



**ФОРМИРОВАНИЕ «ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО
КОНТРАКТА» В ДИАДЕ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ»
В СИСТЕМЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2014

**ФОРМИРОВАНИЕ «ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО
КОНТРАКТА» В ДИАДЕ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ»
В СИСТЕМЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Методические рекомендации

Разработаны в рамках реализации под-программы «Психические расстройства» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011 годы)» по государственному контракту № К-16-НИР/46-3 от 07 июня 2010 года 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

2014

АННОТАЦИЯ

В методических рекомендациях приводится описание алгоритма заключения психотерапевтического контракта – психотерапевтической процедуры начального этапа взаимодействия врача-психотерапевта и пациента, с позиций клинической психотерапии. В рекомендациях содержится описание общих положений, определяющих основные теоретические предпосылки к необходимости применения психотерапевтического контракта в широкой клинической практике, а также последовательность технических процедур.

Методические рекомендации предназначены для специалистов, занятых в оказании психотерапевтической помощи (врачей-психотерапевтов, врачей психиатров, медицинских психологов, специалистов по социальной работе), а также для организаторов здравоохранения.

Организация-разработчик: Санкт-Петербургский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3.

Авторы: ведущий научный сотрудник, доктор медицинских наук Р.К. Назыров, доктор медицинских наук, профессор, В.А. Ташлыков, кандидат медицинских наук М.Б. Ремесло, кандидат медицинских наук В.Я. Сазонов, врач-психотерапевт Д.А. Федоряка, врач-психотерапевт В.В. Холявко, врач-психотерапевт С.В. Ляшковская, П.Д. Чернов.

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ

Использованы следующие обозначения и сокращения:

ПК – Психотерапевтический контракт,
ЛПУ – Лечебно-профилактическое учреждение,
ВКБ – Внутренняя картина болезни

© СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2014

ВВЕДЕНИЕ

В современных условиях развитие психотерапии как самостоятельной клинической дисциплины сопровождается значительным увеличением числа психотерапевтических методов. Развиваясь в общемедицинскую специальность с собственными методологическими принципами, научным обоснованием различных моделей психотерапевтической интервенции, современная клиническая психотерапия нуждается в разработке механизмов интеграции всего многообразия существующих методов и форм в рамках программ психотерапевтического лечения. В этой связи, представляется актуальной разработка алгоритмов, позволяющих совершенствовать психотерапевтические программы лечения за счет учета клинических и клинико-психологических особенностей пациентов для методического и организационного обоснования компонентов индивидуальной терапевтической программы.

Сложность создания таких алгоритмов, с одной стороны определяется трудностью интеграции психотерапевтических программ в системы здравоохранения, требующих все большей технической и экономической обоснованности в соответствии с принципами доказательной медицины, а также методической разобщенностью теоретических оснований психотерапевтических методов.

Ситуация осложняется наличием в психотерапевтической практике большого количества психотерапевтических методов (число которых приближается к 800) при отсутствии общей терапевтической концепции психотерапии для медицины и здравоохранения. Это является методологической слабостью медицинской модели психотерапии. Отдельной сложностью представляется наличие различных языков описания нормы, патологии, теорий личности и психотерапевтического процесса в различных психотерапевтических направлениях (психодинамическое, когнитивно-поведенческое или экзистенциально-гуманистическое).

Потребность интеграции обширного и противоречивого мира психотерапевтических направлений, методов, форм и подходов в медицинскую организационно-методологическую контекстную рамку привела к созданию концепции клинической психотерапии как основной методологической системы клинической психотерапии.

Концептуальными основами клинической психотерапии являются:

1. поиск специфического клинического содержания психотерапии в существующих моделях психических расстройств;
2. смена методологической парадигмы: от системного подхода к описанию сложных систем (концепция самоорганизации, концепция диссипативных структур);
3. создание общей модели целей и мишеней психотерапии (вне рамок конкретных психотерапевтических методов);
4. обоснование содержания индивидуальных психотерапевтических программ;
5. обоснование общей модели психотерапевтического вмешательства, которая в том числе предполагает разработку методического обеспечения начальной ситуации психотерапии, разработка методики клинко-психотерапевтического анализа психотерапевтического случая, развития теоретических и практических оснований для психотерапевтического диагноза.

Дальнейшее развитие психотерапии и расширение клинических показаний психотерапевтического лечения для различных клинических групп должно основываться на принципах клинической психотерапии.

При оказании психотерапевтической помощи пациенту специалисты, использующие психотерапевтические методы различных психотерапевтических направлений, зачастую оставляют без внимания многосторонний комплекс условий, определяющих в дальнейшем качество оказываемой помощи, а также готовность пациента участвовать в процессе психотерапии.

Эти условия тем более необходимо учитывать в работе пациентами, страдающими невротическими расстройствами, так как возникновение, поддержание и течение самого невротического расстройства в значительной мере определяется психологическими и психосоциальными факторами, а также личностными характеристиками пациентов.

Разработанная система психотерапевтического контракта позволяет учитывать различные факторы, определяющие качества участия пациентов с пограничными расстройствами в программах психотерапевтического лечения, таких как внутренняя картина болезни, особенности мотивации, особенности взаимодействия с микросоциальным окружением, тяжесть состояния пациента и выбор соответствующего вида помощи, определение ожидаемого результата и др.

ПК направлен на повышение эффективности лечения и большую свободу для пациента в выборе стиля взаимодействия с врачом-психотерапевтом, ведущего метода психотерапии и содержания ИПП. В условиях действия новых механизмов хозяйствования в здравоохранении в нашей стране необходим эффективный контроль стоимости и качества психотерапевтической помощи. Освоение алгоритма ПК помогает специалисту подбирать в индивидуальную психотерапевтическую программы те психотерапевтические методы и формы психотерапии, которые в том числе определяются мотивацией и готовностью самого пациента, что способствует повышению качества проводимой психотерапии.

Предлагаемый алгоритм «заключения психотерапевтического контракта» для пациентов с невротическими расстройствами имеет значение для повышения эффективности созданной для конкретного пациента индивидуальной психотерапевтической программы в рамках выбранной модели психотерапевтической помощи.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Определение и общие положения

Психотерапевтический контракт представляет собой систему взаимных соглашений между пациентом и психотерапевтом, отражающих общее понимание причинных механизмов невротического расстройства, содержательного наполнения психотерапевтического взаимодействия (форм и методов психотерапии), а также целей психотерапевтического вмешательства. Психотерапевтический контракт основан на четком разделении и принятии ответственности врачом-психотерапевтом и пациентом, согласованном распределении прав и обязанностей между участниками психотерапевтического процесса.

Временные рамки для достижения такой договоренности, в зависимости от готовности пациента к психотерапии, выраженности болезненных расстройств, особенностей мотивации к участию в психотерапии варьируют от нескольких минут первой психотерапевтической встречи до заключительной сессии диагностического этапа ТПП. На протяжении всего психотерапевтического процесса ПК регулярно верифицируется и уточняется врачом-психотерапевтом и пациентом.

Кроме того, процедура заключения психотерапевтического контракта может рассматриваться в качестве психотерапевтической техники начального этапа взаимодействия врача-психотерапевта и пациента и имеет свое лечебное значение.

В таблице 1 представлены факторы, превращающие ПК в психотерапевтическую интервенцию.

Таблица 1

Действующие факторы ПК, как психотерапевтической интервенции

	Сферы действия терапевтических механизмов ПК:	Действующие факторы:
1.	Когнитивная	<ul style="list-style-type: none"> • Получение пациентом информации о своей болезни и о предстоящем психотерапевтическом лечении; • Получение врачом информации о концепции болезни и (или) страдания, имеющейся у пациента; • Возможность коррекции внутренней картины болезни, либо учет имеющейся у пациента ВКБ.
2.	Эмоциональная	<ul style="list-style-type: none"> • Возникновение эмоционально теплого и тесного контакта между врачом и пациентом; • Эмоциональная поддержка; • Эмпатия (сопереживание).
3.	Мотивационно-поведенческая	<ul style="list-style-type: none"> • Учет ожиданий пациента относительно взаимодействия с психотерапевтом и проводимого лечения; • Учет характера мотивации пациента; • Коррекция мотивации пациента; • Обсуждение и согласование с пациентом целей, задач и основных принципов предстоящей психотерапии.

В ряде случаев заключение ПК проблематично в силу активности патогенетически значимых для невротического расстройства, психологических механизмов – вторичной выгоды и психологических защит. В таких случаях достижение соглашения между пациентом и психотерапевтом в виде ПК становится сутью первого этапа психотерапевтического процесса.

Заключение психотерапевтического контракта обеспечивает адекватное содержание начальной психотерапевтической ситуации: пациент и врач-психотерапевт принимают на себя достаточную для достижения клинического эффекта и адекватную собственную компетенцию ответственность.

В общем виде это принятие на себя поведенческих обязательств и/или ограничений по отношению к планируемому психотерапевтическому процессу.

Снижение уровня эмоционального напряжения у пациента в силу соответствия предлагаемого контекста медицинской модели помощи – неременный критерий успешности применения алгоритма ПК.

В случае достижения общего соглашения создается общее психотерапевтическое пространство – все участники процесса разделяют взгляд на причину невротического расстройства и стратегию и тактику вмешательства, принимают оговоренные способы взаимодействия.

Психотерапевтический контракт создает условия для включения практически любого способа коммуникации в психотерапевтическую интервенцию (от директивных, характерных для поведенческого направления, до партнерских, гуманистически ориентированных). Некорректно заключенный ПК приводит к рассогласованности когнитивных составляющих мотивационных схем пациента и врача-психотерапевта.

В таблице 2 приводятся основная структура психотерапевтического контракта.

Таблица 2

Структура психотерапевтического контракта

Компонент ПК	Содержание	Результаты согласования
Идентификация пациента	Процесс определения субъекта психотерапевтического вмешательства	Варианты: личность, обратившегося за психотерапевтической помощью, семья, группа, микросоциальное окружение идентифицированного пациента, отказ в психотерапии.

Продолжение таблицы 2

Контекстная мотивация пациента	Идентификация и при необходимости коррекция целеполагающих, смыслообразующих и побудительных мотивов пациента	Первоначальное снижение уровня эмоционального напряжения, связанное с ожиданием профессиональной помощи.
Идентификация психотерапевтического запроса	Активное прояснение жалоб пациента, идентификация клинико-психологических особенностей пациента, личностно-значимых аспектов психотравмирующей ситуации	Варианты: психологическая проблема, симптомы и синдромы невротического уровня, сложности в межличностных отношениях, субъективно трудная микросоциальная ситуация.
Согласование психотерапевтического заказа	Идентификация границ компетенции психотерапевтического вмешательства как медицинской помощи лично-опосредованными психологическими средствами.	Варианты: психотерапевтическая лечебная модель, фармакотерапевтическая (биологически ориентированная) лечебная модель.
Согласование внутренней картины болезни пациента с выбранным направлением психотерапевтического вмешательства	Активное прояснение и согласование первичной гипотезы о психологических (личностных) механизмах, участвующих в патогенезе.	Варианты: неконструктивные поведенческие стереотипы и/или отсутствие необходимого навыка, неосознаваемый внутрилличностный конфликт, неотрагированные чувства и/или потребность в эмоциональной поддержке, экзистенциальные проблемы.
Определение модели психотерапевтической помощи	Согласование с пациентом основного вектора психотерапевтического вмешательства (модели психотерапевтической помощи)	Варианты: симптом-центрированная модель, лично-центрированная модель, социо-центрированная модель.

Продолжение таблицы 2

Выбор основного и вспомогательных методов и форм психотерапии	Согласование с пациентом основных и вспомогательных элементов индивидуальной психотерапевтической программы.	Определение обязанностей и/или ограничений врача-психотерапевта и пациента по отношению к психотерапевтическому процессу.
Согласование длительности и организационных условий психотерапевтической помощи	Соотнесение выбранных форм и методов психотерапии с организационными возможностями врача-психотерапевта и пациента.	Варианты: однократная консультация, краткосрочная психотерапия, долгосрочная психотерапия.
Определение критериев прекращения (окончания) психотерапии	Итоговое согласование с пациентом целей психотерапевтического процесса.	Варианты: снижение уровня эмоционального напряжения, редукция симптоматики, субъективно значимые личностные изменения, коррекция межличностных отношений, улучшение социальной адаптации.

Особенности структуры мотивации к психотерапии пациентов с невротическим расстройством

1. **Сфера целеполагания** пациентов с невротическими расстройствами, обращающихся за помощью, имеет ряд специфических особенностей, которые необходимо учитывать при реализации алгоритма психотерапевтического контракта. Чаще всего цели, которые ставят перед врачом больные неврозом, относятся к категории симптоматических («хочу избавиться от панических атак»), или диагностических («не понимаю, что со мной происходит»). В то же время, симптом как таковой не соответствует компетенции врача-психотерапевта в связи с отсутствием прямого, (не опосредованного личностными механизмами), инструмента воздействия. Пациенты ставят эти цели именно перед психотерапевтом, а не перед самим собой, проводя аналогию с обращением к врачу соматического профиля. В этом случае психотерапевт зани-

мает директивную позицию по отношению к пациенту (или т.н. «контакт по типу психотерапевтического руководства»). Психотерапевтический контракт, в его качественном исполнении, должен быть понятен пациенту в том числе с точки зрения смысла.

2. Смыслообразующие мотивы. Смысл является важной составляющей частью мотивационной системы человека, толкающей его к определенным поступкам. Таким образом, одним из основных вопросов при заключении ПК становится вопрос «Для чего я это делаю?». В частности, каждый шаг или взаимодействие между пациентом и терапевтом должно быть максимально осознанно, будь то отдельная техника психотерапевтического метода, клиническая беседа или заполнение бланков опросника. Такая активная позиция позволяет пациенту и психотерапевту стать партнерами по преодолению невротического расстройства.

3. Побудительная мотивация тоже является частью мотивационной системы. Для пациентов с невротическими расстройствами эта сфера, как правило, наиболее сохранна и активна. Это явственно следует уже из одного факта обращения больного или его семьи за соответствующей помощью.

В таблице 3 ниже описаны принципиальные характеристики, свидетельствующие о качестве заключения ПК.

Таблица 3

	Компоненты психотерапевтической мотивации	Содержание
1.	Готовность пациента к восприятию любых ситуаций в процессе психотерапии как части психотерапевтического процесса	Контекст взаимодействия врача и пациента позволяет любые события в процессе психотерапевтического взаимодействия превращать в терапевтические интервенции: <ul style="list-style-type: none"> • ролевые отношения; • собственно технические приемы психотерапии; • содержание и процесс взаимоотношений; • временные рамки; • «плата» за психотерапию; • др.

Продолжение таблицы 3

2.	Готовность пациента к поступкам	Речь идет о самостоятельном стремлении пациента к погружению в психотерапевтический процесс, о внутренней системе мотивации к совершению ряда действий, необходимых для достижения терапевтических целей
3.	Готовность пациента к изменениям	Любая качественная психотерапия, независимо от направления, предполагает изменения в той или иной сфере жизни больного. Поэтому пациент перед началом лечения должен знать и принимать все возможные последствия своего участия в психотерапии.

В силу особенностей мотивационной сферы у пациентов с невротическими расстройствами, конгруэнтная позиция пациента по отношению к описанным компонентам психотерапевтической мотивации труднодостижима на начальных этапах психотерапевтического взаимодействия.

Для начала работы достаточно формального соглашения, которое чаще всего заключается в устной форме, с возможными дополнительными письменными пунктами. Опыт применения письменных соглашений, являющихся частью психотерапевтического контракта и частью мотивационной интервенции в процессе психотерапии, был получен в Отделении внебольничной психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. Форма письменного информационного согласия приведена в приложении (Приложение 1). Письменное согласие позволяет осуществлять необходимые диагностические, супервизорские и экспертные мероприятия. Его форма является примерной и может быть использована для разработки информированных согласий психотерапии для других психотерапевтических учреждений.

Далее будут рассмотрены конкретные шаги по формированию системы ПК. В таблице ниже описаны основные компоненты ПК.

Алгоритм процедуры заключения ПК

Технологически психотерапевтический контракт - это последовательное достижение следующих договоренностей врача-психотерапевта и пациента:

1) «Идентификация пациента»

Безоговорочное принятие врачом в качестве «объекта помощи» («пациента психотерапевта») либо носителя симптома, либо того члена семьи, на которого указывает обратившийся за помощью не представляется целесообразным. Варианты часто скрытой (и для самого обратившегося) мотивации могут существенно отличаться от случая к случаю и не иметь отношения к желанию участвовать в лечебном процессе. Наиболее частым примером служит обращение по поводу поведения родственников, или же познавательные, развлекательные мотивы, мотивы вторичной выгоды. Тогда первым шагом в формировании психотерапевтического контракта необходимо рассматривать процесс «идентификации пациента».

Возможные варианты объектов психотерапевтической помощи:

1. Личность обратившегося за психотерапевтической помощью

Этот вариант является самым простым для начала лечебного взаимодействия, но и самым редким по количеству обращений. Пациент в таком случае может делать заявления по типу: «У меня есть симптомы, но врачи других специальностей патологии не нашли. Сказали, что следует обратиться к психотерапевту. Я готов получать лечение у вас». Чаще всего обращение индивидуальное, без участия близкого окружения. Если же пациент при поступлении в отделение (кабинет) сопровождается родственниками или другими лицами, тогда необходимо помнить о допущении других вариантов идентифицированного пациента и проводить беседу также с сопровождающими. К беседе приглашаются все присутствующие, если нет частного противодействия со стороны носителя симптома

Специалисту, проводящему интервенцию в виде формирования системы психотерапевтического контракта, следует помнить о возможной мотивации родственников носителя симптома, присутствующих на приеме. Проявляется она в виде наличия страдания у близких пациента, например, тревоги, бессонницы, сниженного настроения, навязчивого беспокойства за судьбу членов семьи и других клинических феноменов. При обращении к этим феноменам, перед психотерапевтом открывается возможность помощи другим членам семейной системы.

2. Семья (супружеская пара)

Для такого типа обращений характерно сообщение о субъективно значимых проблемах в супружеских или других семейных взаимоотношениях, часто сопровождающихся синдромами невротического уровня (невротическая депрессия, тревожный, астенический синдромы и т.п.). Иногда такой вариант идентифицированного пациента скрыт, и терапевту приходится акцентировать внимание членов семьи на имеющиеся нарушения в функционировании, особенно при отказе их по каким-либо причинам от индивидуальной психотерапевтической работы. Следует помнить о полезности, а часто – о необходимости привлечения всех членов семьи (в том числе и не присутствующих на первой встрече) к психотерапевтическому процессу.

3. Группа

Заключение ПК при таком типе пациента можно условно разделить на две принципиальные позиции: формирование контракта на групповую форму работы с отдельным пациентом («отбор на группу») и формирование ПК непосредственно с группой в начальной фазе групповой работы. Подробности работы в групповом формате по заключению психотерапевтического контракта, ввиду обширности тематики, могут быть изложены в отдельных методических рекомендациях.

4. Микросоциальное окружение пациента, отказавшегося от обращения

Проводится заключение психотерапевтического контракта в виде аффективной интервенции – особого варианта психотерапевтической помощи, осуществляющейся посредством косвенно воздействие на идентифицированного пациента, отказавшегося от помощи, через обратившегося члена семьи, а иногда и его близкого окружения.

5. Отказ

В ряде случаев идентифицируется отказ обратившихся от всех предложенных видов и форм психотерапевтической помощи. Признание такой идентификации требует от специалиста известной профессиональной компетенции, не меньшей, чем в предыдущих случаях, а также определенной личностной зрелости.

2) Перевод «запроса» пациента в «психотерапевтический заказ»

В клинической практике обращение пациента к специалисту обусловлено, как правило, переживаниями по поводу наличие невротической симптоматики, вызывающей значительные и субъективно непреодолимое страдание, которое проявляется при взаимодействии с окружающими (в том числе и врачом-психотерапевтом) в виде жалоб. Строго говоря, первоначально жалобы и составляют запрос больного. Принимая во внимание рамки работы психотерапевта, которые включают личность больного и его взаимодействие с окружающей микросоциальной средой, следует рассматривать жалобы пациента шире, нежели просто перечисление симптомов или их комплексов. Кроме того, основой жалобы может являться поведение другого человека.

Алгоритм переформулирования «запроса» в «заказ»

Для формирования психотерапевтического заказа необходимо реализация следующей последовательности шагов во взаимодействии психотерапевта с больным неврозом:

- уточнение запроса (прояснение ведущих жалоб, вычленение основных феноменов, доставляющих беспокойство),

- прояснение целей обращения и целей психотерапии, например, цели лечения по отношению к личности пациента, страдающего неврозом (что автоматически выводит пациента на личностный уровень),
- переход от целей к актуальной жизненной ситуации,
- выявление связи между актуальной жизненной ситуацией и личными целями
- формирование непосредственно психотерапевтического заказа

Таким образом, психотерапевтический заказ кратко можно обозначить как вектор личностных изменений пациента.

3) Определение психотерапевтической модели

Симптом-центрированная модель

Главным содержательным аспектом психотерапевтической интервенции является воздействие на беспокоящие пациента симптомы. Современные поведенческие и неоповеденческие методы психотерапии располагают для этого обширным техническим арсеналом. Типичными для данной модели психотерапевтической помощи являются директивная и авторитарная позиция врача-психотерапевта, что следует учитывать при заключении ПК. Данная модель может быть реализована и как начальный этап психотерапевтического процесса.

Личностно-центрированная модель

Патогенетический уровень вмешательства предполагает воздействие психотерапевтическими средствами на патогенетически значимые личностные механизмы имеющегося у пациента расстройства. Согласованной основой для реализации данной модели является принятая пациентом гипотеза о вторичности имеющихся у него симптомов и/или психологических проблем по отношению к актуальному личностному содержанию (осознаваемому и неосознаваемому).

Социоцентрированная модель

Данный тип психотерапевтического вмешательства ставит своей задачей коррекцию микросоциальной сферы пациента. Данная модель характерна для случаев, когда основным запросом пациента является субъективно непереносимая психотравмирующая ситуация.

Переход с одной модели психотерапевтической помощи на другую должен сопровождаться перезаключением ПК, так как для каждой модели определяются различные психотерапевтические цели, (они могут также обозначаться как результат или критерии успеха), а также зоны ответственности пациента и психотерапевта, подлежащие обсуждению.

4) Согласование ВКБ с выбором направления психотерапии

Основной опорой для врача-психотерапевта в помощи пациенту выбора того или иного направления могут быть клинико-психологические особенности пациента.

Выделено два типа ВКБ – соматоцентрированный (с характеристикой недостаточной способности к психологическому описанию своих переживаний – алекситимия, и «соматическим поиском» причин невроза, идеаторной фиксацией на соматической сфере), и психоцентрированный (представления о болезни сосредоточены на переживании жизненной ситуации и отношений с окружающими). Содействующим психотерапии патогенетического уровня является активная мотивация к лечению. При психоцентрированном типе ВКБ, она ориентирована на «познание причин невроза» и «изменение собственного поведения». Уже здесь мы можем видеть различное лингвистическое описание целей терапии – в первом случае имеется соответствие, скорее, психодинамической концепции, во втором – когнитивно-поведенческой. Возможен и третий вариант – выбор в пользу экзистенциально-гуманистической парадигмы при примерном описании патологического страдания как «потери смысла» или «поиска человеческого внимания и принятия», потребности в эмоциональной поддержке.

Также критерием выбора конкретных методик служит наличие показаний и противопоказаний к осуществлению различных психотерапевтических интервенций.

Помимо выбора направления и методики психотерапии, у пациента должно появиться понимание о способах достижения терапевтических целей при использовании данной методики, а также формы взаимодействия с психотерапевтом: как распределяются обязанности в процессе психотерапии, какие действия требуются от пациента, чего можно ожидать от психотерапевта.

Таким образом, результатом реализации данного шага ПК является появление у психотерапевта и пациента общего понимания относительно:

- Психотерапевтического направления
- Психотерапевтического метода
- Цели и результата использования метода
- Ответственности психотерапевта
- Ответственности пациента

5) Описание критериев окончания (эффективности) психотерапевтической помощи

При проведении процедуры заключения психотерапевтического контракта необходимым условием является наличие договоренности о критериях успешного проведения психотерапевтических интервенций и помощи пациенту в целом. При этом общим обязательным критерием для любого пациента и любой психотерапии, учитывая ориентировку на медицинскую модель психотерапевтической помощи, может быть редукция патологической симптоматики, с которой обратился больной невротическим расстройством. Все остальные критерии чрезвычайно субъективны, и могут варьировать в зависимости от сформулированного запроса. Однако неперенным условием, которому должны отвечать любые критерии, является возможность проверки их как со стороны участников психотерапевтического процесса, так и сторонних наблюдателей (например, супервизоров).

Согласование длительности психотерапии

В современных условиях психотерапевтическая помощь все чаще обозначается как направленная на улучшение качества жизни

ни, что позволяет выставлять ее в качестве внебюджетной услуги медицинского профиля. Развитие же страховой медицины, так или иначе, ставит перед врачом, оказывающим помощь, вопрос о сроках и эффективности лечения.

Немаловажным является договоренность между врачом и больным о временном сеттинге, продолжительности интервенции и продолжительности одной встречи. Часто в современных стационарах такой договоренности не существует, что порождает несогласованность ожиданий, а также разрушает психотерапевтический контакт.

Время, необходимое для достижения обозначенных пациентом и терапевтом критериев успеха, должно соотноситься с глубиной планируемого вмешательства. Общий вектор – от консультации до поддержки изменений количество встреч (времени) возрастает.

Типичные ошибки при заключении ПК

В таблице ниже представлены виды ошибок при заключении ПК, влияющие на неэффективность ПК.

Таблица 4

	Вид ошибки	Причины возникновения
1.	Несогласованность компонентов ПК между врачом-психотерапевтом и пациентом.	Возникает в случае отсутствия общей договоренности о рамках взаимодействия по любому из компонентов ПК.
2.	Несогласованность элементов контракта между собой	Причиной является соглашение психотерапевта на нереальные условия проведения психотерапии: <ul style="list-style-type: none"> • Несоответствие заказа выбранному методу • Несоответствие мотивации и психотерапевтической модели • Отсутствие адекватной платы за психотерапию и др.
3.	Соотнесение выбранной психотерапевтической модели исключительно с одним направлением психотерапии.	Данная ошибка основана на неверном представлении о выборочной эффективности некоторых направлений психотерапии по отношению к симптому или личности.

Продолжение таблицы 4

4.	Редкая ревизия ПК	ПК является соглашением, определяющим тактику психотерапии. Однако, в процессе работы с пациентом могут меняться цели, мотивация, что сразу приводит к возникновению рассогласованности между элементами ПК. Таким образом, ПК – это динамичная структура, требующая периодической ревизии.
----	-------------------	---

Предлагаемый алгоритм психотерапевтической интервенции позволяет подготовить пациента к активному участию в психотерапевтическом процессе и позволяет выбрать основной психотерапевтический метод и форму психотерапии.

Информированное согласие

Пожалуйста, прочтите внимательно следующую информацию, внесите, если необходимо коррективы и подпишите.

Психоневрологический институт был создан В.М. Бехтеревым в 1907 г. И являлся единственным в России учреждением, в котором сочетаются клиническая, научно-исследовательская и педагогическая деятельность.

Институт – многопрофильное клиническое учреждение с отделениями детской, подростковой, взрослой и гериатрической психиатрии, наркологии, неврозов и психотерапии, реабилитации психических и неврологических больных, нейрохирургии, с лабораториями психофармакологии, клинической психологии, психофизиологии. В настоящее время институт является всемирно известным научно-исследовательским и учебным учреждением (центром ВОЗ и Федеральным центром по психотерапии и медицинской психологии Минздрава Российской Федерации). Сегодня институт имени В.М. Бехтерева является крупным научно-исследовательским и клиническим учреждением, в котором работают специалисты высокой квалификации (доктора и кандидаты наук).

В связи с тем, что в рамках Института им. В.М. Бехтерева, и, в частности, в Отделении внебольничной психотерапии осуществляется деятельность по трем основным направлениям: медицинская помощь населению, научные исследования и обучение специалистов, Вам необходимо ознакомиться с несколькими условиями оказания помощи.

Первые 3-6 встреч с психотерапевтом являются диагностическим этапом психотерапевтической работы. В течении этих встреч врач проводит клиническую диагностику, знакомится с Вами и определяет степень выраженности Вашего расстройства (кризиса, заболевания), необходимую форму помощи (психотерапевтическое консультирование, индивидуальная психотерапия, семейная психотерапия, групповая психотерапия, фармакотерапия или другие методы лечения), время, которое потребуется для проведения лечебных процедур. Для решения этих задач врачу-психотерапевту могут потребоваться Ваша клинико-психологическая диагностика, консультация невролога, консуль-

тация психиатра, консультация коллеги-психотерапевта или других специалистов. Вы имеете возможность пригласить в качестве супервизора руководителя Отделения. По завершению этого этапа работы врач-психотерапевт заключает с Вами так называемый «психотерапевтический контракт», в котором сообщает Вам о результатах диагностического этапа и ваших совместных планах.

В течение дальнейшей совместной психотерапевтической работы с психотерапевтом, Вы должны быть готовы к появлению коллеги-психотерапевта (супервизора) на ваших индивидуальных встречах. Супервизор не присутствует на встречах постоянно, но его появление продиктовано необходимостью контроля за качеством оказываемой услуги с одной стороны, а с другой помогает Вашему врачу «взглядом со стороны», оказывает ему методическую и консультативную помощь.

Кроме того, указанное сочетание 3х направлений работы в институте им. В.М. Бехтерева, предполагает Ваше участие в научных исследованиях, которое обычно сводится к заполнению различных анкет и опросников.

За время прохождения Вами психотерапевтического лечения несколько индивидуальных, групповых или семейных сессий должны быть записаны на видео. Полученная информация конфиденциальна, видеозапись используется для нескольких целей: контроль за качеством работы психотерапевта и сравнении психотерапевтического процесса в начале, середине и конце Вашего пути к выздоровлению; научное исследование работы психотерапевта; для возможности использования такого инструмента психотерапевтической работы с Вами как «видеообратная связь». Видеозапись не используется без Вашего ведома и дополнительного согласия в учебных, методических или иных целях.

Вашему психотерапевту для подведения промежуточных итогов и постановки дальнейших целей может потребоваться Ваше участие в клиническом и (или) клинико-психотерапевтическом разборе. Клинико-психотерапевтический разбор – это процедура, похожая на врачебный консилиум. Ваш психотерапевт рассказывает о работе, проведенной с Вами. Вы рассказываете о Ваших впечатлениях, о результатах, достигнутых на этом этапе психотерапии или делитесь недовольством в адрес психотерапевта или проводимого курса лечения и т.д. Вы и психотерапевт задаете коллегам интересующие вас вопросы и получаете не них ответы.

Я, _____, ознакомлен с условиями и особенностями оказания помощи в отделении внебольничной психотерапии и согласен (а) с ними.

дата

подпись

Подписано в печать 03.03.2014. 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. 670-02-19