



**Алгоритм краткосрочной психотерапии,
направленной на разрешение внутриличностных и
межличностных конфликтов у больных
с невротическими расстройствами**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2012

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический
институт им. В.М. Бехтерева
Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ
Директор ФГБУ «СПБ НИПНИ им.
В.М. Бехтерева»
Минздравсоцразвития России,
д.м.н., профессор



Алгоритм краткосрочной психотерапии, направленной на разрешение внутриличностных и межличностных конфликтов у больных с невротическими расстройствами

Методические рекомендации

Разработаны в рамках реализации подпрограммы «Психические расстройства» федеральной целевой программы предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (на 2007–2011 годы)» по государственному контракту №К-16-НИР/46-3 от 07 июня 2010 г. на выполнение научно-исследовательских работ по теме: «Разработка методов управления качеством при реализации психотерапевтических программ в специализированных психиатрических учреждениях и в условиях общесоматической сети (организационные, терапевтические и реабилитационные аспекты)».

Санкт-Петербург
2012

АННОТАЦИЯ

Алгоритм краткосрочной психотерапии, направленной на разрешение внутриличностных и межличностных конфликтов разработан на основе клинико-психологического изучения больных с невротическими расстройствами, находившихся на лечении в отделении неврозов и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева. Для исследованных пациентов характерны специфическая структура внутри- и межличностных противоречий и «профиль» конфликтности. Ведущими у больных являются такие внутриличностные конфликты как конфликт неадекватной самооценки, адаптационный конфликт и конфликт нереализованного желания, что на уровне наблюдаемого поведения приводит к нарушениям социального функционирования.

На основе полученных данных разработана структурированная система фокусированных психотерапевтических воздействий, что позволяет добиться терапевтического эффекта в короткие сроки.

Методические рекомендации предназначены врачам-психотерапевтам, психиатрам и клиническим психологам.

Методические рекомендации составлены в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева.

Авторы-составители: доктор медицинских наук, профессор В.А. Абабков, кандидат медицинских наук И.Н. Бабурин, кандидат медицинских наук А.В. Васильева, кандидат медицинских наук Т.А. Караваева, доктор медицинских наук, профессор Б.Д. Карвасарский, кандидат психологических наук Е.А. Колотильщикова, кандидат психологических наук Е.Б. Мизинова, кандидат медицинских наук С.В. Полторац, доктор медицинских наук, профессор Е.И. Чехлатый.

ВВЕДЕНИЕ

В последние десятилетия наблюдается неуклонный рост числа больных с невротическими расстройствами, но, несмотря на то, что этот вид психической патологии изучается уже более 100 лет, остается неясным ряд вопросов, связанных как с пониманием механизмов развития невротических расстройств, так и с поиском эффективных программ для их лечения.

Ведущая роль внутриличностного конфликта в этиопатогенезе невротических расстройств признается большинством как отечественных, так и зарубежных специалистов, работающих в области охраны психического здоровья. Существенным недостатком имеющихся исследований особенностей внутриличностного конфликта при невротических расстройствах является преимущественно описательный подход, слабая эмпирическая база из-за отсутствия надежных способов количественного и качественного измерения внутриличностного конфликта. Поэтому единого взгляда на то, в чем состоит конкретное содержание внутриличностного конфликта у больных с невротическими расстройствами, до настоящего времени не существует, и с этим в значительной мере связаны затруднения в поиске адекватной техники и направления лечебного воздействия при данных расстройствах.

Вместе с тем, современный этап развития психотерапии предусматривает переориентацию с теоретических подходов на процессуальные; системы психотерапии центрированы не на теориях личности и психопатологии, а на процессах изменения, иными словами, на лечении нервно-психических расстройств, а не на их объяснении. Все большее распространение получают практические и лечебные руководства, основанные на строгой научно-исследовательской базе и доказанных фактах и описывающие конкретные рекомендации по технике и структуре построения интервенций. Эмпирическое подтверждение новых психотерапевтических подходов, как правило, строится на данных клинико-социального и клинико-психологического изучения больных с различными видами психических расстройств, что обеспечивает создание более строго сфокусированных психотерапевтических стратегий, направленных на лечение конкретных пациентов с конкретными видами нарушений. Произшедшая смена подходов к психотерапии позволяет реализовать и другие современные тенденции— стремление к краткосрочности вмешательств, их технологичности, директивности, а также повышение значения психообразования.

В этой связи представляется актуальным создание и описание алгоритма проведения структурированной системы краткосрочных фокусированных психотерапевтических воздействий, направленных на коррекцию основного элемента этиопатогенеза невротических расстройств, а именно— внутриличностного конфликта, определяющего развитие характерных межличностных конфликтов. Данный подход учитывает все вышеизложенные принципы и тенденции современного развития психотерапии.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Цели, задачи и механизмы лечебного действия краткосрочной психотерапии, направленной на разрешение внутри- и межличностных конфликтов при невротических расстройствах

Предлагаемый психотерапевтический подход является: 1) интегративной моделью, учитывающей принципы и технологии личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, транстеоретической терапии, а также общие факторы психотерапии; 2) практической моделью, разработанной для лечения больных с невротическими расстройствами в условиях стационарной или амбулаторной помощи сроком не более 1-1,5 месяцев; 3) научной моделью, содержание которой построено на результатах экспериментальных исследований.

Разработка алгоритма психотерапевтических вмешательств основывается на дифференцированном использовании определенных психотерапевтических процессов на специфических стадиях изменения в соответствии с установленным уровнем проблемы (в данном случае, уровень внутриличностных конфликтов). Основной целью психотерапевтического подхода является достижение терапевтического эффекта у больных с невротическими расстройствами, находящихся на начальных стадиях изменения, не только на симптоматическом, но и на этиопатогенетическом уровне в условиях ограниченного во времени стационарного и амбулаторного лечения.

При этом основные задачи могут быть сформулированы следующим образом:

1) осознание содержания и негативных последствий внутриличностных конфликтов и их взаимосвязи с нарушениями межличностного взаимодействия;

2) установление связи между психогенными факторами (в частности, внутриличностными конфликтами и межличностными конфликтами) и возникновением, развитием и сохранением невротических симптомов;

3) формирование путей и способов разрешения выделенных внутри- и межличностных конфликтов.

В соответствии с данными многочисленных исследований большинство обращающихся за стационарной и амбулаторной помощью больных с невротическими расстройствами находятся на стадии «Предразмышление»; на этой стадии многие пациенты не осознают истинный характер своих проблем, из-за чего у них нет намерения предпринимать какие-либо конструктивные действия в обозримом будущем. Поэтому, согласно транстеоретической модели изменений, наиболее адекватными являются вмешательства, состоящие в повышении осознания психогенного характера возникших расстройств, а также корригирующий эмоциональный опыт, возникающий на основе соответствующих терапевтических отношений. Для тех пациентов, которые изначально находятся, или в процессе терапии смогли перейти на стадию «Размышление» (центральный элемент этой стадии — осознательное рассмотрение способов разрешения проблемы), основными лечебными механизмами, помимо перечисленных, являются самопереоценка и переоценка среды.

Основной стратегией является фокусирование на ключевом уровне: поскольку этиопатогенетические механизмы невротических расстройств в достаточной мере изучены, и большинство исследователей сходятся на мнении, что главный уровень каузальности — это внутриличностный конфликт, то психотерапевтические вмешательства должны касаться именно этой категории.

Алгоритм краткосрочной психотерапии, направленной на разрешение внутри- и межличностных конфликтов является начальным этапом в лечении больных с невротическими расстройствами. Поскольку они погружены в контекст их патогенной интраперсональной биографии, то терапия, как правило, является длительной. В этой связи, предлагаемый подход не заменяет основного вида лечения невротических расстройств — личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, напротив, он обеспечивает адекватный переход стационарных больных в условия амбулаторной поддерживающей психотерапии. Кроме того, как показывают репрезентативные исследования, психотерапевтические программы, призванные помочь больным продви-

нуться за месяц на одну стадию психотерапевтических изменений, в два раза повышают вероятность того, что пациенты в ближайшем будущем предпримут самостоятельные действия по преодолению последствий проблемного поведения.

Система психотерапевтических интервенций предлагаемого подхода

Алгоритм проведения краткосрочной психотерапии, направленной на разрешение внутри- и межличностных конфликтов при невротических расстройствах, включает в себя несколько этапов.

Первый этап

Первый этап носит психообразовательный характер. Большинство психотерапевтов, занимающихся лечением больных с невротическими расстройствами, недооценивается тот факт, что пациенты, обратившиеся за стационарной и амбулаторной помощью, обычно не имеют адекватной информации относительно их заболевания. Следствием этой недооценки является несоответствие ожиданий и представлений психотерапевта и больного, влекущее за собой разочарование с обеих сторон: у клинициста формируется мнение, выраженное во многих руководствах по психотерапии фразой: «Если больной не желает меняться, то его нельзя изменить, его удел – симптоматическая психотерапия и прием лекарственных средств»; пациент, в свою очередь, теряет надежду на выздоровление и начинает воспринимать свою болезнь неизлечимой. Вместе с тем, проводимые в рамках транстеоретической модели исследования убедительно показывают, что больные, находящиеся на разных стадиях процесса изменения, нуждаются в проведении различных мероприятий, приспособленных к их уровню, а ответственность за создание устойчивой мотивации к психотерапии в немалой степени лежит на психотерапевте.

Таким образом, на первом этапе предлагаемого психотерапевтического подхода основной задачей является повышение уровня информированности больных о современных взглядах на невротические расстройства, а также возможных методах лечения. С этой целью рекомендуется:

1. Подготовить цикл лекций, адаптированных для понимания пациентами, на темы: «Патогенетическая концепция невротических расстройств В.Н. Мясищева», «Внутриличностные конфликты», «Личностно-ориентированная (реконструктивная) психоте-

рапия», «Транстеоретическая терапия». Примерная структура лекций может быть следующей:

– Патогенетическая концепция неврозов В.Н. Мясищева:

а) патогенная (психотравмирующая) ситуация;

б) условия развития невротических расстройств;

в) структура невротических расстройств;

г) типы внутриличностных конфликтов (неврастенический, истерический, обсессивный);

г) патогенетическая роль основных психических компонентов личности.

– Внутриличностные конфликты:

а) конфликт как вид трудной жизненной ситуации;

б) показатели внутриличностного конфликта;

в) условия возникновения внутриличностного конфликта;

г) типология внутриличностных конфликтов;

д) последствия внутриличностного конфликта;

е) способы разрешения внутриличностного конфликта.

– Личностно -ориентированная (реконструктивная) психотерапия:

а) цели и задачи;

б) механизмы лечебного действия;

в) система.

– Транстеоретическая терапия:

а) процессы изменения;

б) стадии изменения;

в) спиральный паттерн прохождения стадий изменения;

г) интеграция стадий и процессов изменения;

д) уровни изменения;

е) транстеоретические отношения.

2. Провести обсуждение прочитанного материала, уделяя основное внимание объяснению связей «личность — ситуация — болезнь»; выяснить и обсудить с пациентом его представления о болезни и ожидания от лечения.

3. В рамках неспецифических психообразовательных мероприятий (библиотерапии) подготовить список книг, соответствующей тематики с целью:

1) повысить уровень психологических знаний;

2) обеспечить сведениями, помогающими пересмотреть формирование целей и достижения;

3) увеличить степень самоосознанности и понимания поведения других людей;

4) закреплять результат, достигнутый в ходе психотерапевтических интервенций.

Основные сложности первого этапа. Проведение психообразовательного этапа потребует значительных усилий как со стороны пациента, так и психотерапевта. Невозможно подготовить материал, содержащий массу специальной медицинской и психологической информации так, чтобы она была понятна каждому пациенту. Поэтому психотерапевт должен использовать все известные ему техники и способы, помогающие восприятию сложных, ранее не знакомых больному сведений.

Пациентам также потребуется затратить много времени и сил на то, чтобы не просто прочесть, но и понять новую информацию, а также соотнести ее со своей конкретной ситуацией. Этот процесс предполагает интенсивную межсессионную самостоятельную работу. Однако наш опыт показывает, что, как правило, больные с невротическими расстройствами на фоне высокого уровня дискомфорта, обусловленного давлением симптомов, активно осваивают материал, имеющий непосредственное отношение к их заболеванию.

Оптимальным дополнением мероприятий первого этапа является включение больных с невротическими расстройствами в психообразовательные группы, которые довольно легко организовать как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

Второй этап

Второй этап предполагает установление связей между психогенными факторами и невротической симптоматикой пациентов.

Первоначально пациент вместе с психотерапевтом составляет список симптомов, вызывающих значимый дискомфорт и ранжирует их в порядке значимости. Поскольку у большинства больных с невротическими расстройствами наблюдается полиморфная психопатологическая симптоматика, такое ранжирование преследует одновременно две цели. Во-первых, пациент имеет возможность рационально оценить характер имеющихся у него проблем и сфокусироваться на наиболее беспокоящих его. Во-вторых, это важно для установления позитивных терапевтических отношений, так как пациент чувствует, что тревожащее его состояние не останется без внимания психотерапевта, что последний фиксирован не только на психологической концепции болезни, но и учитывает клинически выраженные ее корреляты.

После того, как определен основной симптом (или группа симптомов), пациент получает задание, которое он должен выполнять самостоятельно— ведение ежедневного дневника. Алгоритм записей следующий: больной оценивает по 5-ти балльной системе свое симптоматическое состояние утром, днем и вечером, а также как можно подробнее описывает произошедшие за это время события, возникающие мысли, чувства, опасения и страхи. В дальнейшем дневниковые записи анализируются на предмет поиска связи между различными жизненными ситуациями пациента и обострением симптоматики. В редких случаях закономерности развития болезненного состояния становятся очевидными уже через несколько дней, однако чаще всего их можно выявить через 2-2,5 недели от начала ведения дневника.

Рекомендуется провести 1-2 сессии посвященные анализу полученной информации. Требуется предварительно подготовиться к этим занятиям — психотерапевт и пациент отдельно друг от друга готовят таблицу, в левом столбце которой выписываются симптомы, оцененные больным на 3-5 баллов, в правом— описываются события или переживания которые предшествовали обострению, затем делаются письменные выводы.

Описанная техника:

а) позволяет больному наглядно убедиться в том, что обострение симптомов происходит не случайно, а имеет строгую закономерность возникновения, при этом причиной являются психотравмирующие факторы, а не соматические дисфункции. Например, из анализа дневниковых записей пациентки было видно, что головная боль резко усиливалась каждую субботу и воскресенье, а тревога начинала нарастать к вечеру пятницы, при этом все выходные дни она проводила с мужем. До прояснения этой ситуации больная не осознавала наличие этой взаимосвязи, явных конфликтов у них не было, однако неоспоримые факты заставили ее по-новому оценить супружеские отношения и понять, что возникающее при общении напряжение, нередко переживаемое чувство скуки, хроническая сексуальная неудовлетворенность и пр., вызывают у нее тревогу и дискомфорт, перерастающие в головные боли. Подобных закономерностей несколько, все они детально обсуждаются с пациентом;

б) способствует формированию прочного психотерапевтического альянса. Больной убеждается, что психотерапевт внимателен к его проблемам, не делает преждевременных выводов, готов услышать точку зрения пациента, с пониманием относится к его опасениям и сомнениям относительно правильности выбранного спо-

соба терапии. Нередко решающим фактором, повышающим уровень доверия и мотивации к психотерапии, является стремление психотерапевта активно участвовать в процессе лечения, он не просто дает задания пациенту, но и сам проводит внесессионную работу.

Наконец, в начале лечения пациент получает задание написать свою автобиографию. Поскольку в это время ведется интенсивная структурированная работа, а время психотерапевтических сессий ограничено, то биографические сведения целесообразно получить написанными на бумаге. Необходимо подчеркнуть, что это важная информация, которая в дальнейшем будет использована при обсуждении конкретного содержания внутриличностных и межперсональных конфликтов пациента.

Основные сложности второго этапа. Основная трудность второго этапа лечения заключается в том, что у стационарных больных не всегда можно быстро проследить закономерности в развитии симптомов, так как они находятся вне патогенной среды и, таким образом, могут избегать воздействия психотравмирующих факторов. В результате может потребоваться больше времени на выделение взаимосвязей, иногда анализ дневниковых записей приходится проводить через месяц, однако такие случаи довольно редки.

Третий этап

Третий этап предполагает обсуждение структуры и содержания внутриличностных и межличностных конфликтов, характерных для больных с невротическими расстройствами, а также их связи с психотравмирующей ситуацией, обуславливающей обострение симптоматики.

Содержание третьего— основного — этапа основано на результатах углубленного клинико-психологического изучения больных с невротическими расстройствами, находящихся на лечении в стационаре. У пациентов наблюдается специфическая структура внутри- и межличностных противоречий, определяется характерный «профиль» конфликтности.

Типология конфликтов больных с невротическими расстройствами

Особенности внутриличностной конфликтности

Исходя из классификации внутриличностных конфликтов, построенной на основе анализа ценностно-мотивационной сферы

личности, было выявлено, что у обследованных пациентов основной структурой внутреннего мира личности, вступающей в конфликт, является самооценка, определяемая как самооценочность себя для себя, оценка индивидом своих возможностей, качеств и места среди других людей. Структурно этот параметр включает в себя конфликт неадекватной самооценки, адаптационный и конфликт нереализованного желания, именно эти типы внутриличностных конфликтов у больных с невротическими расстройствами оказались наиболее выраженными.

Конфликт неадекватной самооценки

Конфликт неадекватной самооценки представляет собой расхождение между самооценкой, притязаниями и реальными возможностями личности. Его конкретное содержание может состоять в противоречиях: между низкой самооценкой и высоким уровнем притязаний; между стремлением повысить притязания, чтобы добиться успеха, и понизить притязания, чтобы избежать неудачи; между завышенной самооценкой в отношении ряда качеств и стремлением реально оценить свои возможности, а также между заниженной самооценкой части своих особенностей и осознанием своих объективных достижений. Пациенты с невротическими расстройствами, имея ригидно высокий уровень притязаний, особенно в отношении своего социального и профессионального статуса, тем не менее, не предпринимают каких-либо планомерных действий по достижению желаемых результатов, объясняя это отсутствием необходимых для получения успеха качеств (например, настойчивости, упорства, усидчивости, ума и пр.), нередко собственная неэффективность оправдывается плохим состоянием здоровья. Такая заниженная оценка своих возможностей и способностей, необходимых для умения добиваться успеха в желаемых областях приводит к обесцениванию своих реальных, объективных достижений (поскольку они не соответствуют уровню идеальных представлений), что способствует дальнейшему формированию неадекватной самооценки; изначально «простой» внутриличностный конфликт в силу своего длительного, хронического существования перерастает в невротический. Присущие конфликту переживания занимают центральное место в системе отношений больных, и они становятся не в состоянии изменить его так, чтобы исчезло патогенное напряжение и был найден рациональный выход из сложившегося положения.

В то же время компенсаторно по ряду параметров и свойств у пациентов с невротическими расстройствами наблюдается чрез-

мерно завышенная самооценка, в частности, они склонны переоценивать свою доброжелательность, конвенциональность, стремление сотрудничать и помогать окружающим людям. Необъективное восприятие своих коммуникативных качеств приводит к разочарованности в людях, росту недоверия, деструкции существующих межличностных отношений в виде повышенной агрессивности, тревожности и раздражительности. Неспособность адекватно воспринимать свои мотивы и поведение в общении с окружающими также не позволяет конструктивным образом разрешить длительно существующее противоречие.

Таким образом, этот внутриличностный конфликт у больных с невротическими расстройствами представляет собой необъективную оценку себя, своих способностей, возможностей, черт характера, реальных достижений. При этом речь не идет о стабильно сниженной самооценке, обследованную группу больных характеризует именно неадекватность восприятия и оценивания отдельных образований Я-концепции, где необоснованно завышены одни параметры и занижены другие. Неспособность критично, рационально рассмотреть возникшие противоречия приводит к невозможности самостоятельно разрешить существующий конфликт.

Конфликт нереализованного желания

Близким по смыслу к вышеописанному является конфликт нереализованного желания— это расхождение между желаниями и действительностью, которая блокирует их удовлетворение. У больных с невротическими расстройствами этот конфликт часто возникает из-за фрустрации потребностей в получении внимания, признания, аффилиации, в результате пациенты высказывают неудовлетворенность своим положением в обществе, семейной ситуацией, отношениями с друзьями и близкими, своей внешностью, физическими данными, способностями и пр. К данному вопросу относятся и внутриличностные конфликты, в основе которых лежат сексуальные нарушения.

Однако необходимо отметить, что у пациентов с невротическими расстройствами этот конфликт имеет свои особенности протекания — чаще он возникает не тогда, когда действительность на самом деле блокирует реализацию желания или в результате физической невозможности его осуществить, а вследствие неадекватной оценки реальной ситуации, а также из-за стремления переложить ответственность за удовлетворение своих по-

требностей на других людей. Обследованные больные, как правило, склонны переоценивать трудности и препятствия, стоящие на пути реализации актуального мотива, даже незначительные преграды глобализируются и воспринимаются как непреодолимые, при этом они не считают себя ответственными за удовлетворение своих желаний. Активные действия ожидаются либо от окружающих (прежде всего, от лиц референтной группы), либо сохраняется надежда на «счастливое» стечение обстоятельств.

Адаптационный конфликт

Адаптационный конфликт рассматривается как в широком смысле, т.е. как возникающий на основе нарушения равновесия между субъектом и окружающей средой, так и в узком его значении – при нарушении процесса социальной или профессиональной адаптации. Несоответствие возможностей больных с невротическими расстройствами требованиям среды или деятельности может рассматриваться и как неготовность или нежелание соответствовать общественным ожиданиям и как реальная неспособность выполнить предъявляемые требования в силу биологического и психологического недоразвития необходимых составляющих.

Содержание этого типа внутрличностного конфликта составляет рассогласованность между нормами и агрессивными тенденциями, а также между одновременно существующими потребностями к независимости и получению помощи, опеки. Сдерживание больными с невротическими расстройствами своих отрицательных аффектов и гетероагрессивных тенденций (раздражения, злости) в силу необходимости следовать сложившейся в обществе системе ценностей и правил, а также из-за страха потерять расположение и привязанность значимых людей в окружении, в целом отражает нарушение равновесия между личностью и социальной средой, что составляет сущность адаптационного конфликта.

Анализ ситуации, когда индивид, с одной стороны, стремится к самостоятельности (вероятно, чтобы почувствовать собственную ценность и значимость), но, с другой стороны, состояние психологического комфорта достижимо только, когда он может рассчитывать на помощь и опеку со стороны окружения, подводит нас к пониманию, что центральной в этом конфликте является категория ответственности. Обследованные пациенты частично осознают необходимость принимать самостоятельные решения и

нести ответственность за свою жизнь, но в силу ряда причин (боязнь ошибиться, сделать неправильный выбор и многие другие) они постоянно обращаются за помощью и поддержкой к тем людям, которые воспринимаются ими как более зрелые, мудрые, способные выносить безошибочные суждения. При этом они тягостятся и бывают возмущены теми требованиями, которые в ответ за оказываемую помощь и заботу выдвигают лица их оказывающие. Но даже при отсутствии этих требований сознание собственной несостоятельности и зависимости приводит к росту психоэмоционального напряжения.

Мотивационный конфликт

У больных с невротическими расстройствами не определяется мотивационный тип конфликта, что в целом довольно неожиданно, поскольку этот вид внутриличностного конфликта в психоаналитическом направлении традиционно рассматривается как основной, обуславливающий развитие невротической личности и характерных для нее симптомов. Более подробное изучение мотивов, вступающих в борьбу у больных с невротическими расстройствами по причине их несовместимости и одновременной актуализации, показало, что наиболее противоречивыми образованиями в Я-концепции пациентов являются Эгоцентрическая, Гедонистическая и мотивация, определяемая как Стремление к совершенству. В значительно меньшем проценте случаев определялась рассогласованность Познавательной мотивации, а также мотиваций Избегания неприятностей и Стремления к превосходству.

Таким образом, исследованные пациенты во многом не могут определить ориентироваться ли им на себя, на собственные интересы, либо в первую очередь учитывать позицию, желания и мнения других людей. По существу, выявленное противоречие отражает нарушение процесса установления оптимального соответствия личности и среды (адаптационный конфликт в широком смысле). Кроме того, больные с невротическими расстройствами амбивалентны в отношении того, ориентироваться ли им на развитие, высокие достижения, самоопределение, или довольствоваться малым, снижать уровень притязаний, пассивно относиться к деятельности; выбрать ли упрощенные способы существования, вести веселую, легкую жизнь, тем самым удовлетворяя потребность в телесном и душевном комфорте, или предпочесть существование менее комфортное, но, в то же время, более осмысленное. Конфликтность познавательной мотивации заключается в том,

что, с одной стороны, пациентам нравится приобретать новые знания и умения, но, с другой стороны, на это уходит много времени и труда, и они не всегда понимают оправданность этих временных и энергетических затрат.

В целом, диагностируемые амбивалентные мотивационные тенденции пациентов с невротическими расстройствами релевантны конфликту неадекватной самооценки. Больные с невротическими расстройствами честолюбивы и, как правило, хотели бы добиться гораздо более высоких результатов во многих сферах жизнедеятельности, нежели они уже достигли, но не предпринимают сколько-нибудь активных, целенаправленных действий из-за сильно выраженного страха ошибиться, потерпеть поражение, при этом они не умеют довольствоваться тем, чего уже достигли, реальные успехи не принимаются ими во внимание. В результате мотив достижения, связанный в сознании пациентов с потребностью в уважении, авторитете, в признании окружающих является стабильно актуализированным, напряженным и практически не удовлетворяемым. Длительная фиксация на этой проблеме, сопровождающаяся аффективно насыщенными переживаниями, не позволяет им объективно оценить сложившуюся проблему и найти возможные конструктивные выходы. Блокада актуальной потребности усугубляется еще и той объяснительной базой, с помощью которой оправдывается собственная мнимая или действительная неуспешность: больные с невротическими расстройствами нередко считают, что их замыслы не смогли осуществиться из-за неблагоприятно сложившихся условий и отсутствия возможностей.

Особенности межличностной конфликтности

Особенности коммуникативного поведения больных с невротическими расстройствами в целом выражаются в довольно значимой дисгармоничности межличностной сферы. В системе межперсональных отношений тенденция к тесному сотрудничеству и пассивно-подчиненное поведение плохо согласуются со стремлением занимать недоверчиво-скептическую позицию в общении с окружающими. Оценивая свои интерперсональные качества, больные подчеркивают собственные мягкость, дружелюбие, склонность к компромиссам, застенчивость, уступчивость, пассивность, при этом они не проявляют признаков уверенности в себе, лидерских тенденций, здорового соперничества, независимости и предприимчивости. Подобное поведение детерминировано неуве-

ренностью пациентов в своей значимости и привлекательности для других, стремлением обрести внимание и признание окружающих. Однако не получая с течением времени ожидаемого отношения, больные с невротическими расстройствами начинают со скептицизмом и негативизмом воспринимать других людей, испытывать неудовлетворенность собой и своим поведением в социуме. Такой неконструктивный паттерн своим следствием имеет нарастание замкнутости, обид и общего недовольства, снижение социальной активности, отсутствие поиска новых контактов, трудности приспособления в коллективе. Негативные эмоции кумулируются, создавая тем самым повышенную напряженность в межличностной сфере. В целом, для больных с невротическими расстройствами характерно преобладание тенденции к конфликтности и доминированию (фактор доминирования) над склонностью к сотрудничеству и подчинению (фактор доброжелательности). Иначе говоря, субъективно ощущаемая несамостоятельность и зависимость негативно оценивается пациентами и сопровождается диссоциирующим желанием контролировать окружающих людей и управлять ситуацией.

После того, как на втором этапе были установлены взаимосвязи между психогенными факторами и развитием основных невротических симптомов, через прояснение психотравмирующих ситуаций, а также анализ данных диагностики с помощью специально разработанной программы исследования, психотерапевт переходит к обсуждению структуры и конкретного содержания внутриличностных и межличностных конфликтов, характерных для больных с невротическими расстройствами. При этом предметом каждого занятия может стать отдельный описанный внутриличностный конфликт или его последствия в виде нарушения межличностного функционирования. Однако чаще встречается обратная ситуация – вскрытие и интерпретация актуального межличностного конфликта приводит к началу осознания лежащего в его основе внутриличностного конфликта.

На этой стадии также рекомендуется практиковать самостоятельную работу больных, задания определяются содержанием психотерапевтической сессии, являются продолжением и закреплением обсуждаемого материала.

Например, пациенту предлагается тщательно проанализировать разбираемую на занятии конфликтную ситуацию (недовольство семейными, супружескими отношениями, реакцией близких друзей и пр.) и письменно ответить на несколько вопросов:

- Что меня раздражает ...?
- Почему я так реагирую ...?
- Как обычно я себя веду ...?
- Почему другие реагируют иначе ...?
- Насколько адекватно я реагирую ...?
- Как часто со мной случаются подобные ситуации?

В результате психотерапевтических мероприятий третьего этапа совместно с психотерапевтом пациент должен попытаться осуществить целостный анализ, построить определенную схему развития центрального невротического внутриличностного конфликта и определить возможные пути выхода из создавшегося противоречия.

Примерная схема— внутриличностный конфликт больных с невротическими расстройствами по существу является ценностным, происходит так называемая подмена истинных ценностей (желание быть любимым, желанным, защищенным) ложными (стремление к максимальным достижениям, перфекционизм), что приводит к актуализации и нарастанию конфликта неадекватной самооценки, а затем и адаптационного конфликта, сопровождающегося выраженными межличностными проблемами.

Центральным звеном в развитии конфликта является базовая неудовлетворенность фундаментальной потребности в любви и принадлежности к социуму. В сознании пациентов постепенно формируется и закрепляется представление о том, что получить столь значимые внимание, признание, любовь и уважение можно благодаря высоким достижениям в различных сферах функционирования, прежде всего, профессиональной и социальной. Больные с невротическими расстройствами руководствуются довольно простой формулой: «Если я стану успешным, авторитетным, материально обеспеченным членом общества, то мною все будут восхищаться и меня будет за что любить». Однако на пути реализации принятого решения возникают определенные препятствия.

Во-первых, большинство пациентов не обладают качествами, необходимыми для достижения высокой эффективности деятельности. Они импульсивны, неорганизованны, редко выносят взвешенные решения, опираясь больше на аффективную оценку ситуации, не усидчивы. В целом, больные с невротическими расстройствами редко способны к планомерной, последовательной деятельности, склонны к эмоциональной дезорганизации при появлении даже незначительных препятствий и неудач.

Во-вторых, даже когда больные добиваются определенных успехов, это не всегда влечет за собой ожидаемого удовлетворения

базовой потребности аффилиации. Но вместо того, чтобы произвести когнитивную переоценку собственных целей и ценностей (понять, что высокие социальные и профессиональные достижения не приравниваются к любви и уважению окружающих), они неосознанно делают вывод о том, что имеющихся достижений недостаточно, что необходимы большие результаты. В итоге, стремление к более высокому статусу становится патологически фиксированной идеей, не поддающейся самостоятельной коррекции. Кроме того, длительное отсутствие желаемых результатов влечет за собой рост депрессивных тенденций и связанных с ними снижением побуждений к деятельности, что, в свою очередь, еще больше влияет на самооценку больных с невротическими расстройствами, заставляя их сомневаться в своей ценности и значимости. Постепенно формируется замкнутый круг переживаний, из которого пациентам крайне трудно найти конструктивный выход.

Из-за высокого уровня психического инфантилизма и общей склонности к экстрапунитивным реакциям, определенным образом выстроенной системы механизмов психологической защиты, больные с невротическими расстройствами не переносят длительных отрицательных эмоциональных переживаний и перцепций. Идеи о собственной малозначительности и малоценности частично вытесняются из сферы их сознания, а объяснения своей неуспешности больные начинают искать во внешнем мире. Пациенты перекладывают ответственность за возникающие неудачи на окружающих людей, на отсутствие благоприятных возможностей. При этом растет общее напряжение, недовольство, раздражительность и другие агрессивные тенденции чаще всего по отношению к лицам референтной группы (родители, супруги, дети, друзья), поскольку именно они воспринимаются в качестве людей, виновных в постигших неудачах. Ситуация еще больше усугубляется тем, что у больных нарушено восприятие собственных коммуникативных черт. Они воспринимают себя как людей отзывчивых, готовых в любых обстоятельствах пожертвовать собой ради других, но при этом не получающими должного ответа. Таким образом, конфликт неадекватной самооценки и нереализованного желания перерастает в более общий — адаптационный.

Делегирование ответственности за создавшуюся ситуацию не приносит больным с невротическими расстройствами облегчения, а является новым источником переживаний, идущим по замкнутому кругу. Так, возникающая зависимость, являющаяся следствием инфантильного поведения пациентов, приносит новые сомне-

ния в собственной значимости из-за неспособности принимать самостоятельные решения. В очередной раз эти труднопереносимые переживания под влиянием механизмов психологической защиты перестают осознаваться, при этом недовольство собой переносится на окружающих, но реализация возникающей агрессии часто бывает затруднена из-за страха утратить расположение социума.

Способы разрешения внутриличностного конфликта.

Общими способами разрешения определяемого центрального внутриличностного конфликта являются:

– *переориентация*, изменение уровня притязаний, переоценка заимствованных и не переоцененных собственным опытом ценностей;

– *коррекция*, изменение Я-концепции в направлении достижения адекватного представления о себе.

На практике конкретные психотерапевтические вмешательства включают в себя следующие компоненты:

1. Повышение уровня самопознания (совместная работа по созданию адекватного образа «Я» больного):

а) раскрытие сильных сторон личности пациента – определение сферы, в которой проявляются его способности; вид деятельности, в котором им достигнуты наибольшие результаты; качества и черты характера, помогающие справляться с проблемами;

б) выявление повторяющихся неконструктивных паттернов поведения, которые мешают раскрытию способностей (например, перекладывание ответственности).

в) необходимо добиться повышения уровня самопринятия за счет четкого понимания психологического смысла и последующей коррекции конструкта «неуверенность в себе», который включает: пассивность, вызванную страхом потерпеть неудачу; склонность постоянно сравнивать себя с окружающими, недовольство самим собой и другими людьми; стремление произвести лучшее впечатление, бравада; конформизм.

г) больные с невротическими расстройствами должны осознать, что адекватная самооценка – это основное условие предупреждения внутриличностного конфликта. На конкретных примерах из жизни пациентов им необходимо показать, что следствием неправильного образа своего «Я» являются отсутствие реализации и самоактуализации личности, недовольство своим окружением, поскольку формируется ощущение непонимания со стороны других, тогда как в действительности больной сам не ориентируется в

своем внутреннем мире. От самооценки зависят и отношение личности к своим успехам и неудачам, поэтому она прямо влияет на эффективность деятельности. Например, наблюдаемое у пациентов с невротическими расстройствами разочарование в своих способностях нередко является следствием их неправильной оценки.

2. Формулирование смыслообразующих жизненных ценностей: больные с невротическими расстройствами должны знать основное различие между ценностями-средствами (убеждения в том, что какой-то образ действий или свойство личности является предпочтительным в любой ситуации) и ценностями-целями (убеждения в том, что конечная цель индивидуального существования стоит того, чтобы к ней стремиться), образующими высший смысл жизни человека. Отсутствие таких основополагающих ценностей детерминирует нестабильность пациентов, их подверженность ситуативным и временным влияниям.

Преодоление больными симптоматического дискомфорта, вызванного неразрешаемым внутриличностным конфликтом, возможно благодаря:

1. Точному описанию проблемной ситуации.
2. Записи возможных действий, которые необходимо предпринять.
3. Принятию решения и его осуществлению.

Если препятствие, вызвавшее внутриличностный конфликт, преодолеть не удастся, то можно прибегнуть к другим решениям:

- заменить средства достижения цели (найти новый путь);
- заменить цели (рассмотреть альтернативные цели, удовлетворяющие основным потребностям и желаниям);
- по-новому оценить ситуацию (аргументированный отказ от цели в результате получения новой информации).

Основные сложности третьего этапа. Поскольку большинство больных с невротическими расстройствами, согласно разработанной в транстеоретической модели концепции цикла изменения, находятся на стадии предварительного обдумывания, или предразмышления, они не осознают свои проблемы и не имеют намерения изменить свое поведение в обозримом будущем. Нередко психотерапевты таких пациентов называют резистентными или занимающими оборонительную позицию. Отличительная черта этой стадии – это сопротивление признанию наличия проблемы,

при этом, чем в более отдаленном прошлом возникли детерминанты расстройства и чем более они угрожают самоуважению, тем сильнее будет отпор пациента при попытках их изменить. В этой связи необходимо помнить, что однократное обсуждение структуры, содержания и способов разрешения центральных противоречий не приводит к значимому терапевтическому эффекту. Переход от предварительного обдумывания к размышлению, и прохождение через стадию размышления предполагает усиленное использование когнитивных и аффективных процессов изменения, чтобы лучше подготовить больных с невротическими расстройствами к непосредственным действиям по изменению проблемных паттернов. Необходимо помочь им как можно лучше осознать причины и негативные последствия внутриличностного конфликта, влекущие за собой снижение социальной адаптации. Для этого надо соблюдать два основных условия – во-первых, обсуждение внутри- и межличностных невротических конфликтов должно быть не отвлеченным, а основанным на конкретных примерах из жизни пациента, с этой целью используется информация, полученная из дневниковых записей и личной автобиографии; во-вторых, необходимо многократное терпеливое повторение сделанных наблюдений и интерпретаций, при этом психотерапевт, концентрируя внимание на сложностях и противоречиях, каждый раз затрагивает разные аспекты психологической реальности больного.

На последних двух занятиях проводится подведение итогов проделанной работы, разрабатывается план дальнейших действий по разрешению внутри- и межличностных конфликтов, определяются условия, при которых пациенты должны обратиться за специальной амбулаторной психотерапевтической помощью. По мере того, как больные с невротическими расстройствами все лучше понимают характер своих проблем, им проще переоценить себя как аффективно, так и когнитивно; процесс самопереоценки включает анализ того, какие ценности пациенты попытаются актуализировать, задействовать, а от каких они откажутся. Кроме того, происходит переоценка среды, то есть больные с невротическими расстройствами рассматривают влияние, которое их поведение оказывает на окружающих людей, особенно на членов референтной группы.

Очевидно, что разрешение патогенных противоречий больных с невротическими расстройствами не совпадает с окончанием их лечения. Разработанный психотерапевтический подход часто

заканчивается до того, как у пациентов полностью исчезнут серьезные проблемы. Однако они должны понимать, что возможные рецидивы являются неотъемлемой частью процесса изменения внутреннего мира, привычных форм реагирования и взаимодействия с окружающими людьми, и что в этом случае важно не поддаваться под влияние дезорганизующих деятельность аффектов, а вернуться к серьезному анализу и планомерным действиям по разрешению возникших проблем, при необходимости обращаясь за профессиональной психотерапевтической помощью.

Таким образом, предлагаемый психотерапевтический подход — это практическая модель, разработанная для лечения больных с невротическими расстройствами в условиях стационарной или амбулаторной помощи сроком не более 1-1,5 месяцев. Алгоритм проведения включает три основных этапа, содержание которых строго определено. Основным является третий этап, имеющий своей целью установление связи между психогенными факторами (в частности, внутриличностными и межличностными конфликтами) и возникновением, развитием и сохранением невротических симптомов, а также осознание содержания и негативных последствий внутриличностных конфликтов.

Издательский центр Санкт-Петербургского
научно-исследовательского
психоневрологического института
им. В.М.Бехтерева приглашает всех
заинтересованных лиц воспользоваться
следующими услугами:

- Оперативная печать авторефератов, брошюр, методических пособий, буклетов.
- Копировально-множительные работы
- Издание монографий, сборников научных трудов, тезисов конференций малыми и средними тиражами.

Тел/факс: 365-20-80

Адрес: Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3, корп.6

Издательский центр СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Подписано в печать 12.09.11 Формат 60x84/16.

Отпечатано с готового оригинал-макета
в типографии СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева
методом оперативной полиграфии.

Заказ № Тираж 100 экз.

Типография СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева д. 3, тел. 365-20-80