделение имеет относительный характер. Выделяют следующие виды противоречий:

Истерический тип конфликта: «хочу, но не дают». В данном случае противоречие «хочу но не могу» связано с идентификацией причин своего «не могу» во внешней действительности, адресовано социуму, значимым компонентам этого социума. Препятствием для реализации наизначейшей потребности «назначается» другой человек.

Обсессивно-психастенический тип конфликта: «хочу, но нельзя (не могу себе позволить)». При этом типе противоречия «не могу» связано с внутренними причинами субъективного, психологического порядка, чаще всего наличием жестких морально-этических запретов. Либо «хочу» блокируется абсолютно равнозначным по силе, но противоположным по направленности другим «хочу». Это две мощные разнонаправленные, «разрывающие» личность потребности или цели.

Неврастенический тип конфликта: «хочу, но не могу (нет ресурсов)». При неврастеническом типе конфликта искажено восприятие и трезвая оценка собственных возможностей и ресурсов. Требования к самому себе завышены, и происходит постановка нереалистичных целей с одновременной субъективной невозможностью от этих целей отказаться или хотя бы снизить планку.

Таким образом, главным различием в описанных типах невротического конфликта является характер «не могу» - в чем заключается препятствие для достижения цели или реализации потребности. Но в обязательном порядке невротическое переживание превращается в катастрофическую угрозу для самооценки.

Концепция личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии содержит представления о ее целях и задачах, механизмах лечебного действия, специфике и этапах психотерапевтического процесса, особенностях взаимодействия пациента, психотерапевта и группы, методических подходах и технических приемах и пр.

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия не просто включает в качестве своих задач три плоскости изменений (когнитивную, эмоциональную и поведенческую) – сам процесс психотерапии основан на сбалансированном использовании когнитивных, эмоциональных и поведенческих механизмов (Исурина Г.Л., 1984,1995).

Цели и задачи любого психотерапевтического направления, ориентированного на личностные изменения, вытекают из представлений о специфике личностных нарушений, что, в свою очередь, определяется личностной концепцией. Задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии с учетом трех плоскостей ожидаемых изменений более подробно могут быть сформулированы следующим образом (Исурина Г.Л., 1995, Карвасарский Б.Д., 1999):

1. Познавательная сфера (когнитивный аспект, интеллектуальное осознание). Задачи интеллектуального осознания в рамках личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии сводятся к трем аспектам: осознание связей «личность — ситуация — болезнь», осознание интерперсонального плана собственной личности и осознание генетического (исторического) плана. Следует подчеркнуть, что первая стадия осознания, которая условно обозначается как «ситуация — личность — болезнь», не имеет определяющего значения для собственного психотерапевтического эффекта. Она скорее создает более устойчивую мотивацию для активного и осознанного участия пациента в психотерапевтическом процессе.

2. Эмоциональная сфера. Задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии в эмоциональной сфере охватывают 4 основных аспекта: точное распознавание и вербализацию собственных эмоций, а также их

принятие; переживание заново и осознание прошлого эмоционального опыта; непосредственное переживание и осознание опыта психотерапевтического процесса и своего собственного; формирование более эмоционально благоприятного отношения к себе.

3. Поведенческая сфера. В самом общем виде направленность личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии применительно к поведенческой сфере может быть сформулирована как задача формирования эффективной саморегуляции на основе адекватного, точного самопонимания и более эмоционально благоприятного отношения к себе.

Таким образом, задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии фокусируются на трех составляющих самосознания — на самопонимании, отношении к себе и саморегуляции, а общая цель может быть определена как формирование адекватного самосознания и расширение его сферы.

Механизмы лечебного действия личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии лежат в трех основных плоскостях — когнитивной, эмоциональной и поведенческой — и могут быть обозначены как конфронтация, корригирующий эмоциональный опыт и научение.

В системе ЛОРП индивидуальная и групповая ее формы, используя собственную специфику, решают общие задачи психотерапии (раскрытие и переработку внутриличностного конфликта и коррекцию нарушенных отношений личности, ведущих к возникновению и субъективной неразрешимости конфликта). При этом индивидуальная психотерапия в большей степени ориентирована на генетический (исторический) план личности больного, но учитывает и актуальную ситуацию, а групповая — на межличностные аспекты, но обращается и к историческому плану личности больного.

В процессе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии психотерапевт пытается расширить у больного область осознаваемого, чтобы помочь ему понять причинно-следственные связи, породившие невроз, вербализовать смутные переживания и уточнить те соотношения, которые сам

пациент прежде не соединял в своем сознании. Важно «натолкнуть» больного на связывающие звенья между различными аспектами его поведения и эмоциональными особенностями, раскрывающие уязвимые точки его личности. Полезным в этом процессе является привлечение внимания больного к возможным аналогиям его эмоциональных отношений с психотерапевтом и со значимыми в его жизни лицами.

В отличие от психоанализа, при личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии речь идет о расширении сферы осознаваемого не на основе прямого анализа бессознательного и его антагонистического взаимодействия с сознанием, а посредством поиска связей между разобобщенными прежде в сознании больного представлениями, точной вербализации неясных переживаний и понятий.

В процессе индивидуальной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии можно выделить определенную последовательность в поведении врача на соответствующих этапах лечения. При первой встрече с пациентом он минимально активен, недирективен, способствует искреннему раскрытию эмоциональных переживаний пациента, созданию доверительного контакта. Затем, увеличивая свою активность, приступает к выяснению «внутренней картины болезни», вербализации пациентом всех его представлений, связанных с пониманием болезни, ожиданий от лечения и перспектив выздоровления. Проводя коррекцию «концепции» болезни у пациента, врач обсуждает с ним данные его обследований, убеждает, что причины невроза кроются не в «органических» изменениях, помогает уловить связь эмоциональных факторов с симптоматикой. В этот период врач предоставляет пациенту соответствующую информацию и выступает преимущественно в роли эксперта. После уяснения пациентом связи между симптоматикой и провоцирующими патогенными ситуациями в содержании бесед происходят существенные изменения. Их предметом становятся уже не симптомы, а психологические проблемы, переживания и отношения личности пациента. Постепенно в процессе обсуждения в сознании пациента выстраивается определенная последовательность звеньев

новой концепции болезни (симптоматика – эмоциональные факторы или патогенные ситуации – личностные позиции, или отношения – невротический конфликт – потребности, или мотивы). Взаимоотношения с больным углубляются, врач становится помощником в интенсивной работе пациента над его внутренним миром. На заключительном этапе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии врач вновь увеличивает свою активность и даже директивность в испытании и закреплении пациентом новых способов переживания и поведения.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Материал исследований

Исследуемую группу больных с невротическими расстройствами составили 150 пациентов, от 19 до 50 лет, все они проходили психотерапевтическое лечение в отделении внебольничной психотерапии, а также в отделении пограничных психических состояний и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева. Распределение пациентов по полу было следующим: женщин было 80 % — (120 человек), мужчин — 20 % (30 человек). Средний возраст составил $34,5 \pm 0,3$ года. На момент обследования были женаты или замужем 48,7 %, не замужних и не женатых — 51,3 %. Половина обследуемых пациентов имели высшее образование (50%), пациентов со средне-специальным образованием было чуть меньше половины (47,3%), незначительное количество имело среднее образование (2,7%).

Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение исследуемых больных по полу и возрасту

Возраст	Общая выборка		мужчины		женщины	
	частота	процент	частота	процент	частота	процент
До 20 лет	8	5,3%	0	0 / 0	8	5,3% / 6,7%
21-30 лет	62	41,3%	13	8,7% / 43,3%	49	32,7% / 40,8%
31-40 лет	58	38,7%	13	8,7% / 43,3%	45	30,0% / 37,5%
41-50 лет	22	14,7%	4	2,7% / 13,3%	18	12,0% / 15,0%
Более 50 лет	0	0	0	0 / 0	0	0 / 0
Итого	150	100	30	20%/100%	120	80%/100%

При включении пациентов в исследование были использованы критерии классификации психических и поведенческих расстройств МКБ-10. В соответ-

ствии с ней, в исследуемую группу входили больные с расстройствами, включенными в раздел F4 (невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства). Как видно из таблицы 2, наиболее частыми были больные с диагнозами по МКБ 10: F40.01 – агорафобия с паническим расстройством (20,7%), F48.0 – неврастения (19,3%), F42 – обсессивно-компульсивное расстройство (13,3%), F45.3 – соматоформная вегетативная дисфункция (10,6%), F40.8 – другие тревожные и фобические расстройства (10%), F45.0 – соматизированное расстройство (9,3%), F41.2 – смешанное тревожное и депрессивное расстройство (8,7%), также были использованы рубрики F40.1 – социальные фобии (5,4%), F44.4 – диссоциативное двигательное расстройство (2,7%).

Таблица 2. Распределение больных исследуемой группы по диагностическим рубрикам МКБ 10

Диагностическая рубрика	Общая выборка	Мужчины	Женщины
	N (%)	N (%)	N (%)
F40.1 Социальные фобии	8 (5,4%)	0 (0 / 0)	8 (5,3% / 6,6%)
F40.01 Агорафобия с паническим р-вом	31(20,7%)	4 (2.7% / 13,3%)	27(18% /22,5%)
F 40.8 Другие тревожные расстройства	15 (10%)	6 (4%/20%)	9 (6%/7,5%)
F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное р-во	13 (8.7%)	4 (2.7% / 13,3%)	9 (6%/7,5%)
F42.0 Обсессивно-компульсивное р-во	15 (10%)	7 (4,6% / 23,3%)	8 (5,3% / 6,6%)
F42.2 Обсессивно-компульсивное р-во	5 (3.3%)	0 (0 / 0)	5(3.3% / 4,2%)
F44.4 Диссоциативное двигательное р-во	4 (2.7%)	0 (0 / 0)	4(2.7% / 3,3%)

F45.0 Соматизированное р-во	14 (9,3%)	3 (2% / 10%)	11(7,3% / 9,1%)
F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция	16 (10,6%)	0 (0 / 0)	16 (10,6% / 13,3%)
F 48.0 Неврастения	29 (19,3%)	6 (4% / 20%)	23 (15,3%/19,2%)
Итого	150 (100%)	30 (20%/100%)	120(80%/100%)

Для диагностики больных с невротическими расстройствами использовались критерии «позитивной» и «негативной» диагностики (Мясищев В.Н., 1960; Карвасарский Б.Д., 1990, 2011).

Критерий «позитивной» диагностики подразумевает подтверждение психогенного характера заболевания: 1) расстройство имеет связь с личностью пациента, с психотравмирующей ситуацией, с неспособностью личности в данных конкретных условиях самостоятельно разрешить ее; 2) течение невротического расстройства связано с патогенной ситуацией и переживаниями личности: наблюдалось определенное соответствие между динамикой состояния больного и изменением психотравмирующей ситуации, по крайней мере, на этапе острого и частично затяжного невротического состояния; 3) клиническая картина невротического расстройства по своему содержанию в известной степени была связана с психотравмирующей ситуацией и переживаниями личности, наиболее сильными и глубокими ее стремлениями, представляя аффективную реакцию, патологическую фиксацию тех или иных переживаний; 4) отмечалась более высокая эффективность психотерапевтических методов по отношению ко всему заболеванию и отдельным его клиническим проявлениям сравнительно с биологическими воздействиями.

Конфликтные переживания и нарушения индивидуального и социального функционирования личности имели связь преимущественно с особо значимыми жизненными отношениями человека, проявлялись специфическими клиническими феноменами и не включали в общую картину заболевания психотиче-

ских проявлений. Убедительная диагностика невротических расстройств, отграничение их от сходной невротоподобной патологии, изучение динамики заболевания основывались на учете выраженности и своеобразия клинических проявлений, структуры и особенностей личности пациента и типе патогенной конфликтной ситуации.

Вторым критерием являлся принцип «негативной» диагностики, который позволял отнести к невротическим расстройствам только такие клинические проявления, при которых отсутствовали органические изменения, обнаруживаемые дополнительными методами исследования, которые использовались в процессе диагностики пациентов Института им. В.М. Бехтерева: патопсихологическое и нейропсихологическое исследования, электроэнцефалография, магнитно-резонансная томография.

На основании традиционной отечественной классификации, основанной на теориях В.Н. Мясищева и Б.Д. Карвасарского, включающей в себя не только особенности клинической картины заболевания, но и этиопатогенетические механизмы, больные были разделены на группы соответственно типам невротических расстройств. По установленному врачами патогенетическому диагнозу больные разделились следующим образом: истерический тип невротического расстройства – 76 (50,7%), обсессивно-фобический – 45 (30%), неврастенический – 29 (19,3%). Структура исследуемой группы по типу невротических расстройств представлена в таблице 3.

Таблица 3. Структура исследуемой группы по типам невротических расстройств

Тип невротического расстройства	Общая выборка	мужчины	женщины
	N (%)	N (%)	N (%)
Истерический	76 (50,7%)	7 (4,6% / 23,3 %)	69 (46% / 57,5%)
Обсессивно-фобический	45 (30%)	17 (11,3% / 56,7%)	28 (18,7% / 23,3%)

Неврастенический	29 (19,3%)	6 (4% / 20%)	23 (15,3%/19,2%)
Итого		30 (20%/100%)	120 (80%/100%)

В ходе изучения основных клинических характеристик у исследуемых пациентов выделялись синдромы (объединяющие взаимосвязанную между собой симптоматику), которые определяют основные проявления заболевания и одновременно указывают на глубину выраженности нарушений. Для каждого пациента выделялся один из шести ведущих (доминирующих) синдромов, наиболее характерных для невротических расстройств и отражающих основную направленность клинических проявлений: тревожный, депрессивный, фобический, обсессивный, астенический, ипохондрический.

Среди ведущих синдромов (имеющих наибольшую выраженность в структуре клинического состояния) в исследуемой группе самыми частыми были: тревожный – 26%, фобический – 24%, астенический – 18,7%, обсессивный – 18 %, более редкими были ипохондрический 6,67 % и депрессивный – 6,67 %.

Для оценки динамического аспекта на основании длительности течения заболевания, особенностей клинической картины и взаимосвязи с инициирующей психотравмирующей ситуацией, были выделены следующие стадии невротических расстройств: невротическая реакция, острое невротическое расстройство, затяжное невротическое расстройство, невротическое развитие личности. Стадия невротической реакции отмечалась у пациентов, длительность заболевания которых не превышала трех месяцев – 25,3%. На этой стадии доминировала тяжесть психотравмирующих обстоятельств, а клиника была представлена преимущественно реактивно-невротическими симптомами. Острое невротическое расстройство определялось при длительности заболевания до 1 года – 38,7%. У пациентов выявлялась зависимость симптоматики от ситуации, а в клинической картине отражались особенности личности, премор-бидного фона, происходило формирование защитных невротических механизмов. За-

тяжное невротическое расстройство отмечалось у пациентов с длительностью заболевания от 1 до 5 лет (26,7%) и характеризовалось расширением спектра невротических симптомов, неспецифичностью их проявления, ипохондризацией. В клинической картине наблюдались сформированные невротические симптомы, работали механизмы «вторичной выгоды», происходило формирование симптомов «второго круга» – ограничительное поведение. Невротическое развитие личности встречалось у 9,3 % пациентов. На этом этапе заболевания происходило саморазвитие невротических и патохарактерологических проявлений. В таблице 4 представлена структура исследуемой группы по длительности невротического расстройства (таблица 4).

Таблица 4. Длительность заболевания в исследуемой группе невротических больных

Длительность заболевания	Общая вы- борка	Истериче- ский тип (И)	Обсессивно- фобический тип (П)	Неврасте- нический тип (Н)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
До 3 месяцев	38 (25,3%)	21 (14,0% / 27,3%)	13 (8,7% / 20,3%)	4 (2,7% / 44,4%)
До 1 года	58 (38,7%)	19 (12,7% / 24,7%)	34 (22,7% / 53,1%)	5 (3,3% / 55,6%)
От 1 года до 5 лет	40 (26,7%)	32 (21,3% / 41,6%)	8 (5,3% / 12,5%)	0 (0 / 0)
Более 5 лет	14 (9,3%)	5 (3,3% / 6,5%)	9 (6,0% / 14,1%)	0 (0 / 0)
Итого	150 (100%)	77 (51,3%)	64 (42,7%)	9 (6,0%)

В исследование были включены также врачи-психотерапевты, сотрудники отделения внебольничной психотерапии, отделения лечения пограничных психических состояний и психотерапии НИПНИ им. В.М.Бехтерева и других учреждений, применяющих в своей работе метод ЛОРП, у которых изучались представления о мишенях проводимой ими психотерапии с помощью полуструктурированного интервью. В начале исследования с врачами проводились установочные семинары, направленные на приведение к единообразию подхода к проводимому психотерапевтическому лечению. Всего обследовано 48 врачей-психотерапевтов, с ними было проведено 150 полуструктурированных интервью о выборе психотерапевтических мишеней при проведении ЛОРП. Интервью проводилось однократно в конце курса психотерапии.

Критериями включения врачей в исследование были: наличие у них необходимой подготовки по психотерапии, наличие соответствующих диплома и сертификата, специализация по методу ЛОРП, подтвержденная сертификатом Российской Психотерапевтической Ассоциации, стаж практической работы в психотерапии не менее 5 лет.

Отдельно к исследованию привлекались 17 экспертов. В группу экспертов входили врачи-психотерапевты и клинические психологи с профессиональным стажем более 15 лет, имеющие степени докторов наук (9 человек) и кандидатов наук (8 человек), ведущие активную практическую, научную и преподавательскую работу в области психотерапии в Санкт-Петербурге, Москве, Оренбурге, Екатеринбурге.

Дополнительным материалом исследования были 68 протоколов, составленных при проведении психологического психотерапевтического анализа психотерапевтического случая в процессе лечения пациентов с невротическими расстройствами.

Дизайн исследования

Настоящая диссертационная работа проводилась в несколько этапов.

Первый этап предполагал анализ литературных источников, в которых отражены и научно обоснованы современные представления о психотерапии невротических расстройств, существующие взгляды на определение мишеней психотерапии в различных клинических и теоретических подходах. Был проведен теоретико-методологический анализ понятия мишеней психотерапии с позиций клинической модели психотерапии. Затем через призму этой модели были рассмотрены возможные составляющие компоненты этого понятия и с помощью экспертного метода получено рабочее определение понятия «мишень психотерапии». Далее, из описаний клинических случаев и литературных источников был получен перечень возможных общих и частных формулировок мишеней психотерапии для невротических расстройств. Были описаны возможные области (плоскости) поиска различных частных вариантов мишеней психотерапии, сформулированы 5 категорий этого понятия. В соответствии с обнаруженными плоскостями и соответствующими категориями были названы 5 групп психотерапевтических мишеней, которые вошли в рабочую классификацию.

На втором этапе для целей и задач исследования был разработан и апробирован алгоритм психологического анализа психотерапевтического случая, процедура которой позволяла оценивать различные аспекты проводившейся психотерапии. Были изучены 68 протоколов психологического анализа психотерапевтического случая, на основании которых проанализированы различные типы затруднений, возникающих при проведении психотерапевтического лечения, дополнен перечень мишеней психотерапии для невротических расстройств.

На третьем этапе изучались 150 случаев лечения больных с невротическими расстройствами методом индивидуальной ЛОРП, проводимой в этой группе больных 48 врачами-психотерапевтами. Индивидуальная ЛОРП проводилась в течение 2,5 – 3 месяцев, занятия проводились 2 раза в неделю, длительностью 60 минут. Таким образом, общее количество занятий было 24. Все больные получали одинаковое количество часов психотерапии. Специально

разработанное полуструктурированное интервью для описания врачами проводимой психотерапии производилось однократно, после завершения лечения. Анализ материалов интервью позволил проанализировать практику выбора врачами-психотерапевтами различных мишеней при проведении индивидуальной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии у пациентов с разными типами невротических расстройств (истерическим, обсессивно-фобическим и неврастеническим).

Для оценки динамики клинико-психологических и личностных характеристик при проведении индивидуальной личностно-ориентированной психотерапии с пациентами исследуемой группы были проведены психодиагностические методики: симптоматический опросник SCL-90-R, Гиссенский личностный опросник, тест Лазаруса, методику «Личностный дифференциал». Пациенты обследовались дважды – на диагностическом этапе лечения и в завершении курса психотерапии.

На четвертом этапе для проверки гипотезы о влиянии выбора тех или иных мишеней психотерапии на результаты лечения изучалась связь выбора различных мишеней психотерапии на разных этапах проводимого психотерапевтического лечения с динамикой клинико-психологических показателей у пациентов исследуемой группы. Применялись методы качественного и количественного анализа.

Методы исследований

Теоретико-методологический анализ существующих отечественных и зарубежных подходов к определению мишеней психотерапии невротических расстройств в психологических и клинических моделях психотерапии, теоретическое обоснование понятия «мишеней психотерапии», описание возможных их типов, разработка их классификации.

Клинический метод исследования – т.е. познание больного (диагностика в самом широком смысле) путем его непосредственного изучения на основе определенной системы понимания патологии (Воскресенский Б.А., 1991). Диагностика (от *diagnosis* — распознавание) – специфическая форма познания,

представляющая собой процесс выявления болезни в результате сбора данных, направленных на точное ее определение и идентификацию в единой системе болезненных расстройств. Процесс диагностики основывается на диагностической технике (методах исследования), оценке значения и механизмов симптомов болезни (семиологии) и клиническом мышлении. Результатом и завершающим этапом процесса диагностики, осуществляемого врачом, является диагноз больного, формируемый на основе анализа и синтеза индивидуализированных фактов, выявленных в процессе расспроса и наблюдения (основного метода клинической психиатрии). Клинический метод использовался для диагностики психических расстройств, проведения клинико-психопатологического анализа симптоматики заболевания, проведения экспертной оценки различных аспектов диагностики и терапии невротических расстройств.

Клинический метод был представлен клинико-анамнестическим, клинико-психопатологическим, клинико-патогенетическим.

Клинико-анамнестический метод был направлен на изучение истории жизни пациента и неразрывно связанной с ней истории возникновения, течения и развития заболевания.

Клинико-психопатологический метод состоял в описании психической патологии, выделении основных признаков заболевания (симптомов) и их структуры (синдромов).

Клинико-патогенетический метод позволял оценить механизмы возникновения заболевания и его клинических проявлений, выявить совокупность процессов, определяющих начало, течение и исход болезни.

Таким образом, в проведенном исследовании диагностика психических заболеваний (а также экспертная оценка) проводилась на основе тщательного клинико-психопатологического исследования с учетом данных анамнеза – наследственности, индивидуального развития, перенесенных ранее заболеваний, преморбидных особенностей личности, первых проявлений и дальнейшего развития психических нарушений, а также в соответствии с диагностическими критериями Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-

10). В исследовании широко использовались данные вспомогательных, параклинических (инструментальных и лабораторных) методов, при необходимости диагностики и терапии сопутствующей соматической патологии принимались во внимание консультации специалистов соответствующего профиля.

Клинико-психологический метод — исследование больных с невротическими расстройствами с помощью специально разработанной карты для оценки клинических и социально-психологических показателей. В соответствии с задачами исследования, в карту вошли вопросы о принадлежности к полу, возрасту, семейному положению, о полученном образовании, длительности заболевания, результатах диагностики, с указанием клинического диагноза по МКБ-10, типа невротического расстройства, ведущего синдрома, продолжительности лечения, удовлетворенности пациентом результатами лечения.

Методы экспертных оценок – это методы организации работы со специалистами-экспертами и обработки мнений экспертов, выраженных в количественной или качественной форме с целью подготовки информации для принятия решений. Экспертные методы дают возможность обобщать и использовать полученные оценки для решения различных проблем. Причем, экспертные оценки могут быть стандартизованными, то есть производиться на основании установленных стандартов и нестандартизованными, основанными на опыте и знаниях эксперта. Естественно, что нестандартизованные отличаются большей степенью субъективности. Существует значительное число методов получения экспертных оценок. В одних с каждым экспертом работают отдельно, он даже не знает, кто еще является экспертом, а потому высказывает свое мнение независимо от авторитетов, в других создаются группы экспертов, вырабатывающие общее мнение в ходе совместного обсуждения решаемой проблемы. В одних методах число экспертов фиксировано и таково, чтобы статистические методы проверки согласованности мнений и затем их усреднения позволяли принимать обоснованные решения. В других – число экспертов растет в процессе проведения экспертизы, например, при использовании метода «снежного кома». В настоящее время не существует научно обоснованной классификации

методов экспертных оценок и тем более – однозначных рекомендаций по их применению. Мнения экспертов обычно выражены частично в количественной, частично в качественной форме.

Экспертные методы исследований используют в следующих случаях:

- 1) когда объект или явление либо полностью, либо частично не поддается предметному описанию или математической формализации;
- 2) в условиях отсутствия достаточно представительной и достоверной статистики по характеристикам объекта;
- 3) в условиях большой неопределенности среды функционирования объекта;
- 4) в случаях, когда время или средства, выделяемые на прогнозирование и принятие решений, не позволяют исследовать проблему с применением формальных моделей;
- 5) в экстремальных ситуациях.

Методы получения индивидуальных мнений членов экспертной группы основаны на предварительном сборе информации от экспертов, опрашиваемых независимо друг от друга, с последующей обработкой полученных данных. К этим методам можно отнести методы анкетного опроса, интервью и методы Делфи.

Метод анкетного опроса предполагает разработку специальных анкет, содержащих перечень вопросов по решаемой задаче. В процессе заполнения анкет необходимо выполнить следующие требования: обеспечить взаимную независимость суждений экспертов, при необходимости проверить однозначное понимание экспертами вопросов анкеты, не допустить заполнения одной анкеты несколькими экспертами. Данные полученные в результате анкетирования обрабатываются с использованием статистических методов.

В нашем исследовании метод экспертных оценок применялся со следующими целями:

- 1) формулирование рабочего определения «мишеней психотерапии»;

2) уточнение перечня частных формулировок мишеней психотерапии для невротических расстройств.

Разработанная в рамках 2-го этапа настоящего исследования Карта экспертного анализа включала в себя перечень возможных составляющих содержательных компонентов понятия «мишени психотерапии». Для обработки данных применялся метод прямого ранжирования. Каждому эксперту предлагалось ранжировать все пункты предложенного перечня по критерию значимости содержащегося в каждом пункте смыслового компонента. Место пункта в ранжированном ряду называется его рангом. В процессе обработки данных рассчитывались суммы рангов по каждому пункту. Итоговый перечень представлял из себя обобщенный ранжированный ряд с убывающими по значимости содержательными компонентами понятия «мишеней психотерапии», что дало возможность включить в рабочее определение «мишеней психотерапии» наиболее существенные из них.

Экспериментально-психологический метод. Экспериментально-психологические исследования в психиатрии направлены на выявление и анализ тех или иных особенностей психики путем создания специальных (стандартных или варьируемых) контролируемых условий. Основными задачами является обнаружение изменений отдельных психических функций и выявление (выделение) патопсихологических синдромов. Это одна из прикладных задач, решаемых патопсихологией – областью психологии, изучающей нарушения психических процессов и психических свойств личности при разных видах патологии мозга.

Экспериментально-психологические методики условно делятся на стандартизованные и нестандартизованные. Основным принципом нестандартизированных методик исследования является моделирование определенных ситуаций, в которых проявляются те или иные виды психической деятельности испытуемого. Заключение основывается на оценке конечного результата деятельности, а также на анализе особенностей процесса выполнения заданий, что позволяет не только выявить нарушения, но и сопоставить нарушенные и сохран-

ные стороны психической деятельности. В стандартизированных методиках специальным образом подобранные задания предъявляются в одинаковой форме каждому испытуемому.

Экспериментально-психологический метод включал следующие методики:

Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90- Revised — SCL-90-R).

Методика SCL-90-R создана L.R. Derogatis et. al., (1974, 1975) на основе Hopkins Symptom Checklist (HSCL). Шкала включает 90 пунктов, и ее назначение состоит в том, чтобы оценивать актуальный психопатологический симптоматический статус у больных с различными нервно-психическими заболеваниями и здоровых лиц.

Каждый из 90 вопросов оценивается по пятибалльной шкале (от 0 до 4), где 0 соответствует позиция «совсем нет», а 4 — «очень сильно». Ответы подсчитываются и интерпретируются по 9 основным шкалам, соответствующим 9 основным симптоматическим расстройствам, выделенным в результате комплексного клинического, эмпирического и аналитического исследования: Соматизация (SOM), Obsessivность — компульсивность (O—C), Межличностная сензитивность (INT), Депрессия (DEP), Тревожность (ANX), Враждебность (HOS), Фобическая тревожность (PHOB), Паранойяльность (PAR), Психотизм (PSY). Кроме того выделяют 3 обобщенные шкалы второго порядка: общий симптоматический индекс (GSI), индекс выраженности дистресса (PDSI), индекс проявлений симптоматики (PSI). Они предложены для того, чтобы иметь возможность более гибко оценивать психопатологический статус пациента.

Гиссенский личностный опросник

Гиссенский личностный опросник (Gieben-Test — GB) разработан D. Beckman на базе Психосоматической клиники Гиссенского университета и предназначен для изучения основных психосоциальных качеств личности. Опросник повторно стандартизирован с учетом новых данных (Beckman D., Drahler E., Riechter H.E., 1983). Методика адаптирована и стандартизирована на

отечественной популяции в НИПНИ им. В.М. Бехтерева (Голынкина Е.А., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В. и др., 1993).

Гиссенский тест позволяет получить психологический автопортрет, отражающий комплекс качеств, представление о которых может в значительной степени способствовать решению дифференциально-диагностических задач (различные формы неврозов, неврозы и психопатии и пр.). Этот автопортрет отражает особенности личности, специфичные для внутренней структуры и психосоциальных связей испытуемого (пункты опросника сформулированы таким образом, чтобы испытуемый в основном характеризовал себя во взаимоотношениях с другими людьми). Основное отличие Гиссенского теста от других психологических тестов заключается в том, что он в значительной степени учитывает социальные установки и реакции личности, что делает его пригодным не только для исследования личности, но и для анализа социальных отношений. Гиссенский тест также может быть полезен в исследованиях, направленных на контроль за эффективностью психотерапии.

Гиссенский тест включает 40 биполярных утверждений, каждое утверждение оценивается по 7-ми балльной шкале. Утверждения входят в 6 стандартных шкал, каждая из которых имеет два полюса: I — шкала социального одобрения; II — шкала доминантности; III — шкала контроля; IV — шкала преобладающего настроения; V — шкала открытости — замкнутости; VI — шкала социальных способностей.

Методика «Личностный дифференциал»

Инструмент изучения определенных свойств личности, ее самосознания, межличностных отношений. Область применения — клинико-психологическая психодиагностика и социально-психологическая практика.

Методика «Личностный дифференциал» разработана на базе современного русского языка и отражает сформировавшиеся в нашей культуре представления о структуре личности. Методика ЛД адаптирована сотрудниками психоневрологического института им. В.М.Бехтерева. Целью ее разработки являлось создание компактного и валидного инструмента изучения определенных

свойств личности, ее самосознания, межличностных отношений, который мог бы быть применен в клинико-психологической и психодиагностической работе, а также в социально-психологической практике.

«Личностный дифференциал» может быть использован во всех тех случаях, когда необходимо получить информацию о субъективных аспектах отношений испытуемого к себе или к другим людям. В этом отношении «Личностный дифференциал» сопоставим с двумя категориями психодиагностических методов – с личностными опросниками и социометрическими шкалами. От личностных опросников он отличается краткостью и прямотой, направленностью на данные самосознания. Некоторые традиционные, получаемые с помощью опросников характеристики личности, могут быть получены и с помощью «Личностного дифференциала». Уровень самоуважения, доминантности – тревожности и экстраверсии – интроверсии является достаточно важным показателем в таких клинических задачах, как диагностика неврозов, пограничных состояний, дифференциальная диагностика, исследование динамики состояния в процессе психотерапии, контроль эффективности психотерапии и т.д. Краткость метода позволяет использовать его не только самостоятельно, но и в комплексе с иными диагностическими процедурами. От социометрических методов «Личностный дифференциал» отличается многомерностью характеристик отношений и большей их обобщенностью.

«Личностный дифференциал» сформирован путем репрезентативной выборки слов современного русского языка, описывающих черты личности, с последующим изучением внутренней факторной структуры своеобразной «модели личности», существующей в культуре и развивающейся у каждого человека в результате усвоения социального и языкового опыта. Из толкового словаря русского языка Ожегова были отобраны 120 слов, обозначающих черты личности. Из этого исходного набора отобраны черты, в наибольшей степени характеризующие полюса 3-х классических факторов семантического дифференциала:

1. Оценки.

2. Силы.

3. Активности.

Случайным образом исходный набор черт был разбит на 6 списков по 20 черт. Применялись три параллельных метода классификации черт внутри каждого из этих списков.

1. Оценка испытуемыми (по 100-балльной шкале) вероятности того, что человек, обладающий свойствами личности А, обладает и свойствами личности В. В результате усреднения вероятностей индивидуальных оценок получены обобщенные показатели представлений о сопряженности черт личности, составляющих так называемую имплицитную структуру личности, свойственную для всей выборки в целом.

2. Корреляции между самооценками по чертам личности. Испытуемые заполняли 6 бланков самооценок, каждый из которых был составлен из 20 черт личности и требовал оценить их наличие у испытуемого по 5-балльной шкале.

3. 120 черт личности оценивались по 3 шкалам (7-балльным), представляющим факторы семантического дифференциала, оценки усреднялись.

В методике «Личностный дифференциал» отобрана 21 личностная черта. В нескольких случаях исходный список не содержал одного из членов требуемой антонимичной пары и был дополнен. Шкалы ЛД заполнялись испытуемыми с инструкцией оценить самих себя по отобранным чертам личности.

При применении методики «Личностный дифференциал» для исследования самооценок значения фактора Оценки (О) свидетельствуют об уровне самоуважения. «Высокие значения» этого фактора говорят о том, что испытуемый принимает себя как личность, склонен осознавать себя носителем позитивных, социально желательных характеристик, в определенном смысле удовлетворен собой. «Низкие значения» фактора (О) указывают на критическое отношение человека к самому себе, его неудовлетворенность собственным поведением, уровнем принятия самого себя. Особо низкие значения этого фактора в самооценках свидетельствуют о возможных невротических или иных проблемах, связанных с ощущением малой ценности своей личности.

При использовании методики «Личностный дифференциал» для измерения взаимных оценок фактор (О) интерпретируется как свидетельство уровня привлекательности, симпатии, которым обладает один человек в восприятии другого. При этом положительные (+) значения этого фактора соответствуют предпочтению, оказываемому объекту оценки, отрицательные (–) – его отвержению.

Фактор Силы (С) в самооценках свидетельствует о развитии волевых сторон личности, как они осознаются самим испытуемым. Его «высокие значения» говорят об уверенности в себе, независимости, склонности рассчитывать на собственные силы в трудных ситуациях. «Низкие значения» свидетельствуют о недостаточном самоконтроле, неспособности держаться принятой линии поведения, зависимости от внешних обстоятельств и оценок. Особо низкие оценки свидетельствуют и указывают на астенизацию и тревожность. Во взаимных оценках фактор (С) выявляет отношения доминирования – подчинения, как они воспринимаются субъектом оценки.

Фактор Активности (А) в самооценках интерпретируется как свидетельство экстравертированности личности. «Положительные» (+) значения указывают на высокую активность, общительность, импульсивность; «отрицательные» (–) – на интровертированность, определенную пассивность, спокойные эмоциональные реакции. Во взаимных оценках отражается восприятие людьми личностных особенностей друг друга.

При интерпретации данных, полученных с помощью методики «Личностный дифференциал», всегда следует помнить о том, что в них отражаются субъективные, эмоционально-смысловые представления человека о самом себе и других людях, его отношения, которые могут лишь частично соответствовать реальному положению дел, но часто сами по себе имеют первостепенное значение.

Тест Лазаруса.

Опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазарус (Lazarus R.) и С. Фолкман (Folkman S.) предназначен для определения способов (копинг ме-

ханизмов, копинг-стратегий) преодоления трудностей в различных сферах: трудности в работе, трудности в обучении, трудности в общении, трудности в любви и т.д. Преодоление трудностей возможно с помощью 8 стратегий (стилей поведения). Копинг тест Лазаруса показывает насколько часто используется каждая из копинг-стратегий и насколько эффективно.

Опросник копинг-стратегий Лазаруса включает 50 утверждений, каждое из которых отражает определенный способ поведения в трудной или проблемной ситуации. Тест Лазаруса считается первой стандартной методикой в области измерения копинга. Копинг-тест был разработан Р. Лазарусом и С. Фолкманом (1988), адаптирован Т. Л.Крюковой, Е. В. Куфтяк, М.С.Замышляевой. Дополнительно стандартизирована в НИПНИ им. Бехетерева Л.И. Вассерманом, Б.В. Иовлевым, Е.Р. Исаевой, Е.А. Трифионовой, О.Ю. Щелковой, М.Ю. Новожиловой.

Совладание с жизненными трудностями, как утверждают авторы методики, есть постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие усилия индивида с целью управления специфическими внешними и (или) внутренними требованиями, которые оцениваются им как подвергающие его испытанию или превышающие его ресурсы. Задача совладания с негативными жизненными обстоятельствами состоит в том, чтобы либо преодолеть трудности, либо уменьшить их отрицательные последствия, либо избежать этих трудностей, либо вытерпеть их. Можно определить совладающее поведение как целенаправленное социальное поведение, позволяющее справиться с трудной жизненной ситуацией (или стрессом) способами, адекватными личностным особенностям и ситуации, – через осознанные стратегии действий. Это сознательное поведение направлено на активное изменение, преобразование ситуации, поддающейся контролю, или на приспособление к ней, если ситуация не поддается контролю. При таком понимании оно важно для социальной адаптации здоровых людей. Его стили и стратегии рассматриваются как отдельные элементы сознательного социального поведения, с помощью которых человек справляется с жизненными трудностями.

Эффективность той или иной стратегии зависит от особенностей актуальной ситуации и имеющихся личностных ресурсов, поэтому говорить об адаптивности/деадаптивности отдельных копинг-стратегий некорректно. Стратегии, эффективные в одной ситуации, могут быть неэффективными и даже приносить вред – в другой. Вместе с тем выделяют ряд психосоциальных факторов, способствующих адаптации к стрессовым ситуациям относительно независимо от характеристик этих ситуаций. К ним относят комплекс адаптивных индивидуально-типологических (преимущественно когнитивно-стилевых) особенностей (например, копинг-компетентность, оптимизм, самоуважение, интернальный локус контроля, жизнестойкость и т.п.), а также свойства социальной сети и адекватность социальной поддержки.

Интерпретация результатов копинг-теста Лазаруса.

1) Конфронтация. Разрешение проблемы за счет не всегда целенаправленной поведенческой активности, осуществления конкретных действий. Часто стратегия конфронтации рассматривается как неадаптивная, однако при умеренном использовании она обеспечивает способность личности к сопротивлению трудностям, энергичность и предприимчивость при разрешении проблемных ситуаций, умение отстаивать собственные интересы;

2) Дистанцирование. Преодоление негативных переживаний в связи с проблемой за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной вовлеченности в нее. Характерно использование интеллектуальных приемов рационализации, переключения внимания, отстранения, юмора, обесценивания и т. п.;

3) Самоконтроль. Преодоление негативных переживаний в связи с проблемой за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, минимизации их влияния на восприятие ситуации и выбор стратегии поведения, высокий контроль поведения, стремление к самообладанию;

4) Поиск социальной поддержки. Разрешение проблемы за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов, поиска информационной, эмоциональной и действенной поддержки. Характерны ориентированность на взаимодей-

ствие с др. людьми, ожидание поддержки, внимания, совета, сочувствия, конкретной действенной помощи;

5) Принятие ответственности. Признание субъектом своей роли в возникновении проблемы и ответственности за ее решение, в ряде случаев с отчетливым компонентом самокритики и самообвинения. Выраженность данной стратегии в поведении может приводить к неоправданной самокритике и самобичеванию, переживанию чувства вины и хронической неудовлетворенности собой;

6) Бегство-избегание. Преодоление личностью негативных переживаний в связи с трудностями за счет реагирования по типу уклонения: отрицания проблемы, фантазирования, неоправданных ожиданий, отвлечения и т.п. При отчетливом предпочтении стратегии избегания могут наблюдаться инфантильные формы поведения в стрессовых ситуациях;

7) Планирование решения проблемы. Преодоление проблемы за счет целенаправленного анализа ситуации и возможных вариантов поведения, выработки стратегии разрешения проблемы, планирования собственных действий с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов;

8) Положительная переоценка. Преодоление негативных переживаний в связи с проблемой за счет ее положительного переосмысления, рассмотрения ее как стимула для личностного роста. Характерна ориентированность на надличностное, философское осмысление проблемной ситуации, включение ее в более широкий контекст работы личности над саморазвитием.

Полуструктурированное интервью для врачей-психотерапевтов. Проводилось с целью получения описания направленности психотерапевтических вмешательств, осуществляемых врачами в процессе психотерапии, получения представления о том, как врачи формулируют и называют предметную область, как описывают «мишени» своего психотерапевтического вмешательства. Это позволило в последующем выделять в полученных описаниях психотерапевтических случаев частные формулировки «мишеней психотерапии».

Полуструктурированное интервью состояло из следующих вопросов, которые были заданы врачам-психотерапевтам о каждом случае психотерапии с пациентами, включенными в исследование:

1. На что были направлены Ваши усилия на первом этапе взаимодействия с этим пациентом?
2. Как Вы понимаете механизмы этиопатогенеза у пациента?
3. Когда Вам стали понятны тактические и стратегические задачи взаимодействия с пациентом? (каковы они?)
4. С какими действиями (Вашими и пациента) это связано?
5. Какие этапы можно выделить в процессе психотерапии с этим пациентом?
6. На что были направлены Ваши усилия на 1-м этапе психотерапии?
7. Каковы основные события этого периода лечения?
8. Каковы были результаты этих встреч?
9. На что были направлены Ваши усилия на 2-м этапе психотерапии?
10. Каковы основные события этого периода лечения?
11. Каковы были результаты этих встреч?
12. На что были направлены Ваши усилия на 3-м этапе психотерапии?
13. Каковы основные события этого периода лечения?
14. Каковы были результаты этих встреч?

Статистический метод. В рамках статистического анализа использовались следующие процедуры: проверка на нормальность при помощи теста Колмогорова-Смирнова и анализа гистограмм. Для переменных с распределением, соответствующим нормальному закону, применялся дисперсионный анализ с пост-хок тестами по методу Бонферрони, для остальных количественных показателей – непараметрические методы (тесты Краскала-Уоллиса, Манна-Уитни, Фридмана и Уилкоксона). В качестве статистических характеристик были приведены средние, стандартные ошибки средних, медианы, межквартильные размахи.

Для качественных и категориальных признаков были построены таблицы сопряженности и применялся точный критерий Фишера. Связь количественных показателей между собой анализировалась при помощи коэффициента корреляции Пирсона.

ГЛАВА 3. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ И КЛАССИФИКАЦИИ МИШЕНЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ

3.1. Формулирование рабочего определения «мишени психотерапии»

Задачей первого этапа настоящего исследования было создание рабочего определения «психотерапевтической мишени» и классификации психотерапевтических мишеней.

Появлению этого определения, а также предлагаемой классификации предшествовала длительная работа по инвентаризации имеющихся в литературе представлений о том, на что направлена лечебная интервенция в клинической психотерапии.

Для того, чтобы получить предпосылки для системного понимания такого понятия, как «мишени психотерапии», необходимо начать с описания психической реальности как предметного поля для исследовательской и практической составляющих психотерапии.

С точки зрения философии познания, мы можем понять и исследовать только то, что воспринимается нами как объект. Психика как таковая не есть объект. Она объективируется благодаря тем своим проявлениям, которые делают ее доступной внешнему восприятию – то есть благодаря сопутствующим соматическим явлениям, поведению, речевой коммуникации. Все эти доступные восприятию явления есть результаты функционирования психики. На их основании мы если и не воспринимаем психику другого человека непосредственно, то по меньшей мере, делаем вывод о ее существовании. (К. Ясперс, 1997).

Для описания явлений психической жизни в психиатрии и психотерапии общепризнанным является феноменологический подход (Менделевич В.Д., 1998, Соловьева С.Л., 2008). Термин «феноменология» использовался Гегелем для обозначения «совокупности проявлений духа в сознании, истории и мышлении». Гуссерль применял тот же термин для целей описательной психологии явлений сознания. Для К. Ясперса феноменология – это эмпирический метод

исследования, возможный только благодаря информации, поступающей от исследуемого.

Из всего многообразия событий психической реальности феноменологи выделяют несколько групп феноменов, отличающихся между собой по способам их проявления.

Одно из ключевых явлений психической жизни – переживание (себя). Сфера субъективных переживаний представлена для человека как непрерывный поток внутренних событий. Часть этих событий, кристаллизуясь, обретают форму отдельных феноменов. Мы можем говорить об эмоциях, мыслях так, словно имеем дело с определенным объектом, существующим по меньшей мере в течение краткого промежутка времени. Эти феномены по своей природе субъективны и не могут быть восприняты наблюдателем непосредственно. Они находят свое проявление в речи (текст) и других *проявляемых* феноменах (телесная экспрессия, поведение и др.). Язык (речь) несет функцию обозначения субъективных феноменов, поэтому мы будем называть феномены, опосредованно проявляемые в речи *обозначаемыми*.

Другая группа феноменов представляет собой проявления психических способностей (восприятие, память, интеллект, работоспособность, мышление). Эти феномены доступны качественной и количественной оценке. Наблюдатель может воспринимать проявления этих феноменов непосредственно, если они проявлены.

Соматические события, находящиеся в фактической связи с событиями психической жизни или совпадающие с ними относятся к еще одной группе феноменов.

Значащие объективные проявления – это проявляемые и непосредственно воспринимаемые феномены, имеющие понятный психологический смысл. К ним относятся телесная экспрессия, поведение и результаты творческой деятельности. Эти феномены существуют только в проявленном виде.

К. Ясперс выделяет также непосредственные и опосредованные рефлексией феномены. Это означает, что любой феномен психической жизни имеет

характер непосредственного переживания, но осуществление интеграции происходит с участием мышления и воли.

К этому стоит добавить, что не все непосредственные переживания являются осознаваемыми, но даже не будучи осознанными, при этом могут проявляться в поведении и речи и быть доступны наблюдению. Феномены, таким образом, могут быть *осознаваемыми* и *не осознаваемыми*.

В контексте описания психотерапии как процесса взаимодействия представляется важным, что в смысле познания пациента-объекта психотерапевтом-субъектом, феномены, присущие пациенту могут быть *воспринимаемыми* или *не воспринимаемым* психотерапевтом. В психотерапевтическом взаимодействии разделение на «субъекта» и «объекта» является весьма условным, а в концепции некоторых методов и вовсе недопустимым. Однако, находясь в рамках клинической парадигмы (модели) психотерапии, необходимо признать, что поведение психотерапевта направляется психотерапевтическими целями и задачами, и в таком случае, мы неизбежно окажемся перед необходимостью определять направленность на «нечто», что присуще пациенту и связано с целью психотерапевтического вмешательства.

Учитывая, что психотерапевт во взаимодействии с пациентом является субъектом по отношению к пациенту, и его восприятие является опосредованным через призму профессиональных концепций, его профессионального и личного опыта и субъективного мира, то выделяемые им объекты-«феномены» всегда носят характер гипотезы, а также и вовсе могут привноситься им в процесс взаимодействия, например, в качестве предположений относительно наличия тех или иных феноменов у пациента. В поле описываемых феноменов необходимо включить и эти *предполагаемые* феномены, поскольку при ближайшем рассмотрении они составляют значительную часть описываемых психотерапевтическими теориями явлений психической жизни.

Таким образом, клинико-психологические феномены, которые могут иметь значение для психотерапевтического процесса, могут быть со стороны пациента:

- Проявляемые и не проявляемые
- Обозначаемые
- Осознаваемые и не осознаваемые

В смысле объективизации феноменов они могут быть:

- Проявляемыми во взаимодействии с психотерапевтом
- Выявляемыми инструментально (психодиагностически)
- Не проявляемыми, но ассоциируемыми с проявляемыми (на основании научного исследования)
- Предполагаемыми (субъектом взаимодействия).

Таким образом, психическая реальность пациента предстает в виде большого количества разнообразных, разнородных феноменов, имеющих различное значение для психотерапии (и для психотерапевта).

В каждой из методологических школ (будь то психиатрия или психоанализ) существует свое представление о наборе феноменов, связанных с патологией. Как правило, часть из них – проявляемые или обозначаемые, часть – гипотетические, являющиеся частью теоретических представлений – концептами, из которых вытекает представление о психологических механизмах психических расстройств (а в более широком виде – нарушений психологического функционирования, адаптации).

В литературе не существует единого определения «мишеней» психотерапии. Однако, так или иначе описывается объект и его отдельные стороны, на которые направлено психотерапевтическое вмешательство. В самых общих определениях это «личность», «болезнь», «расстройство».

Несмотря на различия в определениях психотерапии у разных авторов, в разных источниках, в целом в них так или иначе подчеркивается определение психотерапии как целенаправленного воздействия (с целью изменения). Даже когда это «взаимодействие», то тоже с целью изменения, а значит, взаимодействие в психотерапии все равно является воздействием. С другой стороны, большинство определений психотерапии описывают ее почти исключительно

как практический метод (лечения, воздействия, помощи, коррекции, и т.д.) (Соловьева С.Л., 2008; Карвасарский Б.Д., 2010).

Для решения задач и достижения цели исследования, необходимо было сформулировать рабочее определение «мишеней психотерапии». Оно было получено на основании экспертного метода. На первом этапе метода экспертных оценок, нами было проанализировано содержание более 20-ти описаний понятия «психотерапевтическая мишень». На основании этих описаний были сформулированы возможные смысловые компоненты определения «мишень психотерапии».

Для выбора наиболее значимых компонентов в определении мишеней психотерапии группе экспертов была предложена «Карта экспертного анализа», которая включала следующие пункты – формулировки (возможные смысловые компоненты определения «мишень психотерапии»):

Мишень психотерапии – это:

1. психологический феномен
2. психологическая характеристика
3. клинико-психологический феномен
4. внутриличностный механизм
5. параметры личности
6. психические проявления
7. объективность (проявленность) психологических феноменов
8. субъективность (гипотетичность) психологических феноменов
9. связь с теорией психотерапевтического метода
10. связь с этиопатогенезом расстройства
11. связь с психотерапевтическим вмешательством
12. связь с целью (задачей) психотерапии
13. связь с целью и задачами текущего этапа психотерапии
14. связь с представлениями психотерапевта о причинах расстройства

Каждый эксперт, включенный в исследование, заполнял «Карту экспертного исследования», ранжируя каждый пункт списка в соответствии с критери-

ем значимости и универсальности его содержания для общего определения понятия «мишень психотерапии». Ниже приведена итоговая таблица с рангами у каждого из 10-ти экспертов по каждому пункту и итоговой суммой рангов (таблица 5).

Таблица 5. Экспертная оценка содержательных компонентов определения мишени психотерапии

Эксперты:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	N
1 пункт	1	9	1	1	2	14	14	4	1	1	48
2 пункт	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	18
3 пункт	14	14	14	14	14	13	11	14	14	14	136
4 пункт	5	2	3	3	5	12	10	5	3	3	51
5 пункт	4	3	4	5	4	1	6	2	4	4	37
6 пункт	3	8	5	4	3	11	5	1	5	9	54
7 пункт	12	10	13	13	11	10	13	12	10	11	115
8 пункт	11	11	12	12	10	9	12	13	11	10	111
9 пункт	9	4	9	11	6	5	3	6	9	8	70
10 пункт	8	5	6	10	7	6	4	9	8	7	70
11 пункт	13	12	11	9	13	8	9	11	12	12	110
12 пункт	10	13	10	8	12	7	8	10	13	13	104
13 пункт	7	6	7	7	8	4	2	8	7	6	62
14 пункт	6	7	8	6	9	3	7	7	6	5	64

По результатам метода экспертных оценок, наиболее значимыми для формулирования определения «мишеней психотерапии» были такие параметры, как «клинико-психологический феномен», «связь с психотерапевтическим вмешательством», «объективность (проявленность) психологических феноменов», «субъективность (гипотетичность) психологических феноменов», «связь с целью (задачей) психотерапии».

В формулировании рабочего определения учтены все эти компоненты. Таким образом, под термином «психотерапевтическая мишень» предлагается рассматривать **проявляемый в процессе психотерапии пациентом или предполагаемый психотерапевтом клинико-психологический феномен, изменение которого является целью психотерапевтического воздействия на конкретном этапе психотерапевтического процесса.**

Это определение является рабочим, принятым для выполнения целей и задач исследования.

3.2. Возможные плоскости определения отдельных мишеней психотерапии

Обобщая наиболее популярные взгляды на возможные сферы определения мишеней психотерапии, можно выделить принципиальное разделение на личностный и симптоматический уровень мишеней психотерапевтического вмешательства (Соловьева С.Л., 2000; Перре М., Бауманн У., 2012):

Первая плоскость (подразумевающая вмешательство на уровне текущих проявлений расстройства, симптоматический):

1. Текущие психические состояния и процессы.
2. Негативные аффекты.
3. Наблюдаемые феномены, требующие усиления или ослабления (поведение, симптомы).

Эти феномены могут требовать коррекции либо как отдельные болезненные симптомы того или иного расстройства, либо как проявления более сложных процессов, на которые необходимо воздействовать опосредованно.

Вторая плоскость (подразумевающая личностный уровень вмешательства):

1. Личность и ее свойства.
2. Личностные особенности, способствующие дезадаптации (какого бы характера и уровня ни была дезадаптация – кризисная, социально-психологическая, невротическая, психопатическая, психотическая).
3. Личностные диспозиции, подлежащие усилению или ослаблению.

4. Личностные феномены, относимые к факторам и механизмам возникновения и течения расстройства.

Эти позиции отражают разную степень обобщения, но в целом, указывают на необходимость поиска мишеней психотерапии в сфере личностных механизмов (факторов) возникновения расстройств. Эти факторы довольно разнообразны и относятся к разным сферам функционирования личности. Значимость тех или иных факторов в большой степени определяется теоретическими взглядами исследователей. Многие из таких механизмов описаны сугубо в рамках психотерапевтических методов в качестве предмета воздействия специальных технических психотерапевтических приемов. Но тем не менее, в этой сфере возможно выделить клинико-психологические личностные феномены, обнаруживаемые в эмпирических исследованиях личности у пациентов с теми или иными расстройствами. Они имеют отношение к личностным характеристикам, сфере саморегуляции, паттернам переживаний (отношений), ценностным ориентациям.

Таким образом, феномены, относящиеся к личностной сфере, можно разделить на методические (связанные с теорией отдельных методов) и неметодические.

Две указанные плоскости (сферы) поиска мишеней психотерапии имеют отношение к пациенту, его личности или симптомам его расстройства. Однако, межличностное взаимодействие между клиентом и психотерапевтом по праву стало занимать центральное место в понимании психотерапии. Именно взаимодействие и те отношения, которые устанавливаются между психотерапевтом и их клиентом, стали рассматриваться как основное содержание психотерапевтического процесса. Психотерапевты различных направлений представляются весьма сходными в своем идеальном стиле отношений при взаимодействии со своими пациентами (Orlinsky et al., 1996). «Качество терапевтических отношений» является, согласно данным Х. Федершмидта (1996) эмпирически наиболее доказанным действенным фактором эффективности.

В связи с этим, в большинстве психотерапевтических методов имеются

указания относительно требуемых параметров терапевтических отношений, необходимых для того, чтобы специфические факторы того или иного метода стали фозможны. Например, для осуществления директивного вмешательства необходима соответствующая доверительная позиция пациента, а для недирективного – соответствующая активная и субъектная позиция пациента. Важнейшей движущей силой различных направлений психотерапии является система отношений «психотерапевт – пациент», и это касается не только специфических терапевтических, но также и так называемых общих, неспецифических факторов (Перре М., Бауманн У., 2012). Общие факторы, в свою очередь, также связаны со стилем и стратегией поведения психотерапевта. Кроме того, многие затруднения в осуществлении психотерапевтического процесса, рассматриваемого как межличностный процесс, связаны с проблемными аспектами коммуникационного и метакоммуникационного уровня (Вацлавик П., Бивин Д., Джексон Д., 2000.).

Таким образом, необходимо описание **третьей плоскости** поиска мишеней психотерапии – имеющих отношение к формированию необходимых психотерапевтических отношений. А это, в свою очередь, требует воздействия на текущие межличностные процессы:

- 1) характер активности участников психотерапевтической коммуникации;
- 2) отношение участников к психотерапевтической коммуникации;
- 3) проблемные метакоммуникационные аспекты психотерапевтического взаимодействия.

Существует еще одна, **четвертая плоскость**, которая объединяет такие факторы возникновения и поддержания расстройства, которые как будто выходят за пределы компетенции врача-психотерапевта. Но при этом регулярно возникают в терапевтическом процессе как связанные с разными аспектами обстоятельств реальной жизни и переживаний пациента и влияющими как на состояние пациента, так и на возможность проведения психотерапии. Например, актуальный семейный конфликт. Или реальный недостаток социальной интеграции пациента, затрудняющий его адаптацию и выздоровление. Это пробле-

мы, которые приходится учитывать при планировании психотерапевтических и других лечебных мероприятий.

К **пятой плоскости** мы относим все формулировки, источником которых являются теории психотерапевтических методов, с их представлениями об этиопатогенетических механизмах психических расстройств, и прочих феноменах, подлежащих изменению.

Таким образом, предлагаемая классификация психотерапевтических мишеней опирается на предположение о том, что любая из определяемых мишеней психотерапии будет относиться к одной из следующих 5 групп, отражающих возможные «источники» определения психотерапевтических мишеней в условиях реального психотерапевтического процесса:

- 1) клинические проявления невротического расстройства у пациентов, проходящих психотерапию;
- 2) личностные и психологические особенности пациентов, существенным образом влияющих на возникновение и динамику расстройства;
- 3) особенности психотерапевтического взаимодействия в рамках психотерапевтического процесса;
- 4) обстоятельства жизни и микросоциального функционирования пациента, в том числе имеющие психогенное и патопластическое влияние на расстройство;
- 5) теоретические понятия, сформулированные в терминах психотерапевтических методов.

Разработанная на этой основе классификация включила в себя 5 основных групп психотерапевтических мишеней:

- I – клинические психотерапевтические мишени (клинической специфики);
- II – мишени, специфичные для индивидуально-психологических и личностных особенностей пациента;
- III – мишени, специфичные для психотерапевтического процесса;
- IV – мишени, специфичные для микросоциальной ситуации;

V – мишени, специфичные для психотерапевтического метода.

Дальнейшая работа по анализу выделяемых мишеней психотерапии, позволила определить специфику психотерапевтических мишеней выделенных классификационных групп:

I группа мишеней. Мишени группы рассматриваются в качестве наиболее специфичных для разработки индивидуальной психотерапевтической программы, связаны с конкретными проявлениями расстройств, определяющих причины обращения пациентов за медицинской помощью, и описываются на языке клинической семиотики (например, тревога, навязчивый страх, невротическая депрессия и т.д.). Наличие этой группы психотерапевтических мишеней в когнитивно-мотивационной схеме психотерапевта важно для интеграции психотерапии в систему медицинской помощи с содержательной стороны. Они не только способствуют формированию клинически-ориентированной программы психотерапии, но и обеспечивают профессиональную коммуникацию между врачами-психотерапевтами (например, при проведении в одной лечебной программы индивидуальной, семейной и групповой психотерапии разными специалистами), между психотерапевтом и другими участниками психотерапевтической бригады, между психотерапевтом и руководителем лечебно-профилактического учреждения. Для включения психотерапевтической мишени в эту группу необходимо ее наличие в МКБ-10 или специальных клинических глоссариях.

II группа мишеней. К этой группе, относятся психотерапевтические мишени, связанные с личностными и индивидуально-психологическими особенностями пациентов. Они напрямую не связаны с конкретным типом невротического расстройства или существующим симптомокомплексом, однако могут рассматриваться в качестве существенных элементов этиопатогенеза невротических расстройств и являются факторами, определяющими их возникновение и развитие. Примерами таких феноменов могут быть либо устойчивые характеристики личности, например, проблемы самооценки, алекситимия, тревожность, инфантильность. А также личностные проявления, отражающие эти ха-

рактеристики. Например, межличностный конфликт, зависимые отношения и пр. Психотерапевтические мишени этой группы находятся на границе компетенции врача-психотерапевта и клинического (медицинского) психолога. Психотерапевт занимается межличностными конфликтами в процессе семейной психотерапии, или коррекцией зависимых отношений, которые могут быть у пациента, тем самым повышается вероятность выздоровления.

III группа мишеней. Эти психотерапевтические мишени имеют отношение к психотерапевтическому взаимодействию психотерапевта и пациента. Воздействие на эти мишени необходимо для создания качественных условий проводимой психотерапии. Примерами могут быть феномены, отражающие особенности участия в психотерапии пациента (избегание, пассивность, особенности мотивации к психотерапии, отношение к психотерапевту), психотерапевта (степень директивности или активности, отношение к пациенту, степень открытости) или стиля коммуникации между ними в процессе психотерапии (степень доверия между участниками психотерапевтического процесса). Содержание психотерапевтических мишеней этой группы – описание специфики построения психотерапевтических отношений, качество и особенности психотерапевтического контакта.

IV группа мишеней. Это особенности (параметры) микросоциальной ситуации. Выделение этой группы мишеней необходимо для разделения сфер компетенции специалистов, оно также помогает определять потребность в них (враче-психиатре, клиническом (медицинском) психологе, специалисте по социальной работе, коррекционном педагоге и пр.). Есть основные причины отнесения феноменов этой группы к компетенции психотерапии: во-первых, учет этих феноменов напрямую влияет на качество психотерапевтического процесса, а часто и на саму возможность его осуществления; во-вторых, специфика микросоциальной ситуации нередко проявляется (или изменяется) только в процессе психотерапии и фактическая сторона межперсональных сложностей пациента может выступать в качестве определенной стороны психотерапевтического процесса; в-третьих привлечение участников психотерапевтической

бригады должно в значительной мере учитывать запросы самого пациента, и привлечение других специалистов является составляющей процесса психотерапии.

Что касается первой причины, то речь, видимо, идет о симптоматическом уровне вмешательства, который возможен в рамках любой по направлению психотерапии. Однако в клинической психотерапии речь идет именно о затруднениях в обеспечении процесса психотерапии, а не о чем-то самоценном. Иначе говоря, если мы имеем дело с мишенью этого типа, то результативность воздействия на нее может являться необходимой предпосылкой для успеха, но не может быть успехом психотерапевтического вмешательства в целом. Примерами феноменов этого типа могут быть: уровень психологической осведомленности пациента, вовлеченность пациента в актуальную психотравмирующую ситуацию, разрушение семьи пациента в период невротического расстройства, болезнь другого члена семьи, материальная зависимость пациента от членов семьи, и пр.

Планирование даже краткосрочной динамической психотерапии в клинической ситуации утраты близких было бы неадекватным шагом, а назначение в этой же ситуации на начальном этапе психотерапевтического вмешательства кризисной психотерапии в большей мере учитывало бы интересы пациента.

V группа мишеней. Многие объяснительные теории при описании мишеней психотерапии оперируют теоретическими конструктами (гипотетическими образованиями типа интрапсихического конфликта), часть из которых можно сопоставить с выявляемыми, проявляемыми или обозначаемыми феноменами. Они составляют группу мишеней, специфичных для психотерапевтического метода. Эти конструкты существуют в представлениях психотерапевта о пациенте и причинах невротического расстройства, определяют поведение психотерапевта по отношению к пациенту, являются теоретическими основаниями отдельных методов и неотделимы от собственно интервенции, предлагаемой методом. К примеру, интрапсихический невротический конфликт – это образование, объективизация которого затруднена, но проведение психодинамической

психотерапии невозможно без предположения о конфликте такого типа, в противном случае все действия психотерапевта теряют смысл. Для выделения мишеней, специфичных для метода, необходимо соотнесение их не только с теорией личности, лежащей в основе какого-либо метода, но и с концепцией патологии, предлагаемой данной теорией. Выделение этих мишеней позволяет оценивать адекватность метода особенностям психотерапевтического заказа, клинического состояния, специфике личности пациента и клинической ситуации заявленным целям, в том числе во время супервизии.

В таблице 6 представлена типология (классификация) мишеней психотерапии:

Таблица 6. Классификация мишеней психотерапии

Группа мишеней	Название группы мишеней	Сфера определения мишеней психотерапии	Содержание мишеней психотерапии
I группа	«Мишени, специфичные для клинической группы»	Клинические проявления расстройства у пациентов, проходящих психотерапию	Текущие психические состояния и процессы, негативные аффекты, симптоматическое поведение
II группа	«Мишени, специфичные для личности»	Личностные и психологические характеристики пациентов, существенным образом влияющие на возникновение и динамику расстройства (факторы и механизмы этиопатогенеза)	Диспозиции, подлежащие усилению, или ослаблению, или нормализации; поведение, подлежащее изменению, либо формированию; сфера саморегуляции; паттерны переживаний (отноше-

			ний)
III группа	«Мишени, специфичные для психотерапевтического контакта»	Особенности взаимодействия в рамках психотерапевтического процесса	Какая-либо коммуникативная активность пациента или терапевта, подлежащие усилению, ослаблению, или изменению
IV группа	«Мишени, специфичные для микросоциальной ситуации»	Параметры жизненной ситуации и микросоциального функционирования пациента, в том числе имеющие психогенное и патопластическое влияние на расстройство	Особенности семейной адаптации; особенности профессиональной адаптации; особенности других аспектов социальной адаптации
V группа	«Мишени, специфичные для метода»	Теоретические понятия, сформулированные в теориях психотерапевтических методов	Механизмы этиопатогенеза: феномены, подлежащие воздействию посредством технических приемов конкретного метода психотерапии

3.3 Мишени психотерапии для невротических расстройств

Источниками для составления перечня психотерапевтических мишеней первой группы (специфичные для клинической группы) служили клинические руководства, глоссарии, монографии, диссертационные работы и научные статьи, посвященные клинике невротических расстройств. Перечень невротических симптомов был согласован с указаниями руководства Международной

классификации психических и поведенческих расстройств МКБ-10 (Мясищев В.Н., 1961; Тупицын Ю. Я., 1970; Карвасарский Б.Д., Тупицын Ю.Я., 1974; Малкова Л.Д., 1978; Свядощ А.М., 1982; Простомолотов В.Ф., 1985; Ушаков Г.К., 1987; Карвасарский Б.Д., 1988, 1990, 2011; Абабков В.А., 1992; Каплан, Г.И., Сэдок Б.Дж., 1998; Полторак СВ., 1999; Александровский Ю.А., 2000; Менделевич В.Д., Соловьева С.Л., 2002; Барлоу Д., 2008; Точилов В.А., 2009; Караваева Т.А., 2011, 2015; Вахренева О.А., 2014; М.М. Weissman, M.L. Brace, P.J. Leaf, L.P. Florio, C Holzer, 1991, и др.).

Источниками для составления перечня мишеней второй группы (индивидуально-психологические и личностные феномены) служила прежде всего научная литература, данные научных исследований в области изучения личности больных с невротическими расстройствами – диссертации, монографии, статьи в рецензируемых журналах (Лурия А.Р., Леонтьев А.Н. 1926; Яковлева Е. К., 1958; Мясищев В.Н., 1960, 1961, 1995; Тупицын Ю. Я., 1970, 1992; Федоров А.П., 1978, 1995; Ташлыков В.А., 1983, 1992; Исурина, Г.Л., 1984, 1990, 1995; Простомолотов В.Ф., 1985, 2002; Кайдановская Е.В., 1987; Лаутербах В., 1989; Иосебадзе Т.Т., 1990; Карвасарский, Б.Д., 1990, 2002, 2006, 2010; Тер-Багдасарян Л.П., 1990; Ялов А.М., 1990; Гольшкина Е.А., 1991; Ледер С., 1992; Назыров Р.К., 1993; Овчаренко, В.И., 1994; Чехлатый, Е.И., 1994, 2007; Никольская Е.Б., 1995; Таукенова Л.М., 1995; Кулаков С.А., 1997; Полторак СВ., 1999; Мак-Вильямс Н., 2001; Полянская, А.М., 2001; Валентик Ю.В., 2002; Пепе М., Бауман У., 2002; Соловьева С.Л., 2002, 2008; Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И., 2003; Мизинова Е.Б., 2004; Ковпак Д.В. 2005; Холмогорова А.Б., 2006; Хьелл, Л.А., Зиглер. Д.Дж., 2006; Балашова С.В., 2007; Караваева Т.А., 2011; Колотильщикова Е.А., 2011; Менделевич В.Д., Орлов Д.К., Николаев Е.Л., 2015; Robinson L.A., Berman J.S., Neimeyer R.A., 1990; Anchor. K.N., 1991; Coursey, R.D., 1995; David H. Barlow, 2001, и др.).

Для составления перечня психотерапевтических мишеней третьей группы (специфичных для психотерапевтического процесса) использованы результаты клинико-психотерапевтического анализа лечения 68 больных с невротическими

расстройствами, а также научные статьи и монографии, посвященные межперсональным аспектам психотерапевтического процесса (Ташлыков В.А., 1974, 1984, 1992; Бакирова Г.Х., 1983; Кратохвил С., 1983; Ледер С., 1990; Урсано Р., Зонненберг С, Лазар С., 1992; Томэ Х., Кэхеле Х., 1996; Куттер П., 1997; Вацлавик П., Бивин Д., Джексон Д., 2000; Пере М., Бауман У., 2002; Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У., 2002; Катков А.Л., 2003; Тукаев Р.Д., 2003; Карвасарский Б.Д, 2006, 2008, 2010; Соммерз-Фланаган, Дж., Соммерз-Фланаган, Р., 2006; Соловьева С.Л., 2008; Дмитриева Т.В., 2009; Холмогорова А.Б., 2010; Rogers, C.R., 1986; Anchor. K.N., 1991; Kelly T.A., Strupp H.A., 1992; Bergin A.E., Garfield S.L., 2004, и др.).

С целью идентификации мишеней четвертой группы, отражающих специфику микросоциальной ситуации, изучались клинические карты пациентов, структурированные интервью врачей-психотерапевтов, протоколы клинко-психотерапевтических разборов и клинических конференций.

Для идентификации мишеней 5-й группы, специфичных для психотерапевтического метода, в качестве источника информации служили базовые литературные источники по соответствующим методам психотерапии, в настоящей работе приводятся только мишени, имеющие отношение к личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (Мясищев В.Н., 1960, 1961, 1993, 1995; Зачепиский Р. А., 1973; Исурина, Г.Л., 1984, 1995; Карвасарский Б.Д., 1985, 2006, 2008; Кайдановская Е.В., 1987; Столова Е.А., 1987; Александров А.А., Бараш Б.А., Исурина Г.Л., Карвасарский Б.Д., Ташлыков В.А., Федоров А.П., 1992; Кулаков С.А., 1997; Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1999; Мизинова Е.Б., 2004; Незнанов Н.Г., Васильева А.В., 2006; Чернявский В.А., 2013, 2014 и др.).

Дополняемый перечень мишеней психотерапии для группы невротических расстройств:

1-я группа (мишени клинической специфики):

1. Раздражительность
2. Трудности концентрации внимания

3. Нарушения памяти
4. Неустойчивость настроения (эмоциональная лабильность)
5. Панические приступы
6. Тревога
7. Фобии (различного содержания)
8. Сниженное настроение
9. Навязчивости (компульсивные проявления)
10. Навязчивости (обсессивные проявления)
11. Астения
12. Ипохондрические проявления
13. Невротические нарушения чувствительности
14. Невротические двигательные нарушения
15. Вегетативные симптомы
16. Головные боли
17. Невротические боли
18. Сексуальные нарушения
19. Нарушение пищевого поведения
20. Заикание
21. Нарушения сна
22. Невротические соматические нарушения
23. Ограничительное поведение
- 2 группа (специфичные для личности):**
24. Психотравмирующие переживания
25. Неадекватная внутренняя картина болезни
26. Механизмы вторичной выгоды болезни
27. Механизмы психологической защиты
28. Неадаптивные стратегии совладания с трудностями
29. Низкий уровень рефлексии (своих чувств, мотивов, отношений)
30. Низкая способность к заботе о себе
31. Недостаточная психологическая компетентность

32. Алекситимия
 33. Перфекционизм
 34. Эгоцентризм
 35. Низкая фрустрационная толерантность
 36. Нарушения саморегуляции
 37. Нарушения самооценки
 38. Трудности в близких отношениях
 39. Трудности в отношениях с людьми противоположного пола
 40. Трудности в решении актуальных жизненных проблем
 41. Сильные негативные эмоции (переживания стыда, вины, злости, зависти, страха и др)
 42. Завышенная ценность положительной оценки со стороны окружающих
 43. Гипернормативность (жесткая система правил, долженствований, моральных норм)
 44. Локус контроля
 45. Уровень притязаний
 46. Трудности целеполагания
 47. Иррациональные установки
 48. Недостатки поведенческих моделей (коммуникативные навыки)
 49. Трудности в принятии решений (склонность к сомнениям)
 50. Недостаток интересов
- 3-я группа мишеней (относимые к сфере психотерапевтического взаимодействия):**
51. Недостаточная мотивация к психотерапии
 52. Некорректные ожидания от психотерапии
 53. Несформированный запрос на психотерапию
 54. Контакт с пациентом
 55. Недостаток доверия к психотерапевту
 56. Недостаток самораскрытия пациента в процессе психотерапии

- 57. Недостаток активности пациента в психотерапевтическом процессе
- 58. Нарушение режима встреч (пропуски, опоздания)
- 59. Чрезмерные требования к психотерапевту
- 60. Разочарование в психотерапии
- 61. Зависимость от психотерапевта и психотерапии
- 62. Сопротивление
- 63. Стремление соответствовать ожиданиям психотерапевта
- 64. Эмоциональное напряжение во время сессий
- 65. Недостаточная интеграция терапевтического опыта
- 66. Манипулятивное поведение в отношениях с психотерапевтом
- 67. Отрицание реальных терапевтических изменений

4-я группа (специфичные для микросоциальной ситуации):

- 68. Нарушение социальной адаптации
- 69. Актуальная психотравмирующая ситуация
- 70. Социальная изоляция (дефицит социальных связей)
- 71. Семейный конфликт
- 72. Недостаток информации о природе заболевания
- 73. Проблемы профессиональной адаптации

5-я группа (специфичные для метода ЛОРП):

- 74. Недостаток осознания своей роли в возникновении и поддержании психологических проблем
- 75. Недостаток осознания связи между неспецифическим напряжением, симптомами, психотравмирующими ситуациями и особенностями личности (связи «личность-ситуация-болезнь»)
- 76. Внутрилиchnостный невротический конфликт
- 77. Проблемы самовосприятия и самоотношения
- 78. Недостаток социального восприятия (осознавания того, как воспринимается и оценивается собственное поведение другими людьми)
- 79. Недостаток осознания характера своих отношений с людьми

80. Недостаток осознания своего отношения к значимым аспектам жизни

81. Недостаток осознания генетического плана своей личности (связи своих особенностей, конфликтов, переживаний со своей историей, и условиями формирования своей системы отношений)

82. Неадекватность некоторых эмоциональных реакций отдельным аспектам действительности (недостаток конструктивного переживания своих отношений с людьми), неадаптивные эмоциональные реакции.

83. Недостаток осознания и неполнота переживания эмоционального плана собственной личности (недостаток осознания чувств)

84. Недостаток (интеграции) опыта принятия и поддержки со стороны других людей

85. Недоступность (неполная доступность) эмоционального опыта прошлых проблемных ситуаций

86. Недостаток эмоционально благоприятного отношения к себе

87. Неточная вербализация неясных переживаний и понятий

88. Недостаток рефлексии поведения

89. Неадаптивное, проблемное поведение (недостаток репертуара конструктивного, адаптивного поведения)

90. Отношения с психотерапевтом

ГЛАВА 4. ИССЛЕДОВАНИЕ ПРАКТИКИ ПРОВЕДЕНИЯ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ (РЕКОНСТРУКТИВНОЙ) ПСИХОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

4.1. Психологический анализ психотерапевтического случая

В связи с задачей изучения реальной практики психотерапевтического лечения пациентов с невротическими расстройствами методом личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии нами был разработан алгоритм психологического анализа психотерапевтического случая. Этот алгоритм создан для описания и оптимизации психотерапевтического процесса и выделения в конкретных случаях предпосылок для коррекции его стратегии и тактики.

В таблице 7 алгоритм психологического анализа психотерапевтического случая сравнивается с другими существующими техниками анализа лечебного процесса в психотерапии – клиническим разбором, супервизией и балинтовой группой. Каждый из этих инструментов предназначен для решения конкретных задач, связанных с повышением эффективности психотерапии. И хотя они позволяют оценивать и оптимизировать различные компоненты психотерапевтического процесса, однако каждый из них в отдельности не позволяют провести комплексный и многомерный анализ психотерапевтического случая.

Таблица 7. Сравнительные характеристики клинико-психотерапевтического анализа отдельного случая и других форм анализа лечебного процесса

Элементы анализа	Психологический анализ	Клинический разбор	Балинтовская группа	Супервизия
Объект анализа	Психотерапевтический процесс	Клинико-психологическое состояние и процесс лечения пациента	Отношения «врач – больной» в процессе психотерапии	Профессиональные и личностные качества психотерапевта в при-

				ложении к его профес- сиональной деятельности
Материал	Клинико- психологиче- ские аспекты психогенеза, процесса психотерапии с учетом взаимодейст- вия врача и пациента	Клинические, психологиче- ские и лабора- торные данные о пациенте	Нарратив психотера- певта о слу- чае взаимо- действия с пациентом	Процесс пси- хотерапевти- ческой рабо- ты или про- токол психо- терапевтиче- ского случая
Цели	Клинико- психотера- певтическая оценка про- цесса психо- терапии и её оптимизация	Клиническая и клинико- психологиче- ская оценка состояния и результатов лечения паци- ента	Улучшение взаимодейст- вия в системе «врач – боль- ной»	Рефлексия своей про- фессиональ- ной деятель- ности и раз- витие знаний, навыков и умений пси- хотерапевта
Результат	Психотера- певтический диагноз	Клинический диагноз	Осознание отношений	Коррекция профессио- нального стиля
Методика	Экспертный анализ психо- терапевтиче-	Экспертный анализ клини- ческого со-	Групповая дискуссия и групповое	Профессио- нальное кон- сультирова-

	ского процес- са	стояния и ле- чения	взаимодейст- вие	ние
Эксперты	Психотера- певты и спе- циалисты смежных об- ластей психо- терапии	Врачи- психотерапев- ты и врачи смежных спе- циальностей	Психотера- певты	Супервизор
Влияние на эффектив- ность психо- терапии	За счет луч- шего понима- ния психоте- рапевтиче- ского процес- са и взаимо- действия в системе «врач – пациент»	За счет лучше- го клиниче- ского анализа состояния па- циента и сис- темы прово- димого лече- ния	За счет луч- шего пред- ставления о характере взаимодейст- вия врача и больного	За счет луч- шего пони- мания влия- ния личности психотера- певта на про- цесс психо- терапии

Алгоритм психологического анализа психотерапевтического случая представляет собой структурированное групповое обсуждение процесса психотерапии, представленного в виде различных элементов описания конкретного психотерапевтического случая в условиях группы профессионалов (врачи-психотерапевты, клинические психологи, специалисты в области конкретных психотерапевтических методов и др.) с целью профессиональной помощи диаде «психотерапевт – пациент» в коррекции процесса психотерапии.

Методика психологического анализа включала в себя следующие элемен-
ты. В центре группового обсуждения находится диада «психотерапевт – паци-
ент», которая инициирует профессиональную дискуссию. Задачей ведущего
клинико-психотерапевтического анализа является управление групповым об-

суждением, соблюдение процедуры, временного и содержательного регламентов.

Источниками информации являются: рассказ (нарратив) врача-психотерапевта, рассказ (нарратив) пациента, экспертные данные — результаты психологического исследования диады «психотерапевт — пациент», мнение психотерапевта-эксперта (супервизора), наблюдавшего функционирование диады и ее взаимодействие. Во время психологического анализа, как правило (за исключением экстренных случаев), проводится обсуждение случая после проведенной клинической диагностики пациента. Клиническая оценка состояния пациента и верифицированный клинический диагноз позволяют осуществить фокусировку на анализе психотерапевтического процесса.

Клинико-психологическое обследование процесса психотерапии проводилось по специальной программе. Программа предполагает исследование диады «психотерапевт — пациент» на различных этапах психотерапии психодиагностическими методиками. Пациенту предлагаются методы, включающие Гиссенский опросник (который пациент заполняет о себе), опросник Лазаруса и специально разработанную анкету, включающую перечень чувств, которые пациент испытывал на текущей психотерапевтической сессии. Психотерапевту предлагается Гиссенский опросник, который заполняется врачом-психотерапевтом о пациенте, список копинг-механизмов из опросника Лазаруса и вышеуказанная анкета чувств. Полученные в результате исследований данные в сопоставлении с эмоционально-личностными особенностями пациента позволяют клиническому психологу принимать участие в анализе адекватности выбора метода и форм психотерапии и формировании индивидуальной психотерапевтической программы.

После получения информации присутствующие специалисты под руководством ведущего задают вопросы врачу-психотерапевту, представляющему случай, пациенту и экспертам — психологу, проводившему обследование, супервизору. На этом этапе часто обнаруживаются не учтенные ранее важные аспекты психотерапевтического случая.

Беседа с пациентом позволяет оценить важные для психотерапевтического процесса аспекты такие, как отношение пациента к имеющемуся расстройству и понимание им причин возникновения симптомов, степень понимания сути и смысла психотерапии, позиция пациента в психотерапевтическом процессе, отношение пациента к проводимой психотерапии и к психотерапевту.

Специалисты-эксперты получают представление о психогенезе расстройства, избранных мишенях психотерапии, содержании психотерапии, особенностях взаимодействия в процессе ее между врачом и пациентом с учетом мотивации пациента, его отношения к своему состоянию, к психотерапевту и проводимой психотерапии. На основании полученных данных формулируется заключение, позволяющее строить дальнейшую психотерапевтическую стратегию с учетом проанализированных аспектов психотерапевтической ситуации.

Последовательность группового обсуждения включает в себя 6 основных этапов:

- 1) Сообщение психотерапевта о своем понимании случая пациента и проводимой психотерапии (ее описание психотерапии психотерапевтом).

- 2) Сообщение пациента о собственном расстройстве, его причинах, проводимой психотерапии и о враче-психотерапевте (описание психотерапии пациентом).

- 3) Наблюдение участниками клинико-психотерапевтического анализа особенностей взаимодействия врача-психотерапевта и пациента, технически это реализуется таким образом, что лечащий врач-психотерапевт беседует в процессе психологического анализа психотерапевтического случая с пациентом, помогает пациенту структурировать его нарратив и таким образом проявляет особенности взаимодействия диады.

- 4) Проясняющие вопросы врачу-психотерапевту и пациенту от участников клинико-психотерапевтического разбора.

- 5) Сообщение психотерапевтом-экспертом (супервизором), присутствовавшим на одной или нескольких сессиях, о результатах своего наблюдения за функционированием диады.

6) Сообщение психологом результатов экспериментально-психологического исследования.

7) Обсуждение специалистами информации, полученной из указанных источников, сфокусированной, как правило, на трех основных вопросах: 1) понимании личности пациента и психологических (психосоциальных) механизмов болезни; 2) особенностей процесса психотерапии и взаимоотношений врача-психотерапевта и пациента, а также 3) предложениях по оптимизации процесса психотерапии.

В таблице 8 алгоритм психологического анализа психотерапевтического случая представлен в виде последовательности основных этапов группового обсуждения.

Таблица 8. Алгоритм психологического анализа психотерапевтического случая и содержательные характеристики его этапов

№	Этапы	Содержание этапа
1.	Представление врачом-психотерапевтом своего понимания случая психотерапии, пациента и проводимой психотерапии	Нарративное описание психотерапии психотерапевтом
2.	Представление пациента о собственном расстройстве, его причинах, проводимой психотерапии и о враче-психотерапевте	Нарративное описание психотерапии пациентом
3.	Наблюдение участниками клинико-психотерапевтического анализа особенностей взаимодействия врача-психотерапевта и пациента в ходе психологического анализа психотерапевтического случая	Технически это реализуется таким образом, что психотерапевт, проводящий психотерапию, помогает своему пациенту структурировать нарратив и таким образом проявляет особенности взаимодействия диады
4.	Формулирование врачом и пациентом вопросов (целей) сессии	Фокусировка экспертов на актуальных задачах и сложностях диады

	психологического анализа психотерапевтического случая	«врач-пациент» в контексте конкретного психотерапевтического случая
5.	Представление психотерапевтом-экспертом (супервизором), присутствовавшим на одной или нескольких сессиях, результатов своего наблюдения за функционированием диады	Нарратив супервизора Протокол супервизии
6.	Представление психологом результатов экспериментально-психологического исследования	Психодиагностическое заключение
7.	Групповая дискуссия, структурируемая ведущим психологического анализа психотерапевтического случая	Обсуждение участниками информации, полученной из указанных источников, сфокусированной, как правило, на трех основных вопросах – 1) понимание личности пациента и психологических (психосоциальных) механизмов болезни, 2) особенности процесса психотерапии и взаимоотношений врача-психотерапевта и пациента, 3) описание выявленных трудностей и их причин, а также предложения по оптимизации процесса психотерапии.

Результатами психологического анализа психотерапевтического случая в большинстве случаев являются:

– формирование у врача-психотерапевта и пациента более полного представления об этиологических и патогенетических механизмах возникновения расстройства;

- формирование у врача-психотерапевта целостной концепции психогенеза (психотерапевтической гипотезы);
- уточнение в описании мишеней психотерапии, относящихся ко всем пяти группам (нозологические, личностные, коммуникативные, методические, а также связанные с особенностью клинической ситуации);
- коррекция мотивации пациента;
- учет и принятие во внимание новых, ранее не отмеченных аспектов психотерапевтических отношений;
- описание технических и технологических проблем психотерапевтического процесса;
- формулирование рекомендаций относительно взаимодействия между членами терапевтической бригады и дальнейшего психотерапевтического лечения.

Одним из этапов оптимизации методики стало изучение ее возможностей. Для анализа ее эффективности (способности анализировать большинство феноменов процесса психотерапии) и чувствительности (возможность качественной и количественной оценки феноменов процесса психотерапии) был выбран метод экспертных оценок.

По результатам анализа литературы и сообщений экспертов для этого был разработан специальный опросник. В нем были перечислены общие факторы психотерапевтического процесса, относящиеся к психотерапевту и его поведению, пациенту и функционированию диады. Участвующие в клинικο-психотерапевтическом разборе эксперты должны были отметить степень отражения на разборе этих факторов по следующим критериям: фактор не был затронут; отражены некоторые аспекты; подробно отражены некоторые аспекты; отражен в достаточной мере; подробно отражен.

В качестве экспертов выступали, врачи-психотерапевты и клинические психологи, имеющие опыт проведения психотерапии, а также непосредственно принимавшие участие в клинικο-психотерапевтическом анализе (предлагали свои случаи психотерапии для экспертного анализа и участвовали в анализе

психотерапии как эксперты). Всего в исследовании приняли участие 35 врачей-психотерапевтов с опытом самостоятельной практики от 6 до 17 лет. Они заполняли опросник каждый раз непосредственно после окончания клинико-психотерапевтического анализа случая в количестве от 4 до 10 раз.

В итоге качественной и количественной обработки данных были получены следующие результаты.

После психологического анализа участвующие в нем специалисты получают сведения:

- об избранных целях и мишенях психотерапии (какие цели стоят перед терапией, исходя из чего они поставлены, какие шаги могут быть предприняты в этом направлении уже сейчас);
- представлениях психотерапевта о пациенте (концепция психотерапевта о заболевании и личности пациента, механизмах, лежащих в основе формирования болезни);
- о ролевых стратегиях психотерапевта и пациента (какую позицию в данной диаде занимает психотерапевт, как он сам ее понимает, как пациент называет эту позицию, какую он играет роль);
- о характере эмоционального контакта (близость и понимание эмоционального состояния друг друга, адекватные этому реакции);
- о коммуникативной компетентности пациента и психотерапевта, (подробное отражение этого фактора, так как в структуре разбора есть время, когда происходит непосредственное взаимодействие врача и пациента, что помогает сделать вывод о коммуникативных аспектах диады врача и пациента);
- о способе организации совместной деятельности (координация сил пациента и психотерапевта, направленных на решение проблемы, кооперация либо конфликт как наиболее яркая форма конкуренции также имеющие значение для психотерапии;
- о содержании психотерапии, психотерапевтических техниках (как строилась терапия, в каком из известных психотерапевтических направлений работал психотерапевт);

- о защитных механизмах и копинг-стратегиях пациента;
- о мотивации пациента к изменениям (наличие ее или отсутствие, содержание и характер мотивационных позиций пациента в процессе взаимодействия с психотерапевтом) (таблица 9).

Таблица 9. Значимость отличий средних значений экспертных оценок от середины шкалы (элементы анализа, для которых среднее значение экспертных оценок установлено значимо выше 3 баллов)

№	Элементы психологического анализа психотерапевтического случая	Среднее значение	Стандартное отклонение	Отличие среднего от середины шкалы		Отличие рас-пределения от равномерного	
				t-критерий	Уровень значимости	Хи-квадрат	Уровень значимости
1	Цели и мишени психотерапии	3,90	1,20	3,22	0,01	39,88	0,01
2	Представление психотерапевта о пациенте	3,87	1,22	3,52	0,01	37,86	0,01
3	Ролевые стратегии психотерапевта и пациента	3,84	1,25	3,42	0,01	31,33	0,01
4	Характер эмоционального контакта	4,00	1,14	4,45	0,01	51,33	0,01
5	Коммуникативная компетентность	3,92	1,29	3,98	0,01	49,69	0,01
6	Организация совместной деятельности	3,86	1,29	3,30	0,01	29,31	0,01
7	Содержание психотерапии	4,08	1,08	4,41	0,01	53,05	0,01
8	Защиты и копинги паци-	3,87	1,15	3,42	0,01	41,66	0,01

	ента						
9	Мотивация пациента к психотерапии	3,94	1,05	3,97	0,01	38,32	0,01

Психологический анализ, по мнению экспертов, не позволяет в полной мере или частично получить представление относительно:

— соразмерности личностных характеристик пациента и психотерапевта (действие этого психологического фактора является спорным и до конца не изучено);

— мнения пациента о психотерапевте (пациенты чаще всего сообщают эту информацию формально);

— взаимодополняемости ожиданий психотерапевта и пациента (чаще об ожиданиях пациента есть представление, но нет об ожиданиях психотерапевта);

— характере подачи и принятии обратной связи (важный фактор, который по мнению экспертов остается «за кадром»);

— особенностях осознания интрапсихической проблематики / инсайта (на каком этапе терапии, как повлиял) (таблица 10).

Таблица 10. Значимость отличий средних значений экспертных оценок от середины шкалы (элементы анализа, для которых среднее значение экспертных оценок установлено значимо ниже 3 баллов)

№	Элементы психологического анализа психотерапевтического случая	Среднее значение	Стандартное отклонение	Отличие среднего от середины шкалы		Отличие распределения от равномерного	
				t-критерий	Уровень значимости	Хи-квадрат	Уровень значимости
1.	Соразмерность личностных характеристик	1,84	1,01	4,84	0,01	50,69	0,01

2.	Представление пациента о психотерапевте	2,09	1,19	3,85	0,01	33,05	0,01
3.	Взаимодополнение ожиданий	2,22	1,29	2,65	0,01	27,32	0,01
4.	Подача и принятие обратной связи	1,95	1,13	4,88	0,01	45,77	0,01
5.	Особенности осознания (инсайта)	2,01	1,22	4,38	0,01	44,75	0,01

Это слабые места методики, которые требуют дальнейшего её совершенствования. Среди них есть частные, на которых следует останавливаться, только если они имеют решающее значение в психотерапии, но есть и, безусловно, важные для каждого случая и в этом плане методика нуждалась в дальнейшей доработке.

Во второй части исследования проводился качественный и в некоторых случаях количественный анализ результатов клинико-психотерапевтического анализа на основании протоколов. Каждая сессия протоколировалась по разработанной структуре.

В протоколе разбора фиксировались следующие пункты:

- клинический диагноз,
- срок работы с пациентом к моменту разбора,
- характер запроса пациента на психотерапию,
- отношение пациента к имеющейся симптоматике (внутренняя картина болезни),
- характер запроса врача-психотерапевта к экспертам-участникам разбора,
- первоначальная гипотеза врача о причине расстройства и задачах психотерапии, включающая в себя представление о ведущих факторах психогенеза, мишенях психотерапии, индивидуальной психотерапевтической программе

(сочетание форм и методов), а также содержательные характеристики психотерапии,

- результаты психологического обследования,
- экспертная оценка,
- основные результаты сессии,
- заключение.

Пункт протокола «результаты клинико-психотерапевтического анализа» отражает наблюдения и информацию, полученные из рассказа врача, а также из беседы с пациентом.

В заключении описывается характер выявленных сложностей, коррекция психотерапевтической гипотезы.

Ниже представлены результаты анализа 132 протоколов клинико-психотерапевтического анализа лечения невротических расстройств.

Количество психотерапевтических сессий в представленных случаях колебалось от 3 до 53 и в среднем составило 12,6 сессий.

Запрос врача во всех случаях касался оптимизации дальнейшей тактики, и в большинстве случаев – лучшего понимания пациента.

По каждому случаю экспертам – участникам разбора предлагали заполнить таблицу, в которой нужно было сформулировать тип выявленных затруднений. В таблице 11 приводятся данные о причинах проведения клинико-психотерапевтических разборов в соотношении с этапами проводимой психотерапии (эксперты могли указывать только один, наиболее значимый тип возникающей трудности для каждого случая).

Таблица 11. Сравнение характера основных типов сложностей, выявленных экспертами, при проведении психологического анализа психотерапевтического случая

Характер клинико-психотерапевтического анализа	Этап психотерапии	Выбор стратегии	Выбор интервенции	Реализация тактических задач	Взаимоотношения в диаде	Обрыв терапии	Клиническая диагностика
Экстренные (n=40)	1	4	6	2	4	0	0
	2	5	5	2	3	0	1
	3	1	0	4	0	3	0
	4	0	0	0	0	0	0
Всего		10	11	8	7	3	1
Плановые (n=92)	1	12	11	3	3	0	0
	2	15	15	2	2	0	1
	3	4	2	9	0	6	0
	4	3	2	2	0	0	0
Всего		34	30	16	5	6	1
Общее число выявленных трудностей		44	41	24	12	9	2
Сравнение характера трудностей							
Хи-квадрат = 31,12; df = 5; p = 0,000009							

По результатам психологического анализа большее число проблем относятся к выбору стратегии и психотерапевтических вмешательств (интервенций). Для экстренных анализов, которые проводились по просьбам психотерапевтов, характерны и проблемы взаимодействия в диаде «психотерапевт – пациент».

Однако при сохранении общей тенденции плановые психологические анализы значительно отличаются от экстренных — в последних реже встречаются

проблемы выбора и чаще проблемы взаимоотношений или обрыва психотерапии.

Ниже представлена сводная таблица 12, в которой представлены выявленные проблемы процесса психотерапии.

Таблица 12. Типы затруднений врачей-психотерапевтов в процессе проводимого психотерапевтического лечения

Типы выявленных проблем	Количество выявленных проблем (n/%)
Сложности в характере мотивации пациента, коррекции «внутренней картины болезни» и формировании психотерапевтического запроса	41 (19,4)
Сложности с определением задач психотерапии	12 (5,7)
Сложности, связанные с коммуникацией	18 (8,5)
Ошибка в определении типа невротического расстройства	12 (5,7)
Недостаточное понимание механизмов психогенеза (неверное, неполное понимание)	49 (23,2)
Неверный выбор метода или формы психотерапии	3 (1,4)
Несоответствие вмешательств этапу психотерапевтического процесса	5 (2,4)
Сложности в реализации тактических задач	16 (7,6)
Несоответствие концепции психогенеза и психотерапевтических вмешательств	22 (10,4)
Незапланированный обрыв терапии	9 (4,3)
Сложность завершения психотерапии со стороны пациента	18 (8,5)
Сложность завершения психотерапии со стороны врача-психотерапевта	6 (2,8)
Всего	211 (100)
Хи-квадрат = 59,11; df = 11 ; p = 0,000000000001	

Полученные результаты показывают, что можно выделить лидирующую триаду, в сумме составляющую 53% всех выявленных проблем. Наибольшее количество сложностей связано с недоучетом факторов психогенеза имеющих-ся у пациентов расстройств (23,2%). На втором месте по частоте встречаются сложности, обусловленные характером мотивации пациента, коррекции «внутренней картины болезни» и связанные с этим проблемы формирования психотерапевтического запроса (19,4%). Третий по значимости фактор, затрудняющий проведение психотерапии связан с несоответствием концепции описания механизмов психогенеза и выбранных психотерапевтических вмешательств (10,4%).

В большинстве случаев во время разбора обнаруживались новые, ранее не отмеченные, аспекты психотерапевтических отношений, расширялось представление о психогенезе расстройства.

Предложенный алгоритм психологического анализа психотерапевтического случая позволяет проводить экспертный анализ психотерапевтического процесса в рамках конкретного психотерапевтического случая.

Предложенный алгоритм технологически отличается от процедур клинических конференций (консилиумов), балинтовских групп и супервизии и может рассматриваться как развивающийся метод оптимизации психотерапии наряду с указанными.

Он позволяет учитывать и проводить анализ большинства факторов психотерапевтического процесса, типологизировать сложности психотерапевтических случаев с учетом этапов психотерапевтического процесса, ведущей психотерапевтической концепции, мотивации пациента, проходящих психотерапию, выделяемых врачом-психотерапевтом мишеней психотерапии, что несомненно повышает качество проводимой психотерапии.

Учитывая его высокую эффективность (возможности анализировать большинство феноменов процесса психотерапии), чувствительности (возможность качественной и количественной оценки феноменов процесса психотера-

пии), а также толерантность к различным теоретическим психотерапевтическим концепциям, алгоритм психологического анализа психотерапевтического случая может быть рекомендован к применению в практику клинической психотерапии в условиях современного здравоохранения, хотя и нуждается в совершенствовании.

Наиболее значимыми результатами проведения психологического анализа психотерапевтического случая являются: повышение системности представлений врачей-психотерапевтов относительно психогенеза невротического расстройства пациента, улучшение осознания врачами-психотерапевтами коммуникативных аспектов взаимодействия с пациентом, формирование рекомендаций по тактике и стратегии психотерапии в каждом конкретном случае.

4.2. Исследование представлений врачей-психотерапевтов о мишенях психотерапии при лечении пациентов с невротическими расстройствами

Анализ рутинной практики выбора мишеней при проведении личностно-ориентированной психотерапии был направлен на выявление особенностей и закономерностей существующих у врачей-психотерапевтов представлений о необходимости различных клинико-психотерапевтических вмешательств на трех основных этапах личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

При проведении любой личностно-ориентированной психотерапии (Ташлыков В.А., 1984), выявляется определенная последовательность, этапность психотерапевтического процесса:

- первый этап предполагает установление оптимального контакта, вовлечение пациента в сотрудничество, повышение мотивации к психотерапии, прояснение психотерапевтом причин и механизмов болезни, патологических стереотипов переживаний и поведения и, тем самым, определение психотерапевтических «мишеней»
- второй этап предполагает прояснение и осознание пациентом причин и механизмов болезни, патологических стереотипов переживаний и поведения, достижение изменений функционирования личности пациента в когни-

тивной, эмоциональной и поведенческой сферах с последующей редукцией симптоматики; реконструкция системы отношений личности происходит с последовательной заменой дезадаптивных стереотипов на новые, более конструктивные способы переживания и поведения, их принятие и закрепление;

- третий этап предполагает окончание курса психотерапии (успешное преодоление проблемы возможной зависимости от психотерапевта).

В соответствии с тремя этапами психотерапевтического процесса было построено полуструктурированное интервью для врачей-психотерапевтов, с помощью которого были получены описания процесса психотерапии, а также применяемых врачами мишеней психотерапии.

Интервью состояло из следующих вопросов, которые были заданы врачам-психотерапевтам о каждом случае психотерапии с пациентами, включенными в исследование, в конце лечения:

15. На что были направлены Ваши усилия на первом этапе взаимодействия с этим пациентом?

16. Как Вы понимаете механизмы этиопатогенеза у пациента?

17. Когда Вам стали понятны тактические и стратегические задачи взаимодействия с пациентом? (каковы они?)

18. С какими действиями (Вашими и пациента) это связано?

19. Какие этапы можно выделить в процессе психотерапии с этим пациентом?

20. На что были направлены Ваши усилия на 1-м этапе психотерапии?

21. Каковы основные события этого периода лечения?

22. Каковы были результаты этих встреч?

23. На что были направлены Ваши усилия на 2-м этапе психотерапии?

24. Каковы основные события этого периода лечения?

25. Каковы были результаты этих встреч?

26. На что были направлены Ваши усилия на 3-м этапе психотерапии?

27. Каковы основные события этого периода лечения?

14. Каковы были результаты этих встреч?

В результате интервьюирования были получены описания психотерапевтического процесса, данные врачами-психотерапевтами. Анализ материалов интервью позволил выявить следующие особенности проводимого психотерапевтического лечения в исследуемой группе.

В наибольшем числе случаев врачи-психотерапевты ограничивались применением от 11 до 15 мишеней психотерапии. Врачи редко определяют меньше 10 мишеней психотерапии в работе с пациентом, но еще реже они применяют более 30 мишеней психотерапии при работе с одним пациентом (таблица 13).

Таблица 13. Количество выбираемых мишеней психотерапии

Количество мишеней	Частота	Процент
До 10 мишеней	25	16,7
От 11 до 15 мишеней	62	41,3
От 16 до 20 мишеней	23	15,3
От 21 до 25 мишеней	17	11,3
От 26 до 30 мишеней	18	12,0
Более 30 мишеней	5	3,3
Итого	150	100,0

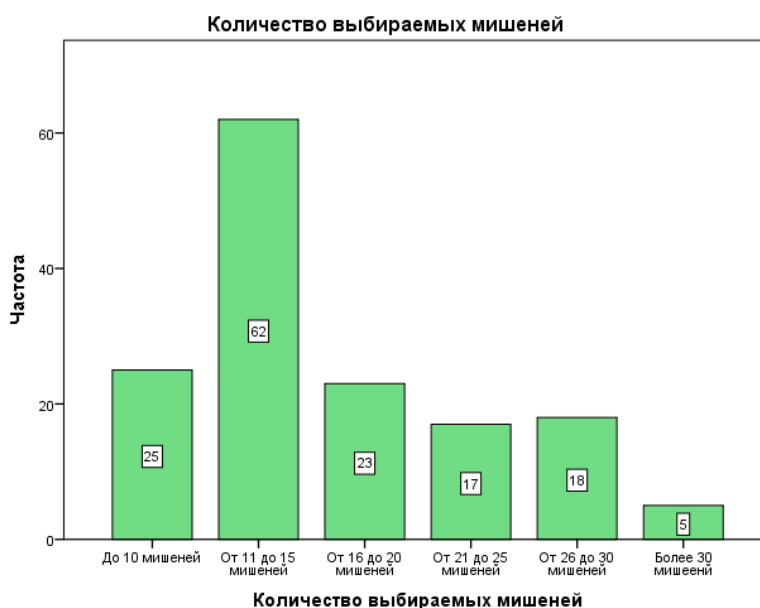


Рис. 1. Количество мишеней психотерапии, выбираемых врачами-психотерапевтами в одном случае лечения пациента.

Не было выявлено значимых различий в количестве выбираемых мишеней между тремя группами пациентов с различными типами невротических расстройств (истерическим, психастеническим и неврастеническим) (таблица 14).

Таблица 14. Среднее количество выбираемых мишеней у пациентов с различными формами невротических расстройств

Группа	N	Среднее $\pm$ СКО	Медиана	МКР
И	76	16.40 $\pm$ 6.37	13.00	11 - 22
П	45	16.75 $\pm$ 7.08	15.00	11 - 23
Н	29	12.44 $\pm$ 0.53	12.00	12 - 13

Примечание. Распределение количества применяемых мишеней для каждой группы не соответствует нормальному закону (критерий Шапиро-Уилка: $p < 0.01$ в каждой группе). Различия статистически не значимые.

Сравнения групп были проведены при помощи непараметрических критериев Краскала-Уоллиса и Манна-Уитни. Критерий Краскала-Уоллиса применяется при сравнении более чем двух групп. Этот критерий сравнивает все три группы. Нет значимых различий. В попарном сравнении – ни в одной паре нет различий.

Далее, нами исследовалась частота выбора различных мишеней на этапах психотерапевтического лечения. В таблице 15 приведены частоты выбора мишеней психотерапии во всей группе в целом на всех этапах.

Таблица 15. Частота выбора мишеней врачами-психотерапевтами при проведении психотерапии у пациентов с невротическими расстройствами

Мишень психотерапии (группа мишеней по классификации)	С учетом нескольких применений на разных этапах	Без учета нескольких применений на разных этапах	Доля случаев применения суммарно на 3-х этапах с учетом нескольких применений на разных этапах
1. Неосознавание связи симптомов с эмоциональным напряжением, особенностями собственной личности и значимыми аспектами жизни («личность-ситуация-болезнь») (V)	143	143 (95,3%)	31,77%
2. Контакт с пациентом (III)	119	102 (68%)	26,44%
3. Низкий уровень рефлексии (II)	93	93 (62%)	20,67%
4. Эмоциональное напряжение у пациента во время сессий (III)	86	72 (48%)	19,11%
5. Недостаток доверия к психотерапевту (III)	83	83 (55,3%)	18,44%
6. Внутриличностный невротический конфликт (V)	79	79 (52,6%)	17,56%
7. Недостаточно сформированный запрос на психотерапию (III)	69	64 (42,6%)	15,33%
8. Недостаток осознания характера своих отношений с людьми (V)	69	56 (37,3%)	15,33%
9. Нарушения самоотношения (V)	66	66 (44%)	14,67%

10. Недостаточная интеграция терапевтического опыта (III)	63	63 (42%)	14.22%
11. Трудности в близких отношениях (II)	62	62 (41,4%)	13.78%
12. Неадекватная внутренняя картина болезни (II)	61	61 (40,7%)	13.56%
13. Нарушения самооценки (II)	60	60 (40%)	13.33%
14. Зависимость от психотерапевта и психотерапии (III)	53	53 (35,3%)	11.78%
15. Механизмы психологической защиты (II)	51	51 (34%)	
16. Недостаток осознания чувств (V)	49	49 (32,7%)	10.89%
17. Психотравмирующие переживания (II)	49	45 (30%)	10.89%
18. Неадаптивное, проблемное поведение (V)	45	43 (28,7%)	10.00%
19. Сильные негативные эмоции (II)	45	45 (30%)	10.00%
20. Нарушения саморегуляции (II)	44	44 (29,2%)	9.78%
21. Некорректные ожидания от психотерапии (III)	43	43 (28,5%)	9.56%
22. Гипернормативность (II)	43	39 (26%)	9.56%
23. Иррациональные установки (II)	40	40 (26,6%)	8.89%
24. Недостаточная мотивация на психотерапию (III)	39	39 (26%)	8.67%
25. Недостаточное осознание своей роли в возникновении рас-ва (V)	38	29 (19,4%)	8.44%
26. Недостатки поведенческих моделей (V)	36	36 (24%)	8.00%
27. Недостаток активности пациента	36	36 (24%)	8.00%

в психотерапевтическом процессе (III)			
28. Механизмы вторичной выгоды (II)	36	36 (24%)	8.00%
29. Неадаптивные эмоциональных реакции (V)	36	36 (24%)	8.00%
30. Смещение локуса контроля (II)	35	35 (23,3%)	7.78%
31. Фобии (различного содержания) (I)	35	31 (20,6%)	7.78%
32. Завышенная ценность положи- тельной оценки со стороны окру- жающих (II)	33	26 (17,3%)	6.89%
33. Трудности в отношениях с людьми противоположного пола (II)	31	31 (20,6%)	6.89%
34. Тревога (I)	30	25 (16,6%)	6.67%
35. Актуальная психотравмирующая ситуация (IV)	29	29 (19,33%)	
36. Сниженное настроение (I)	28	24 (16%)	6.22%
37. Эгоцентризм (II)	28	23 (15,3%)	6.22%
38. Недостаток осознания своего от- ношения к значимым аспектам жизни (V)	27	27 (18%)	6.00%
39. Неадекватные притязания (II)	27	27 (18%)	6.00%
40. Сопротивление (III)	26	26 (17,3%)	5.78%
41. Отношения с психотерапевтом (V)	26	26 (17,3%)	5.78%
42. Перфекционизм (II)	26	26 (17,3%)	5.78%
43. Проблемы целеполагания (II)	24	19 (12,7%)	5.33%
44. Алекситимия (II)	23	23 (15,3%)	5.11%

45. Неустойчивость настроения (эмоциональная лабильность) (I)	22	22 (14,6%)	4.89%
46. Неточная вербализация неясных переживаний и понятий (V)	21	21 (14%)	4.67%
47. Чрезмерные требования к психотерапевту (III)	19	14 (9,3%)	4.22%
48. Ограничительное поведение (I)	18	18 (12%)	4.00%
49. Трудности в решении актуальных жизненных проблем (II)	18	18 (12%)	4.00%
50. Ипохондрические проявления (фиксация на болезни) (I)	18	18 (12%)	4.00%
51. Социальная изоляция (дефицит социальных связей) (III)	18	13 (8,6%)	4.00%
52. Недостаточная психологическая компетентность (II)	17	17 (11,33%)	3.78%
53. Недостаток самораскрытия пациента в процессе психотерапии (III)	16	16 (10,6%)	3.5%
54. Стремление соответствовать ожиданиям психотерапевта (III)	16	16 (10,6%)	3.5%
55. Недостаток информации о природе заболевания (IV)	15	15 (10%)	3.3%
56. Низкая способность к заботе о себе (II)	14	14 (9,33%)	3.11%
57. Семейный конфликт (IV)	14	14 (9,33%)	3.11%
58. Недостаток интересов (II)	14	14 (9,33%)	3.11%
59. Манипулятивное поведение в отношениях с психотерапевтом (III)	13	13 (8,67%)	2.89%
60. Навязчивости (обсессивные проявления) (I)	13	9 (6,00%)	2.89%

61. Дефицит социального восприятия (V)	12	12 (8%)	2.66%
62. Неадаптивные стратегии совладания с трудностями (II)	11	11 (7,3%)	2.44%
63. Трудности в принятии решений (II)	10	10	2.22%
64. Навязчивости (компульсивные проявления) (I)	9	9 (6%)	2.00%
65. Сексуальные нарушения (I)	8	8 (5,33%)	1.77%
66. Нарушение режима встреч (III)	7	7 (4,6%)	1.55%
67. Нарушение социальной адаптации (IV)	6	6 (4%)	1.33%
68. Разочарование в психотерапии (III)	5	5 (3,33%)	1.11%
69. Отрицание реальных терапевтических изменений (III)	5	5 (3,33%)	1.11%

Примечание: указаны проценты с учетом того, что мишень могла применяться несколько раз, на трех этапах, соответственно, максимум 3 раза, то есть за 100% принято 450 (с учетом возможности применения мишени в каждом из 150 случаев на всех 3-х этапах).

С учетом того, что одна мишень могла применяться на нескольких этапах психотерапии, самыми частыми мишенями, которые выбирали врачи-психотерапевты, были:

1. Недостаток осознания связи «личность-ситуация-болезнь» (95,3% / 31,77%) (V группа)
2. Контакт с пациентом (68% / 26.44%) (III группа)
3. Низкий уровень рефлексии (62% / 20.67%) (II группа)
4. Эмоциональное напряжение во время сессий (48% / 19.11%) (III группа)
5. Недостаток доверия к психотерапевту (55,3% / 18.44%) (III группа)

6. Внутриличный невротический конфликт (52,6% / 17.56%) (V группа)
7. Недостаточно сформированный запрос на психотерапию (42,6% / 15.33%) (III группа)
8. Недостаток осознания характера своих отношений с людьми (37,3% / 15.33%) (V группа)
9. Нарушения самоотношения (44% / 14.67%) (V группа)
10. Отношения с психотерапевтом (34% / 14.44%) (V группа)
11. Недостаточная интеграция терапевтического опыта (42% / 14.22%) (III группа)
12. Трудности в близких отношениях (41,4% / 13.78%) (II группа)
13. Неадекватная внутренняя картина болезни (40,7% / 13.56%) (II группа)
14. Нарушения самооценки (40% / 13.33%) (II группа)
15. Зависимость от психотерапевта и психотерапии (35,3% / 11.78%) (III группа)

Как видно из представленной таблицы, в перечень пятнадцати наиболее часто выбираемых психотерапевтических мишеней вошли психотерапевтические мишени трех групп, за исключением психотерапевтических мишеней I группы (группа клинических психотерапевтических мишеней) и IV группы (особенностей микросоциальной ситуации). Наиболее частыми были мишени II, III и V группы. Эти данные дают основание отметить, что выделение мишеней I группы имеет, по сравнению с мишенями других групп, меньшее значение, что в определенной мере может рассматриваться как приоритет личностных изменений над симптоматическими в рамках выбранного метода. При этом мишени, относящиеся к III группе, то есть те, интервенция по отношению к которым служит обеспечению самого процесса психотерапии, и являются неметодическими, имеют приоритет перед другими группами (мишени этой группы занимают 6 позиций из 15-ти). На втором месте мишени II группы – также неметодические формулировки относительно личностных факторов этиопатоген-

неза расстройства. Выбранные мишени V группы имеют явную психодинамическую ориентированность, что вполне соответствует концепции личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

Таким образом, самой частой мишенью в представлениях врачей-психотерапевтов был «недостаток осознания связи «личность-ситуация-болезнь», которая применялась в 95,3% случаев, эта мишень оказалась и в целом самой популярной. Очевидно, это очень важная мишень для личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, вокруг которой строятся все дальнейшие интервенции, и без успешной проработки которой трудно представить себе данный метод. Также важнейшими мишенями, связанными с методом ЛОРП явились «внутриличностный невротический конфликт», «недостаток осознания характера отношений с людьми», «самоотношение» и «отношения с психотерапевтом».

Самыми частыми мишенями из II группы были «низкий уровень рефлексии», «трудности в близких отношениях», «нарушения самооценки», эти феномены занимают в представлениях врачей-психотерапевтов о личности пациентов с неврозами важное место. Также ко II группе относится «неадекватная внутренняя картина болезни», связанная с недостатком понимания пациентами психологической природы своего расстройства.

Самая частая мишень из III группы, связанная с психотерапевтическим взаимодействием, «контакт с пациентом», сформулирована в довольно общем виде и выбиралась во всех случаях озабоченности врачом качеством терапевтического контакта.

В целом в том, как врачи формулировали мишени своей лечебной интервенции, можно отметить, что они придавали большее значение психологическим и психосоциальным факторам психогенеза невротического расстройства, по сравнению с собственно симптомами невроза и с теоретическими понятиями психотерапевтических методов. Важно понимать, что метод личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии развивался представителями Ленинградской (Санкт-Петербургской) школы в тесной связи с клиниче-

скими и клинико-психологическими исследованиями природы невротических расстройств. Поэтому кроме теоретических представлений о задачах личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии и связанных с ними мишенях, понимание этиопатогенетических механизмов невротических расстройств представлено в виде целого ряда формулировок клинико-психологических феноменов, выявленных в многочисленных исследованиях клинико-психологическими и экспериментально-психологическими методами при изучении больных с невротическими расстройствами. К ним относятся все мишени психотерапии, относимые нами ко II группе.

Выбор психотерапевтических мишеней врачами-психотерапевтами имел свою специфику и определялся этапом психотерапевтического процесса. В таблице 16 приведены психотерапевтические мишени, наиболее часто выбиравшиеся врачами-психотерапевтами на первом этапе психотерапевтического лечения.

Таблица 16. Частота применения мишеней на 1-м этапе психотерапии
(приведены частоты только для применявшихся мишеней)

Мишень психотерапии	Частота применения	Доля случаев применения
1. Контакт с пациентом (III)	102	68%
2. Недостаток доверия к психотерапевту (III)	83	55.33%
3. Несформированный запрос на психотерапию (III)	64	42.67%
4. Неадекватная внутренняя картина болезни (II)	61	40.7%
5. Психотравмирующие переживания (II)	45	30%
6. Некорректные ожидания от психотерапии (III)	43	28.67%

7. Недостаточная мотивация к психотерапии (III)	39	26.00%
8. Недостаток активности пациента в психотерапевтическом процессе (III)	36	24.00%
9. Эмоциональное напряжение во время сессий (III)	31	20.67%
10. Тревога (I)	25	16.67%
11. Сниженное настроение (I)	24	16.00%
12. Эмоциональная лабильность (неустойчивость настроения) (I)	22	14.67%
13. Фобии (различного содержания) (I)	18	12.00%
14. Недостаток самораскрытия пациента в процессе психотерапии (III)	16	10.6%
15. Недостаток информации о природе заболевания (IV)	15	10%
16. Недостаточная психологическая компетентность (II)	13	8.67%
17. Нарушения саморегуляции (II)	5	3.33%
18. Нарушения самоотношения (V)	5	3.33%
19. Трудности в решении актуальных жизненных проблем (II)	4	2.67%
20. Иррациональные установки (II)	4	2.67%
21. Навязчивости (I)	4	2.67%

Из представленной таблицы можно сделать вывод, что основные усилия терапевта на первом этапе психотерапии были направлены на формирование межличностного терапевтического контакта, актуальные сложности пациента, симптомы невротического расстройства, мотивацию к более глубокой психотерапевтической работе.

На 1-м этапе лечения преобладающими являются мишени из III группы, связанные с формированием терапевтических отношений – «контакт с пациентом», «недостаток доверия к психотерапевту», «несформированный запрос на психотерапию», «некорректные ожидания от психотерапии», «недостаточная мотивация к психотерапии», «недостаток активности пациента в психотерапевтическом процессе», «эмоциональное напряжение во время сессий». Мишени этой группы преобладают в выборе на этом этапе психотерапии.

В лично-ориентированной (реконструктивной) психотерапии построению психотерапевтического контакта придается важное значение. При проведении метода ЛОРП усилия врача-психотерапевта направляются на планомерное создание доверительных отношений с пациентом. В нашем исследовании врачи выбирали в качестве мишени «контакт с пациентом» во всех случаях озабоченности качеством терапевтических отношений. Мишень «недостаток доверия к психотерапевту» акцентирует важность формирования такого отношения к врачу, которое позволяет пациенту раскрывать перед ним свои переживания, зачастую болезненные и противоречивые, не опасаясь критики и осуждения, вероятности быть не понятым врачом. Мишени «несформированный запрос на психотерапию», «некорректные ожидания от психотерапии», «недостаточная мотивация к психотерапии» связаны друг с другом необходимостью формирования у пациента правильного представления о процессе психотерапевтического лечения. Ролевое структурирование в методе ЛОРП выражается в постепенном усвоении пациентом, при помощи психотерапевта, что от него требуется достаточная степень искренности, активности и настойчивости в процессе самоисследования своей личности и механизмов болезни. Врач активно стимулирует способность больного к самонаблюдению, психологическую

настроенность на самоанализ, рефлексия, склонность к самораскрытию. При этом, психологическая настроенность и самораскрытие пациента могут и должны повышаться в процессе психотерапии. Этому в большой мере способствуют такие условия, как эмпатический подход врача, доверительность в контакте. Положительное влияние на «недостаток активности пациента в психотерапевтическом процессе» имеет проявление врачом заинтересованности, прямое стимулирование активной позиции пациента, а иногда - выдерживание паузы. Но в начале лечения самораскрытие может даваться пациенту нелегко, сопровождаться тревогой и напряжением, поэтому важно, чтобы врач обращал на это внимание и вовремя направлял усилия на снижение чрезмерного «эмоционального напряжения во время сессий».

Важной для проработки на 1-м этапе психотерапии стала «неадекватная картина болезни» (мишень из II группы). Коррекция неверных представлений о природе расстройства традиционно считается важной задачей начала лечения.

«Психотравмирующие переживания» (мишень из II группы) связаны с переживанием пациентом каких-либо актуальных неприятных аспектов своей жизни, и становятся мишенью психотерапии в начале лечения, вероятно, в силу высокой степени озабоченности пациентами этими переживаниями. Через обсуждение актуальных трудностей пациента, уже на первом этапе лечения, врач, а затем и пациент начинают получать информацию о характерных для пациента паттернах переживаний и поведения, характере взаимоотношений с людьми.

В таблице 17 представлены мишени психотерапии, применявшиеся на втором этапе психотерапевтического лечения.

Таблица 17. Частота применения мишеней на 2-м этапе психотерапии
(приведены частоты только для применявшихся мишеней)

Мишень психотерапии	Частота применения	Доля случаев применения
1. Неосознавание связи симптомов с эмоциональным напряжением, особенностями собственной личности и значимыми аспектами жизни («личность-ситуация-болезнь») (V)	143	95.3%
2. Низкий уровень рефлексии (II)	93	62.00%
3. Внутрилиchnостный невротический конфликт (V)	79	52.67%
4. Трудности в близких отношениях (II)	62	41.33%
5. Нарушения самоотношения (V)	61	40.67%
6. Нарушения самооценки (II)	60	40.00%
7. Недостаток осознания характера своих отношений с людьми (V)	56	37.33%
8. Эмоциональное напряжение во время сессий (III)	55	36.67%
9. Механизмы психологической защиты (II)	51	34%
10. Недостаток осознания чувств (V)	49	32.67%
11. Сильные негативные эмоции (II)	45	30%
12. Гипернормативность (II)	39	26%
13. Отношения с психотерапевтом (V)	26	17.33%
14. Нарушения саморегуляции (II)	39	26%
15. Неадаптивное, проблемное поведения (V)	36	24.00%
16. Неадаптивные эмоциональных реакции (V)	36	24.00%
17. Механизмы вторичной выгоды (II)	36	24.00%
18. Смещение локуса контроля (недостаток осознания ответственности за себя и свою жизнь) (II)	35	23.33%
19. Завышенная ценность положительной оценки со стороны	33	22%

окружающих (II)		
20. Иррациональные установки (II)	31	20.67%
21. Трудности в отношениях с людьми противоположного пола (II)	31	20.67%
22. Актуальная психотравмирующая ситуация (IV)	29	19,33%
23. Неадекватные притязания (II)	27	18.00%
24. Недостаток осознания своего отношения к значимым аспектам жизни (V)	27	18%
25. Отношения с психотерапевтом (V)	26	17.33%
26. Сопротивление (III)	26	17.33%
27. Перфекционизм (II)	26	17.33%
28. Алекситимия (II)	23	15.33%
29. Эгоцентризм (II)	23	15.33%
30. Неточная вербализация неясных переживаний и понятий (V)	21	14.00%
31. Ограничительное поведение (I)	18	12%
32. Трудности в решении актуальных жизненных проблем (II)	18	12%
33. Ипохондрические проявления (I)	18	12%
34. Фобии (различного содержания) (I)	17	11.33%
35. Стремление соответствовать ожиданиям психотерапевта (III)	16	10.6%
36. Недостатки поведенческих моделей (II)	15	10.00%
37. Низкая способность к заботе о себе (II)	14	9.33%
38. Чрезмерные требования к психотерапевту (III)	14	9.3%
39. Семейный конфликт (IV)	14	9.3%
40. Манипулятивное поведение в отношениях с психотерапевтом (III)	13	9.3%
41. Социальная изоляция (дефицит социальных связей) (IV)	13	8.67%

42. Навязчивости (обсессивные проявления) (I)	13	8.67%
43. Дефицит социального восприятия (V)	12	8.00%
45. Трудности в принятии решений (II)	10	6.33%
46. Контакт с пациентом (III)	9	6.00%
47. Навязчивости (компульсивные проявления) (I)	9	6.00%
48. Недостаток осознания своей роли в возникновении расстройства (IV)	9	6.00%
49. Сексуальные нарушения (I)	8	5.33%
50. Нарушения режима встреч (III)	7	4,67%
51. Тревога (I)	5	3.33%
52. Проблемы целеполагания (II)	5	3.33%
53. Сниженное настроение (I)	4	2.67%
54. Недостаточная психологическая компетентность (II)	4	2.67%
55. Нарушение социальной адаптации (IV)	4	2.67%

На 2-м этапе психотерапии самым частым выбором была мишень «неосознавание связи симптомов с эмоциональным напряжением, особенностями собственной личности и значимыми аспектами жизни», что по сути отражает необходимость осознания связи «личность-ситуация-болезнь». Это предполагает вмешательства психотерапевта, помогающие пациенту увидеть, как его симптомы отражают наличие выраженного эмоционального напряжения в ответ на актуализацию сильного противоречивого переживания в личностно-значимых сферах его жизни. Воздействие на эту мишень возможно через обращение внимания пациента на причинно-следственные связи между событиями жизни, его реакциями, особенно болезненными, и появлением и усилением симптоматики.

Из представленной таблицы можно сделать вывод, что основные усилия терапевта на втором (основном) этапе психотерапии были направлены на повышение уровня рефлексии (иными словами, на расширение сферы осознания своих внутриличностных и межличностных процессов), на проработку внутриличностного конфликта, а также отдельные компоненты этиопатогенеза

невротических расстройств – самоотношение, самооценку, трудности в близких отношениях, недостаток осознания характера своих отношений с людьми, механизмы психологической защиты, недостаток осознания чувств, сильные негативные эмоции, гипернормативность, нарушение саморегуляции, проблемное поведение и другие личностные феномены, участвующие в поддержании невротической системы отношений.

Усилия психотерапевта на основном этапе психотерапии направлены на то, чтобы помочь пациенту понять, что его заболевание, невротическое расстройство, было вызвано не только обстоятельствами жизни и внешними конфликтами, но и конфликтом внутренним. Внутрилиchnостный конфликт сопровождается эмоциональным напряжением, дезорганизующим соматопсихическое функционирование пациента и вызывающим тем самым соответствующую симптоматику. Именно эти взаимосвязи врач помогает пациенту осознать. Достижение осознания больным психологических механизмов болезни отнюдь не является чисто рациональным, познавательным процессом: в него обязательно должны быть включены достаточно значимые эмоциональные переживания, которые и делают возможной необходимую перестройку личности на основе положительных внутренних ресурсов.

В личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии концепция самоотношения является центральной для понимания всей системы отношений человека. Поэтому направленность психотерапевтических интервенций на аспекты самоотношения составляют значительную часть усилий врача-психотерапевта на основном этапе лечения. При этом в классификации мишеней «самоотношение» относится к V группе, поскольку подразумевает понимание с позиций ЛОРП, а «самооценка» отнесена ко II группе, поскольку представляет клинико-психологический феномен, относимый к личностной сфере и широко используемый в различных психологических концепциях. Можно сказать, что самоотношение включает в себя самооценку, но не исчерпывается ей.

В исследованиях показано, что центральным внутрилиchnостным противоречием для пациентов с невротическими расстройствами является конфликт

неадекватной самооценки, который отражает противоречия в отношении к себе, в оценке своих качеств, возможностей, способностей. Напряжение возникает, когда, когда притязания и самооценка не соответствуют реальным возможностям человека и аспектам его действительности. У человека с невротическим расстройством потребность быть оцененным высоко является сверхзначимой, при этом она не удовлетворяется в силу имеющихся у пациента личностных ограничений, препятствующих построению глубоких гармоничных отношений с окружающими. И это противоречие не разрешается конструктивным способом, поскольку взаимодействие с людьми неизбежно сталкивает человека с его реальными возможностями, но ощущение себя малозначимым или недостаточно хорошим является непереносимым для пациента, что в свою очередь вынуждает его дистанцироваться, проявлять защитные способы восприятия действительности, что делает его еще менее способным к успешному взаимодействию.

Таким образом, усилия психотерапевта, направленные на осознание «трудностей в близких отношениях», и «характера своих отношений с людьми», вызывает повышение внутреннего эмоционального напряжения у пациента, и требует проработки «механизмов психологической защиты», которые представляют собой различные способы искажения восприятия действительности, примиряющие в сознании пациента его несовместимые представления и отношения. Важно натолкнуть больного на связывающие звенья между различными аспектами его поведения и эмоциональными особенностями, раскрывающие уязвимые точки его личности. Полезным приемом в этом процессе является привлечение внимания больного к возможным аналогиям его эмоциональных отношений с врачом и отношений со значимыми лицами в его жизни. В связи с этим, «отношения с психотерапевтом» становятся мишенью для интервенций в методе ЛОРП, подразумевая, что в них отражаются многие проблемные аспекты нарушенной системы отношений пациента.

На этом, основном этапе психотерапии врачи выбирали преимущественно мишени из II группы (относящиеся к личностной сфере) и V группы (связанные с представлениями о терапевтических задачах в рамках ЛОРП). Мише-

ни из III группы, связанные с терапевтическим взаимодействием представлены в меньшей степени и здесь они другие, в отличие от 1-го этапа, где речь шла о построении терапевтических отношений, на основном этапе становится важным регуляция «эмоционального напряжения во время сессий» и преодоление «сопротивления».

Представляя собою своеобразный психологический защитный механизм, сопротивление обычно отражает реакцию больного на болезненное для него прикосновение к зачастую глубоко скрытым или скрываемым им тягостным переживаниям. Сопротивление больного проявляется в общении с врачом в различных формах — в уклонении от обсуждения наиболее важных проблем и переживаний, в молчании, в переводе разговора на другую тему, в неясности формулировок проявлений своего заболевания, в отрицании реальных фактов, в отрицательной реакции на те или иные методы лечения, иногда даже в излишней податливости и согласии с высказываниями врача без должной их переработки и т.д.

Основными механизмами лечебного действия ЛОРП, определяющими характер психотерапевтических интервенций, осуществляемых врачом, являются конфронтация, эмоционально-корректирующее переживание и научение. Конфронтация направлена на обращение внимания пациента на прежде не рефлекслируемые аспекты своей системы отношений, для того чтобы они вошли в осознаваемую часть представлений о себе. Это как раз и способствует расширению сферы самосознания, что является одной из главных задач ЛОРП. Конфронтация в ЛОРП осуществляется преимущественно не за счет интерпретации, а при помощи непрерывного наблюдения со стороны врача, правильных и своевременных вопросов, а также обратной связи. Однако, новые представления зачастую вызывают у пациента негативные переживания, и поэтому второй механизм — корректирующее эмоциональное переживание за счет эмоциональной поддержки врача дает возможность отнестись по-новому к тем своим переживаниям, представлениям и событиям, которые прежде вызывали очень болезненные эмоции. Фактор научения играет большую роль в формировании но-

вых форм отношения и поведения за счет механизма оперантного обусловливания (закрепления конструктивных форм поведения, одобряемых и поддерживаемых врачом), стимулирования использования пациентом новых, более адаптивных способов поведения, как во время психотерапевтических встреч, так и вне их.

В таблице 18 представлены мишени психотерапии, применявшиеся на 3 этапе психотерапевтического лечения.

Таблица 18. Частота применения мишеней на 3-м этапе психотерапии (приведены частоты только для применявшихся мишеней)

Мишень психотерапии	Частота применения	Доля случаев применения
1. Недостаточная интеграция терапевтического опыта (III)	63	42.00%
2. Зависимость от психотерапевта и психотерапии (III)	53	35.33%
3. Недостатки поведенческих моделей (II)	21	14.00%
4. Проблемы целеполагания (II)	19	12.67%
5. Трудности в решении актуальных жизненных проблем (II)	18	12.00%
6. Недостаток интересов (II)	14	9.33%
6. Недостаток осознания характера своих отношений с людьми (V)	13	8,67%
8. Неадаптивные стратегии совладания с трудностями (II)	11	7.33%
9. Контакт с пациентом (III)	8	5.33%%
10. Отрицание реальных терапевтических изменений (III)	5	3.33%
11. Эгоцентризм (II)	5	3.33%

12. Чрезмерные требования к психотерапевту (III)	5	3.33%
13. Социальная изоляция (дефицит социальных связей) (IV)	5	3.33%
14. Иррациональные установки (II)	4	2.67%

Очевидно, что на 3-м, заключительном этапе фокус внимания врача-психотерапевта смещается в сторону поведенческой сферы, самыми частыми мишенями были «недостаточная интеграция терапевтического опыта», «недостатки поведенческих моделей», «проблемы целеполагания», «трудности в решении актуальных жизненных проблем».

И одной из самых значимых задач становится преодоление «зависимости от психотерапевта и психотерапии». Эта мишень входит в перечень 15-ти самых часто выбираемых в целом, что может говорить о большом клинико-психологическом значении этого процесса в психотерапевтическом лечении.

Далее, нами была проанализирована специфика выбора врачами-психотерапевтами мишеней психотерапии у пациентами с разными типами невротического расстройства в рамках патогенетической концепции – истерическом типе, обсессивно-психастеническом типе и неврастеническом типе (таблица 19).

Таблица 19. Наиболее часто выбираемые мишени при лечении пациентов с различными типами невротических расстройств

Мишень	Тип невротического расстройства			Наиболее частые типы
	Истерический	Обсессивно-фобический	Неврастенический	
Неустойчивость настроения (эмоциональная ла-	13 (16,90%)	4 (6,30%) *	5 (55,60%) * **	н

бильность) (I)	**			
Сниженное настроение (I)	14 (18,20%) **	4 (6,30%) *	9 (100,00%) * **	Н
Психотравмирующие переживания (II)	23 (29,90%) **	13 (20,30%) *	9 (100,00%) * **	Н
Нарушения саморегуляции (II)	7 (9,09%) * ***	28 (43,75%) * **	9 (100,00%) ** ***	О, Н
Нарушения самоотношения (II)	41 (53,20%) *	25 (39,10%)	0 (0,00%) *	И
Трудности в близких отношениях (II)	27 (35,10%) **	26 (40,60%) *	9 (100,00%) * **	Н
Трудности в отношениях с людьми противоположного пола (II)	10 (13,00%) *	21 (32,80%) *	0 (0,00%)	О
Неадекватная внутренняя картина болезни (II)	31 (40,30%)	30 (46,90%) *	0 (0,00%) *	И, О
Завышенная ценность положительной оценки со стороны окружающих (II)	33 (42,85%) * **	0 (0,00%) *	0 (0,00%) **	И

Уровень притязаний (II)	27 (35,10%) * **	0 (0,00%) *	0 (0,00%) **	И
Недостатки поведенческих моделей (II)	22 (28,60%) **	13 (20,30%) *	9 (100,00%) * **	Н
Проблемы целеполагания (II)	19 (24,70%) * **	5 (7,81%) *	0 (0,00%) **	И
Недостаточно сформированный запрос на психотерапию (III)	37 (48,10%) *	27 (42,20%)	0 (0,00%) *	И, О
Недостаток доверия к психотерапевту (III)	32 (41,60%) **	51 (79,70%) * **	0 (0,00%) *	О
Недостаток самораскрытия пациента в процессе психотерапии (III)	0 (0,00%) *	16 (25,00%) *	0 (0,00%)	О
Эмоциональное напряжение во время сессий (III)	29 (37,66%) * **	48 (75,00%) *	9 (100,00%) **	О, Н
Манипулятивное поведение в отношениях с психотерапевтом (III)	10 (13,00%) *	3 (4,68%)	0 (0,00%) *	И
Актуальная психотравмирующая ситуация (IV)	11 (14,28%) **	11 (17,18%) *	7 (77,7%) * **	Н
Социальная изоляция (дефицит социальных связей)	0 (0,00%)	12 (18,75%) * **	6 (6,7%)	О, Н

(IV)	** ***		* ***	
Недостаточная психологическая компетентность (II)	0 (0,00%) * **	10 (15,62%) *	4 (44,40%) **	О, Н
Внутриличностный невротический конфликт (V)	36 (46,80%) **	43 (67,20%) *	0 (0,00%) * **	И, П
Механизмы вторичной выгоды болезни (II)	13 (16,90%) * **	0 (0,00%) *	0 (0,00%) **	И
Отношения с психотерапевтом (V)	21 (27,3%) * **	5 (7,81%) *	0 (0,00%) **	И
Гипернормативность (II)	0 (0,00%) *	43 (67,18%) *	0 (0,00%)	О
Перфекционизм (II)	0 (0,00%) *	17 (26,56%) * **	9 (100,00%) **	Н

Примечание. В таблице приведены только мишени, для которых показатель значимости различий больше 0,017 (с учетом поправки Бонферони, при сравнении более чем 2 групп). В графах указано количество применений мишени в группе, доля от числа больных в этой группе. Одинаковым количеством звездочек обозначены пары, в которых есть статистически значимые различия в частоте применения.

Таким образом, при истерическом типе невротического расстройства сравнительно чаще применялись следующие мишени:

«Нарушения самоотношения» (значимая разница в сравнении с неврастенией)

«Неадекватная внутренняя картина болезни» (значимая разница в сравнении с неврастенией)

«Завышенная ценность положительной оценки со стороны окружающих» (значимая разница и с неврастенией и с психастеническим типом невроза)

«Уровень притязаний» (значимая разница и с неврастенией и с психастеническим типом невроза)

«Проблемы целеполагания» (значимая разница и с неврастенией и с психастеническим типом невроза)

«Недостаточно сформированный запрос на психотерапию» (значимая разница в сравнении с неврастенией)

«Манипулятивное поведение в отношениях с психотерапевтом» (значимая разница в сравнении с неврастенией)

«Внутриличностный невротический конфликт» (значимая разница в сравнении с неврастенией)

«Механизмы вторичной выгоды болезни» (значимая разница и с неврастенией и с психастеническим типом невроза)

«Отношения с психотерапевтом» (значимая разница и с неврастенией и с психастеническим типом невроза)

При обсессивно-фобическом типе невротического расстройства сравнительно чаще применялись следующие мишени:

«Нарушения саморегуляции» (значимая разница и с истерическим неврозом и с неврастенией)

«Трудности в отношениях с людьми противоположного пола» (значимая разница и с истерическим неврозом и с неврастенией)

«Неадекватная внутренняя картина болезни» (значимая разница с неврастенией)

«Недостаточно сформированный запрос на психотерапию» (значимая разница с неврастенией)

«Недостаток доверия к психотерапевту» (значимая разница и с истерическим неврозом и с неврастенией)

«Недостаток самораскрытия пациента в процессе психотерапии» (значимая разница и с истерическим неврозом и с неврастенией)

«Эмоциональное напряжение во время сессий» (значимо чаще, чем при истерической неврозе, но реже чем при неврастении)

«Социальная изоляция (дефицит социальных связей)» (значимо чаще, чем при истерическом неврозе)

«Недостаточная психологическая компетентность» (значимо чаще, чем при истерическом неврозе)

«Внутриличностный невротический конфликт» (значимая разница с неврастением)

«Гипернормативность» (значимая разница и с истерическим неврозом и с неврастением)

«Перфекционизм» (значимая разница с истерическим типом невроза)

При неврастеническом типе чаще применялись следующие мишени:

«Неустойчивость настроения (эмоциональная лабильность)» (значимая разница и с истерическим, и с психастеническим типом невроза)

«Сниженное настроение» (значимая разница и с истерическим, и с психастеническим типом невроза)

«Психотравмирующие переживания» (значимая разница и с истерическим, и с психастеническим типом невроза)

«Нарушения саморегуляции» (значимая разница и с истерическим, и с психастеническим типом невроза)

«Трудности в близких отношениях» (значимая разница и с истерическим, и с психастеническим типом невроза)

«Недостатки поведенческих моделей» (значимая разница и с истерическим, и с психастеническим типом невроза)

«Эмоциональное напряжение во время сессий» (значимая разница и с истерическим, и с психастеническим типом невроза)

«Актуальная психотравмирующая ситуация» (значимая разница и с истерическим, и с психастеническим типом невроза)

«Социальная изоляция (дефицит социальных связей)» (значимая разница с истерическим неврозом)

«Недостаточная психологическая компетентность»

«Перфекционизм» (значимая разница и с истерическим, и с психастеническим типом невроза)

Таким образом, выявленная специфика выбора врачами-психотерапевтами мишеней психотерапии в соответствии с типом невротического расстройства заключалась в следующем: при истерическом типе наиболее важными были отмечены – отношение к себе, отношение окружающих, уровень притязаний, манипулятивное поведение, внутриличностный конфликт, вторичная выгода от болезни, отношения с врачом; при обсессивно-фобическом – саморегуляция, отношения с противоположным полом, доверие к врачу, недостаток самораскрытия и эмоциональное напряжение в процессе психотерапии, социальная изоляция, гипернормативность и перфекционизм; при неврастеническом – эмоциональная лабильность, сниженное настроение, психотравмирующие переживания, саморегуляция, близкие отношения, проблемное поведение, психотравмирующая ситуация, недостаточная психологическая компетентность и перфекционизм.

4.3. Анализ факторов, влияющих на позитивные результаты проведенного психотерапевтического лечения

Анализ эффективности выбора психотерапевтических мишеней для решения задач проводимой психотерапии на разных этапах психотерапевтического процесса, производился путем сравнения данных, полученных при исследовании пациентов с помощью психодиагностических методик в начале и в конце проводимой программы краткосрочной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. С учетом того, что психотерапевтические мишени I группы (клинические психотерапевтические мишени), отражающие симптоматическую эффективность проводимой психотерапии, не попали в перечни наиболее частых психотерапевтических мишеней, выбираемых врачами-психотерапевтами, был проведен анализ с целью уточнения влияния выбора психотерапевтических мишеней на клиническую симптоматическую динамику в процессе психотерапии. Для оценки клинической (симптоматической) эффек-

тивности проводимого лечения применялся симптоматический опросник SCL-90-R.

Анализируя клиническую (симптоматическую) динамику в процессе психотерапии у пациентов, включенных с исследование, можно отметить следующее. В целом больные с невротическими расстройствами, включенные в программу второго этапа исследования, обнаруживали достоверную позитивную клиническую динамику (снижение невротический симптоматики), что подтверждалось данными симптоматического опросника SCL-90-R. В исследуемой группе ($n = 150$) в процессе психотерапии отмечалась достоверная позитивная динамика по всем шкалам и индексам опросника (таблица 20).

Таблица 20. Динамика симптоматического улучшения больных с невротическими расстройствами в процессе психотерапии (по данным SCL-90-R)

Шкала и индекс	До лечения		После лечения		p <
	Медиана	Межквартильный размах	Медиана	Межквартильный размах	
SOM	0,90	0,40–1,26	0,50	0,25–1,08	0,001
OC	1,40	0,78–2,20	0,90	0,60–1,50	0,001
INT	1,10	0,44–1,60	0,66	0,30–1,30	0,001
DEP	1,38	0,70–2,34	1,10	0,50–1,60	0,001
ANX	1,10	0,40–1,90	0,80	0,40–1,40	0,001
HOS	1,00	0,50–1,20	0,50	0,17–1,00	0,001
PHOB	0,43	0,10–0,90	0,29	0,00–0,90	0,001
PAR	0,70	0,30–1,28	0,50	0,19–1,00	0,001
PSY	0,60	0,35–1,00	0,40	0,10–0,83	0,001
GSI	1,00	0,70–1,50	0,81	0,40–1,10	0,001
PDSI	2,02	1,60–2,16	1,76	1,38–2,00	0,001
PSI	49,00	35,00–62,00	41,00	25,00–57,00	0,001

После получения и статистической обработки данных, исследуемая группа была разделена на 2 подгруппы, основным критерием деления стали по-

казатели индекса GSI методики SCL-90-R, показывающего объективную выраженность невротической симптоматики. GSI является лучшим индикатором текущего состояния и глубины расстройства, и его следует использовать в большинстве случаев, где требуется обобщенный единичный показатель. GSI является комбинацией информации о количестве симптомов и интенсивности переживаемого дистресса. В 1-ю подгруппу были включены пациенты, у которых наблюдалась динамика этого показателя, которая говорила об объективном снижении интенсивности симптомов (до 0,7), в нее вошли 102 (68 %) исследуемых, во 2-ю – пациенты с положительной и нулевой динамикой индекса GSI (свыше 0,7), что свидетельствовало о недостатке позитивного симптоматического эффекта психотерапии, в нее были включены 48 (32 %) обследуемых (таблица 21).

Таблица 21. Сравнение клинико-психологических характеристик групп больных с положительным и отсутствием положительного симптоматического сдвига в процессе психотерапевтического лечения (показатели до лечения)

Показатель до лечения	Отсутствие снижения индекса GSI (n=48)	Снижение GSI (n=102)	p (дисперсионный анализ)
Возраст	31,88 ± 7,32	32,75 ± 10,66	0,56
Длительность заболевания	5,29 ± 0,95	2,00 ± 0,85	0,07
SCL-90-R SOM	1,02 ± 0,68	0,75 ± 0,43	0,01*
SCL-90-R OC	1,63 ± 0,84	1,14 ± 0,77	<0,01*
SCL-90-R INT	1,19 ± 0,77	1,04 ± 0,89	0,30
SCL-90-R DEP	1,66 ± 0,90	1,15 ± 0,81	<0,01*
SCL-90-R ANX	1,48 ± 0,95	0,76 ± 0,42	<0,01*
SCL-90-R HOS	0,85 ± 0,49	0,82 ± 0,41	0,75
SCL-90-R PHOB	0,80 ± 0,91	0,53 ± 0,53	0,06
SCL-90-R PAR	0,91 ± 0,62	0,67 ± 0,71	0,04*
SCL-90-R PSY	0,75 ± 0,53	0,58 ± 0,46	0,06
SCL-90-R GSI	1,20 ± 0,56	0,85 ± 0,47	<0,01*
SCL-90-R PDSI	2,01 ± 0,47	1,78 ± 0,38	0,01*
SCL-90-R PSI	51,27 ± 17,77	42,21 ± 17,96	<0,01*
Личностный дифференциал О	8,96 ± 6,51	10,17 ± 4,81	0,25
Личностный дифферен-	0,35 ± 6,53	2,73 ± 7,29	0,04*

циал С			
Личностный дифференциал А	4,60 ± 8,16	7,33 ± 5,78	0,04*
Гиссенский опросник I	45,70 ± 12,64	44,25 ± 12,98	0,52
Гиссенский опросник II	41,85 ± 11,69	45,67 ± 11,60	0,06
Гиссенский опросник III	63,92 ± 13,67	56,23 ± 10,45	<0,01*
Гиссенский опросник IV	60,16 ± 8,99	54,60 ± 9,37	<0,01*
Гиссенский опросник V	55,46 ± 12,04	57,00 ± 7,91	0,42
Гиссенский опросник VI	50,15 ± 10,63	52,06 ± 10,99	0,31
Стратегии совладания 1	38,08 ± 8,10	46,05 ± 17,58	<0,01*
Стратегии совладания 2	43,74 ± 13,24	46,60 ± 17,80	0,27
Стратегии совладания 3	61,45 ± 14,91	56,13 ± 10,06	0,03*
Стратегии совладания 4	62,15 ± 23,09	61,04 ± 18,84	0,77
Стратегии совладания 5	58,81 ± 20,75	56,92 ± 24,26	0,62
Стратегии совладания 6	51,03 ± 14,29	50,85 ± 13,72	0,94
Стратегии совладания 7	53,92 ± 17,06	60,53 ± 19,56	0,04*
Стратегии совладания 8	50,32 ± 17,66	45,08 ± 20,31	0,11

Примечание. Звездочкой отмечены достоверные различия.

Шкалы SCL-90: SOM-соматизация, OC-обсессивность / компульсивность, INT-интерперсональная тревожность, DEP-депрессия, ANX-тревога, HOS-враждебность, PHOB-фобическая тревожность, PAR-паранойяльные проявления, PSY-психотизм, обобщенные шкалы второго порядка: общее число утвердительных ответов, или индекс субъективного дистресса, связанного с наличием симптомов (PDSI), общий индекс выраженности симптоматики (GSI), индекс широты диапазона симптоматики (PSI).

Шкалы Гиссенского личностного опросника: I. Шкала социального одобрения, II. Шкала доминантности-зависимости, III. Шкала контроля (недостаточный контроль — избыточный контроль), IV. Шкала преобладающего настроения (гипоманиакальность-депрессивность), V. Шкала открытости — замкнутости, VI. Шкала социальных способностей — социальной слабости.

Из таблицы 21 можно сделать вывод, что пациенты в группе, которая показала более хороший результат после проведенного курса среднесрочной индивидуальной ЛОРП, еще до лечения отличалась по многим клинико-психологическим показателям от тех пациентов, у которых симптоматический сдвиг после проведенного курса психотерапии был неудовлетворительным. В группе пациентов с отрицательной или отсутствием положительной динамики были выше показатели в баллах по шкалам симптоматического опросника

«Соматизация» («отрицательная группа» – $1,02 \pm 0,68$; «положительная группа» – $0,75 \pm 0,43$), «Обсессивность-компульсивность» («отрицательная группа» – $1,63 \pm 0,84$; «положительная группа» – $1,14 \pm 0,77$), «Депрессия» («отрицательная группа» – $1,66 \pm 0,90$; «положительная группа» – $1,15 \pm 0,81$), «Тревога» («отрицательная группа» – $1,48 \pm 0,95$; «положительная группа» – $0,76 \pm 0,42$).

Существенно ниже у них также были показатели по двум шкалам методики «Личностный дифференциал» (фактор Силы: в «отрицательной группе» – $0,35 \pm 6,53$, в «положительной группе» – $2,73 \pm 7,29$; фактор «Активности»: в «отрицательной группе» – $4,60 \pm 8,16$, в «положительной группе» – $7,33 \pm 5,78$). Это может говорить о более выраженном недостатке самоконтроля, неспособности держаться принятой линии поведения, зависимости от внешних обстоятельств и чужих оценок у больных «отрицательной» группы.

Значимо отличались показатели по 3 (шкала контроля) и 4 (шкала преобладающего настроения «гипоманиакальность-депрессивность») шкалам Гиссенского опросника (шкала контроля в «отрицательной группе» – $63,92 \pm 13,67$, в «положительной группе» – $56,23 \pm 10,45$; шкала настроения в «отрицательной группе» – $60,16 \pm 8,99$, в «положительной группе» – $54,60 \pm 9,37$). Повышенные показатели по шкале контроля в «отрицательной» группе могут говорить об избыточном контроле в эмоционально-поведенческой сфере, о склонности к самокопанию, фиксации на формальных нормах и правилах (гипернормативности). Более высокие показатели по 4 шкале в «отрицательной» группе свидетельствуют о склонности к сниженному настроению, к негативному восприятию себя и событий текущей жизни, самокритике и критике.

Имелись значимые различия по 1 шкале (Конфронтационный копинг), 3 шкале (Самоконтроль) и 7 шкале (Планирование решения проблемы) теста Лазаруса (по 1 шкале в «отрицательной группе» – $38,08 \pm 8,10$, в «положительной группе» – $46,05 \pm 17,58$; по 3 шкале в «отрицательной группе» – $61,45 \pm 14,91$, в «положительной группе» – $56,13 \pm 10,06$; по 7 шкале в «отрицательной группе» – $53,92 \pm 17,06$, в «положительной группе» – $60,53 \pm 19,56$). Можно сказать, что больным из «положительной» группы в большей степени были свойственны

энергичность и способность к сопротивлению трудностям, они в меньшей степени подавляли и сдерживали эмоции, и были в большей степени способны к целенаправленной деятельности.

Показатели в двух сравниваемых группах отражены на рисунке 2.



Рисунок 2. Клинико-психологические и личностные характеристики больных до лечения в группах с положительным и недостатком положительного симптоматического сдвига в процессе психотерапии.

В целом можно сказать, что в группе с «положительной динамикой» чаще оказывались люди с высшим образованием, с обсессивно-фобическим типом невротического расстройства, имеющие среднюю выраженность симпто-

матики, длительность расстройства до 1 года, с относительно лучшим самоконтролем и большей независимостью от внешних оценок (высоким показателем по шкале «Силы» по методике «Личностный дифференциал»), с более частым использованием проблемно-ориентированных копинг-стратегий и менее склонные к подавлению и контролю над эмоциями.

В группе с «отрицательной» динамикой чаще оказывались люди без высшего образования, с длительностью заболевания более 5 лет, с истерическим типом невротического расстройства, с более высокой выраженностью симптоматики, с избыточным контролем в эмоционально-поведенческой сфере, выраженной склонностью к самокопанию, фиксации на формальных нормах и правилах (гипернормативностью), склонностью к сниженному настроению, к негативному восприятию себя и событий текущей жизни, самокритике и критике, с недостатком проблемно-ориентированных копинг-стратегий.

Для анализа взаимосвязи между симптоматической успешностью психотерапии и выбором психотерапевтических мишеней психотерапии использовался точный критерий Фишера. В результате проведенной математической обработки оказалось, что клиническая (симптоматическая) динамика связана с выбором определенных психотерапевтических мишеней прямой и обратной связью. Полученные данные приведены в таблице 22.

Таблица 22. Влияние выбора психотерапевтических мишеней на улучшение психического состояния больных с невротической симптоматикой (уменьшение индекса GSI SCL-90-R)

Группа	Психотерапевтическая мишень	Этап лечения		
		1-й	2-й	3-й
1-я	Сниженное настроение	+	+	
1-я	Навязчивости (компульсивные проявления)	–		
1-я	Ипохондрические проявления		–	
2-я	Психотравмирующие переживания	+		
2-я	Нарушения саморегуляции	–	0	
2-я	Локус контроля		+	
2-я	Эгоцентризм		–	
2-я	Трудности в решении актуальных жизненных проблем			–
2-я	Иррациональные установки	0	–	0

2-я	Низкий уровень рефлексии		+	
2-я	Трудности в принятии решений		—	
2-я	Проблемы целеполагания		+	0
2-я	Невротические защитные механизмы		+	
2-я	Недостаточная психологическая компетентность	—	+	
3-я	Контакт с пациентом	+	+	—
3-я	Несформированный запрос на психотерапию	+		
3-я	Недостаток активности пациента в психотерапевтическом процессе	+		
3-я	Недостаточная интеграция нового опыта			+
3-я	Манипулятивное поведение в отношениях с психотерапевтом		—	
3-я	Эмоциональное напряжение во время сессии	—	+	
4-я	Актуальная психотравмирующая ситуация		+	
4-я	Социальная изоляция (дефицит социальных связей)		+	—
5-я	Недостаток осознания своей роли в возникновении расстройства	+	0	
5-я	Недостаток осознания характера отношений с людьми		+	—
5-я	Дефицит социального восприятия	0	—	0
5-я	Неосознавание связи «личность-ситуация-болезнь»	+	+	0
5-я	Отношения с психотерапевтом	0	0	—
5-я	Нарушения самоотношения	0	+	
5-я	Проблемное, неадаптивное поведение		—	+

Примечания.

«+» – положительное влияние выбора конкретной психотерапевтической мишени, число участников с успешной терапией (уменьшение GSI) и применением психотерапевтической мишени было статистически значимо выше, чем число участников с успешной терапией и не выбирающих психотерапевтическую мишень

«–» – отрицательное влияние, то есть число участников с успешной терапией (уменьшение GSI) и не выбирающих конкретную психотерапевтическую мишень было статистически значимо ниже, чем число участников с успешной терапией и выбирающую конкретную психотерапевтическую мишень.

«0» - отсутствие достоверной статистически значимой взаимосвязи выбора мишени и симптоматической эффективности психотерапии

Таким образом, с симптоматическим улучшением связан выбор на первом этапе психотерапии мишеней из 1-й (нозоспецифической) группы – особенно «сниженное настроение» оказалось эффективной мишенью, – а также

интервенции в отношении психотравмирующих переживаний, что логично, поскольку высота таких переживаний напрямую связана с субъективной оценкой переживаемого дистресса. Из феноменов, связанных с взаимодействием в диаде «врач-пациент», значимыми стали «недостаток активности пациента в психотерапевтическом процессе», «контакт с пациентом» и «несформированный запрос на психотерапию». Можно предположить, что стимуляция активности, формирование терапевтического контакта и помощь пациенту в формировании запроса, то есть своей цели и роли в процессе психотерапии, способствуют в большей степени чем другие факторы эффективному течению процесса психотерапии. Успешным выбором из пятой группы мишеней был только «недостаток осознания своей роли в возникновении расстройства», эта мишень является довольно неспецифической, но относится к пятой группе поскольку отражает одну из важных задач ЛОРП. А вот выбор на первом этапе психотерапии в качестве мишеней компульсивных навязчивостей, проблем с саморегуляцией не коррелирует с симптоматическим улучшением. Также чаще встречалась в «отрицательной» группе мишень «недостаточная психологическая компетентность», применяемая на первом этапе лечения, при «положительном» эффекте на втором этапе, что может говорить о том, что эта мишень представляет собой довольно глобальный феномен, проработка которого более эффективна на основном этапе психотерапии. Мишень «Эмоциональное напряжение во время сессии» также проявила себя «отрицательно» на первом этапе и «положительно» на втором. Это можно расценивать таким образом, что пациенты, у которых уже на начальном этапе взаимодействия с терапевтом, когда еще не предполагается интенсивной конфронтации, отмечается высокое эмоциональное напряжение, имеют более выраженную конфликтность и личностную дисгармоничность, и их терапия связана с большим количеством трудностей, либо врач-психотерапевт на первом этапе создавал более конфронтационную ситуацию, чем мог осложнять контакт с пациентом и на последующих этапах лечения.

На втором этапе психотерапии эффективным выбором, связанным с симптоматическим улучшением также становится «сниженное настроение», из

всех симптоматических мишеней именно этот выбор связан с «положительным» результатом. На втором этапе психотерапии становятся важными мишени из второй группы (связанные с неспецифическими личностными механизмами) – «локус контроля», «низкий уровень рефлексии», «проблемы целеполагания», «невротические защитные механизмы», «недостаточная психологическая компетентность», эти психологические личностные феномены не связаны с какой-либо одной теорией психотерапии, так или иначе, нарушения в этих механизмах личностного функционирования находят отражение во многих психотерапевтических моделях в качестве важных для применения психотерапевтического вмешательства. Из всех мишеней III группы (связанных с терапевтическими отношениями) в «положительной» группе чаще применялись «контакт с пациентом» и «эмоциональное напряжение во время сессии», подчеркивающие важность интенсивного и даже конфронтационного характера взаимоотношений врача и пациента на основном этапе психотерапии. Мишени IV группы «актуальная психотравмирующая ситуация» и «социальная изоляция» чаще были выбраны врачами-психотерапевтами в более успешных случаях.

Из мишеней V группы, отражающих теоретические подходы ЛОРП, самыми эффективными оказались «недостаток осознания связи личность-ситуация-болезнь», «нарушение самоотношения», «недостаток осознания характера своих отношений с людьми».

И на третьем этапе эффективным выбором является восполнение недостатков поведенческих моделей, недостатка интеграции психотерапевтического опыта.

Неэффективным выбором являются мишени «трудности в решении актуальных жизненных проблем», «социальная изоляция (дефицит социальных связей)», а также мишени V группы «недостаток осознания характера отношений с людьми» и «отношения с психотерапевтом», как преимущественно личностно-центрированные и имеющие отношение к основному, а не завершающему этапу психотерапии. Выбор такой мишени как «неудовлетворительный

контакт с пациентом» в конце психотерапии, очевидно, говорит о серьезных сбоях в процессе психотерапевтического лечения.

В целом можно сказать, что в группе с «положительной динамикой» чаще оказывались люди с высшим образованием, обсессивно-фобическим типом невротического расстройства, имеющие среднюю выраженность симптоматики, длительность расстройства до 1 года, относительно лучшим самоконтролем и большей независимостью от внешних оценок (высоким показателем по шкале «Силы» по методике «Личностный дифференциал»), более частым использованием проблемно-ориентированных копинг-стратегий и менее склонные к подавлению и контролю над эмоциями.

В группе с «отрицательной» динамикой чаще оказывались люди без высшего образования, с истерическим типом невротического расстройства, более высокой выраженностью симптоматики, длительностью расстройства более 5 лет, избыточным контролем в эмоционально-поведенческой сфере, выраженной склонностью к самокопанию, фиксации на формальных нормах и правилах (гипернормативностью), склонностью к сниженному настроению, к негативному восприятию себя и событий текущей жизни, самокритике и критике, с недостатком проблемно-ориентированных копинг-стратегий.

В группе с более успешными результатами лечения оказались больные, у которых врачи-психотерапевты выбирали на I этапе психотерапии такие мишени как «сниженное настроение», «психотравмирующие переживания», «неудовлетворительный контакт с пациентом», «несформированный запрос на психотерапию», «недостаток активности пациента» и «недостаток осознания своей роли в возникновении расстройства», на II этапе – «сниженное настроение», «локус контроля», «недостаток осознания связи личность-ситуация-болезнь», «низкий уровень рефлексии», «проблемы целеполагания», «невротические защитные механизмы», «недостаточная психологическая компетентность», «неудовлетворительный контакт с пациентом», «эмоциональное напряжение во время сессии», «актуальная психотравмирующая ситуация», «социальная изоляция», «нарушение самоотношения», «недостаток осознания ха-

рактера своих отношений с людьми», на III этапе – «недостаточная интеграция терапевтического опыта» и «проблемное, неадаптивное поведение».

Выбор же мишеней «Навязчивости (компульсивные проявления)», «Нарушения саморегуляции», «Недостаточная психологическая компетентность», «Эмоциональное напряжение во время сессии» на I этапе психотерапии, мишеней «Ипохондрические проявления», «Эгоцентризм», «Трудности в принятии решений», «Манипулятивное поведение в отношениях с психотерапевтом», «Дефицит социального восприятия», «Проблемное, неадаптивное поведение» на II этапе психотерапии, мишеней «Трудности в решении актуальных жизненных проблем», «Неудовлетворительный контакт с пациентом», «Социальная изоляция (дефицит социальных связей)», «Недостаток осознания характера отношений с людьми» и «Отношения с психотерапевтом» на III этапе психотерапии не приводили к таким результатам.

Также, можно сделать заключение, что положительный эффект от выбора некоторых мишеней психотерапии зависит от этапа психотерапии, на котором врач-психотерапевт выбирал ту или иную мишень психотерапии.

ГЛАВА 5. ХАРАКТЕР И СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ, ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И КОМПЕНСАТОРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ У БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ЕЕ ДИНАМИКА В ПРОЦЕССЕ ПСИХОТЕРАПИИ

Для оценки симптоматического состояния больных с невротическими расстройствами до и после психотерапии использовался опросник выраженности психопатологических жалоб SCL-90. Результаты в общей группе представлены в таблице 23.

Таблица 23. Показатели психопатологической симптоматики и их динамика у больных с невротическими расстройствами в процессе психотерапии

Шкалы	Норма	Общая группа до лечения М ± m / Ме	Общая группа после лечения М ± m / Ме	p (Т)
SOM	0,44 ± 0,03	0,93 ± 0,05 / 0,9	0,66 ± 0,04* / 0,5	< 0,01
O-C	0,75 ± 0,04	1,47 ± 0,07* / 1,4	1,08 ± 0,06* / 0,9	< 0,01
INT	0,66 ± 0,03	1,14 ± 0,07* / 1,1	0,89 ± 0,06* / 0,66	< 0,01
DEP	0,62 ± 0,04	1,5 ± 0,07* / 1,38	1,17 ± 0,07 / 1,1	< 0,01
ANX	0,47 ± 0,03	1,25 ± 0,07* / 1,1	0,91 ± 0,06* / 0,8	< 0,01
HOS	0,60 ± 0,04	0,84 ± 0,04* / 1	0,62 ± 0,04* / 0,5	< 0,01
PHOB	0,18 ± 0,02	0,71 ± 0,07* / 0,43	0,52 ± 0,05* / 0,29	< 0,01
PAR	0,54 ± 0,04	0,83 ± 0,05* / 0,7	0,67 ± 0,05* / 0,5	< 0,01
PSY	0,30 ± 0,03	0,7 ± 0,04* / 0,6	0,52 ± 0,04* / 0,4	< 0,01
GSI	0,49 ± 0,03	1,09 ± 0,05* / 1	0,82 ± 0,04* / 0,81	< 0,01
PSI	21,39 ± 2,02	48,37 ± 1,49 / 49	40,97 ± 1,55* / 41	< 0,01
PDSI	0,51 ± 0,02	1,94 ± 0,04* / 2,02	1,69 ± 0,04 / 1,76	< 0,01

Примечание: *- распределение признака достоверно отличается от нормального.

Из таблицы 23 видно, что у больных с невротическими расстройствами средние показатели по всем шкалам превышают диапазон значений, соответствующих среднестатистической норме.

У больных с невротическими расстройствами до психотерапии диагностируется широкий спектр психопатологических жалоб, которые в значительной степени беспокоят обследуемых и являются причиной дистресса. Так, общий симптоматический индекс, отражающий насколько сильно психопатологические жалобы тяготят обследуемых (GSI) оказался выше среднестатистических значений ($1,09 \pm 0,05$ / 1 при норме $0,49 \pm 0,03$). Индекс проявлений симптоматики, отражающий, насколько разнообразна имеющаяся симптоматика (PSI) также превышает нормативные значения, у больных с невротическими расстройствами данный показатель составил $48,37 \pm 1,49$ / 49 баллов при норме $21,39 \pm 2,02$. Индекс выраженности дистресса (PDSI) также принимает высокие значения: $1,94 \pm 0,04$ / 2,02 при норме до $0,51 \pm 0,02$).

Среди различных симптомов у больных с невротическими расстройствами наиболее выраженными являются признаки депрессивного состояния, проявляющиеся в виде аффекта и снижения мотивации («Депрессия» $1,5 \pm 0,07$ / 1,38), навязчивые мысли, импульсы, действия («Обсессивность-компульсивность» $1,47 \pm 0,07$ / 1,4), эмоциональное напряжение, тревога и различные ее проявления («Тревожность» $1,25 \pm 0,07$ / 1,1), чувство беспокойства и заметный дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия («Межличностная сензитивность» $1,14 \pm 0,07$ / 1,1).

В процессе психотерапии отмечались статистически достоверные сдвиги в сторону снижения интенсивности симптоматики ($p(H) < 0,01$) (таблица 22), что указывает на устойчивую положительную динамику.

После лечения интенсивность, разнообразие и субъективная тяжесть симптомов снизилась, и ряд средних показателей достигли диапазона нормативных значений. В результате психотерапии у больных с невротическими расстройствами редуцировались эмоциональное напряжение и дискомфорт в межличностном общении, негативные аффективные состояния, склонность к затяжному аффекту («Межличностная сензитивность» $0,89 \pm 0,06^*$ / 0,66 при норме $0,66 \pm 0,03$, «Враждебность» $0,62 \pm 0,04^*$ / 0,5 при норме $0,60 \pm 0,04$, «Паранойяльность» $0,67 \pm 0,05^*$ / 0,5 при норме $0,54 \pm 0,04$).

В таблице 24 отражены характерные для общей группы больных с невротическими расстройствами личностные особенности и компенсационные механизмы до лечения и динамика данных показателей в процессе психотерапии.

Таблица 24. Показатели личностных характеристик и копинг-стратегий у больных с невротическими расстройствами в процессе психотерапии

Шкалы	До лечения М ± m / Ме	После лечения М ± m / Ме	p (T)
<i>Личностный дифференциал</i>			
Фактор «Оценка»	9,35 ± 0,49* / 11	9,59 ± 0,42 / 10	0,57
Фактор «Сила»	1,11 ± 0,56* / 2	2,51 ± 0,55* / 0	0,01
Фактор «Активность»	5,47 ± 0,62 / 6	4,65 ± 0,65 / 6	0,22
<i>Гиссенский личностный опросник</i>			
I. Шкала социального одобрения	45,23 ± 1,04* / 47,5	47,67 ± 0,9* / 49	0,03
II. Шкала доминантности-зависимости	43,07 ± 0,96 / 43	46,18 ± 0,81 / 47	< 0,01
III. Шкала контроля (недостаточный контроль — избыточный контроль)	58,69 ± 0,99* / 57	56,77 ± 0,86* / 56	< 0,01
IV. Шкала преобладающего настроения (гипоманиакальность-депрессивность)	58,38 ± 0,77 / 57	58,21 ± 0,89* / 59	0,51
V. Шкала открытости — замкнутости	55,95 ± 0,89 / 57	55,75 ± 0,98 / 55	0,93
VI. Шкала социальных способностей — социальной слабости	50,76 ± 0,88 / 50	51,47 ± 0,71* / 50	0,57
<i>Способы совладающего поведения</i>			
Конфронтационный копинг	43,5 ± 1,28* / 44	44,41 ± 1,19* / 44	0,33
Дистанцирование	44,65 ± 1,21* / 39	45,54 ± 1,49 / 46	0,70
Самоконтроль	59,75 ± 1,12* / 57	61,17 ± 1,31* / 62	0,21
Поиск социальной поддержки	61,79 ± 1,78* / 63	63,38 ± 1,66* / 61	0,05
Принятие ответственности	58,21 ± 1,79* / 50	63,88 ± 1,85* / 67	< 0,01
Бегство, избегания	50,97 ± 1,15* / 54	52,57 ± 1,13* / 50	0,63
Планирование решения проблемы	58,41 ± 1,55* / 53	59,21 ± 1,42 / 61	0,53
Положительная переоценка	48,65 ± 1,52* / 43	50,65 ± 1,51* / 52	0,08

Из таблицы 24 видно, что до лечения для больных с невротическими расстройствами было свойственно завышение самооценки личности относительно своих волевых и коммуникативных способностей. Так показатель Фактора «Оценка» составил $9,35 \pm 0,49^* / 11$, самооценка определенных характеристик незначительно превышает «средненормативную» величину, что указывает на

удовлетворенность собой и осознание себя как носителя в основном положительных, социально желательных характеристик. При этом Фактор «Сила» составил $1,11 \pm 0,56^* / 2$, что указывает на сравнительно невысокий уровень волевой регуляции жизнедеятельности, в том числе и в том, что касается перспективного планирования, отмечается зависимость от внешних обстоятельств. Отмечается склонность к сомнениям в своих силах, избеганию ответственности. Фактор «Активность» составил $5,47 \pm 0,62 / 6$, что указывает на невысокий уровень социальной активности, отмечается преобладание экстравертированной направленности личности, но все же выражены и черты интроверсии, когда коммуникативные и деловые качества проявляются только в узком круге определенных ситуаций.

В процессе психотерапии динамика отмечалась по показателю Фактора «Сила». В результате лечения оценка волевых способностей достоверно повышается, однако остается на невысоком уровне ($p(T) = 0,01$).

Характеристики, выявленные у больных с невротическими расстройствами с помощью Гиссенского личностного опросника входят в диапазон значений от 40 до 60, что соответствует средним показателям. В профиле личности у больных с невротическими расстройствами преобладающими являлись избыточный контроль и депрессивность как преобладающее настроение, что указывает на склонность к выполнению формальных требований и правил и некоторую подавленность, робость, зависимость.

После проведенной психотерапии достоверно изменились показатели по ряду шкал: социального одобрения ($p(T) = 0,03$); доминантности-зависимости ($p(T) < 0,01$) и контроля ($p(T) < 0,01$). После лечения у больных с невротическими расстройствами снизился избыточный контроль, повысилась способность успешно взаимодействовать с окружением, терпеливость.

Адаптационно-компенсаторные механизмы также обнаружили динамику в процессе психотерапии. Так, до лечения у больных с невротическими расстройствами преобладали поиск социальной поддержки ($61,79 \pm 1,78^* / 63$) и самоконтроль ($59,75 \pm 1,12^* / 57$), что указывает на их ориентацию как на ре-

шение проблемы путем задействования внешних ресурсов, так и на сдерживание собственных эмоций. Реже всего использовался конфронтационный копинг, что указывает на недостаток активности в преодолении трудностей.

В процессе психотерапии отмечалась положительная динамика, значительно чаще стала использоваться стратегия принятия ответственности ($p(T) < 0,01$), что указывает на усиление проблемно-ориентированных стратегий.

Таким образом, в общей группе больных с невротическими расстройствами отмечались положительные изменения преимущественно в симптоматическом состоянии, а также в личностных характеристиках, преимущественно связанных с межличностным взаимодействием.

В таблице 25 представлены результаты сравнения показателей симптоматического состояния, личностных особенностей и копинг-стратегий у больных с разными типами невротических расстройств.

Таблица 25. Психологические показатели у больных с разными типами невротических расстройств

Шкалы	Истерический тип $M \pm m / Me$	Обсессивно- фобический тип $M \pm m / Me$	Неврастениче- ский тип $M \pm m / Me$	$p(H)$
Симптоматический опросник SCL-90				
SOM	$1,14 \pm 0,08 / 1$	$0,68 \pm 0,06 / 0,6$	$0,98 \pm 0,09 / 1,2$	< 0,01
O-C	$1,76 \pm 0,1 / 1,5$	$1,84 \pm 0,14 / 2,2$	$1,06 \pm 0,08 / 1$	< 0,01
INT	$1,41 \pm 0,11 / 1,3$	$0,8 \pm 0,07 / 0,6$	$1,32 \pm 0,09 / 1,10$	< 0,01
DEP	$1,86 \pm 0,11 / 2,3$	$1,03 \pm 0,07 / 1,04$	$1,73 \pm 0,11 / 2$	< 0,01
ANX	$1,26 \pm 0,12 / 1,1$	$1,19 \pm 0,09 / 1$	$1,51 \pm 0,19 / 2$	0,32
HOS	$0,87 \pm 0,06 / 1$	$0,82 \pm 0,04 / 0,8$	$0,76 \pm 0,18 / 1,2$	0,29
PHOB	$0,7 \pm 0,09 / 0,43$	$0,79 \pm 0,11 / 0,43$	$0,27 \pm 0,05 / 0,4$	0,19
PAR	$1,07 \pm 0,08 / 1$	$0,57 \pm 0,06 / 0,5$	$0,67 \pm 0,21 / 1,2$	< 0,01
PSY	$0,89 \pm 0,07 / 0,9$	$0,5 \pm 0,04 / 0,5$	$0,42 \pm 0,07 / 0,6$	< 0,01
GSI	$1,29 \pm 0,07 / 1,27$	$0,83 \pm 0,04 / 0,79$	$1,19 \pm 0,12 / 1,5$	< 0,01
PSI	$53,39 \pm 2,41 / 57$	$41,22 \pm 1,53 / 47$	$56,33 \pm 2,64 / 63$	< 0,01
PDSI	$2,11 \pm 0,04 / 2,08$	$1,74 \pm 0,06 / 1,8$	$1,83 \pm 0,11 / 2,1$	< 0,01
Личностный дифференциал				
Фактор «Оценка»	$9,68 \pm 0,77 / 11$	$8,09 \pm 0,57 / 7$	$5,44 \pm 1,41 / 9$	< 0,01
Фактор «Сила»	$2,71 \pm 0,82 / 5$	$-0,89 \pm 0,71 / -1$	$1,67 \pm 2,64 / -5$	< 0,01
Фактор «Актив- ность»	$4,97 \pm 0,96 / 3$	$5,89 \pm 0,86 / 8$	$6,78 \pm 0,88 / 9$	0,43
Гиссенский личностный опросник				
I	$44,17 \pm 1,69 / 46$	$46,41 \pm 1,18 / 51$	$56,11 \pm 0,35 / 34$	0,60

II	44,09 ± 1,48 / 45	40,58 ± 1,28 / 43	53,44 ± 1,76 / 53	< 0,01
III	59,64 ± 1,19 / 58	57,83 ± 1,81 / 54	50,78 ± 2,28 / 54	0,34
IV	57,56 ± 1,12 / 57	58,05 ± 1,08 / 55	59,33 ± 2,64 / 62	0,02
V	55,88 ± 1,32 / 54	56,89 ± 1,27 / 60	64,33 ± 2,64 / 57	> 0,05
VI	50,03 ± 1,35 / 48	50,5 ± 1,16 / 53	57,11 ± 3,51 / 66	0,04
<i>Способы совладающего поведения</i>				
Конфронтационный копинг	43,79 ± 1,69 / 39	41,39 ± 2,11 / 50	56 ± 0,01 / 56	< 0,01
Дистанцирование	48,69 ± 1,7 / 50	39,94 ± 1,57 / 39	43,67 ± 6,85 / 61	< 0,01
Самоконтроль	61,39 ± 1,5 / 67	56,59 ± 1,7 / 57	68,11 ± 5,09 / 81	0,06
Поиск социальной поддержки	64,18 ± 2,64 / 63	57,33 ± 2,56 / 53	73,11 ± 1,93 / 78	0,02
Принятие ответственности	63,21 ± 2,71 / 67	49,44 ± 1,77 / 42	77,78 ± 8,78 / 100	< 0,01
Бегство, избегания	51,94 ± 1,81 / 54	49,69 ± 1,47 / 54	51,89 ± 4,39 / 63	0,65
Планирование решения проблемы	61,68 ± 2,14 / 56	51,72 ± 2,2 / 50	78,11 ± 1,93 / 83	< 0,01
Положительная переоценка	49,81 ± 2,4 / 48	44,11 ± 1,73 / 43	71 ± 0,01 / 71	< 0,01

В таблице 25 видно, что больные с разными типами невротических расстройств различаются по интенсивности и характеру симптоматики. Так интенсивность жалоб (GSI) и связанный с ними дистресс (PDSI) наиболее выражены при истерическом типе невротических расстройств ($p(H) < 0,01$), у них отмечалась более высокая субъективная тяжесть симптомов и относительно более высокие значения по показателям, не характерным для невротических расстройств: «Паранойальность» и «Психотизм» ($p(H) < 0,01$), которые указывают скорее на преувеличение тяжести своего состояния, фиксацию на симптоматике. Помимо этого, отмечаются относительно более высокие показатели по шкалам «Депрессия», «Соматизация», «Межличностная сензитивность» ($p(H) < 0,01$), отражающих вегетативные проявления тревоги, пониженное настроение и эмоциональный дискомфорт в межличностных отношениях.

Больные с обсессивно-фобическим (психастеническим) типом характеризуются относительно более низкими значениями по всем шкалам, кроме этого, у них значительно повышен обсессивно-компульсивный показатель по сравнению с другими типами невротических расстройств, что подтверждает клиниче-

ские данные и указывает на наличие навязчивых мыслей, импульсов и действий.

У больных с неврастеническим типом показатель «Психотизм» значительно ниже, чем в других группах, что указывает на менее интенсивную межличностную изоляцию ($p(H) < 0,01$).

Также отмечались показатели, сходные по выраженности у всех трех типов. Среди них проявления тревожности, страхов, негативного аффективного состояния («Тревожность», «Враждебность», «Фобическая тревожность»). Данные показатели описывают неспецифические особенности, характерные для всех невротических расстройств.

По методике «Личностный дифференциал» больные с истерическим типом невротических расстройств характеризовались высокими значениями по Фактору «Оценка» ($9,68 \pm 0,77 / 11$) и низкими значениями по Факторам «Сила» ($2,71 \pm 0,82 / 5$) и «Активность» ($4,97 \pm 0,96 / 3$), они отмечают удовлетворенность собой, ощущение собственной ценности и социальной привлекательности, при этом им достаточно сложно проявлять уверенность и независимость, придерживаться принятой стратегии поведения, а также отмечается тенденция к экстраверсии, проявлению общительности и импульсивности.

У больных с обсессивно-фобическим (психастеническим) типом расстройства умеренные показатели Факторов «Оценка» ($8,09 \pm 0,57 / 7$) и «Активность» ($5,89 \pm 0,86 / 8$) сочетались с отрицательными значениями по Фактору «Сила» ($-0,89 \pm 0,71 / -1$), что указывало на снижение волевых способностей, выраженную нерешительность и тревожность при достаточно высокой оценке своих качеств и активности.

Больные с неврастеническим типом характеризовались умеренными значениями по Факторам «Оценка» ($5,44 \pm 1,41 / 9$) и «Активность» ($6,78 \pm 0,88 / 9$) и очень низкими значениями по шкале «Сила» ($1,67 \pm 2,64 / -5$), что свидетельствует о значительной переоценке своих возможностей в сочетании с тревожностью и астенизацией.

Были выявлены значимые различия между разными типами невротических расстройств, так у больных с истерическим типом достоверно выше показатель Фактора «Оценки», что указывает на относительно более высокую самооценку, ниже всего данный показатель в группе больных с неврастеническим типом невротического расстройства ($p(H) < 0,01$). При этом показатель Фактора «Силы», т.е. оценка своих волевых качеств и способностей выше у больных с истерическим типом расстройства ($p(H) < 0,01$), у больных с неврастеническим и психастеническим типами невротических расстройств она значительно ниже и принимает зачастую отрицательные значения, что указывает на высокую тревожность и неуверенность.

Группы больных с невротическими расстройствами значительно отличались по характеристикам, выявленным с помощью «Гиссенского личностного опросника». У больных с истерическим типом наиболее выражены коммуникативные качества и социальные способности, они легко устанавливают контакт с окружающими ($p(H) = 0,04$). У больных с неврастеническим типом отмечалась более выраженная склонность к подавленному настроению и самообвинению, по сравнению с другими группами ($p(H) = 0,02$), также данным больным свойственны повышенные значения по шкале социальных способностей, что указывает на их большую социальную беспомощность по сравнению с другими группами ($p(H) = 0,04$), отмечается их значительно более высокая склонность к зависимости ($p(H) < 0,01$). У больных с обсессивно-фобическим (психастеническим) типом расстройства отмечается более выраженная склонность к доминированию по сравнению с другими больными ($p(H) < 0,01$). Таким образом больные с разными типами невротических расстройств значительно отличаются друг от друга рядом психологических показателей.

По методике «Способы совладающего поведения» также были выявлены значимые отличия. Больные с истерическим типом выявлены относительно более низкие показатели по конфронтационному копингу ($p(H) < 0,01$), они менее активны в преодолении трудностей и в меньшей степени ориентированы на разрешение проблемы. Больные с обсессивно-фобическим (психастеническим)

типом характеризуются менее интенсивным использованием дистанцирования ($p(H) < 0,01$), поиска социальной поддержки ($p(H) = 0,02$), принятия ответственности ($p(H) < 0,01$), планирования решения проблемы ($p(H) < 0,01$) и положительной переоценки ($p(H) < 0,01$) в преодолении стрессовых ситуаций, отмечается менее активное использование осознанных способов совладания со стрессом. Больные с неврастеническим типом активнее других используют как проблемно-ориентированные копинги, так и стратегии, направленные на изменение эмоционального состояния.

Был проведен сравнительный анализ динамики клинико-психологических и личностных показателей у больных с разными типами невротических расстройств (истеричным, обсессивно-фобическим и неврастеническим) в процессе индивидуальной ЛОРП. Для этого сравнивались результаты проведения экспериментально-психологического обследования до и после лечения и оценивался выявленный сдвиг в показателях.

В таблице 26 представлена динамика психологических показателей у больных с истерическим типом невротического расстройства.

Таблица 26. Психологические показатели и их динамика у больных с истерическим типом невротических расстройств в процессе лечения

Шкалы	До лечения $M \pm m / Me$	После лечения $M \pm m / Me$	$p(T)$
<i>Симптоматический опросник SCL-90</i>			
SOM	$1,14 \pm 0,08 / 1$	$0,95 \pm 0,06 / 0,8$	0,02
O-C	$0,7 \pm 0,09 / 0,43$	$0,47 \pm 0,06 / 0,29$	< 0,01
INT	$1,41 \pm 0,11 / 1,3$	$1,24 \pm 0,08 / 1,22$	< 0,01
DEP	$1,86 \pm 0,11 / 2,3$	$1,65 \pm 0,08 / 1,4$	0,09
ANX	$1,26 \pm 0,12 / 1,1$	$0,98 \pm 0,09 / 0,9$	< 0,01
HOS	$0,87 \pm 0,06 / 1$	$0,75 \pm 0,07 / 0,5$	0,13
PHOB	$1,76 \pm 0,1 / 1,5$	$1,37 \pm 0,07 / 1,3$	< 0,01
PAR	$1,07 \pm 0,08 / 1$	$1,01 \pm 0,08 / 0,83$	0,30
PSY	$0,89 \pm 0,07 / 0,9$	$0,76 \pm 0,05 / 0,6$	0,13
GSI	$1,29 \pm 0,07 / 1,27$	$1,08 \pm 0,05 / 1,1$	< 0,01
PSI	$53,39 \pm 2,41 / 57$	$50,7 \pm 1,92 / 50$	< 0,01
PDSI	$2,11 \pm 0,04 / 2,08$	$1,9 \pm 0,05 / 1,9$	< 0,01
<i>Личностный дифференциал</i>			
Фактор «Оценка»	$9,68 \pm 0,77 / 11$	$8,48 \pm 0,63 / 8$	< 0,01
Фактор «Сила»	$2,71 \pm 0,82 / 5$	$1,68 \pm 0,71 / 0$	0,16
Фактор «Актив-	$4,97 \pm 0,96 / 3$	$4,7 \pm 0,99 / 5$	0,71

НОСТЬ»			
<i>Гиссенский личностный опросник</i>			
I	44,17 ± 1,69 / 46	45,3 ± 1,25 / 46	0,99
II	44,09 ± 1,48 / 45	46,81 ± 1,16 / 49	0,01
III	59,64 ± 1,19 / 58	56,04 ± 1,12 / 56	< 0,01
IV	57,56 ± 1,12 / 57	58,29 ± 0,99 / 59	0,49
V	55,88 ± 1,32 / 54	55,38 ± 1,43 / 44	0,44
VI	50,03 ± 1,35 / 48	50,45 ± 0,9 / 50	0,95
<i>Способы совладающего поведения</i>			
Конфронтацион- ный копинг	43,79 ± 1,69 / 39	46,18 ± 1,76 / 44	0,04
Дистанцирование	48,69 ± 1,7 / 50	47,82 ± 2,05 / 50	0,46
Самоконтроль	61,39 ± 1,5 / 67	63,26 ± 1,62 / 67	0,06
Поиск социальной поддержки	64,18 ± 2,64 / 63	65,09 ± 2,46 / 61	0,60
Принятие ответ- ственности	63,21 ± 2,71 / 67	76,77 ± 1,98 / 83	< 0,01
Бегство, избегания	51,94 ± 1,81 / 54	55,84 ± 1,61 / 53	0,14
Планирование решения пробле- мы	61,68 ± 2,14 / 56	60,92 ± 1,6 / 61	0,68
Положительная переоценка	49,81 ± 2,4 / 48	52,71 ± 2,21 / 57	0,08

Из таблицы 26 видно, что интенсивность симптомов, и состояние дистресса у больных с истерическим типом невротических расстройств достоверно снижается в результате психотерапии ($p(T) < 0,01$). Достоверно снижаются показатели «Соматизация», «Обсессивность-компульсивность», «Межличностная сензитивность», «Тревожность», «Фобическая тревожность» ($p(T) < 0,01$), так что уменьшается интенсивность тревоги, ее соматического и когнитивного компонентов, страхов и эмоционального дискомфорта в межличностных отношениях.

Однако, ряд показателей симптоматических шкал остается выше нормативных значений.

По результатам сравнения показателей методики «Личностный дифференциал» выявлено, что в процессе психотерапии снижается показатель фактора «Оценки», что может свидетельствовать о том, что больные с истерическим типом невротического расстройства начинают более адекватно оценивать свои способности и качества личности ($p(T) < 0,01$), также у них снижается импуль-

сивность и повышается терпеливость ($p(T) = 0,01$), снижается избыточный контроль выполнения формальных норм и правил ($p(T) < 0,01$). По данным теста Лазаруса, достоверно изменяются копинг-стратегии, больные после лечения чаще используют конфронтационный копинг ($p(T) = 0,04$) и стратегию принятия ответственности ($p(T) < 0,01$).

В таблице 27 представлены психологические показатели у больных с обсессивно-фобическим (психастеническим) типом невротического расстройства.

Таблица 27. Психологические показатели и их динамика у больных с обсессивно-фобическим типом невротического расстройства в процессе лечения

Шкалы	До лечения $M \pm m / Me$	После лечения $M \pm m / Me$	$p(T)$
<i>Симптоматический опросник SCL-90</i>			
SOM	$0,68 \pm 0,06 / 0,6$	$0,39 \pm 0,05 / 0,25$	$< 0,01$
O-C	$1,84 \pm 0,14 / 2,2$	$0,71 \pm 0,04 / 0,8$	$< 0,01$
INT	$0,8 \pm 0,07 / 0,6$	$0,58 \pm 0,06 / 0,56$	$0,01$
DEP	$1,03 \pm 0,07 / 1,04$	$0,71 \pm 0,07 / 0,62$	$< 0,01$
ANX	$1,19 \pm 0,09 / 1$	$0,91 \pm 0,09 / 0,5$	$< 0,01$
HOS	$0,82 \pm 0,04 / 0,8$	$0,51 \pm 0,06 / 0,30$	$< 0,01$
PHOB	$0,79 \pm 0,11 / 0,43$	$0,63 \pm 0,1 / 0,14$	$< 0,01$
PAR	$0,57 \pm 0,06 / 0,5$	$0,33 \pm 0,04 / 0,20$	$< 0,01$
PSY	$0,5 \pm 0,04 / 0,5$	$0,29 \pm 0,05 / 0,10$	$< 0,01$
GSI	$0,83 \pm 0,04 / 0,79$	$0,57 \pm 0,05 / 0,40$	$< 0,01$
PSI	$41,22 \pm 1,53 / 47$	$32 \pm 1,96 / 27$	$< 0,01$
PDSI	$1,74 \pm 0,06 / 1,8$	$1,52 \pm 0,04 / 1,59$	$< 0,01$
<i>Личностный дифференциал</i>			
Фактор «Оценка»	$8,09 \pm 0,57 / 7$	$9,91 \pm 0,5 / 11$	$< 0,01$
Фактор «Сила»	$-0,89 \pm 0,71 / -1$	$2,28 \pm 0,88 / 3$	$< 0,01$
Фактор «Активность»	$5,89 \pm 0,86 / 8$	$4,38 \pm 0,95 / 7$	$0,06$
<i>Гиссенский личностный опросник</i>			
I	$46,41 \pm 1,18 / 51$	$49,34 \pm 1,4 / 51$	$< 0,01$
II	$40,58 \pm 1,28 / 43$	$44,41 \pm 1,23 / 43$	$0,17$
III	$57,83 \pm 1,81 / 54$	$58,5 \pm 1,42 / 56$	$0,62$
IV	$58,05 \pm 1,08 / 55$	$57,97 \pm 1,68 / 57$	$0,30$
V	$56,89 \pm 1,27 / 60$	$54,98 \pm 1,43 / 54$	$0,06$
VI	$50,5 \pm 1,16 / 53$	$51,89 \pm 1,13 / 50$	$0,41$

<i>Способы совладающего поведения</i>			
Конфронтационный копинг	$41,39 \pm 2,11 / 50$	$43,19 \pm 1,79 / 44$	0,10
Дистанцирование	$39,94 \pm 1,57 / 39$	$40,28 \pm 1,96 / 39$	0,96
Самоконтроль	$56,59 \pm 1,7 / 57$	$57,38 \pm 2,21 / 52$	0,79
Поиск социальной поддержки	$57,33 \pm 2,56 / 53$	$63,84 \pm 2,31 / 61$	< 0,01
Принятие ответственности	$49,44 \pm 1,77 / 42$	$47,75 \pm 2,3 / 42$	0,38
Бегство, избегания	$49,69 \pm 1,47 / 54$	$50,06 \pm 1,6 / 46$	0,83
Планирование решения проблемы	$51,72 \pm 2,2 / 50$	$54,34 \pm 2,41 / 56$	0,36
Положительная переоценка	$44,11 \pm 1,73 / 43$	$44,69 \pm 1,88 / 48$	0,86

Данные в таблице 27 показывают, что в результате психотерапии у больных с обсессивно-фобическим типом невротического расстройства достоверно снижаются все показатели симптоматического состояния ($p(T) \leq 0,01$), снижается интенсивность симптоматики и субъективной тяжести симптомов. Выявлено, что все показатели после психотерапии становятся близкими к нормативным: «Соматизация» ($0,39 \pm 0,05 / 0,25$ при норме $0,44 \pm 0,03$), «Обсессивность-компульсивность» ($0,78 \pm 0,07 / 0,6$ при норме $0,75 \pm 0,04$), «Межперсональная сензитивность» ($0,58 \pm 0,06 / 0,56$ при норме $0,62 \pm 0,04$), «Враждебность» ($0,51 \pm 0,06 / 0,30$ при норме $0,60 \pm 0,04$), «Паранойальность» ($0,33 \pm 0,04 / 0,20$ при норме $0,54 \pm 0,04$) и «Психотизм» ($0,29 \pm 0,05 / 0,10$ при норме $0,30 \pm 0,03$), а также «Депрессия» ($0,71 \pm 0,07 / 0,62$ при норме $0,62 \pm 0,04$), «Тревожность» ($0,91 \pm 0,09 / 0,5$ при норме $0,47 \pm 0,03$), «Фобическая тревожность» ($0,63 \pm 0,1 / 0,14$ при норме $0,18 \pm 0,02$).

Среди исследованных качеств личности у больных с обсессивно-фобическим типом невротического расстройства в процессе психотерапии отмечаются достоверные сдвиги по факторам «Оценка» ($p(T) < 0,01$) и «Сила» ($p(T) < 0,01$), у данной группы больных повышается самооценка и усиливается решительность, становится выше показатель социального одобрения ($p(T) < 0,01$) по Гиссенскому опроснику. По данным теста Лазаруса, чаще используется копинг-стратегия поиск социальной поддержки ($p(T) < 0,01$).

В таблице 28 указаны данные о симптоматическом состоянии, личностные характеристики и копинг-стратегии у больных с неврастеническим типом невротических расстройств.

Таблица 28. Психологические показатели и их динамика у больных с неврастеническим типом невротического расстройства в процессе лечения

Шкалы	До лечения М ± m / Ме	После лечения М ± m / Ме	p (T)
Симптоматический опросник SCL-90			
SOM	0,98 ± 0,09 / 1,2	0,11 ± 0,04 / 0,2	< 0,01
O-C	1,06 ± 0,08 / 1	0,78 ± 0,07 / 0,6	< 0,01
INT	1,32 ± 0,09 / 1,10	0,22 ± 0,03 / 0,3	< 0,01
DEP	1,73 ± 0,11 / 2	0,31 ± 0,07 / 0,5	< 0,01
ANX	1,51 ± 0,19 / 2	0,38 ± 0,09 / 0,6	< 0,01
HOS	0,76 ± 0,18 / 1,2	0,19 ± 0,01 / 0,2	< 0,01
PHOB	0,27 ± 0,05 / 0,4	0,17 ± 0,05 / 0,3	< 0,01
PAR	0,67 ± 0,21 / 1,2	0,28 ± 0,09 / 0,50	0,04
PSY	0,42 ± 0,07 / 0,6	0,06 ± 0,02 / 0,1	< 0,01
GSI	1,19 ± 0,12 / 1,5	0,28 ± 0,05 / 0,4	< 0,01
PSI	56,33 ± 2,64 / 63	21,56 ± 3,34 / 30	< 0,01
PDSI	1,83 ± 0,11 / 2,1	1,06 ± 0,02 / 1,10	< 0,01
Личностный дифференциал			
Фактор «Оценка»	5,44 ± 1,41 / 9	6,78 ± 0,88 / 9	0,07
Фактор «Сила»	1,67 ± 2,64 / -5	7,22 ± 0,7 / 10	< 0,01
Фактор «Активность»	6,78 ± 0,88 / 9	6,11 ± 0,35 / 7	0,14
Гиссенский личностный опросник			
I	46 ± 4,74 / 34	56,11 ± 0,35 / 57	0,14
II	52,11 ± 0,35 / 53	53,44 ± 1,76 / 49	0,37
III	56,67 ± 1,05 / 54	50,78 ± 2,28 / 45	< 0,01
IV	67,78 ± 2,28 / 62	59,33 ± 2,64 / 66	0,37
V	49,89 ± 2,81 / 57	64,33 ± 2,64 / 71	< 0,01
VI	58,89 ± 2,81 / 66	57,11 ± 3,51 / 66	0,07
Способы совладающего поведения			
Конфронтационный копинг	56 ± 0,01 / 56	47,89 ± 1,93 / 43	< 0,01
Дистанцирование	43,67 ± 6,85 / 61	53,44 ± 7,73 / 73	< 0,01
Самоконтроль	68,11 ± 5,09 / 81	60,33 ± 4,22 / 71	< 0,01
Поиск социальной поддержки	73,11 ± 1,93 / 78	45,44 ± 4,92 / 33	< 0,01

Принятие ответственности	$77,78 \pm 8,78 / 100$	$68,33 \pm 5,8 / 83$	0,04
Бегство, избегания	$51,89 \pm 4,39 / 63$	$42,44 \pm 2,99 / 50$	< 0,01
Планирование решения проблемы	$78,11 \pm 1,93 / 83$	$79,22 \pm 3,87 / 89$	0,14
Положительная переоценка	$71 \pm 0,01 / 71$	$75,44 \pm 1,76 / 71$	0,07

Из таблицы 28 видно, что в симптоматическом состоянии больных с неврастеническим типом статистически достоверна ($p(T) < 0,01$) по всем показателям, которые после психотерапии снизились и соответствовали диапазону нормативных значений. По данным Гиссенского опросника у них отмечалось снижение избыточного контроля, повышение спонтанности в поведении ($p(T) < 0,01$), снижение открытости ($p(T) < 0,01$). По методике «Личностный дифференциал» происходит повышение показателя фактора «Сила», что может говорить о повышении уверенности в себе, независимости. По методике Лазаруса у них снизилась интенсивность бегства и избегания в копинг-стратегиях ($p(T) < 0,01$), произошло снижение изначально завышенных показателей по шкалам самоконтроля, поиска социальной поддержки и принятия ответственности ($p(T) = 0,01$), повысилась стратегия эмоционального дистанцирования ($p(T) < 0,01$).

Таким образом, в результате психотерапии интенсивность психопатологических симптомов снизилась у больных всех типов невротических расстройств. Специфика динамики клинических проявлений была связана преимущественно с характером изменений по отдельным шкалам. Наиболее выраженные позитивные изменения отмечались в группе больных с психастеническим и неврастеническим типами расстройства. Больные с истерическим типом в меньшей степени положительно отреагировали на психотерапию, сохраняя показатели на повышенном по сравнению с нормативными значениями уровне, что может быть связано с фиксацией на имевшихся нарушениях.

Изменения показателей личностных опросников в большей степени свидетельствуют об улучшении межличностного функционирования пациентов,

при этом касаются специфичных для разных типов невротического расстройства факторов: неадекватной самооценки при истерическом типе, решительности и волевых усилий – при обсессивно-фобическом, гиперконтроля и гиперответственности – при неврастеническом.

Таким образом, в результате оценки симптоматического состояния, личностных характеристик и адаптационно-компенсаторных механизмов у больных с невротическими расстройствами и их динамики в процессе психотерапии было выявлено, что интенсивность симптоматики, её разнообразие, и выраженность дистресса значительно снижаются независимо от типа и длительности невротического расстройства, улучшаются навыки взаимодействия с окружающими, становится более адекватной самооценка, повышается адаптивность совладающего поведения.

В то же время отмечается специфика динамики психологических показателей, которое необходимо учитывать в процессе психотерапии (рисунки 3, 4, 5, 6).

Показатели симптоматического опросника SCL-90 и их динамика в процессе психотерапии в общей группе и у больных с разными типами невротического расстройства:

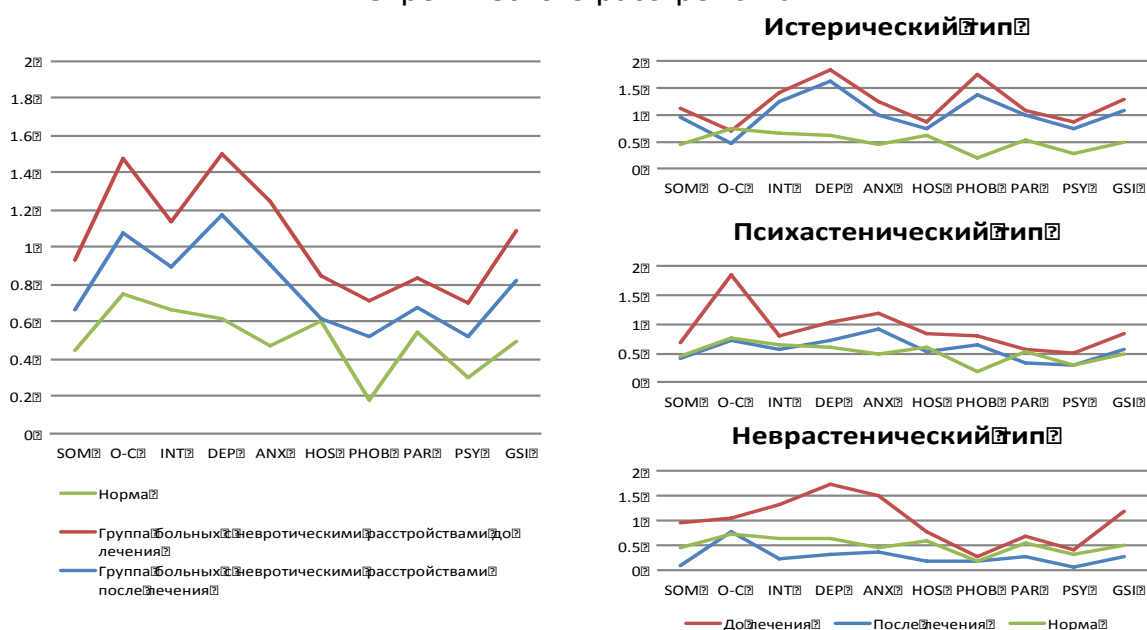


Рисунок 3. Динамика показателей симптоматического опросника SCL-90 в процессе индивидуальной психотерапии.

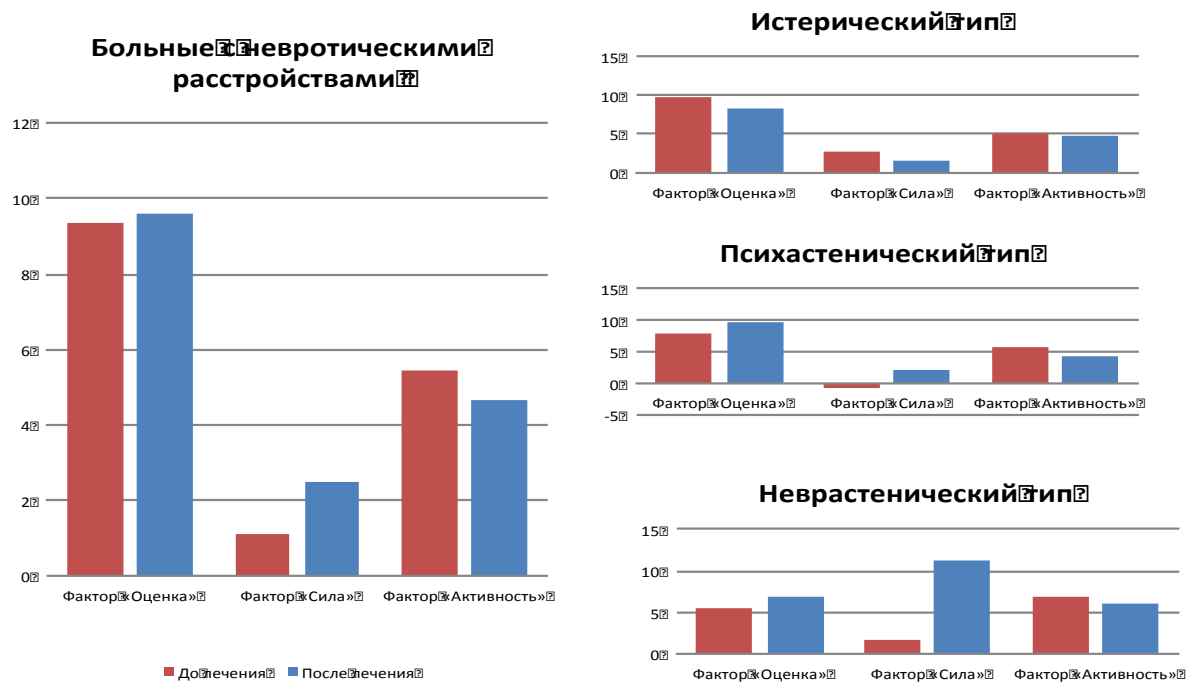


Рисунок 4. Динамика показателей методики «Личностный дифференциал» в процессе индивидуальной психотерапии.

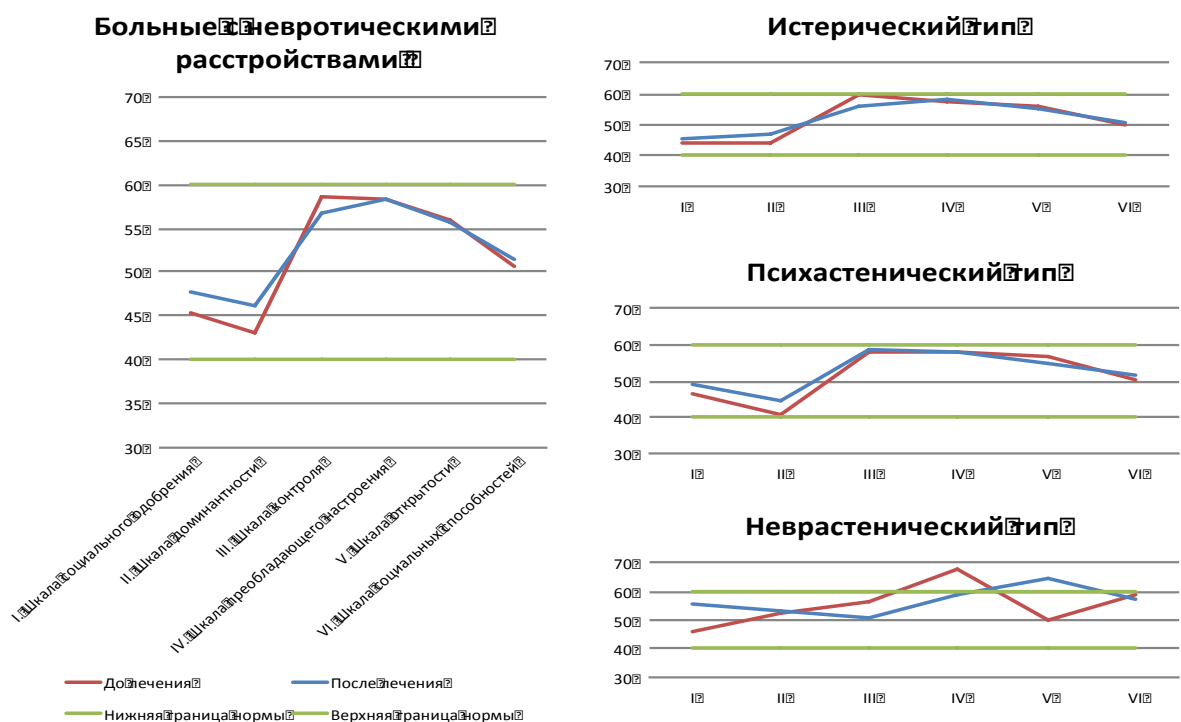


Рисунок 5. Динамика показателей Гиссенского опросника в процессе индивидуальной психотерапии.

Показатели теста Лазаруса и их динамика в процессе психотерапии в общей группе и у больных с разными типами невротического расстройства:

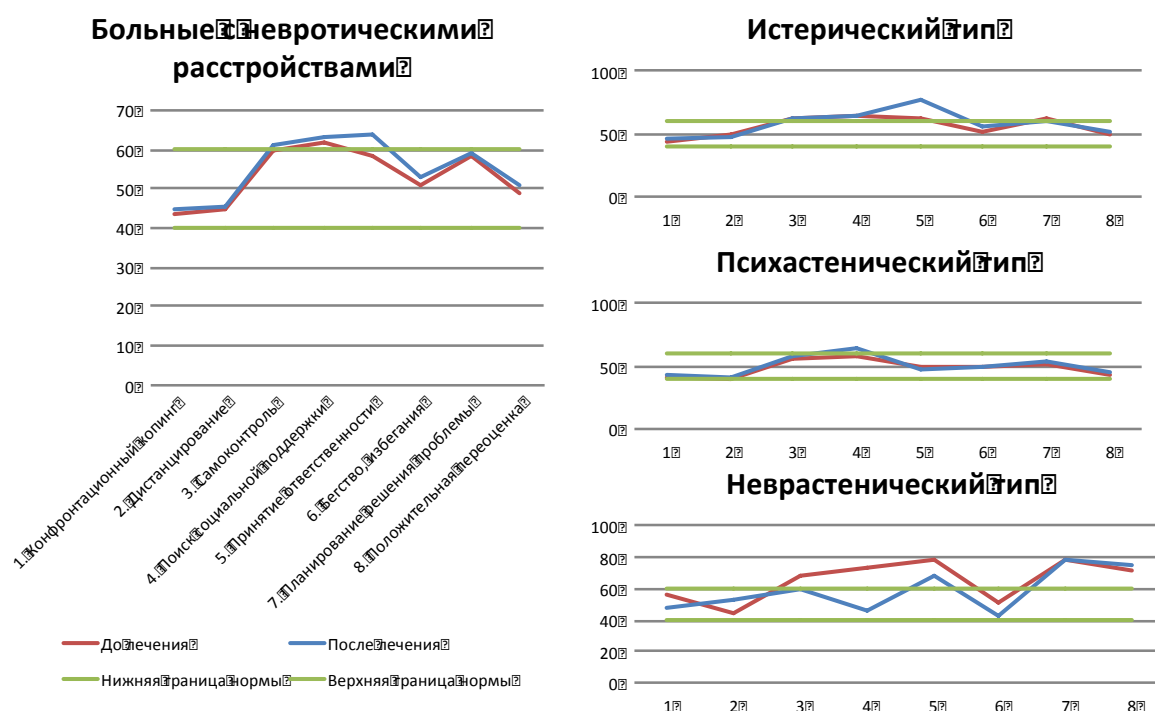


Рисунок 6. Динамика показателей теста Лазаруса в процессе индивидуальной психотерапии.

Оценка удовлетворенности психотерапией.

Для выявления изменений психологических показателей влияющих на субъективную удовлетворенность от психотерапии оценивалась динамика показателей в группе больных с невротическими расстройствами, которые были удовлетворены психотерапией (таблица 29) и в группе тех, кто не отметил ощутимых положительных изменений в процессе лечения (таблица 30).

Таблица 29. Динамика психологических показателей в группе больных с невротическими расстройствами, удовлетворенных психотерапией

Шкалы	До лечения $M \pm m / Me$	После лечения $M \pm m / Me$	p (T)
Симптоматический опросник SCL-90			
SOM	$0,89 \pm 0,06 / 0,75$	$0,59 \pm 0,05 / 0,5$	< 0,01
O-C	$1,47 \pm 0,08 / 1,4$	$1,06 \pm 0,06 / 0,8$	< 0,01
INT	$1,04 \pm 0,07 / 0,8$	$0,77 \pm 0,06 / 0,56$	< 0,01
DEP	$1,34 \pm 0,08 / 1,15$	$1,04 \pm 0,06 / 1$	< 0,01

ANX	1,21 ± 0,08 / 0,9	0,87 ± 0,07 / 0,7	< 0,01
HOS	0,75 ± 0,04 / 0,8	0,55 ± 0,05 / 0,42	< 0,01
PHOB	0,66 ± 0,07 / 0,4	0,47 ± 0,06 / 0,22	< 0,01
PAR	0,73 ± 0,06 / 0,5	0,6 ± 0,05 / 0,5	< 0,01
PSY	0,68 ± 0,05 / 0,6	0,48 ± 0,04 / 0,3	< 0,01
GSI	1,03 ± 0,05 / 0,9	0,75 ± 0,04 / 0,8	< 0,01
PSI	46,58 ± 1,69 / 47	38,73 ± 1,73 / 39	< 0,01
PDSI	1,89 ± 0,04 / 1,95	1,66 ± 0,04 / 1,7	< 0,01
Личностный дифференциал			
Фактор «Оценка»	9,12 ± 0,59 / 10	9,87 ± 0,5 / 10	0,05
Фактор «Сила»	1,83 ± 0,64 / 2	2,95 ± 0,65 / 3	0,06
Фактор «Активность»	6,03 ± 0,71 / 6	5,03 ± 0,77 / 6	0,07
Гиссенский личностный опросник			
I	45,25 ± 1,25 / 49	47,37 ± 1,05 / 49	0,22
II	44,04 ± 1,08 / 45	46,16 ± 0,92 / 45	0,19
III	55,77 ± 1 / 56	54,21 ± 0,83 / 52,5	0,05
IV	58,25 ± 0,84 / 57	57,48 ± 1,06 / 57	0,22
V	54,76 ± 1,01 / 54	54,02 ± 0,98 / 54	0,70
VI	50,44 ± 1,06 / 50	51,29 ± 0,85 / 50	0,50
Способы совладающего поведения			
Конфронтационный копинг	44,12 ± 1,51 / 44	44,03 ± 1,38 / 44	0,87
Дистанцирование	46,39 ± 1,32 / 44	47,09 ± 1,72 / 50	0,73
Самоконтроль	60,57 ± 1,28 / 62	61,36 ± 1,6 / 60	0,56
Поиск социальной поддержки	62,36 ± 1,92 / 65	63,31 ± 1,82 / 61	0,32
Принятие ответственности	58,55 ± 2,02 / 50	64,64 ± 2,15 / 75	0,02
Бегство, избегания	49,36 ± 1,26 / 54	51,31 ± 1,29 / 50	0,86
Планирование решения проблемы	58,05 ± 1,79 / 56	58,85 ± 1,68 / 61	0,55
Положительная переоценка	49,59 ± 1,84 / 48	50,7 ± 1,85 / 52	0,40

Из таблицы 29 видно, что у больных с невротическими расстройствами, удовлетворенных лечением, снизились показатели интенсивности, разнообразия и субъективное переживание симптомов ($p(T) < 0,01$), повысилась самооценка ($p(T) = 0,05$), снизился избыточный самоконтроль, повысилась спонтанность ($p(T) = 0,05$), более активно стало использоваться принятие ответственности в качестве стратегий преодоления трудностей.

Несколько по-другому менялись психологические показатели в группе больных, не отметивших улучшения (таблица 30).

Таблица 30. Динамика психологических показателей в группе больных с невротическими расстройствами, неудовлетворенных психотерапией

Шкалы	До лечения М ± m / Ме	После лечения М ± m / Ме	p (T)
<i>Симптоматический опросник SCL-90</i>			
SOM	1,09 ± 0,09 / 1	0,95 ± 0,11 / 1	0,15
O-C	1,46 ± 0,13 / 1,3	1,15 ± 0,13 / 0,9	< 0,01
INT	1,54 ± 0,14 / 1,3	1,35 ± 0,14 / 1,22	< 0,01
DEP	2,07 ± 0,15 / 2,2	1,64 ± 0,18 / 1,7	< 0,01
ANX	1,39 ± 0,14 / 1,3	1,08 ± 0,13 / 0,9	0,06
HOS	1,19 ± 0,04 / 1,2	0,87 ± 0,12 / 0,8	0,01
PHOB	0,88 ± 0,16 / 0,7	0,69 ± 0,14 / 0,4	0,02
PAR	1,2 ± 0,12 / 1	0,96 ± 0,16 / 0,7	< 0,01
PSY	0,77 ± 0,08 / 0,7	0,66 ± 0,08 / 0,7	0,39
GSI	1,31 ± 0,09 / 1,5	1,07 ± 0,1 / 1,1	< 0,01
PSI	54,97 ± 2,95 / 59	49,25 ± 3,11 / 54	0,01
PDSI	2,1 ± 0,07 / 2,2	1,79 ± 0,09 / 2	< 0,01
<i>Личностный дифференциал</i>			
Фактор «Оценка»	10,19 ± 0,8 / 11	8,53 ± 0,63 / 10	0,02
Фактор «Сила»	-1,53 ± 1,06 / -1	0,88 ± 0,96 / -1	0,14
Фактор «Активность»	3,41 ± 1,22 / 5	3,25 ± 1,09 / 6	0,30
<i>Гиссенский личностный опросник</i>			
I	45,16 ± 1,57 / 46	48,78 ± 1,72 / 49	< 0,01
II	39,5 ± 1,97 / 39	46,25 ± 1,77 / 49	< 0,01
III	69,44 ± 1,78 / 70	66,22 ± 1,82 / 68	< 0,01
IV	58,88 ± 1,92 / 62	60,91 ± 1,39 / 60	0,28
V	60,34 ± 1,67 / 60	62,13 ± 2,56 / 67	0,19
VI	51,94 ± 1,25 / 53	52,13 ± 1,13 / 53	0,60
<i>Способы совладающего поведения</i>			
Конфронтационный копинг	41,22 ± 2,13 / 44	45,78 ± 2,35 / 44	< 0,01
Дистанцирование	38,25 ± 2,71 / 39	39,81 ± 2,67 / 42	0,83
Самоконтроль	56,72 ± 2,25 / 52	60,5 ± 1,76 / 62	0,09
Поиск социальной поддержки	59,69 ± 4,45 / 56	63,66 ± 3,98 / 57	< 0,01
Принятие ответственности	56,94 ± 3,88 / 67	61,06 ± 3,5 / 58	0,29
Бегство, избегания	56,94 ± 2,5 / 58	57,25 ± 2,16 / 53	0,58
Планирование решения проблемы	59,75 ± 3,09 / 50	60,56 ± 2,46 / 52	0,55
Положительная переоценка	45,16 ± 2,15 / 41	50,47 ± 1,96 / 48	0,05

Из таблицы 30 видно, что интенсивность ряда симптомов снизилась, однако тревожность и ее вегетативные проявления остались на прежнем уровне, снизилась самооценка, снизился уровень избыточного самоконтроля, однако вместе с повышением потребности в социальном одобрении и зависимости, что, возможно, нивелирует спонтанность и открытость в поведении. Среди копинг-стратегий чаще стали использоваться конфронтация, поиск социальной поддержки и положительная переоценка, что видимо недостаточно для эффективной работы адаптационных механизмов.

Таким образом, было выявлено, изменения каких именно параметров способствуют субъективной положительной оценке психотерапии со стороны больных с невротическими расстройствами. Снижение тревоги и соматических ее проявлений, повышение самооценки и развитие принятия ответственности в качестве копинг-механизма и развитие спонтанности в поведении способствуют удовлетворенности пациентами от проводимой психотерапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Было обследовано 150 больных с невротическими расстройствами, проходивших лечение в отделении внебольничной психотерапии и в отделении лечения пограничных психических состояний и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева в 2007 – 2014 гг. Основным методом лечения у них была индивидуальная ЛОРП, медикаментозного и других видов лечения исследуемые больные не получали. Индивидуальная ЛОРП проводилась в течение 2,5 – 3 месяцев, занятия проводились 2 раза в неделю, длительностью по 60 минут. Таким образом, общее количество занятий было 24. Все больные получали одинаковое количество часов психотерапии.

В исследование были включены также врачи-психотерапевты, сотрудники отделения внебольничной психотерапии, отделения лечения пограничных психических состояний и психотерапии НИПНИ им. В.М.Бехтерева и других учреждений, применяющих в своей работе метод ЛОРП, у которых изучались представления о мишенях проводимой ими психотерапии с помощью полуструктурированного интервью. В начале исследования с врачами проводились установочные семинары, направленные на приведение к единообразию подхода к проводимому психотерапевтическому лечению. Всего обследовано 48 врачей-психотерапевтов, с ними было проведено 150 полуструктурированных интервью о выборе психотерапевтических мишеней при проведении ЛОРП. Интервью проводилось однократно в конце курса психотерапии.

Отдельно к исследованию привлекались 17 экспертов. В группу экспертов входили врачи-психотерапевты и клинические психологи с профессиональным стажем более 15 лет, имеющие степени докторов наук (9 человек) и кандидатов наук (8 человек), ведущие активную практическую, научную и преподавательскую работу в области психотерапии в Санкт-Петербурге, Москве, Оренбурге, Екатеринбурге.

Дополнительным материалом на первом этапе исследования были 68 протоколов, составленных автором при проведении психологического анализа психотерапевтических случаев лечения пациентов с невротическими расстрой-

ствами, которые использовались для изучения содержания процесса психотерапии, характера затруднений и дополнения перечня мишеней.

Характеристика выборки. Возраст обследуемых – от 18 до 55 лет. Распределение пациентов по полу было следующим: женщин было 80% – (120 человек), мужчин – 20% (30 человек). Их средний возраст составил $34,5 \pm 0,3$ года. Из всех обследованных больных были женаты или замужем 48,7%, не замужних и не женатых – 51,3%. Из всех пациентов 50% имели высшее образование, 47,3% – средне-специальное, 2,7% – среднее.

При включении пациентов в исследование были использованы критерии классификации психических и поведенческих расстройств МКБ-10. В соответствии с ней, в исследуемую группу входили больные с расстройствами, включенными в раздел F4 (невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства). Исследуемую группу составили пациенты со следующими диагнозами: F40.01 – агорафобия с паническим расстройством (20,7%), F48.0 – неврастения (19,3%), F42 – обсессивно-компульсивное расстройство (13,3%), F45.3 – соматоформная вегетативная дисфункция (10,6%), F40.8 – другие тревожные и фобические расстройства (10%), F45.0 – соматизированное расстройство (9,3%), F41.2 – смешанное тревожное и депрессивное расстройство (8,7%), F40.1 – социальные фобии (5,4%), F44.4 – диссоциативное двигательное расстройство (2,7%).

Для диагностики больных с невротическими расстройствами также использовались критерии «позитивной» и «негативной» диагностики (Мясищев В.Н., 1960; Карвасарский Б.Д., 1990, 2011).

Больные разделились следующим образом: истерический тип невротического расстройства – 76 (50,7%), обсессивно-фобический – 45 (30%), неврастенический – 29 (19,3%).

Целью исследования было: Оптимизация программ индивидуальной ЛОРП при лечении невротических расстройств на основании изучения динамики клинико-психологических показателей больных с применением типологии психотерапевтических мишеней.

Задачами исследования были:

1. Теоретическое обоснование понятия «мишеней психотерапии» и разработка их классификации с помощью теоретико-методологического анализа существующих подходов к формулировке их определения при лечении больных с невротическими расстройствами.

2. Исследование индивидуальной среднесрочной ЛОРП у больных невротическими расстройствами с помощью специально разработанного и проведенного психологического анализа психотерапевтических случаев.

3. Изучение динамики клинико-психологических характеристик пациентов с разными типами невротических расстройств в процессе проведения индивидуальной ЛОРП.

4. Выявление психотерапевтических мишеней при проведении индивидуальной среднесрочной ЛОРП у больных с разными типами невротических расстройств с помощью специально разработанного полуструктурированного интервью врачей-психотерапевтов.

5. Исследование связи изменений клинико-психологических характеристик больных с невротическими расстройствами в процессе психотерапии с выбором врачами-психотерапевтами мишеней психотерапии с учетом клинических и личностных особенностей пациентов.

Методы исследования были следующими:

1. Метод теоретико-методологического анализа.

2. Клинико-психологический метод.

3. Экспериментально-психологический метод.

4. Метод экспертных оценок.

5. Статистический метод.

На основании изучения литературных источников проводился теоретико-методологический анализ понятия мишеней психотерапии с позиций её клинической модели. Затем через призму этой модели были рассмотрены возможные составляющие компоненты этого понятия и с помощью экспертного метода получено рабочее определение понятия «мишень психотерапии».

Под термином «психотерапевтическая мишень» предлагается рассматривать «проявляемый в процессе психотерапии пациентом или предполагаемый психотерапевтом клинико-психологический феномен, изменение которого является целью психотерапевтического воздействия на конкретном этапе психотерапевтического процесса». Это определение является рабочим, принятым для выполнения целей и задач исследования.

Предлагаемая классификация психотерапевтических мишеней опирается на предположение о том, что любая из определяемых мишеней психотерапии будет относиться к одной из следующих пяти групп, отражающих возможные плоскости определения психотерапевтических мишеней в условиях психотерапевтического процесса:

I – клинические проявления невротического расстройства у пациентов, проходящих психотерапию;

II – личностные и психологические особенности пациентов, существенным образом влияющие на возникновение и динамику расстройства;

III – особенности психотерапевтического взаимодействия в рамках психотерапевтического процесса;

IV – условия жизни и микросоциального функционирования пациента, в том числе имеющие психогенное и патопластическое влияние на расстройство;

V – теоретические понятия, сформулированные в терминах психотерапевтических методов.

Всего рабочий перечень мишеней психотерапии для группы невротических расстройств выявил 90 их вариантов, которые и вошли в данную классификацию.

В связи с задачей изучения реальной практики индивидуальной ЛОРП у пациентов с невротическими расстройствами был разработан и апробирован алгоритм психологического анализа психотерапевтических случаев.

Изучение протоколов проведенных процедур психологического анализа психотерапевтического случая позволил дополнить рабочий перечень мишеней психотерапии для невротических расстройств, а также выделить различные ти-

пы затруднений при проведении психотерапии и использовался для описания и оптимизации психотерапевтического процесса.

Полученные результаты показывают, что лидирующая триада, в сумме составляющая 53% от числа всех выявленных затруднений в процессе психотерапии включает: недоучет факторов психогенеза имеющихся у пациентов расстройств (23,2%), характер мотивации пациента, коррекции «внутренней картины болезни» и связанные с ними проблемы формирования психотерапевтического запроса (19,4%), несоответствия концепции описания механизмов психогенеза и выбранных психотерапевтических вмешательств (10,4%).

С целью изучения представлений врачей-психотерапевтов о мишенях индивидуальной ЛОРП при лечении 150 больных с невротическими расстройствами с врачами-психотерапевтами проводилось полуструктурированное интервью на заключительном этапе психотерапевтического лечения. Вопросы интервью касались всех этапов проведенной психотерапии.

С учетом того, что одна мишень могла применяться на нескольких этапах психотерапии, самыми частыми мишенями, которые выбирали врачи-психотерапевты, были: недостаток осознания связи «личность-ситуация-болезнь» (95,3% / 31,77%) (V группа), контакт с пациентом (68% / 26,44%) (III группа), низкий уровень рефлексии (62% / 20,67%) (II группа), эмоциональное напряжение во время сессий (48% / 19,11%) (III группа), недостаток доверия к психотерапевту (55,3% / 18,44%) (III группа), внутриличностный невротический конфликт (52,6% / 17,56%) (V группа), недостаточно сформированный запрос на психотерапию (42,6% / 15,33%) (III группа), недостаток осознания характера своих отношений с людьми (37,3% / 15,33%) (V группа), нарушения самоотношения (44% / 14,67%) (V группа), отношения с психотерапевтом (34% / 14,44%) (V группа), недостаточная интеграция терапевтического опыта (42% / 14,22%) (III группа), трудности в близких отношениях (41,4% / 13,78%) (II группа), неадекватная внутренняя картина болезни (40,7% / 13,56%) (II группа), нарушения самооценки (40% / 13,33%) (II группа), зависимость от психотерапевта и психотерапии (35,3% / 11,78%) (III группа).

В перечень 15 наиболее часто выбираемых психотерапевтических мишеней вошли мишени трех групп, за исключением психотерапевтических мишеней I группы (специфичных для симптоматического состояния) и IV группы (особенностей микросоциальной ситуации). Наиболее частыми были мишени II группы (феномены личностной сферы), III группы (феномены, относящиеся к терапевтическому взаимодействию) и V группы (специфичные для теории психотерапевтического метода). Эти данные дают основание отметить, что выделение мишеней I группы имело, по сравнению с мишенями других групп, меньшее значение, что в определенной мере может рассматриваться как приоритет личностных изменений над симптоматическими в рамках выбранного метода. Мишени I группы чаще выбирались на I и III этапах лечения, но они не вошли в группу часто выбираемых психотерапевтических мишеней. На втором месте были мишени II группы – внеметодические формулировки относительно личностных факторов этиопатогенеза расстройства. Выбранные же мишени V группы имели явную психодинамическую ориентированность, что вполне соответствует концепции индивидуальной ЛОРП.

Самой частой мишенью в представлениях врачей-психотерапевтов был «недостаток осознания связи личность-ситуация-болезнь», которая выявлена в 95,3% случаев. Очевидно, что это важная для ЛОРП мишень, вокруг которой строятся все дальнейшие интервенции и без проработки которой трудно реализовать этот метод психотерапии. Также важнейшими мишенями, связанными с методом ЛОРП, являлись «внутриличностный невротический конфликт», «недостаток осознания характера отношений с людьми», «самоотношение» и «отношения с психотерапевтом».

Самыми частыми мишенями из II группы были «низкий уровень рефлексии», «трудности в близких отношениях», «нарушения самооценки», эти феномены занимают в представлениях врачей-психотерапевтов о личности пациентов с невротическими расстройствами важное место. Также ко II группе относилась мишень «неадекватная внутренняя картина болезни», связанная с недостатком понимания пациентами психологической природы своего расстройства.

Самой частой мишенью из III группы, которая связана с психотерапевтическим взаимодействием, была «контакт с пациентом», она выбиралась в подавляющем числе случаев озабоченности врачом-психотерапевтом качеством терапевтического контакта.

Выбор психотерапевтических мишеней врачами-психотерапевтами имел свою специфику в зависимости от этапа психотерапевтического процесса.

На 1-м этапе лечения преобладающими являлись мишени из III группы, связанные с формированием терапевтических отношений, сравнительно реже выбирались мишени из II и V группы. На 2 этапе психотерапии врачи выбирали преимущественно мишени из II группы (относящиеся к личностной сфере) и V группы (связанные с представлениями о терапевтических задачах в рамках ЛОРП). Основные усилия терапевта были направлены на повышение уровня рефлексии (иными словами, на расширение сферы осознания своих внутриличностных и межличностных процессов), на проработку внутриличностного конфликта, а также отдельные компоненты этиопатогенеза невротических расстройств – самоотношение, самооценку, трудности в близких отношениях, недостаток осознания характера своих отношений с людьми, механизмы психологической защиты, недостаток осознания чувств, сильные негативные эмоции, гипернормативность, нарушение саморегуляции, проблемное поведение и другие личностные феномены, участвующие в поддержании невротической системы отношений. На 3-м, заключительном этапе фокус внимания врача-психотерапевта смещался в сторону поведенческой сферы, самыми частыми мишенями были «недостаточная интеграция терапевтического опыта», «недостатки поведенческих моделей», «проблемы целеполагания», «трудности в решении актуальных жизненных проблем». И одной из самых значимых задач становится преодоление «зависимости от психотерапевта и психотерапии». Эта мишень входит в перечень 15-ти самых часто выбираемых в целом, что может говорить о большом клинико-психологическом значении этого явления в психотерапевтическом лечении.

Выбор мишеней врачами-психотерапевтами имел свою специфику также в зависимости от типа невротического расстройства. При сравнении частоты выбора разных мишеней между тремя группами пациентов с разными типами невротических расстройств выявлена достоверная разница в частоте следующих мишеней:

– при истерическом типе сравнительно чаще применялись мишени: «Неадекватная внутренняя картина болезни», «Завышенная ценность положительной оценки со стороны окружающих», «Нарушения самооценки», «Уровень притязаний», «Проблемы целеполагания», «Манипулятивное поведение в отношениях с психотерапевтом», «Механизмы вторичной выгоды болезни», «Отношения с психотерапевтом».

– при обсессивно-фобическом типе сравнительно чаще применялись мишени: «Нарушения саморегуляции», «Трудности в отношениях с людьми противоположного пола», «Недостаток доверия к психотерапевту», «Недостаток самораскрытия пациента в процессе психотерапии», «Эмоциональное напряжение во время сессий», «Социальная изоляция (дефицит социальных связей)», «Гипернормативность».

– при неврастеническом типе чаще применялись следующие мишени: «Неустойчивость настроения (эмоциональная лабильность)», «Сниженное настроение», «Психотравмирующие переживания», «Нарушения саморегуляции», «Трудности в близких отношениях», «Недостатки поведенческих моделей», «Эмоциональное напряжение во время сессий», «Актуальная психотравмирующая ситуация», «Недостаточная психологическая компетентность», «Перфекционизм».

Таким образом, при наличии универсальных мишеней, определяемых общими для всех невротических расстройств задачами индивидуальной ЛОРП, существуют различия в направленности психотерапевтических интервенций, связанные с разными типами невротического расстройства.

В целом у больных с невротическими расстройствами, включенных в программу исследования, была обнаружена достоверная позитивная динамика

– снижение выраженности невротической симптоматики у всех 150 больных по всем шкалам и индексам симптоматического опросника SCL-90-R.

В результате психотерапии у больных невротическими расстройствами редуцировались эмоциональное напряжение и дискомфорт в межличностном общении, негативные аффективные состояния, склонность к затяжному аффекту ($p(T) < 0,01$).

При сравнении клинико-психологических характеристик больных с разными типами невротического расстройства (истерическом, обсессивно-фобическом и неврастеническом) выявилось различие показателей как до начала психотерапевтического лечения, так и после него.

Больные с разными типами невротических расстройств различались по субъективной интенсивности и характеру симптоматики. Так интенсивность жалоб (шкала GSI «индекс общей выраженности симптоматики») и связанный с ними дистресс (шкала PDSI «индекс субъективного дистресса») наиболее выражены при истерическом типе невротического расстройства ($p(H) < 0,01$), у этих больных отмечалась за счет субъективной оценки тяжести симптомов. Помимо этого, отмечались относительно более высокие показатели по шкалам «Депрессия», «Соматизация», «Межличностная сензитивность» ($p(H) < 0,01$), отражающим пониженное настроение, вегетативные проявления тревоги и эмоциональный дискомфорт в межличностных отношениях.

Больные с обсессивно-фобическим типом характеризовались относительно более низкими значениями по всем шкалам опросника, кроме этого, у них был значительно повышен обсессивно-компульсивный показатель по сравнению с другими типами невротических расстройств ($1,84 \pm 0,14 / 2,2$), что подтверждает клинические данные и указывает на наличие навязчивых мыслей, импульсов и действий.

У больных с неврастеническим типом отмечалась менее интенсивная межличностная изоляция ($p(H) < 0,01$) по SCL-90-R.

У больных всех трех типов невротического расстройства (истерическом, обсессивно-фобическом и неврастеническом) отмечались повышенные показате-

тели тревожности, страхов, негативного аффективного состояния в баллах: шкала «Тревожность» ($1,26 \pm 0,12 / 1,1$; $1,19 \pm 0,09 / 1$; $1,51 \pm 0,19 / 2$ соответственно), шкала «Враждебность» ($0,87 \pm 0,06 / 1$; $0,82 \pm 0,04 / 0,8$; $0,76 \pm 0,18 / 1,2$ – соответственно), «Фобическая тревожность» ($0,7 \pm 0,09 / 0,43$; $0,79 \pm 0,11 / 0,43$; $0,27 \pm 0,05 / 0,4$ соответственно). Данные показатели говорят о неспецифических особенностях, характерных для невротических расстройств.

По методике «Личностный дифференциал» также были выявлены значимые различия между типами невротических расстройств. Так, у больных с истерическим типом достоверно выше показатель Фактора «Оценки» ($9,68 \pm 0,77 / 9,68$ баллов), в сочетании с низкими значениями по Факторам «Сила» ($2,71 \pm 0,82 / 5$) и «Активность» ($4,97 \pm 0,96 / 3$). У больных с обсессивно-фобическим типом расстройства умеренные показатели Факторов «Оценка» ($8,09 \pm 0,57 / 7$) и «Активность» ($5,89 \pm 0,86 / 8$) сочетались с отрицательными значениями по Фактору «Сила» ($-0,89 \pm 0,71 / -1$), что указывало на снижение волевых способностей, выраженную нерешительность и тревожность при достаточно высокой оценке своих качеств и активности. Больные с неврастеническим типом характеризовались умеренными значениями по Факторам «Оценка» ($5,44 \pm 1,41 / 9$) и «Активность» ($6,78 \pm 0,88 / 9$) и очень низкими значениями по шкале «Сила» ($1,67 \pm 2,64 / -5$), что свидетельствует о значительной переоценке своих возможностей в сочетании с тревожностью и астенизацией.

Больные с разными типами невротических расстройств имели неодинаковые характеристики по данным Гиссенского личностного опросника. У больных с истерическим типом была более выражена склонность к подавленному настроению, по сравнению с другими группами ($p(H) = 0,02$). Больные с обсессивно-фобическим типом характеризовались повышенным значением по показателю социальной слабости ($p(H) = 0,04$), а больные с неврастеническим типом отличались высоким уровнем склонности к зависимости ($p(H) < 0,01$). Таким образом, больные с разными типами невротических расстройств значительно отличались друг от друга рядом клинических и психологических показателей.

После проведенного лечения у больных с истерическим типом интенсивность симптомов и состояние дистресса достоверно снизились в результате психотерапии ($p(T) < 0,01$). Также достоверно снизились показатели «Соматизация» ($1,14 \pm 0,08 / 0,95 \pm 0,06$), «Обсессивность-компульсивность» ($0,7 \pm 0,09 / 0,47 \pm 0,06$), «Межличностная сензитивность» ($1,41 \pm 0,11 / 1,24 \pm 0,08$), «Тревожность» ($1,26 \pm 0,12 / 0,98 \pm 0,09$), «Фобическая тревожность» ($1,76 \pm 0,1 / 1,37 \pm 0,07$) ($p(T) < 0,01$) по SCL-90-R, что свидетельствует об уменьшении интенсивности тревоги, ее соматического и когнитивного компонентов, страхов и эмоционального дискомфорта в межличностных отношениях. В процессе психотерапии снизился показатель фактора «Оценки» по методике «Личностный дифференциал» ($9,68 \pm 0,7 / 8,48 \pm 0,63$), то есть больные с истерическим типом невротического расстройства стали более адекватно оценивать свои способности и качества личности ($p(T) < 0,01$), у них снизилась импульсивность и повысилась терпеливость ($p(T) = 0,01$), снизился избыточный контроль выполнения формальных норм и правил ($p(T) < 0,01$) по данным Гиссенского опросника, достоверно изменились копинг-стратегии, чаще стали использоваться конфронтационный копинг ($p(T) = 0,04$) и принятие ответственности ($p(T) < 0,01$) по методике Лазаруса.

В результате психотерапии у больных с обсессивно-фобическим типом невротического расстройства достоверно снизились все показатели симптоматики ($p(T) \leq 0,01$), снизилась ее интенсивность и субъективная тяжесть симптомов. Выявлено, что все показатели в баллах у больных после психотерапии стали близкими к нормативным: «Соматизация» ($0,68 \pm 0,06 / 0,39 \pm 0,05$ при норме $0,44 \pm 0,03$), «Обсессивности-компульсивность» ($1,84 \pm 0,14 / 0,78 \pm 0,07$ при норме $0,75 \pm 0,04$), «Межперсональная сензитивность» ($0,8 \pm 0,07 / 0,58 \pm 0,06$ при норме $0,62 \pm 0,04$), «Враждебность» ($0,82 \pm 0,04 / 0,51 \pm 0,06$ при норме $0,60 \pm 0,04$), а также «Депрессия» ($1,03 \pm 0,07 / 0,71 \pm 0,07$ при норме $0,62 \pm 0,04$), «Тревожность» ($1,19 \pm 0,09 / 0,91 \pm 0,09$ при норме $0,47 \pm 0,03$), «Фобическая тревожность» ($0,79 \pm 0,11 / 0,63 \pm 0,1$ при норме $0,18 \pm 0,02$).

По методике «Личностный дифференциал» у больных с обсессивно-фобическим типом в процессе психотерапии отмечены достоверные сдвиги по Факторам «Оценка» ($p(T) < 0,01$) и «Сила» ($p(T) < 0,01$), у них повысилась самооценка и усилилась решительность, стал выше показатель социального одобрения по Гиссенскому опроснику ($p(T) < 0,01$), ими чаще использовалась копинг-стратегия поиск социальной поддержки ($p(T) < 0,01$) по методике Лазаруса.

Положительная динамика в клиническом состоянии больных с неврастеническим типом статистически достоверна ($p(T) < 0,01$) по всем показателям, которые после психотерапии снизились и соответствовали диапазону нормативных значений. По данным Гиссенского опросника у них отмечалось снижение избыточного контроля, повышение спонтанности в поведении ($p(T) < 0,01$), снижение открытости ($p(T) < 0,01$). По методике Лазаруса у них снизилась интенсивность бегства и избегания в копинг-стратегиях ($p(T) < 0,01$), произошло снижение изначально завышенных показателей по шкалам самоконтроля, поиска социальной поддержки и принятия ответственности ($p(T) = 0,01$), повысилась стратегия эмоционального дистанцирования ($p(T) < 0,01$).

Таким образом, в результате психотерапии субъективная интенсивность психопатологических симптомов снизилась у больных всех типов невротических расстройств. Специфика динамики симптоматических проявлений была связана преимущественно с характером изменений по отдельным шкалам. Наиболее выраженные изменения отмечались в группе больных с обсессивно-фобическим и неврастеническим типами расстройства. Больные с истерическим типом в меньшей степени положительно отреагировали на психотерапию, сохраняя симптоматические показатели на повышенном, по сравнению с нормативными значениями уровне, что может быть связано с фиксацией на имеющихся нарушениях.

Изменения показателей личностных опросников в большей степени свидетельствуют об улучшении межличностного функционирования пациентов, при этом касаются специфичных для разных типов невротического расстрой-

ства факторов: неадекватной самооценки при истерическом типе, решительности и волевых усилий – при обсессивно-фобическом, гиперконтроля и гиперответственности – при неврастеническом.

С целью анализа результативности выбора и проработки психотерапевтических мишеней исследуемые больные были разделены на 2 группы. Основным критерием разделения стали показатели «Индекса общей выраженности симптоматики» (GSI) по SCL-90-R, отражающего интенсивность невротической симптоматики. Пациенты в группе, которая показала более позитивный сдвиг показателей («положительная группа» N=102) в результате проведенного курса среднесрочной индивидуальной ЛОРП, еще до лечения отличалась по многим клинико-психологическим показателям от тех пациентов, у которых симптоматический сдвиг после проведенного курса психотерапии был недостаточным («отрицательная группа» N=48). В группе пациентов без положительной динамики были выше показатели в баллах по шкалам симптоматического опросника «Соматизация» («отрицательная группа» – $1,02 \pm 0,68$; «положительная группа» – $0,75 \pm 0,43$), «Обсессивность-компульсивность» («отрицательная группа» – $1,63 \pm 0,84$; «положительная группа» – $1,14 \pm 0,77$), «Депрессия» («отрицательная группа» – $1,66 \pm 0,90$; «положительная группа» – $1,15 \pm 0,81$), «Тревога» («отрицательная группа» – $1,48 \pm 0,95$; «положительная группа» – $0,76 \pm 0,42$). Существенно ниже у них также были показатели по двум шкалам методики «Личностный дифференциал» (фактор Силы: в «отрицательной группе» – $0,35 \pm 6,53$, в «положительной группе» – $2,73 \pm 7,29$; фактор «Активности»: в «отрицательной группе» – $4,60 \pm 8,16$, в «положительной группе» – $7,33 \pm 5,78$). Значимо отличались показатели по 3 (шкала контроля) и 4 (шкала преобладающего настроения «гипоманиакальность-депрессивность») шкалам Гиссенского опросника (шкала контроля в «отрицательной группе» – $63,92 \pm 13,67$, в «положительной группе» – $56,23 \pm 10,45$; шкала настроения в «отрицательной группе» – $60,16 \pm 8,99$, в «положительной группе» – $54,60 \pm 9,37$). По 1 шкале (Конфронтационный копинг), 3 шкале (Самоконтроль) и 7 шкале (Планирование решения проблемы) теста Лазаруса (по 1 шкале в «отрицательной группе» – $38,08 \pm$

8,10, в «положительной группе» – $46,05 \pm 17,58$; по 3 шкале в «отрицательной группе» – $61,45 \pm 14,91$, в «положительной группе» – $56,13 \pm 10,06$; по 7 шкале в «отрицательной группе» – $53,92 \pm 17,06$, в «положительной группе» – $60,53 \pm 19,56$).

В целом можно сказать, что в группе с «положительной динамикой» чаще оказывались люди с высшим образованием, обсессивно-фобическим типом невротического расстройства, имеющие среднюю субъективную выраженность симптоматики, с относительно лучшим самоконтролем и большей независимостью от внешних оценок (высоким показателем по шкале «Силы» по методике «Личностный дифференциал»), более частым использованием проблемно-ориентированных копинг-стратегий и менее склонные к подавлению и контролю над эмоциями.

В группе с «отрицательной» динамикой чаще оказывались люди без высшего образования, с истерическим типом невротического расстройства, с более высокой выраженностью симптоматики, избыточным контролем в эмоционально-поведенческой сфере, выраженной склонностью к самокопанию, фиксации на формальных нормах и правилах (гипернормативностью), склонностью к сниженному настроению, негативному восприятию себя и событий текущей жизни, самокритике и критике, с недостатком проблемно-ориентированных копинг-стратегий.

Для анализа взаимосвязи между выбором определенных психотерапевтических мишеней и результативностью психотерапии (положительным сдвигом индекса общей выраженности симптоматики GSI опросника SCL-90) использовался точный критерий Фишера. В результате проведенной математической обработки оказалось, что симптоматическая динамика связана с выбором определенных психотерапевтических мишеней прямой и обратной связью.

Таким образом, в группе с более успешными результатами лечения оказались больные, у которых врачи-психотерапевты выбирали на I этапе психотерапии такие мишени, как «сниженное настроение», «психотравмирующие переживания», «контакт с пациентом», «несформированный запрос на психотера-

пию», «недостаток активности пациента» и «недостаток осознания своей роли в возникновении расстройства», на II этапе – «сниженное настроение», «локус контроля», «недостаток осознания связи личность-ситуация-болезнь», «низкий уровень рефлексии», «проблемы целеполагания», «невротические защитные механизмы», «недостаточная психологическая компетентность», «контакт с пациентом», «эмоциональное напряжение во время сессии», «актуальная психотравмирующая ситуация», «социальная изоляция», «самоотношение», «недостаток осознания характера своих отношений с людьми», на III этапе – «недостаточная интеграция терапевтического опыта» и «проблемное, неадаптивное поведение».

Выбор же мишеней «навязчивости (компульсивные проявления)», «нарушения саморегуляции», «недостаточная психологическая компетентность», «эмоциональное напряжение во время сессии» на I этапе психотерапии, мишеней «ипохондрические проявления», «эгоцентризм», «трудности в принятии решений», «манипулятивное поведение в отношениях с психотерапевтом», «дефицит социального восприятия», «проблемное, неадаптивное поведение» на II этапе психотерапии, мишеней «трудности в решении актуальных жизненных проблем», «контакт с пациентом», «социальная изоляция (дефицит социальных связей)», «недостаток осознания характера отношений с людьми» и «отношения с психотерапевтом» на III этапе психотерапии не приводили к таким результатам.

Таким образом, положительный эффект от выбора некоторых мишеней психотерапии зависит от этапа психотерапии, на котором врач-психотерапевт выбирал ту или иную мишень психотерапии. Оптимизация же индивидуальной ЛОРП зависит от следующих факторов: клинико-психологические и личностные особенности больных с разными типами невротических расстройств, а также влияние выбора мишеней психотерапии в соответствии с этапом психотерапевтического лечения.

ВЫВОДЫ

1. Разработанная типология мишеней психотерапии, учитывающая возможные плоскости всего многообразия частных формулировок, позволяет определить алгоритм психотерапевтического лечения и параметры психотерапевтического процесса.

2. В практике психотерапевтического лечения больных с невротическими расстройствами врач-психотерапевт сталкивается с разными типами профессиональных затруднений. Наибольшее количество их в процессе психотерапевтического лечения связано с недоучетом факторов психогенеза, имеющих у пациентов расстройств (23,2%), характером мотивации пациента, коррекцией «внутренней картины болезни» и связанными с этим проблемами формирования психотерапевтического запроса (19,4%), несоответствием концепции описания механизмов психогенеза и выбранных психотерапевтических вмешательств (10,4%).

3.1. При проведении индивидуальной ЛОРП на первом этапе основные мишени относились к параметрам психотерапевтических отношений, на втором – причинно-следственным связям «личность-ситуация-болезнь», сфере самопонимания и самоотношения, на третьем – преобладал проблемно-решающий и поведенческий вектор направленности вмешательств. Указанные характеристики содержания индивидуальной ЛОРП были результативны соотносительно с положительной динамикой клинико-психологических и личностных характеристик больных.

3.2. Была выявлена специфика выбора врачами-психотерапевтами мишеней психотерапии в соответствии с типом невротического расстройства: так, при истерическом типе наиболее важными были отмечены следующие – отношение к себе, отношение окружающих, уровень притязаний, манипулятивное поведение, внутриличностный конфликт, вторичная выгода от болезни, отношения с врачом; при обсессивно-фобическом – саморегуляция, отношения с противоположным полом, доверие к врачу, эмоциональное напряжение в процессе психотерапии, социальная изоляция, гипернормативность; при неврасте-

ническом – эмоциональная лабильность, сниженное настроение, психотравмирующие переживания, саморегуляция, близкие отношения, проблемное поведение, психотравмирующая ситуация, недостаточная психологическая компетентность и перфекционизм.

4.1. Симптоматическое состояние, личностные особенности и характеристики защитно-совладающего поведения у всех обследованных больных с невротическими расстройствами претерпели положительную динамику в процессе индивидуальной ЛОРП – у них значительно снизилась субъективная интенсивность симптоматики, её разнообразие, выраженность дистресса, улучшились навыки взаимодействия с окружающими, стала более адекватной самооценка, повысилась адаптивность поведения.

4.2. В процессе психотерапии отмечалась специфика динамики клинико-психологических и личностных характеристик у больных с разными типами невротического расстройства:

– у больных с истерическим типом, изначально с более высокими показателями симптоматического опросника и их достоверной положительной динамикой в процессе психотерапии, остались выше нормы, после лечения они более адекватно оценивали свои способности и качества личности, у них снизилась импульсивность, повысилась терпеливость, избыточный контроль выполнения формальных норм и правил, они чаще стали использовать конфронтационный копинг и принятие ответственности;

– у больных с обсессивно-фобическим типом изначально более низкие значения по всем шкалам симптоматического опросника, за исключением обсессивности-компульсивности, в процессе психотерапии достигают уровня нормативных значений, у них также повышается эмоционально-позитивное отношение к себе, оценка своих волевых качеств, усиливается решительность, снижается гипернормативность, становится выше показатель социального одобрения, они чаще используют проблемно-ориентированные копинг-стратегии;

– у больных с неврастеническим типом существенно нормализуется симптоматическое состояние, снижаются избыточный контроль, повышается спонтанность в поведении, снижается интенсивность бегства и избегания в копинг-стратегиях, снижаются изначально завышенные показатели по шкалам самоконтроля, поиска социальной поддержки и принятия ответственности, повышается стратегия эмоционального дистанцирования.

5. На оптимизацию психотерапевтического лечения влияют клинико-психологические, личностные особенности и ресурсы адаптации больных с невротическими расстройствами (в соответствии с типом невротического расстройства, выраженностью симптоматики, индивидуально-психологическими характеристиками больных), а также выбор тех или иных мишеней психотерапии на разных этапах психотерапевтического лечения.

Практические рекомендации

1. При анализе психотерапевтического лечения специалистами рекомендуется использовать типологию мишеней психотерапии, что позволяет более точно определять направленность интервенций на разных этапах психотерапии и выбирать более адекватную психотерапевтическую технику с учетом не только механизмов психогенеза, но также аспектов психотерапевтического взаимодействия и неспецифических факторов психотерапии. Этому способствует проведение ПАПС при лечении больных с невротическими расстройствами.

2. Целесообразно использовать разработанную типологию мишеней психотерапии для проведения исследований сравнительной эффективности методик и техник психотерапии.

3. При планировании мероприятий, направленных на оптимизацию психотерапевтического лечения, необходимо учитывать характер возможных трудностей, с которыми сталкивается врач-психотерапевт на разных этапах психотерапии.

4. В процессе психотерапии необходимо учитывать специфику динамики психологических характеристик больных с разными типами невротического

расстройства в соответствии с патогенетическим диагнозом: истерический, обсессивно-фобический, неврастенический типы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абабков В. А. Патоморфоз невротозов: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В. А. Абабков. – СПб., 1992. – 39 с.
2. Абабков В. А. Проблема научности в психотерапии / В. А. Абабков. – СПб. : Изд-во СПбГУ, 1998. – 76 с.
3. Александров А. А. Интегративная психотерапия / А. А. Александров. – СПб.: Питер, 2009. – 352 с.
4. Александров А. А. Современная психотерапия: курс лекций / А. А. Александров. – СПб.: Академический проект, 1997. – 335 с.
5. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: учебное пособие / Ю. А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
6. Аммон Г. Динамическая психиатрия / Г. Амон: пер. с нем. – СПб.: Изд. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1996. – 199 с.
7. Бабин С. М. Психотерапия в системе лечения и реабилитации психически больных: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / С. М. Бабин. – СПб., 2006. – 55 с.
8. Базисное руководство по психотерапии / А. Хайгл-Эверс, Ф. Хайгл, Ю. Отт, У. Рюгер. – СПб. : Речь, 2001. – 784 с.
9. Бакирова Г. Х. Динамика группового взаимодействия как фактор эффективности психотерапии больных невротозами: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г. Х. Бакирова. – Л., 1983. – 25 с.
10. Балашова С. В. Зависимость психопатологических и патопсихологических проявлений соматоформных расстройств от типа психотравмирующих переживаний личности: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С. В. Балашова. – Оренбург, 2007. – 23 с.
11. Баранов В. С. Актуальные задачи развития психотерапии / В. С. Баранов, Д. В. Романов, Д. А. Смирнова // XIV съезд психиатров России: материалы съезда. – М., 2005. – С. 386.
12. Блауберг И. В. Становление и сущность системного подхода / И. В. Блауберг, Э. Г. Юдин. – М.: Наука, 1973. – 274 с.
13. Бурно М. Е. Клиническая психотерапия. – 2-е изд. / М. Е. Бурно. – М.: Академический проект, 2006. – 800 с.

14. Вагнер Э. Психотерапия, как наука, отличная от медицины / Э. Вагнер // Психотерапия: новая наука о человеке / под ред. А. Притца. – Екатеринбург: Деловая книга, 1999. – С. 249–281.
15. Валентик Ю. В. Континуальная психотерапия больных алкоголизмом: автореф. дис. д-ра мед. наук / Ю. В. Валентик. – М., 1993. – 70 с.
16. Валентик Ю. В. Мишени психотерапии в наркологии / Ю. В. Валентик // Лекции по наркологии / под ред. Н. Н. Иванца. – М.: Медпрактика, 2001. – С. 233–243.
17. Валентик Ю. В. Принципы и мишени психотерапии больных алкоголизмом / Ю. В. Валентик // Вопросы наркологии. – 1995. – № 2. – С. 65–68.
18. Валентик Ю. В. Психогенетическая модель личности пациента с зависимостью от психоактивных веществ / Ю. В. Валентик // Наркология. – 2002. – № 9. – С. 21–26.
19. Васильева А. В. Затяжные формы невротических расстройств: биопсихосоциальная концепция этиопатогенеза и терапии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. В. Васильева. – СПб., 2012. – 49 с.
20. Васильева А. В. Становление отечественной психотерапии в качестве самостоятельной медицинской дисциплины во второй половине XX века: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. В. Васильева. – СПб., 2004. – 25 с.
21. Вахренева О. А. Клинические, социально-психологические характеристики больных неврастениями и их индивидуальная интегративная психотерапия: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О. А. Вахренева. – СПб., 2014. – 25 с.
22. Вацлавик П. Прагматика человеческих коммуникаций: Изучение паттернов, патологий и парадоксов взаимодействия / П. Вацлавик, Д. Бивин, Д. Джексон: пер. с англ. – М.: Апрель-Пресс; Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 320 с.
23. Вид В. Д. Параметры психотерапевтического процесса и результаты психотерапии / В. Д. Вид // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 1994. – № 2. – С. 20–26.
24. Вид В. Д. Психотерапия шизофрении. – 3-е изд. перераб. и доп. / В. Д. Вид. – СПб.: Питер, 2008. – 512 с.
25. Винокур В. А. Психологические аспекты интеграции в психотерапии, системный анализ и «эффект бабочки» / В. А. Винокур // Медицинская психо-

логия в России: электронный научный журнал. – 2012. – № 1. – [Электронный ресурс]. – URL: http://www.medpsy.ru/mpjrj/archiv_global/2012_1.

26. Винокур В. А. Системный анализ процесса интеграции в психотерапии / В. А. Винокур, И. А. Новикова // Экология человека. – 2015. – № 4. – С. 58–64.

27. Гиссенский личностный опросник (использование в психодиагностике для решения дифференциально-диагностических и психотерапевтических задач): методическое пособие / НИПНИ им. В. М. Бехтерева; сост.: Е. А. Голынкина, Г. Л. Исурина, Е. В. Кайдановская, Б. Д. Карвасарский, и др. – СПб., 1993. – 20 с.

28. Глоссарий. Основные формы и синдромы для унифицированной клинической оценки состояния больных неврозами: методическое письмо / МЗ РФ; Управление по внедрению новых лекарственных средств и мед. техники; сост.: Б.Д. Карвасарский, Ю.Я. Тупицын. – М., 1974. – 42 с.

29. Гольшкіна Е. А. Динамика социально-психологических характеристик больных неврозами в процессе групповой психотерапии: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Е. А. Голынкина. – СПб., 1991. – 22 с.

30. Горобец Н. Л. Специфика профессиограммы деятельности психотерапевта в контексте интегративного подхода к психотерапии: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Н. Л. Горобец. – М., 2008. – 22 с.

31. Групповая психотерапия / под ред. Б. Д. Карвасарского, С. Ледера. – М.: Медицина, 1990. – 384 с.

32. Дехтяр И. Г. Психотерапевтическая мишень в психотерапии / И. Г. Дехтяр. – Ростов-на-Дону: Минитайп, 2005. – 304 с.

33. Джангильдин Ю. Т. Основные направления и модальности в современной психотерапии: учебное пособие / МГСМУ; авторы: Ю. Т. Джангильдин, Б. Д. Цыганков, Ю. В. Добровольская. – М., 2004. – 60 с.

34. Дмитриева Т. В. Оценка психотерапевтического процесса в динамической группе: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т. В. Дмитриева – СПб., 2009. – 25 с.

35. Евдокимов В. И. Обобщенные показатели диссертаций, рассмотренных в диссертационных советах России по психотерапии и психологической

коррекции в 1995-2009 гг. / В. И. Евдокимов, Л. А. Тонкошкурова // Вестник психотерапии. – 2010. – № 35 (40). – С. 123–136.

36. Ениколопов С. Н. Психотерапия при посттравматических стрессовых расстройствах / С. Н. Ениколопов // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 3. – С. 50–56.

37. Зачепиский Р. А. О патогенетической психотерапии при неврозах / Р. А. Зачепиский // Психотерапия при неврозах и психических заболеваниях: сб. научных трудов НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – Л., 1973. – Т. 66. – С. 27–39.

38. Зейг Дж. К. В поисках определения психотерапии / Дж. К. Зейг, В. М. Мьюнион: пер. с англ. // Психотерапия: что это? Современные представления. – М.: Класс, 2000. – С. 416–424.

39. Иовлев Б. В. Психология отношений. Концепция В. Н. Мясищева и медицинская психология // Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова. – СПб.: Сенсор, 1999. – 76 с.

40. Иосебадзе Т. Т. Экспериментально-психологическое исследование системы отношений личности больных неврозами (в связи с задачами их диагностики и психотерапии): автореф. дис. ... канд. психол. наук / Т. Т. Иосебадзе; НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – Л., 1990. – 23 с.

41. Исурина Г. Л. Групповая психотерапия при неврозах (методы, психологические механизмы лечебного действия, динамика индивидуально-психологических характеристик): автореф. дис. ... канд. психол. наук / Г. Л. Исурина; НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – Л., 1984. – 25 с.

42. Исурина Г. Л. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия и основные тенденции ее развития / Г. Л. Исурина // Психотерапия: от теории к практике: Материалы I съезда Российской Психотерапевтической Академии. – СПб.: Изд. НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1995. – С. 81–87.

43. Исурина Г. Л. Механизмы психологической коррекции личности в процессе групповой психотерапии в свете концепции отношений / Г. Л. Исурина // Групповая психотерапия / под ред. Б. Д. Карвасарского, С. Ледера. – М.: Медицина, 1990. – С. 89–121.

44. Исурина Г. Л. Развитие патогенетической концепции неврозов и психотерапии В. М. Мясищева на современном этапе / Г. Л. Исурина, Б. Д. Карвасарский, В. А. Ташлыков, Ю. Я. Тупицын // Теория и практика медицинской

психологии и психотерапии: сб. научных трудов НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – СПб., 1994. – Т. 134. – С. 100–109.

45. Кайдановская Е. В. Исследование характеристик больных неврозами в процессе патогенетической психотерапии (в связи с задачами изучения ее эффективности): автореф. дис. ... канд. психол. наук / Е. В. Кайдановская. – Л., 1987. – 23 с.

46. Каплан Г. И. Клиническая психиатрия: из синопсиса по психиатрии: пер. с англ. / (Н. I. Kaplan) Г. И. Каплан, (В. J. Sadock) Б. Дж. Сэддок; гл. ред. Т. Б. Дмитриева. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. – 506 с.

47. Караваева Т. А. Критерии и алгоритм диагностики тревожно-фобических расстройств / Т. А. Караваева А. В. Васильева, С. В. Полторак и др. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2015. – № 4. – С. 117–122.

48. Караваева Т. А. Патоморфоз невротических расстройств, их психотерапия и ее правовое регулирование: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Т. А. Караваева. – СПб., 2011. – 57 с.

49. Карвасарский Б. Д. Неврозы. – 2-е изд., перераб. и доп. / Б. Д. Карвасарский. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.

50. Карвасарский Б. Д. Невротические и неврозоподобные расстройства: опыт мультидисциплинарного исследования в клинических и терапевтических целях / Б. Д. Карвасарский // Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии: сборник тезисов научно-практической конференции с международным участием, Санкт-Петербург, 3-4 февраля 2011 г. – СПб: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011. – С. 6–9.

51. Карвасарский Б. Д. Невротические расстройства внутренних органов / Б. Д. Карвасарский, В. Ф. Простомолотов. – Кишинев: Штиинца, 1988. – 166 с.

52. Карвасарский Б. Д. О вкладе В. Н. Мясищева в научную разработку проблемы психосоматических расстройств / Б. Д. Карвасарский, С. А. Подсадный, В. А. Чернявский, Е. И. Чехлатый // Вестник психотерапии. — 2012. – № 41(46). – С. 9-24.

53. Карвасарский Б. Д. Психотерапия / Б. Д. Карвасарский – М.: Медицина, 1985. – 304 с.

54. Карвасарский Б. Д. Российская психотерапия: задачи и проблемы развития // XIV съезд психиатров России, Москва, 15-18 ноября 2005 г.: материалы съезда. – М., 2005. – С. 404.

55. Катков А. Л. Базовая динамика организационных подходов в психотерапии от элитарных к социализированным // Вопросы ментальной медицины и экологии – 2000. – Т. 7, № 2. – С. 46–48

56. Катков А. Л. Интегративная психотерапия: философское и научное методологическое обоснование / А. Л. Катков. – Павлодар: ЭКО, 2013. – 321 с.

57. Катков А. Л. Манифесты развивающей психотерапии / А. Л. Катков // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. – № 3. – С. 49–78.

58. Катков А. Л. Развивающая психотерапия / А. Л. Катков // Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2000. – Т. 7, № 2. – С. 48–50.

59. Катков А. Л. Социальная модель психотерапии что это? / А. Л. Катков // Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2002. – Т. 8, № 2. – С. 9–11.

60. Катков А. Л. Феномен психотерапии / А. Л. Катков // Психотерапия. – 2003. – № 1. – С. 3–7.

61. Катков А. Л. Функциональная концепция психического в контексте интегративно-развивающей психотерапии / А. Л. Катков // Психотерапия. – 2003. – № 7. – С. 5–12.

62. Клиническая психология: учебник для вузов. – 4-е изд., перераб. / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2010. – 864 с.

63. Клиническая психология: учебник для студ. высш. учеб. заведений. – В 4-х тт. / под ред. А. Б. Холмогоровой. – М.: Изд. центр «Академия», 2010. – Т. 1. Общая патопсихология. – 464 с.

64. Клиническая психология: учебник. – 2-е междунар. изд. / под ред. У. Бауманна (U. Baumann), М. Перре (M. Perrez),; пер. с нем. – СПб.: Питер, 2002. – 1312 с.

65. Клиническое руководство по психическим расстройствам. – 3-е изд. / под ред. Д. Барлоу. – СПб.: Питер, 2008. – 911 с.

66. Ковпак Д. В. Клинико-психологические характеристики больных агофобией и социофобией в процессе интегративной когнитивно-поведенческой психотерапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д. В. Ковпак. – СПб., 2005. – 25 с.

67. Колотильщикова Е. А. Психологические механизмы невротических расстройств: автореф. дис. ... д-ра психол. наук / Е. А. Колотильщикова. – СПб., 2011. – 48 с.

68. Кулаков С. А. Личностно-ориентированная психопрофилактика пограничных нервно-психических расстройств у детей и подростков: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / С. А. Кулаков. – СПб., 1997. – 42 с.

69. Куттер П. Современный психоанализ. Введение в психологию бессознательных процессов / П. Куттер: пер. с нем. – СПб.: Б.С.Г.-Пресс, 1997. – 356 с.

70. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия / А. Лазарус: пер. с англ. – СПб.: Речь, 2001. – 256 с.

71. Лаутербах В. О возможности эмпирической проверки комплексных теорий о конфликтах, неврозах и их терапии на примере теории отношений В. Н. Мясищева / В. Лаутербах // Транскультуральные исследования в психотерапии: сб. научных трудов НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – Л., 1989. – Т. 124. – С. 43–54.

72. Ледер С. Дифференцированная терапия невротических расстройств (в рамках комплексной психотерапевтической программы) / С. Ледер // Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. — 1992 . – № 3. – С. 46–51.

73. Личностно-ориентированная интегративная психотерапия: методические рекомендации / НИПНИ им. В. М. Бехтерева; сост.: А. А. Александров, Б. А. Бараш, Г. Л. Исурина, Б. Д. Карвасарский и др. – СПб, 1992. – 17 с.

74. Лурия А. Р. Исследование объективных симптомов аффективных реакций / А. Р. Лурия, А. Н. Леонтьев // Проблемы современной психологии: Сб. 1 / под. ред. К. Н. Корнилова. – Л.: ГИЗ, 1926. – С. 47–100.

75. Лысенко И. С. Определение психотерапевтических мишеней на основе особенностей мотивационных тенденций у больных с разными типами невротических расстройств / И. С. Лысенко, Т. А. Караваева // Вестник психотерапии. – 2015. – №53 (58). – С. 7–20.

76. Макаров В. В. Мультимодальная психотерапия в России / В. В. Макаров // Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2003. – Т. 9, № 1. – С. 105–108.

77. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе/ (N. Mc Williams) Н. Мак-Вильямс: пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 2001. – 480 с.

78. Малкова Л. Д. Астенический синдром при неврозах (клинический, биохимический и нейрофизиологический аспекты патогенеза): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л. Д. Малкова. – Л., 1978. – 17 с.

79. Менделевич В. Д. Неврология и психосоматическая медицина / В. Д. Менделевич, С. Л. Соловьева. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 607 с.

80. Мизинова Е. Б. Краткосрочная групповая личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия при невротических расстройствах: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Е. Б. Мизинова. – СПб., 2004. – 25 с.

81. Миназов Р. Д. Психодрама в реабилитации наркозависимых: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р. Д. Миназов. – СПб., 2010. – 24 с.

82. Михайлов Б. В. Психотерапия: учебник для врачей интернов высших медицинских учебных заведений / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов. – Харьков.: Око, 2002. – 745 с

83. Мурычева Н. Н. Возможности оптимизации МИЗО для исследования системы значимых отношений личности в процессе психотерапии / Н. Н. Мурычева // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины: сб. тез. научн. конф. с междунар. участием, Санкт-Петербург, 15-17 февраля 2006 г. – СПб.: СПб. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2006. – С. 236.

84. Мясищев В. Н. Диагностика, лечение и предупреждение неврозов по данным исследований последних лет / В. Н. Мясищев // Новое в диагностике, лечении и профилактике нервно-психических заболеваний: сб. научных трудов НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – Л., 1961. –Т. 24. – С. 7–17.

85. Мясищев В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясищев. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1960. – 426 с.

86. Мясищев В. Н. Психология отношений / В. Н. Мясищев; под ред. . А. Бодалева. – М.: Изд-во Ин-т практической психологии; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. – 356 с.

87. Мясищев В. Н. Психотерапия как система средств воздействия на психику человека в целях восстановления его здоровья / В. Н. Мясищев // Обо-

зрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1993. – № 3. – С. 9–20.

88. Назыров Р. К. Научный анализ психотерапии в России и теоретико-методологическое обоснование ее дальнейшего развития: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Р. К. Назыров. – СПб., 2012. – 48 с.

89. Назыров Р. К. Отношение к болезни и лечению, интра- и интерперсональная конфликтность и копинг-поведение у больных неврозами: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р. К. Назыров. – СПб., 1993. – 20 с.

90. Незнанов Н. Г. Психология отношений В. Н. Мясищева и динамическая психиатрия Г. Амона: две школы – один путь в современной биопсихосоциальной медицине / Н. Г. Незнанов, А. В. Васильева // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 1. – С. 29–33.

91. Никольская Е. Б. Исследование интра- индивидуальных конфликтов у больных неврозами в связи с задачами психотерапии и оценки ее эффективности: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. Б. Никольская. – СПб., 1995. – 22 с.

92. Носков Г. Г. Клинико-психологические особенности механизмов формирования невротической тревожности при основных формах неврозов: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г. Г. Носков. – Л., 1987. – 25 с.

93. Овчаренко В. И. Психоаналитический глоссарий / В. И. Овчаренко. – Минск: Высшая школа, 1994. – 307 с.

94. Овчинников Б. В. Основные понятия психотерапии / Б. В. Овчинников // Журнал практического психолога. – 2011. – № 3. – С. 29–41.

95. Орлов Д. К. Особенности самоотношения и саморегуляции у студентов с различным уровнем здоровья / Д. К. Орлов, Е. Л. Николаев // Вестник психотерапии. – 2015. – № 56 (61) – С. 121–136.

96. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / под ред. М. М. Кабанова, Н. Г. Незнанова – СПб.: Изд. НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2003. – 438 с.

97. Полторац С. В. Сравнительная эффективность различных видов лечения психогенных депрессий: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С. В. Полторац. – СПб., 1999. – 22 с.

98. Полянская А. М. Психологический анализ интраиндивидуальных конфликтов у больных невротами на различных стадиях психотерапии: автореф. дис. ... канд. психол. наук / А. М. Полянская. – СПб., 2001. – 26 с.
99. Простомолотов В. Ф. Соматоформные вегетативные дисфункции (клиника, патогенез, терапия): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.Ф. Простомолотов. – СПб., 2002. – 46 с.
100. Простомолотов В.Ф. Нарушение дыхания при невротических проявлениях (особенности клинических проявлений, патогенеза и лечения): автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. Ф. Простомолотов. – Л., 1985. – 17 с.
101. Психотерапевтическая энциклопедия. – 3-е издание / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2006. – 944 с.
102. Психотерапия: учебник для вузов. – 4-е изд. / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2012. – 672 с.
103. Раскрывающая реконструктивная психотерапия больных малопрогредиентной шизофренией (мишени, типы вмешательств): методические рекомендации / НИПНИ им. В. М. Бехтерева; сост.: В. Д. Вид. – Л., 1991. – 20 с.
104. Рассказова Е. И. Модели стадий изменения поведения в психологии здоровья: возможности и ограничения / Е. И. Рассказова // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. – 2014. – № 4. – С.102–119.
105. Репина Н. В. Основы клинической психологии / Н. В. Репина, Д. В. Воронцов, И. И. Юматова. – Ростов-н-Д: Феникс, 2003. – 480 с.
106. Ромек Е. А. Социальный статус психотерапии: Становление, функция, концептуально-методологические основания: автореф. дис. ... д-ра философск. наук / Е. А. Ромек; Ростовский государственный университет. – Ростов-на-Дону, 2003. – 41 с.
107. Свядощ А. М. Невроты. – 3-е изд. / А. М. Свядощ. – М.: Медицина, 1982. – 368 с.
108. Семенова Н. В. Результаты экспертного опроса о проблемах отечественной психотерапии на современном этапе / Н. В. Семенова, А. Г. Кондинский // Психотерапия. – 2015. – № 3 (147). – С. 56.
109. Соловьева С. Л. Справочник практического психолога: Психотерапия / С. Л. Соловьева. – М.: АСТ; СПб.: Сова. 2008. – 575 с.

110. Соммерз-Фланаган, Дж. Клиническое интервьюирование. – 3-е изд. / Дж. Соммерз-Фланаган, Р. Соммерз-Фланаган: пер. с англ. – М.: Издательский дом «Вильямс», 2006. – 672 с.
111. Старшенбаум В. Г. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия / Г. Старшенбаум. – М.: Изд-во Высшей школы психологии, 2003. – 366 с.
112. Столова Е. А. Основные тенденции развития в России личностно-ориентированной психотерапии в конце XVIII - начале XIX веков: автореф. дис. ... канд мед. наук / Е. А. Столова. – Л., 1987. – 20 с.
113. Таукенова Л. М. Кросскультуральные исследования личностных и межличностных конфликтов, копинг-поведения и механизмов психологической защиты у больных неврозами: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л. М. Таукенова. – СПб., 1995. – 17с.
114. Ташлыков В. А. Взаимоотношения врача и больного в процессе психотерапии неврозов: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. А. Ташлыков. – Л., 1974. – 20 с.
115. Ташлыков В. А. Внутренняя картина болезни при неврозах и ее значение для терапии и прогноза: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В. А. Ташлыков. – Л., 1986. – 50 с.
116. Ташлыков В. А. Групповая психотерапия при неврозах: стили руководства психотерапевтическими группами (сравнительное исследование в СССР и ЧССР) / В. А. Ташлыков, С. Кратохвил // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1983. – № 11. – С. 1712–1716.
117. Ташлыков В. А. Общие факторы психотерапии как одна из предпосылок интегративной психотерапии / В. А. Ташлыков // Интегративные аспекты современной психотерапии: сб. научных трудов НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – СПб., 1992. – Т. 131. – С. 13–19.
118. Ташлыков В. А. Психологическая защита у больных неврозами и с психосоматическими расстройствами: пособие для врачей / В. А. Ташлыков. – СПб.: Изд-во СПбМАПО, 1992. – 23 с.
119. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса / В. А. Ташлыков. – Л.: Медицина, 1984. – 192 с.

120. Теория и практика медицинской психологии и психотерапии: сборник научных трудов НИПНИ им. В. М. Бехтерева, посв. 100-летию со дня рожд. В. Н. Мясищева / под ред. Л. И. Вассермана, Б. Д. Карвасарского, В. К. Мягер. – СПб., 1994. – 238 с.

121. Тер-Багдасарян Л. П. Исследование динамики клинических и психологических характеристик больных неврозами в процессе групповой психотерапии (в связи с задачами оценки её эффективности и прогноза): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л. П. Тер-Багдасарян. – Л., 1990. – 21 с.

122. Типология психотерапевтических мишеней и ее использование для повышения качества индивидуальных психотерапевтических программ в лечении больных с невротическими расстройствами: методические рекомендации / СПб НИПНИ им.В.М.Бехтерева; авторы-сост.: Р. К. Назыров, М. Б. Ремесло, С. В. Ляшковская и др. – СПб., 2014. – 18 с.

123. Титова В. В. Исследование эффективности групповой психотерапии больных героиновой наркоманией: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. В. Титова. – СПб., 2004. – 29 с.

124. Томэ Х. Современный психоанализ: в 2 тт. / Х. Томэ, Х. Кэхеле: пер. с англ. – М.: Изд. группа «Прогресс», 1996. – Т. 1. Теория. – 576 с.

125. Точилон В. А. Классификация психических расстройств / В. А. Точилон // Психиатрия: Национальное руководство / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова и др. – М.: Изд-во ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Гл. 16. – С. 291–306.

126. Третьяк Л. Л. Гештальт-подход в патогенетической психотерапии психогенных депрессий невротического уровня: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л. Л. Третьяк. – СПб., 2007. – 20 с.

127. Тукаев Р. Д. Психотерапия: структуры и механизмы / Р. Д. Тукаев. – М.: Медицинское информационное агентство МИА, 2003. – 295 с.

128. Тукаев Р. Д. Российская мультимодальная психотерапия. Ч. 1. На распутье / Р. Д. Тукаев // Психотерапия. – 2003. – № 11. – С. 25–31.

129. Тупицын Ю. Я. Клинико-патогенетические основы оптимизации диагностики, лечения неврозов и организации психотерапевтической помощи: науч. докл. по материалам публикаций, предост. на соиск уч. степ. д-ра мед. наук / Ю. Я. Тупицын. – СПб., 1992. – 48 с.

130. Тупицын Ю. Я. Особенности клиники и патогенеза психогенных нарушений сна и их лечение: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю.Я. Тупицын, – Л., 1970. –18 с.
131. Урсано Р. Психодинамическая психотерапия. Краткое руководство / Р. Урсано, С. Зонненберг, С. Лазар: пер. с англ. – М.: Изд-во Российской психоаналитической ассоциации, 1992. – 160 с.
132. Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г. К. Ушаков. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.
133. Федоров А. П. Затяжные невроты и их психотерапия: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. П. Федоров. – СПб., 1995. – 39 с.
134. Федоров А. П. Интеграция принципов и методов поведенческой психотерапии в систему личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии / А. П. Федоров // Интегративные аспекты современной психотерапии: сб. научных труды НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – СПб., 1992. – Т. 131. – С. 46–50.
135. Федоров А. П. Когнитивная психотерапия: учебное пособие для врачей -слушателей / А. П. Федоров. – СПб.: ГИДУВ, 1991. – 20 с.
136. Федоров А. П. Методы поведенческой психотерапии: учебное пособие для врачей -слушателей / А. П. Федоров. – Л.: ГИДУВ, 1987. – 25 с.
137. Федоров А. П. Соотношение клинических, психологических и социально-психологических характеристик при невротозах и их прогностическое значение для терапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.П. Федоров. – Л., 1978. –21 с.
138. Федорова И. И. Клинико-динамический и психотерапевтический аспекты нарушений пищевого поведения: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И. И. Федорова. – Томск, 2007. – 25 с.
139. Холмогорова А. Б. Био-психо-социальная модель как методологическая основа исследований психических расстройств / А. Б. Холмогорова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – № 3. – С. 97–104.
140. Холмогорова А. Б. Интеграция когнитивного и психодинамического подходов на примере психотерапии соматоформных расстройств / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян // Московский психотерапевтический журнал . – 1996 . – № 3. – С. 141–163.

141. Холмогорова А. Б. Методические проблемы современной психотерапии / А. Б. Холмогорова // Вестник психоанализа. – 2000. – № 2. – С. 83–90.
142. Холмогорова А. Б. Научные исследования процесса психотерапии и её эффективности: современное состояние проблемы / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян, И. В. Никитина, О. Д. Пуговкина // Социальная и клиническая психиатрия – 2009. – № 3. – С. 92–100.
143. Холмогорова А. Б. Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. Б. Холмогорова. – М., 2006. – 53 с.
144. Хьелл Л. А. Теории личности. – 3-е междунар. изд. / (L.A. Hjelle) Л. А. Хьелл, (D.J. Ziegler) Д. Дж. Зиглер: пер. с англ. – СПб.: Питер, 2006. – 607 с.
145. Чехлатый Е. И. Личностная и межличностная конфликтность и копинг-поведение у больных неврозами и их динамика под влиянием групповой психотерапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. И. Чехлатый. – СПб., 1994. – 24 с.
146. Чехлатый Е. И. Совладающее поведение у больных неврозами, лиц с преневротическими нарушениями и в социальных группах повышенного риска нервно-психических расстройств: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е. И. Чехлатый; НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – СПб., 2007. – 58 с.
147. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации: Руководство для врачей и научных сотрудников / под ред. А. Н. Беловой, О. Н. Щепетовой. – М.: Антидор, 2002. – 439 с.
148. Эйдемиллер Э. Г. Семейная психотерапия / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкий. – Л.: Медицина, 2000. – 392 с.
149. Юдин Э. Г. Методология науки. Системность. Деятельность / Э. Г. Юдин. – М.: Эдиториал УРСС, 1997. – 440 с.
150. Яковлева Е. К. Патогенез и терапия невроза навязчивых состояний и психастении / Е. К. Яковлева. – Л.: Изд. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1958. – Т. 15. – 148 с.
151. Ялов А. М. Амбулаторная и стационарная групповая психотерапия при неврозах (групповое взаимодействие и динамика психологических характеристик больных): автореф. дис. ... канд. психол. наук / А. М. Ялов. – Л., 1990. – 21 с.

152. Ясперс К. Общая психопатология / К. Ясперс: пер. с нем. – М.: Практика, 1997. – 1056 с.
153. Beck A. T. Cognitive therapy and the emotional disorders / A. T. Beck. – N.Y: International Universities Press, 1976. – 356 p.
154. Behaviour Therapy and the Neuroses / ed. by H. J. Eysenck. – London: Pergamon Press, 1960. – 349 p.
155. Beitman B. D. The movement towards integrating the psychotherapies: as overview / B. D. Beitman, M. R. Goldfried, J. C. Norcross // Amer. J. Psychiatry. – 1989. – Vol. 146, N 2. – P. 138–147.
156. Chambless D. L. Denning empirically supported therapies / D. L. Chambless, S. D. Hollon // Journal of Clinical and Consulting Psychology. – 1998. – Vol. 66. – P. 7–18.
157. Clinical Handbook of Psychological Disorders, a Step-by-step Treatment Manual / ed. by D. H. Barlow. – New York: Guilford Press, 2001. – 659 p.
158. Coursey R. D. Individual psychotherapy and persons with serious mental illness: The clients' perspective / R. D. Coursey, A. B. Keller, E. W. Farrell // Schizophrenia Bulletin. – 1995. – Vol. 21(2). – P. 283–301.
159. Derogatis L. R. SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring and procedures manual. – 3rd ed. – Minneapolis: National Computer System, 1994. – 123 p.
160. Ellis A. Reflections on Rational-Emotive Therapy / A. Ellis // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1993. – Vol. 61. – P. 199–201.
161. Engel G. L. The clinical application of the biopsychosocial model / G. L. Engel // Am. J. Psychiatry. – 1980. – Vol. 137. – P. 535–544.
162. Gilhooly K.-J. Cognitive psychology and medical diagnosis / K.-J. Gilhooly // Appl. Cognitive Psychology. – 1990. – Vol. 4 (4). – P. 261–272.
163. Goldfried M. R. From cognitive-behavior therapy to psychotherapy integration: an Evolving View / M. R. Goldfried. – New York: Springer, 1995. – 430 p.
164. Grawe K. Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession / K. Grawe, R. Donati, F. Bernauer. – Göttingen: Hogrefe, 1994. – 886 s.
165. Handbook of Medical Psychotherapy: Cost-Effective Strategies in Mental Health / ed. by K.N. Anchor. – Toronto: Hogrefe & Huber, 1991. – 402 p.

166. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. – 5th ed. / ed. by A. E. Bergin, S. L. Garfield. – New York: John Wiley & Sons, 2004. – 864 p.
167. Handbuch der Dynamischen Psychiatrie / hrsg. von G. Amnion. – München: Reinhardt, 1981. – Bd. 2. – 919 s.
168. Kadzin A. Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research / A. Kadzin // Handbook of Psychotherapy and Behavior Change / eds. A. Bergin, S. Garfield. – New York: Wiley, 1994. – P. 19–71.
169. Kelly T. A. Patient and therapist values in psychotherapy: perceived changes, assimilation, similarity, and outcome / T. A. Kelly, H. A. Strupp // J. Consulting and Clinical Psychology. – 1992. – Vol. 60. – P. 34–40.
170. Lambert M. J. Introduction to Psychotherapy Research / M. J. Lambert // Psychotherapy research: An international review of studies / ed. by L. E. Beutler, M. Crago. – Washington, DC: American Psychological Association, 1991. – P. 1–12.
171. Lambert M. J. The efficacy and effectiveness of psychotherapy / M. J. Lambert, B. M. Ogles // Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. – 4th ed. by A. E. Bergin, S. L. Garfield. – New York: John Wiley & Sons, 2004. – P. 139–193.
172. Lebow Jay L. Twenty-First Century Psychotherapies: Contemporary Approaches to Theory and Practice / Jay L. Lebow. – New York: John Wiley & Sons, 2012. – 520 p.
173. McConaughy, E. A. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles / E. A. McConaughy, J. O. Prochaska, W. E. Velicer // Psychotherapy, Theory, Research and Practice. – 1983. – Vol. 20. – P. 368–375.
174. McNeilly C. L. The effects of psychotherapy: A reevaluation based on dosage / C. L. McNeilly, K. I. Howard // Psychotherapy Res. – 1991. – Vol. 1. – P. 74–78.
175. Mezzich J. E. Person-centered approaches in medicine: clinical tasks, psychological paradigms, and postnonclassic perspective / J. E. Mezzich, Y. P. Zinchenko, V. N. Krasnov et al. // Psychology in Russia: State of the Art. – 2013. – Vol. 6. – P. 95–109.
176. Norcross J. C. Psychotherapy-Integration in den USA. Überblick über eine Metamorphose (Psychotherapy integration in the USA: An overview of a metamorphosis) / J. C. Norcross // Integrative Therapie. – 1995. – Vol. 1. – P. 45–62.

177. Norcross J. C. Stages of change / J. C. Norcross, P. M. Krebs, J. O. Prochaska // *Journal of Clinical Psychology*. – 2011. – Vol. 67(2). – P. 143–154.
178. Orlinsky D. E. Process and outcome in psychotherapy – Noch einmal / D. E. Orlinsky, K. Grawe, B. K. Parks // *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* / ed. by A. E. Bergin, S. L. Garfield. – 4-th ed. – New York: Wiley, 1994. – P. 270–329.
179. Orlinsky, D. E. The relation of process to outcome in psychotherapy / D. E. Orlinsky, K. I. Howard // *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An empirical analysis* / ed. by S. L. Garfield, A. E. Bergin. – New York: Wiley, 1978. – P. 283–329.
180. Phillips E. L. *Psychotherapy revised: New frontiers in research and practice* / E. L. Phillips. – Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1985. – 353 p.
181. Prochaska J. O. *Systems of Psychotherapy. A Transtheoretical Analysis*. – 8th ed. / J. O. Prochaska, J. C. Norcross. – CA: Brook Cole, 2013. – 557 p.
182. Prochaska J. O. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy / J. O. Prochaska, C. C. DiClemente. – Homewood, IL: Dow Jones-Irwin, 1984. – 193 p.
183. Robinson L. A. *Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research* / L. A. Robinson, J. S. Berman, R. A. Neimeyer // *Psychol. Bull.* – 1990. – Vol. 108. – P. 30–49.
184. Rogers, C. R. *Client-centered therapy* / C. R. Rogers // *Psychotherapist's casebook* / ed. by L. L. Kutush, A. Wolf. – San Francisco: Jossey-Bass, 1986.
185. Ryle A. The focus in brief interpretive psychotherapy: dilemmas, traps and snags as target problems / A. Ryle // *British J. Psychiatry*. – 1979. – Vol. 134. – P. 46–54.
186. Sandler J. Z. Clinical problem solving and the biopsychosocial model / J. Z. Sandler, Y. F. Hulgus // *Amer. J. Psychiatry*. – 1992. – Vol. 149(10). – P. 1315–1323.
187. Scott J. E. *Psychological Interventions for Schizophrenia* / J. E. Scott, L. B. Dixon // *Schizophrenia Bulletin*. – 1995. – Vol. 21(4). – P. 621–630.
188. Strieker G. Failures in psychotherapy / G. Strieker // *J. Psychotherapy Integration*. – 1995. – Vol. 5. – P. 91–94.

189. Tuckett D. The conceptualization and communication of clinical facts in psychoanalysis / D. TuckettInt // J. Psycho-Anal. – 1995. – Vol.76. – P. 653–662.

190. Wampold B. E. The Great Psychotherapy Debate: Models, Mmethods, and Findings / B. E. Wampold. – Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 2001. – 278 p.

191. Weissman M. M. Affective disorders / M. M. Weissman, M. L. Brace, P. J. Leaf et al. // Psychiatric disorders in America: The epidemiologic catchment area study. – NewYork: Free Press, 1991. – P. 53–80.

192. Wessler R.L. Rational-emotive and other cognitively oriented therapies / R.L. Wessler, S. Hankin // Six Group Therapies / ed. by S. Long. – New York: Plenum. 1988. – P. 124–151.