

ФАКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА

А.Б. ХОЛМОГорова, О.Д. ПУГОВКИНА,
С.В. ВОЛИКОВА, Н.Г. ГАРАНЯН, Т.В. ДОВЖЕНКО,
Г.А. ПЕТРОВА, Т.Ю. ЮДЕЕВА

В статье представлены результаты пилотажного этапа исследования эффективности интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра, выполненного в опоре на методологию, сочетающую элементы герменевтической и позитивистской парадигм. Выделены факторы-предикторы прерывания психотерапии, факторы успешности краткосрочной психотерапии и факторы, увеличивающие ее продолжительность.

Ключевые слова: факторы эффективности психотерапии, интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра, многофакторная модель расстройств аффективного спектра.

1. Методологическое обоснование исследования

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

В настоящее время на Западе, в связи с возросшими требованиями к ответственности специалистов за результаты психотерапии, исследования эффективности начинают играть все большую роль в клинической практике. Проблема столкновения двух враждующих методологий исследования — герменевтической и позитивистской — и необходимость поиска выхода из этого конфликта специально и подробно об-

суждалась нами [Холмогорова, 2009]. Одно из принципиальных разногласий этих подходов связано с представлением о том, как следует организовать процесс психотерапии, чтобы получить надежные данные о его эффективности.

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

Исследователи находятся в поисках третьего пути, сочетающего принципы доказательности и объективности с теоретически фундаментальным и индивидуально ориентированным подходом к лечению, позволяющим интегрировать все лучшие достижения разных течений и школ. Широко дискутируется роль теоретических представлений, фиксируется размывание границ между подходами и все большее распространение эклектизма в работе психотерапевтов-практиков. Одним из актуальных и многообещающих направлений исследований называется применение методов отслеживания динамики состояния пациента в естественных условиях лечения и модификации терапии в случае, если позитивных изменений не наступает. Подобные исследования уже проводятся и им даже посвящаются специальные выпуски авторитетных журналов¹. При этом подчеркивается: «Исследования, направленные на обнаружение потенциальной неудачи и способов ее избежать в ходе курса терапии должны выйти на первый план в течение следующего десятилетия» [M.J. Lambert, N.B. Hansen, A.E. Finch, 2001].

На примере лечения расстройств аффективного спектра в качестве третьего пути нами была предложена интегративно ориентированная модель организации процесса психотерапии [Холмогорова, 2006, 2009]. С одной стороны, эта модель синтезирует наиболее весомые, теоретически и эмпирически обоснованные данные о факторах расст-

¹ См. например, «Journal of Clinical and Consulting Psychology».

ройств аффективного спектра и задает последовательность задач психотерапии, вытекающую из этих данных, т.е. содержит примерный протокол или план работы психотерапевта с этими расстройствами, основанный на объективных научных данных. С другой стороны, эта модель опирается на принцип составления индивидуальных маршрутов лечения, которые строятся на основе коррекции и конкретизации вышеупомянутого плана в зависимости от изначальной специфики проблем каждого конкретного пациента и хода терапии [Холмогорова, 2006, 2010].

Разработка описанной модели проводилась коллективом лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии на протяжении последних 15 лет. Эта многофакторная психосоциальная модель расстройств аффективного спектра включает четыре блока факторов: макросоциальные, семейные, личностные и интерперсональные. На ее основе осуществлен всесторонний анализ имеющихся литературных данных, а также проведены собственные исследования, направленные на выявление системы факторов, способствующих заболеваемости расстройствами аффективного спектра как наиболее распространенных в современном мире.

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

Таблица 1

Основные результаты исследований психосоциальных факторов расстройств аффективного спектра

Уровни	Факторы
Макросоциальный уровень Социально-экономические стрессы и их последствия	• рост числа социально неблагополучных семей и беспрецедентный рост социального сиротства, что приводит к росту числа детей с травматическим опытом, составляющих группу риска по эмоциональному неблагополучию [Bowlby, 1980; Лангмейер, Матейчик, 1984; Ослон, Холмогорова, 2001; Прихожан, Толстых, 2005 и др.];

Уровни	Факторы
<p>Дисфункциональные ценности и стандарты общества</p> <p>Культуральные полоролевые стереотипы</p>	<ul style="list-style-type: none"> • культ успеха и совершенства, перфекционистские стандарты учебной подготовки в школах и классах с усложненной программой, несовместимые со здоровьем и возрастными особенностями стандарты внешнего вида, стимулируемые рекламой, коммерческой диетологией и косметологией [Холмогорова, 2006; Воликова, Холмогорова, Галкина, 2006]; • культ силы и мужественности у мужчин, связанный с высоким уровнем запрета на выражение чувств и обращением за помощью, риском вторичной алкоголизации и антивиталяного поведения [Меллер-Леймкюллер, 2004].
<p>Семейный уровень</p> <p><i>Характеристики семейной системы</i></p> <p><i>Структура</i></p> <p><i>Микродинамика</i></p> <p><i>Макродинамика</i></p> <p><i>Идеология</i></p> <p><i>Стиль детско-родительских отношений</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ряд дисфункций родительской семьи, общих для больных расстройствами аффективного спектра [Воликова, 2006; Холмогорова, 2006]; • симбиозы и разобщенность, закрытые границы [Эйдемиллер, Юстицкис, 2000 и др.]; • высокий уровень критики, давления и контроля [Parker, 1981, 1993 и др.]; • тяжелые болезни и смерти родственников, физическое и сексуальное насилие в семейной истории [Hill, Pickles et al., 2001; Scott, Barker, Eccleston, 1998; Воликова, 2006; Холмогорова, 2006]; • перфекционистские стандарты, ценность послушания и успеха, враждебная картина мира [Ким, 1997; Гаранян, 2006; Гаранян, Холмогорова, Юдеева, 2001; Blatt, 1995]; • особый стиль детско-родительских отношений [Parker, 1981, 1993]: у депрессивных пациентов «холодный контроль», а тревожных — «эмоциональные тиски».

Уровни	Факторы
<p>Личностный уровень</p> <p><i>Тип личности</i></p> <p><i>Личностные черты</i></p> <p><i>Когнитивно-поведенческие стили</i></p> <p><i>Рефлексивная регуляция</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • тип личности как фактор уязвимости к расстройствам аффективного спектра, например, типус-меланхоликус, статотимическая личность [Банников, 1999; Thellenbach, 1975; Shimoda, 1941 др.]; • дисфункциональные личностные черты, установки и убеждения, такие как перфекционизм и враждебность [Гаранян, 2006]; • дисфункциональный аффективно-когнитивный стиль личности [Beck, et al., 1979; Гаранян, 2006], включая различные искажения при переработке информации и дезадаптивные поведенческие стратегии; • нарушения рефлексивной регуляции мышления, эмоций и поведения [Зейгарник, Холмогорова, Мазур, 1989].
<p>Интерперсональный уровень</p> <p><i>Социальная сеть</i></p> <p><i>Социальная поддержка</i></p> <p><i>Система интерперсональных отношений</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • узкая социальная сеть; • дефицит социальной поддержки [Brugha, 1995; Холмогорова, Гаранян, Петрова, 2003]; • различные нарушения системы интерперсональных отношений [Мясищев, 1960].

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

Анализ исследований факторов эффективности психотерапии позволил выделить наиболее достоверные и учесть их при планировании исследования. Эти данные были систематизированы нами в рамках трех блоков: 1) факторы, связанные с процессом; 2) факторы, связанные с характеристиками клиента; 3) факторы, связанные с характеристиками терапевта [Холмогорова, Гаранян, Никитина, Пуговкина, 2009]. В данной статье мы в компактной форме укажем только наиболее обоснованные факторы, относительно которых отмечается единодушие у разных исследователей, и которые, в связи с этим, особенно важно учитывать при организации исследования процесса психотерапии.

Основные результаты исследований эффективности психотерапии расстройств аффективного спектра

Основные характеристики терапевтической ситуации	Факторы
<p>Характеристики процесса <i>Отношения с терапевтом</i></p> <p><i>Временные параметры</i></p> <p><i>Организационные параметры</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • уровень терапевтического альянса; • активизация ресурсов пациента во время сеансов; • переживание позитивного корректирующего опыта во время сеансов; • длительность курса психотерапии (для достижения клинически значимого улучшения более половины пациентов нуждаются в курсе не менее 20 сеансов); • домашние задания (наличие домашних заданий значимо повышает эффективность психотерапии).
<p>Характеристики пациента <i>Социодемографические характеристики</i> <i>Симптоматика и уровень стресса</i></p> <p><i>Личностные характеристики</i></p> <p><i>Характеристики семейных и интерперсональных отношений</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • не оказывают заметного влияния; • наличие коморбидных диагнозов (прежде всего обсессивно-компульсивного личностного расстройства) и хронический характер расстройства оказывают негативное влияние; • нарушение социального и когнитивного функционирования (негативное влияние); • высокий уровень субъективного дистресса (позитивное влияние); • наличие таких личностных черт как выраженные перфекционизм и враждебность (негативное влияние); • надежная привязанность (позитивное влияние); • позитивные ожидания от лечения; • уровень социальной поддержки (наличие системы социальной поддержки и ее позитивная оценка); • reactance — выраженность оппозиционного поведения в ситуациях предписания и уровень сопротивления (чем выше, тем ниже эффективность); • совладающий стиль (способы совладания с проблемными ситуациями).

Основные характеристики терапевтической ситуации	Факторы
Характеристики терапевта <i>Социодемографические характеристики</i> <i>Профессиональная подготовка</i> <i>Опыт работы</i> <i>Личностные характеристики</i>	<ul style="list-style-type: none"> • не имеют существенного значения; • психологи несколько успешнее, чем врачи; • чем больше опыт, тем выше эффективность; • не имеют существенного значения.

2. Характеристика методического комплекса и организации исследования

Процесс психотерапии был организован с опорой на многофакторную психосоциальную модель расстройств аффективного спектра и, соответственно, включал мишени, относящиеся к четырем уровням: культуральному, семейному, личностному, интерперсональному. Для изучения влияния различных факторов на процесс психотерапии нами был разработан методический комплекс, тестирующий разные блоки факторов, роль которых по данным теоретических и эмпирических исследований представлялась особенно важной: психопатологические особенности и уровень стресса у пациента, дисфункциональные личностные черты, семейные и интерперсональные дисфункции.

Для диагностики симптомов психических расстройств используются следующие инструменты:

1. Шкала оценки выраженности клинических симптомов Symptomatic Checklist — 90 (SCL-90).

2. Опросник депрессивности А. Бека (Beck Depression Inventory).

3. Опросник тревоги А. Бека (Beck Anxiety Inventory).

4. Модифицированная Шкала повседневного стресса [Daily Hassle Scale, DHS-revised, J. Holm, A. Holroyd, 1992]. Шкала позволяет оценить наличие и степень влияния повседневных стрессогенных событий за последний месяц, имевших место в следующих сферах жизни человека: связанный с внутренними конфликтами; финансовыми затруднениями; нехваткой времени; с работой; со средой обитания; семейный стресс; стресс, связанный со здоровьем.

5. Шкала стрессогенных жизненных событий (Life Events Scale, М. Перре). Шкала направлена на выявление стрессогенных жизненных событий, произошедших за последний год в жизни человека, и оценку степени их влияния на жизнь человека.

6. Шкала глобального клинического впечатления (Clinical Global Impression Scale, CGI) — одна из наиболее часто используемых в

клинической практике шкал, позволяющая оценить общее психическое состояние пациента при первичном обращении и в динамике.

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

1. «Запрет на выражение чувств» [ЗВЧ, Холмогорова, 2006]. ЗВЧ тестирует установки испытуемого по отношению к переживанию и открытому выражению четырех базальных эмоций — печали, гнева, страха и радости.

2. Опросник перфекционизма Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогоровой. Тестирует 6 параметров перфекционизма: восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими); завышенные притязания и требования к себе; высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных»; селектирование информации о собственных неудачах и ошибках; поляризованное мышление, чрезмерные требования к другим людям.

3. Проективный тест враждебности Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогоровой. Содержит утверждения, отражающие проявления доминантности, равнодушия, презрения к слабости. Инструкция построена таким образом, чтобы испытуемый обнаружил свои представления о склонности людей проявлять эти формы поведения.

4. Опросник «Большая пятёрка» Л. Голдберга. Оценивает выраженность пяти базисных личностных черт-факторов: нейротизм, открытость опыту, экстраверсию, доброжелательность (кооперативность) и сознательность.

5. Опросник личностных убеждений (Personality Belief Questionnaire). Направлен на выявление дисфункциональных убеждений, затрудняющих адаптацию (эмоциональное благополучие, установление конструктивных отношений с другими людьми и т.п.).

Для диагностики паттернов семейного функционирования применяется блок следующих инструментов:

1. Фрайбургский семейный опросник (переведен А.Б. Холмогоровой, апробирован С.В. Волковой, 2006).

Тестирует функционирование актуальной семьи пациента по следующим параметрам: адаптивность, распределение ролей, коммуникации, эмоциональность, автономность, контроль, нормы и ценности, фасадность, сопротивление.

2. Опросник «Стили эмоциональной коммуникации в семье» [А.Б. Холмогорова, 2006]. Направлен на диагностику микродинамики и идеологии родительских семей испытуемых: родительской критики, индуцирования тревоги, элиминирования эмоций в семье, внешнего благополучия, фиксации на негативных переживаниях, индуцирования недоверия к людям, семейного перфекционизма, сверхвключенности.

Для диагностики интерперсонального функционирования пациентов применяются:

1. Шкала социального избегания и дистресса [Social avoidance and distress scale, Watson, Friend, 1989]. Измеряет склонность к социальному избеганию и тревожности в межличностных ситуациях.

2. Опросник воспринимаемой социальной поддержки Sommer-Fydrick (F-SOCU 22). Предназначен для оценки уровня эмоциональной поддержки, включает ряд подшкал: инструментальной поддержки, эмоциональной поддержки, социальной интеграции, доверительных отношений и субъективной удовлетворенности поддержкой.

3. Шкала оценки терапевтического альянса психотерапевтом, которая включает такие характеристики взаимодействия как мотивация к лечению, аккуратность посещения сеансов, активность и конструктивность усилий, прикладываемых пациентом в ходе лечения, свобода и открытость выражения чувств, разделение пациентом ответственности за ход лечения.

4. Шкала оценки комплаенса в медикаментозном лечении, которая направлена на оценку аккуратности в выполнении врачебных рекомендаций (соблюдения режима приема лекарств и посещения врача).

На основе разработанных теоретических и методических средств было проведено эмпирическое исследование эффективности интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра. Для исследования был отобран 41 пациент с расстройствами аффективного спектра. Врачом-психиатром проведена диагностика каждого пациента в соответствии с критериями МКБ-10. Все пациенты, после подписания информированного согласия на участие в исследовании, были обследованы с помощью разработанного комплекса методик, тестирующих выраженность психопатологической симптоматики, а также личностные, семейные и интерперсональные факторы расстройств аффективного спектра². Всем пациентам был предложен курс интегративной психотерапии, в основу которого положены когнитивно-бихевиоральный и системный подходы, а также ряд идей отечественной клинической психологии и других школ психотерапии [Холмогорова, 2009]. Для каждого из пациентов в ходе супервизии составлялся «индивидуальный маршрут» лечения, включавший наиболее важные задачи и последовательность их реализации. Всего было проведено 570 сеансов и 70 супервизий. 10 пациентов (25% от общего числа) по показаниям получили 18 сеансов семейной или супружеской психотерапии. 75% пациентов по показаниям было предписано медикаментозное лечение.

² Всего 21 методика, в данной статье анализируются данные по 17 методикам.

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

Все полученные результаты (первый, второй срез, листы самоотчетов для пациентов и психотерапевтов) послужили основой для создания базы данных исследования. Результаты были подвергнуты статистической обработке с использованием пакета статистических программ SPSS 13.0. Проведена обработка, количественный и качественный анализ полученных данных, направленный на выявление предикторов успешности интегративной психотерапии и контртерапевтических факторов. Для сравнения исследовательских групп по выделенным признакам использовались непараметрические критерии Манна-Уитни (для парного сравнения групп) и Краскела-Уоллиса (для общего сравнения групп). Для анализа социодемографических данных применялся критерий хи-квадрат Пирсона.

На основе сравнения результатов обследования с помощью разработанного методического комплекса трех групп пациентов («drop-out», «краткосрочная терапия», «долгосрочная терапия») были выделены: 1) факторы — предикторы отказа от терапии; 2) факторы успешности краткосрочного курса лечения; 3) факторы увеличения длительности необходимого лечения.

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

Врачом-психиатром была проведена диагностика каждого пациента в соответствии с критериями МКБ-10. В группе drop-out были равным образом представлены депрессивные и тревожные расстройства (по 46% и 41% пациентов соответственно), один пациент с соматоформным расстройством, один — с основным диагнозом зависимого личностного расстройства. Половина депрессивных расстройств в этой группе представляли собой случаи первичного обращения за помощью —

т.е. депрессивные эпизоды разной степени тяжести (F 30.1 — 30.3). Среди тревожных расстройств преобладало генерализованное тревожное расстройство (71% от общего числа пациентов с тревожными расстройствами), которое, как правило, характеризуется конфликтной мотивацией на лечение.

В группе краткосрочной терапии из 45% испытуемых с депрессивными расстройствами большинство (за исключением одного пациента) относилось к категории F33.0 — 33.3 (эпизод рекуррентной депрессии разной степени тяжести), 57% пациентов обратились по поводу тревожных расстройств.

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

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

Средняя продолжительность курса лечения составила в группе «drop-out» — 5 сессий, в краткосрочной группе — 11,5 сессий, в группе долгосрочной терапии — 28,4 сессии.

В исследовании приняли участие 5 психотерапевтов с опытом работы с подобным контингентом от 10 до 20 лет и врач-психиатр с опытом работы более 20 лет.

3. Результаты исследования факторов эффективности

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

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

Выраженность симптомов и уровень стресса.

• Анализ результатов группы drop-out показал, что отказ от психотерапии не связан с тяжестью симптоматики, т.е. по данным симптомати-

ческой шкалы SCL-90 Дерогатис не отмечено значимых отличий от двух других групп ни по одной из шкал, включая общий индекс тяжести патологии. Исключение составляет шкала обсессивно-компульсивной симптоматики, по которой показатели данной группы превышают значения показателей краткосрочной группы на уровне тенденции к статистической значимости ($p=0,083$).

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

Личностный уровень.

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

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

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

Семейный уровень.

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

- При характеристике отношений в актуальной семье отмечается сходная особенность — низкий уровень открытости в эмоциональных

коммуникациях (он статистически значимо снижен по сравнению с группой краткосрочной психотерапии ($p=0,035$) и ниже, чем в группе долгосрочной терапии, хотя эти различия и не достигают статистически значимых ($p=0,069$)).

Интерперсональный уровень.

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

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

• В отличие от двух других исследуемых групп, пациенты, прервавшие терапию, отличаются отсутствием тенденции к росту терапевтического альянса после первых недель работы³, т.е. психотерапевты не отметили значимого улучшения в ходе взаимодействия с этими пациентами: спустя десять недель после начала работы они так же, как после первых пяти недель, не склонны были признавать проблемы, в которых им может помочь психотерапевт, были достаточно закрытыми, зачастую не принимали свою часть ответственности за ход лечения, были скептически настроены по отношению к его возможным результатам и, как правило, не формулировали конструктивных целей.

Таким образом, главными характеристиками группы «drop out» являются: *на личностном уровне* — наличие системы убеждений в холодности, равнодушии и враждебности окружающих людей, необходимости полагаться только на себя и предпочтении одиночества общению и взаимодействию с другими, а также неспособность к интернализации конфликтов; *на семейном уровне* имеет место закрытый стиль эмоциональных коммуникаций; *на интерперсональном уровне* — низкий уровень ин-

³ Пациенты, продолжившие терапию, отличаются статистически значимым улучшением общего показателя терапевтического альянса, как в краткосрочной, так и в долгосрочной группе.

струментальной поддержки и социальной интеграции, сниженная способность к кооперации, установлению и развитию рабочего альянса.

Факторы успешности краткосрочного курса лечения.

Для выделения факторов успешности краткосрочного лечения были выделены специфические особенности группы краткосрочной психотерапии. 77% пациентов данной группы проходили курс комплексной терапии и наряду с психотерапией получали медикаментозное лечение. Степень выраженности улучшения психического состояния в процессе психотерапии по шкале глобального клинического впечатления в среднем по результатам данной группы приближается к градации «выраженная» (оценка психиатра), и является значимо более высокой, чем в группе долгосрочной терапии ($p=0,024$). Были выделены следующие факторы, обуславливающие успех лечения в краткосрочном режиме (не более 15 консультаций).

Выраженность симптомов и уровень стресса.

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

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

Личностный уровень.

- Выявлена большая способность к интернализации проблем по сравнению с пациентами из группы «drop-out», т.е. пациенты из этой группы отличаются лучшим осознанием своих внутренних конфликтов

и переживаний (при сравнении с группой «drop-out», $p=0,024$; при сравнении с долгосрочной группой $p=0,069$).

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

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

Семейный уровень.

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

- При характеристике отношений в актуальной семье отмечается противоположная особенность — более высокий уровень открытости в эмоциональных коммуникациях по сравнению с двумя остальными группами, причем по сравнению с группой «drop-out» эти отличия статистически значимы ($p=0,035$).

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

Интерперсональный уровень.

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

- Пациентов этой группы по сравнению с двумя другими группами отличает способность к выработке терапевтического альянса и его быстрому укреплению и развитию в ходе терапии: они верят в успех работы ($p=0,025$), открыты в обсуждении своих проблем ($p=0,046$), умеют при-

нимать свою часть ответственности ($p=0,029$) и приходиться к консенсусу с психотерапевтом при формулировке целей работы ($p=0,022$) (различия в показателях рабочего альянса при первом и втором срезе статистически значимы, $p=0,026$), следует также отметить более высокий уровень альянса в медикаментозном лечении по сравнению с долгосрочной группой ($p=0,042$).

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

Факторы увеличения длительности необходимого лечения.

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

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

Выраженность симптомов и уровень стресса.

- Наибольшая выраженность обсессивно-компульсивных симптомов по сравнению с двумя другими группами ($p=0,05$).
- Наибольшая выраженность стресса среды ($p=0,039$) (субъективная оценка тяжести стресса, связанного с загрязнением окружающей среды, преступностью, ростом цен, неприятными новостями и т.п.) и семейного стресса ($p=0,037$) (перегруженность обязанностями по дому,

проблемами с детьми, с собственностью и т.д.) по сравнению с двумя другими группами.

Личностный уровень.

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

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

Семейный уровень.

- Эту группу отличают наиболее высокие показатели «фасадности» — желание представить свою семью как вполне благополучную, ведущее к сокрытию истинных проблем, причем по сравнению с краткосрочной группой эти различия достигают статистической значимости ($p=0,069$).

Интерперсональный уровень.

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

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

Таким образом, наиболее важными характеристиками группы долгосрочной психотерапии являются на *симптоматическом уровне*: большая выраженность обсессивно-компульсивных симптомов и стресса, связанного со средой (т.е. внешнего, а не внутреннего); на *личностном уровне*: система убеждений относительно собственной непривлекательности, враждебности людей и необходимости избегать близких контактов с ни-

ми в сочетании с потребностью в контактах и высокими ожиданиями от них; *на семейном уровне*: установка на сокрытие семейных проблем при наиболее высоком субъективном уровне семейного стресса; *на интерперсональном уровне*: проблемы в построении конструктивного рабочего альянса при относительно благополучных показателях социальной поддержки и общей положительной динамике рабочего альянса в процессе психотерапии в отличие от группы «drop-out».

4. Обсуждение результатов и выводы

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

В итоге можно сделать следующие выводы:

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

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

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

5. Анализ случаев с различной динамикой в процессе психотерапии

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

Описание случая 1 (преждевременно прерванная психотерапия)

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

Диагноз: соматоформное расстройство, зависимое личностное расстройство.

Жалобы: сильное напряжение и сильные болевые ощущения в шее, плечах, жалобы на онемение в области от лба до носа, ощущение опухоли во рту. Иногда очень редко бывают приступы безудержного плача, рыданий по умершим родственникам (матери, бабушкам, которые умерли больше 30 лет назад). Плакать может несколько часов. Старается плакать в одиночестве, т.к. если заплаканную застает муж, он очень недоволен.

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

Были определены следующие мишени психотерапевтической помощи:

1. *Симптоматический уровень:*

— соматические симптомы, носящие психологический характер (указаны выше);

— депрессивные симптомы (тоска по умершим родственникам, прорывающаяся в многочасовых взрывах плача. Когда говорила об этом на консультации, также принялась безудержно плакать взахлеб).

2. Личностный уровень:

Дисфункциональные личностные черты и поведенческие паттерны:

— алекситимия (не могла назвать никаких чувств, кроме тоски по умершим близким), отрицала, что когда-либо в текущей жизни испытывала негативные эмоции, 4 консультации понадобилось, чтобы установить связь между симптомами и негативными переживаниями;

— зависимость (эмоциональная, материальная, в принятии любых решений) от мужа, страх любых конфликтов с ним (старается устроить жизнь так, чтобы у мужа не было повода даже для недовольства), отрицание наличия проблем в семье с мужем, с сыном;

— перфекционизм (в семье должен быть идеальный порядок, мир и покой, идеальная уборка дома, идеальный уход за мужем, сыном);

— монотонный депрессогенный стиль жизни и связанный с ним дефицит впечатлений и положительных эмоций (типичный день: приготовить завтрак, всех проводить, в магазине за продуктами, готовка, уборка каждый день, встретить всех, покормить. Если остается время — играет на пианино). В. нигде не бывает, никуда не ходит, объясняет тем, что муж не любит, когда она отсутствует.

3. Семейный уровень:

— симбиотические отношения с мужем (муж требует полного внимания, не разрешает завести кошку, т.к. тогда ему будет меньше внимания);

— элиминация эмоций в семейных коммуникациях (муж не разрешает грустить, т.к. «у тебя не может быть плохого настроения, т.к. для этого нет причин»);

— закрытые семейные границы (гостей никогда не бывает, В. и муж ни с кем не общаются, никуда не ходят. Муж говорит, что ему достаточно общения на работе, хочет посидеть дома);

— травматический ранний опыт и насыщенная стрессами семейная история (ранние потери, росла в неполной семье, росла в нищете, было очень стыдно перед сверстниками и соседями за то, что росла без отца, очень бедно выглядела. Замуж вышла очень рано. Считает, что муж спас ее от нищеты, за что ему очень благодарна).

4. Интерперсональный уровень:

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

Последовательность психотерапевтических задач:

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

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

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

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

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

Контртерапевтические факторы:

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

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

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

Ресурсы пациента:

1. Сильное желание избавиться от надоевших болевых симптомов.

2. Своевременное посещение консультации, отсутствие пропусков, направленность на выполнение домашних заданий.

3. Высокий уровень доверия психотерапевту.

Динамика состояния:

Было проведено 6 индивидуальных консультаций, в процессе которых отмечалась определенная положительная динамика:

— научилась видеть и выявлять ситуации в семье, когда раздражалась (связаны с мужем и сыном);

— ходила в музей (на выставке очень понравилось, хотела повторить этот опыт);

— зарегистрировалась в одной из социальных сетей, стала активно переписываться с некоторыми одноклассниками.

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

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

Описание случая 2 (краткосрочная психотерапия)

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

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

Жалобы: в течение 1 года отмечает устойчивое плохое настроение после разрыва отношений с девушкой, стал раздражительным при общении с родителями, набрал лишний вес, полгода не выходит из дома из-за страха встретить знакомых (из дома выходил только с родителями, чтобы поехать в магазин или к врачу), перестал посещать институт, потом оформил академический отпуск.

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

врачу-психиатру, который и направил Б. на психотерапию. Пациенту была назначена комбинированная терапия: курс медикаментозного лечения и психотерапии. Психотерапия проводилась как в индивидуальной, так и семейной форме.

Были определены следующие мишени психотерапевтической помощи:

1. Симптоматический уровень (типичные симптомы депрессии):

— социальная тревожность — страх выходить из дома, быть плохо оцененным;

— плохое настроение;

— нарушения питания;

— повышенная раздражительность;

— сильное чувство вины перед родителями;

— обидчивость.

2. Личностный уровень:

Дисфункциональные личностные черты и поведенческие паттерны:

— перфекционизм (очень высокие требования к себе);

— враждебность;

— зависимость (от мнения родителей, сверстников, настроения; прямо зависит от их отношения, критики и т.д.).

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

Когнитивные искажения:

— поляризованное мышление (например, в дружеских или партнерских отношениях не должно быть никакого недовольства друг другом, если кто-то кем-то недоволен, это не дружба);

— персонализация (когда посещал институт, часто обижался на сокурсников, т.к. считал высказанное даже в безличной форме кем-то из сокурсников недовольство чем-либо относящимся к себе).

3. Семейный уровень:

— повышенный уровень критики со стороны родителей, особенно матери. Мать критиковала за все (не так повесил полотенце, не в такой последовательности убирает квартиру, не сразу вытер брызги в ванной и др., могла обзывать, оскорблять, припомнить прошлые ошибки);

— опека со стороны родителей, особенно отца;

— коалиция между отцом и Б. против матери (отец жаловался сыну на эмоциональные срывы жены, они друг другу по очереди говорили «Перетерпи», когда мать особенно критиковала или обзывалась);

— индуцирование тревоги в семье со стороны родителей, особенно отца (очень тревожится за будущее Б., за его здоровье, а также за себя, за то, сможет ли он и дальше содержать семью на должном уровне).

4. Интерперсональный уровень:

— интерперсональный перфекционизм, высокие требования к окружающим (нельзя покритиковать, нельзя подшутить, нельзя сказать что-то, что Б. расценит как обидное для себя) приводили к тому, что Б. резко и быстро прекращал отношения с друзьями («Если они так себя ведут, то это не настоящие друзья»);

— низкая социальная компетентность, не умеет адекватно оценивать людей (либо идеализирует образ, быстро влюбляется, либо видит недостатки, преувеличивает их, и расстается).

Последовательность психотерапевтических задач:

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

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

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

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

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

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

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

Контртерапевтические факторы:

1. Сильное сопротивление со стороны семьи при работе с семейными дисфункциями. С родителями, особенно с матерью, было очень трудно установить отношения сотрудничества. Мать была настроена враждебно. На семейной консультации обсуждали повышенную требовательность и критичность, говорили про условия, необходимые для развития самостоятельности Б. Были даны рекомендации и назначена супружеская консультация. Мать от супружеской консультации отка-

залась. По словам Б., «политику критики не изменила». Отец занял позицию «надо терпеть».

Ресурсы пациента:

1. Высокая мотивация к лечению.
2. Понимание и принятие когнитивно-бихевиоральной модели психотерапии. Идентифицирует себя с методом.
3. Доверие к врачу и психологу. Аккуратное выполнение всех домашних заданий, рекомендаций психотерапевта. Ведение дневника. Аккуратное выполнение всех медицинских назначений. Не пропускал сеансы психотерапии, приходил в назначенное время.
4. Полностью признает проблемы, в решении которых ему может помочь психотерапия.
5. Открыто и искренне говорит о себе. Достаточно свободно выражает свои чувства. Во время сеансов держится в доброжелательной манере.
6. Проявлял смелость при выполнении домашних заданий и конфронтации с пугающими ситуациями.
7. Проявлял желание быть самостоятельным, независимым от мнения родителей и др. окружающих его людей.
8. Отсутствие рентных установок и условной выгоды болезни (хотел вернуться к учебе, пойти работать, не быть в тягость родителям).

Динамика состояния:

Проведено: 1 семейная и 17 индивидуальных консультаций.

За это время:

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

Описание случая 3 (долгосрочная психотерапия)

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

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

Жалобы: многочисленные ритуалы, выражающиеся в навязчивом желании рассматривать себя (многочасовых рассматриваниях каких-либо образований на коже), до изнеможения делать большое количество однотипных физических упражнений (число выполняемых упражнений должно было быть кратно 30), рассматривать цифры на мобильном телефоне. Перечисленные действия выполнял многократно, начав, не мог остановиться, не мог контролировать желание выполнять эти действия. Из-за этого появилась депрессивная симптоматика. Ушел с работы. Остановить процесс выполнения этих действий могла только жена.

История заболевания: навязчивые мысли и действия первый раз появились 15 лет назад после смерти родственника (онкология). Был госпитализирован, получал медикаментозное лечение. Навязчивости до конца не прошли, но интенсивность резко снизилась. Смог контролировать навязчивости, вернулся к обычной жизни. В течение многих лет алкоголизировался. Несколько лет назад жена уговорила закодироваться. Перестал пить, но навязчивости стали настолько интенсивны, что пришлось уйти с работы. Обращался к экстрасенсу, сначала помогал, потом симптоматика усилилась. Был госпитализирован и направлен на психотерапию лечащим врачом-психиатром после 2-х месяцев практически безуспешного медикаментозного лечения.

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

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

Были определены следующие мишени психотерапевтической помощи:

1. Симптоматический уровень (типичные симптомы ОКР):

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

2. Личностный уровень:

Дисфункциональные личностные черты и поведенческие паттерны:

— перфекционизм, проявляющийся в виде крайней педантичности и аккуратности. Малейший беспорядок вызывает дискомфорт, беспокойство, эмоциональное напряжение, что приводит к усилению симптоматики. Например, очень тщательно следит за состоянием одежды, обуви. Как-то на консультации заметил нитку на пиджаке, не успокоился до тех пор, пока не убрал ее;

— алекситимия (никогда не обращал и не обращает внимания на свои чувства, очень бедный эмоциональный словарь, на вопросы о чувствах перечисляет внешние детали и обстоятельства);

— зависимость в межличностной сфере (не может совершать покупки без жены или дочери. Одежду пациенту выбирает жена. По мнению пациента, только она может сказать, подходит ли ему вещь или нет, хорошего ли она качества, не слишком ли она дорогая и др. Совершенно не переносит конфликтов, старается их избегать, очень их боится. Особенно боится конфликтов с женой. Вообще не может ей возразить ни в чем и со всем соглашается. «Она очень хорошая, но командир. Я не выдержу, если она злится» (чего не выдержит, уточнить не может). Зависимость пациента выражается, в частности, в стойком убеждении «Я сам ни с чем не могу справиться»).

Когнитивные искажения:

— незрелое поляризованное мышление, проявляющиеся в дисфункциональном убеждении «Нормальная жизнь — это когда все в полном порядке. Все должно быть в полном порядке, идеально организовано, ничего не должно беспокоить. Любой беспорядок — это катастрофа». (Это убеждение подкрепляет педантизм и аккуратность пациента, в различных ситуациях повышает уровень тревоги, дискомфорта пациента, приводит к усилению симптоматики. Например, резкое ухудшение состояния вызывали: разрядка аккумулятора в машине, хотя водительский стаж пациента очень большой, и самостоятельно аккумулятор заряжал много раз, но каждый раз, когда что-то подобное происходит с машиной, возникает ощущение сильнейшего дискомфорта (беспорядок, который надо срочно устранять). Такую же реакцию в виде сильнейшего эмоционального дискомфорта вызывает любое нежелательное происшествие, например, потеря дочери студенческого проездного (со слов пациента — это «беспорядок, беспокойство, хлопоты, которых нельзя допускать»).

3. Семейный уровень:

— семейная жизнь организована вокруг регулирования обсессивно-компульсивной симптоматики (жена и дочь следят, чтобы А. не делал ритуалов, отслеживают его настроение, постоянно контролируют его эмоциональное состояние);

— настроение жены полностью зависит от интенсивности навязчивостей А.: чем больше навязчивостей, тем больше она раздражается;

— выявлен монотонный и депрессогенный стиль жизни (А. с женой никуда не ходили, сам ничего не читал, в обычной жизни нет никаких положительных впечатлений). Фактически, болезнь пациента — это единственное содержание общения между ним и супругой;

— высокий уровень критики со стороны жены (например, А. вымыл пол, жена критикует, что недостаточно чисто);

— детский травматический опыт (доминантная мать, которая требовала и требует полного подчинения от всех членов семьи; алкоголизирующийся отец).

4. Интерперсональный уровень:

— фактическое отсутствие социальной сети вне семейного круга.

Последовательность психотерапевтических задач:

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

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

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

4. Расширение круга общения.

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

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

Контртерапевтические факторы:

Наиболее важным контртерапевтическим фактором выступал *высокий уровень алекситимии*. Пациент раньше мало задумывался и говорил о своей психологической жизни, ему очень сложно было отслеживать свои чувства, не мог ответить на вопросы, что он чувствует, что с ним происходит. Это затрудняло отслеживание изменения настроения, реакций тревоги, фиксирование ситуаций, которые вызвали негативное изменения настроения, выявление негативных автоматических мыслей, что очень важно при работе в русле когнитивно-бихевиоральной психотерапии. К сожалению, пациент так и не смог научиться устанавливать связь между ситуациями, провоцирующими тревогу, и ритуалами, как дисфункциональными способами ее снижения.

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

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

Ресурсы пациента:

1. Высокая мотивация к лечению. Признание существования проблем, в которых ему нужна помощь.

2. Доверие к специалистам и способность к кооперации (на сеансе держался в доброжелательной манере, сотрудничал со специалистами, не пропускал сеансы, аккуратно и своевременно приходил на консультации).

3. Уверенность в полезности психотерапии. Принял на себя роль клиента и часть ответственности за процесс. Старался выполнять все рекомендации, хотя испытывал большие трудности из-за выраженной alexitimии и отсутствия навыков осмысления своей внутренней жизни.

Динамика состояния:

После проведения 35 индивидуальных и 2 семейных консультаций:

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

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

3. Стал лучше справляться с чувством дискомфорта из-за бытовых неурядиц, мелких неполадок с машиной, стал спокойнее относиться к

состоянию одежды, менее тщательно следить за порядком дома и др. Перестал относиться к подобным ситуациям, как к катастрофе.

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

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

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

ЛИТЕРАТУРА

- Банников Г.С. Роль личностных особенностей в формировании структуры депрессии и реакций дезадаптации: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1999.
- Воликова С.В. Системно-психологические характеристики родительских семей пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2006.
- Воликова С.В., Холмогорова А.Б., Галкина А.М. Родительский перфекционизм — фактор развития эмоциональных нарушений у детей, обучающихся по усложненным программам // Вопросы психологии. 2006. № 5. С. 23—31.
- Гаранян Н.Г. Перфекционизм и психические расстройства (обзор зарубежных эмпирических исследований) // Терапия психических расстройств. 2006. № 1. С. 31—41.
- Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога // Московский психотерапевтический журнал. 2001. № 4. С. 18—48.
- Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б., Мазур Е.С. Саморегуляция поведения в норме и патологии // Психологический журнал. 1989. № 2. С. 122—132.
- Ким Л.В. Кросс-культуральное исследование депрессии среди подростков — этнических корейцев — жителей Узбекистана и Республики Корея: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1997.
- Лангмайер И., Матейчик З. Психическая депривация в детском возрасте. Прага: Авиценум, 1984.
- Меллер-Леймкюллер А.М. Стресс в обществе и расстройства, связанные со стрессом, в аспекте гендерных различий // Социальная и клиническая психиатрия 2004. № 4.
- Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Л., 1960.
- Ослон В.Н., Холмогорова А.Б. Профессиональная замещающая семья как одна из наиболее эффективных моделей решения проблемы сиротства в России // Вопросы психологии. 2001. № 3.
- Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Психология сиротства. СПб.: Питер, 2005.

- Холмогорова А.Б. Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра: автореф. дисс. ... докт. психол. наук. М., 2006.
- Холмогорова А.Б. Две конфликтующие методологии в исследованиях эффективности психотерапии и ее эффективности: поиск третьего пути // Московский психотерапевтический журнал. 2009. № 4 (63). С. 5—25.
- Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Никитина И.В., Пуговкина О.Д. Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: современное состояние проблемы. Часть 1 // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19. № 3. С. 92—100.
- Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Никитина И.В., Пуговкина О.Д. Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: современное состояние проблемы. Часть 2 // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 20. № 4 (в печати).
- Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Петрова Г.А. Социальная поддержка как предмет научного изучения и ее нарушения у больных с расстройствами аффективного спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. № 2. С. 15—23.
- Эйдмиллер Э.Г., Юстицкий В. Психология и психотерапия семьи. СПб, 2000.
- Beck A., Rush A., Shaw B., Emery G. 1979. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Blatt S.J. 1995. The destructiveness of perfectionism: *American Psychologist*. Vol. 50.: 1003—1020.
- Bowlby J. 1980. *Attachment and loss: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books. Vol. 3. P. 472.
- Brugha T. 1995. Social support and psychiatric disorders: overview of evidence. In: *Social support and psychiatric disorders*. Cambridge: University Press.
- Hill J., Pickles A. et al. 2001. Child sexual abuse, poor parental care and adult depression: evidence for different mechanisms: *British Journal of Psychiatry*. Vol. 179: 104—109.
- Lambert M.J., Hansen N.B., Finch A.E. 2001. Patient focused research: using patient outcome data to enhance treatment effects: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 69: 159—172.
- Parker G. 1981. Parental reports of depressives: an investigation of several explanation: *Journal of Affective Disorder*. Vol. 3: 131—140.
- Parker G. 1993. Parental rearing style: examining for links with personality vulnerability factors for depression: *Soc. Psychiatry — Psychiatry Epidemiology*. Vol. 28: 97—100.
- Scott J., Barher W.A., Eccleston D. 1998. The new castle chronic depression study. Patient characteristics and factors associated with chronicity: *British Journal of Psychiatry*. Vol. 152: 28—33.
- Shimoda M. 1941. Uber den premorbiden Charakter des manischdepressiven Irreins: *Psychiat. Neurol. Jap*. Bd. 45: 101—102.
- Tellenbach R. 1975. Typologische Untersuchungen zur premorbiden Persoenlichkeit von Psychotikern unter besonderer Beruecksichtigung Manischdepressiver: *Confinia psychiat*. Bd. 18. N 1: 1—15.

FACTORS OF EFFICIENCY OF INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY TREATMENT FOR AFFECTIVE DISORDERS

*A.B. HOLMOGOROVA, O.D. PUGOVKINA,
S.V. VOLIKOVA, N.G. GARANJAN, T.V. DOVZHENKO,
G.A. PETROVA, T.J. JUDEEVA*

The article presents the results of pilot study of the effectiveness of integrative psychotherapy treatment for affective disorders. Its methodology combines hermeneutic and positivistic approaches. There were found factors that predict therapy interruption, factors of success of short-term psychotherapy and the factors that increase its duration.

Keywords: factors of effectiveness of psychotherapy, integrative psychotherapy of affective disorders, multi-factor model of affective disorders.

- Bannikov G.S. Rol' lichnostnyh osobennostej v formirovanii struktury depressii i reakcij dezadaptacii: avtoref. diss. ... kand. med. nauk. M., 1999.
- Volikova S.V. Sistemno-psihologicheskie harakteristiki roditel'skikh semej pacientov s depressivnymi i trevozhnymi rasstrojstvami: avtoref. diss. ... kand. psihol. nauk. M., 2006.
- Volikova S.V., Holmogorova A.B., Galkina A.M. Roditel'skij perfekcionizm — faktor razvitiya jemocional'nyh narusenij u detej, obuchajuvihsja po uslozhnennym programmam // Voprosy psihologii. 2006. № 5. S. 23–31.
- Garanjan N.G. Perfekcionizm i psihicheskie rasstrojstva (obzor zarubezhnyh jempiricheskikh issledovanij) // Terapija psihicheskikh rasstrojstv. 2006. № 1. S. 31–41.
- Garanjan N.G., Holmogorova A.B., Judeeva T.Ju. Perfekcionizm, depressija i trevoga // Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal. 2001. № 4. S.18–48.
- Zeigarnik B.V., Holmogorova A.B., Mazur E.S. Samoreguljacija povedenija v norme i patologii // Psihologicheskij zhurnal. 1989. № 2. S. 122–132.
- Kim L.V. Kross-kul'tural'noe issledovanie depressii sredi podrostkov — jetnicheskikh korejcev — zhitelej Uzbekistana i Respubliki Koreja: avtoref. diss. ... kand. med. nauk. M., 1997.
- Langmajer I., Matejchik J. Psihicheskaja deprivacija v detskom vozraste. Praga: Avicenum, 1984.
- Meller-Lejmjkjuller A.M. Stress v obvestve i rasstrojstva, svjazannye so stressom, v aspekte gendernyh razlichij // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija 2004. № 4.
- Mjasihev V.N. Lichnost' i nevrozy. L., 1960.
- Oslov V.N., Holmogorova A.B. Professional'naja zamewajuwaja sem'ja kak odna iz naibolee jeffektivnyh modelej reshenija problemy sirotstva v Rossii // Voprosy psihologii. 2001. № 3.

- Prihozhan A.M., Tolstyh N.N. Psihologija sirotstva. SPb.: Piter, 2005.
- Holmogorova A.B. Teoreticheskie i jempiricheskie osnovanija integrativnoj psihoterapii rasstrojstv affektivnogo spektra: avtoref. diss. ... dokt. psihol. nauk. M., 2006.
- Holmogorova A.B. Dve konfliktujuwие metodologii v issledovanijah jeffektivnosti psihoterapii i ee jeffektivnosti: poisk tret'ego puti // Moskovskij psihoterapevticheskiy zhurnal. 2009. № 4 (63). S. 5–25.
- Holmogorova A.B., Garanjan N.G., Nikitina I.V., Pugovkina O.D. Nauchnye issledovanija processa psihoterapii i ee jeffektivnosti: sovremennoe so-stojanie problemy. Chast' 1 // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 2009. T. 19. № 3. S. 92–100.
- Holmogorova A.B., Garanjan N.G., Nikitina I.V., Pugovkina O.D. Nauchnye issledovanija processa psihoterapii i ee jeffektivnosti: sovremennoe sostojanie problemy. Chast' 2 // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 2009. T. 20. № 4 (v pečati).
- Holmogorova A.B., Garanjan N.G., Petrova G.A. Social'naja podderzhka kak predmet nauchnogo izucheniya i ee narusheniya u bol'nyh s rasstrojstvami affektivnogo spektra // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 2003. № 2. S. 15–23.
- Beck A., Rush A., Shaw B., Emery G. 1979. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Blatt S.J. 1995. The destructiveness of perfectionism: *American Psychologist*. Vol. 50.: 1003–1020.
- Bowlby J. 1980. *Attachment and loss: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books. Vol. 3. P. 472.
- Brugha T. 1995. Social support and psychiatric disorders: overview of evidence. In: *Social support and psychiatric disorders*. Cambridge: University Press.
- Hill J., Pickles A. et al. 2001. Child sexual abuse, poor parental care and adult depression: evidence for different mechanisms: *British Journal of Psychiatry*. Vol. 179: 104–109.
- Lambert M.J., Hansen N.B., Finch A.E. 2001. Patient focused research: using patient outcome data to enhance treatment effects: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 69: 159–172.
- Parker G. 1981. Parental reports of depressives: an investigation of several explanation: *Journal of Affective Disorder*. Vol. 3: 131–140.
- Parker G. 1993. Parental rearing style: examining for links with personality vulnerability factors for depression: *Soc. Psychiatry — Psychiatry Epidemiology*. Vol. 28: 97–100.
- Scott J., Barher W.A., Eccleston D. 1998. The new castle chronic depression study. Patient characteristics and factors associated with chronicity: *British Journal of Psychiatry*. Vol. 152: 28–33.
- Shimoda M. 1941. Uber den premorbiden Charakter des manishdepressiven Irreins: *Psychiat. Neurol. Jap.* Bd. 45: 101–102.
- Tellenbach R. 1975. Typologische Untersuchungen zur premorbiden Persoenlichkeit von Psychotikern unter besonderer Beruecksichtigung Manischdepressiver: *Confina psychiat.* Bd. 18. N 1: 1–15.