

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Тульский государственный университет»

Медицинский институт  
Кафедра «Психиатрия и наркология»

Утверждено на заседании кафедры  
«Психиатрия и наркология»  
«24» января 2023 г., протокол № 6

Заведующий кафедрой

 Д.М. Ивашиненко

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ  
к самостоятельной работе  
по дисциплине (модулю)**

**«Психотерапия»**

**основной профессиональной образовательной программы  
высшего образования – программ ординатуры**

по специальности подготовки  
**31.08.57 Онкология**

Идентификационный номер образовательной программы: 310857-01-23

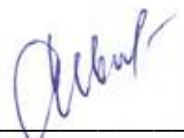
Тула 2023 год

## ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

фонда оценочных средств (оценочных материалов)

**Разработчик(и):**

Иващенко Д.М., зав.кафедрой ПиН, к.м.н., доцент  
(ФИО, должность, ученая степень, ученое звание)

  
(подпись)

## Содержание

- 1      Общая психотерапия
- 2      Специальная психотерапия

### Общая психотерапия

Психотерапия как научная дисциплина должна иметь свою теорию и методологию, собственный категориальный аппарат и терминологию и т. д., одним словом, все то, что характеризует самостоятельную научную дисциплину. Однако разнообразие направлений и течений, школ и конкретных методов психотерапии, основанных на различных теоретических подходах, приводит к тому, что в настоящее время не существует даже единого определения психотерапии. В литературе их насчитывается около 400. Одни из них четко относят психотерапию к медицине, другие акцентируют внимание на психологических аспектах. Отечественная традиция состоит в том, что психотерапия определяется прежде всего как метод лечения, то есть входит в компетенцию медицины. Зарубежные определения психотерапии в большей степени подчеркивают ее психологические аспекты.

В качестве примера медицинского подхода к пониманию психотерапии, можно привести следующие ее определения, которые обязательно включают такие понятия, как лечебные воздействия, больной, здоровье или болезнь.

Психотерапия —

— «система лечебных воздействий на психику и через психику — на организм человека»;

— «специфическая эффективная форма воздействия на психику человека в целях обеспечения и сохранения его здоровья»;

— «процесс лечебного воздействия на психику больного или группы больных, объединяющий лечение и воспитание».

В качестве определений, в большей степени фиксирующих психологические подходы и включающих такие понятия, как межличностное взаимодействие, психологические средства, психологические проблемы и конфликты, отношения, установки, эмоции, поведение, можно указать следующие:

психотерапия —

— «особый вид межличностного взаимодействия, при котором пациентам оказывается профессиональная помощь психологическими средствами при решении возникающих у них проблем и затруднений психологического характера» ;

— «средство, использующее вербальные методики и межличностные взаимоотношения с целью помочь человеку в модификации отношений и

поведения, которые интеллектуально, социально или эмоционально являются негативными»;

— «длительное межличностное взаимодействие между двумя или более людьми, один из которых специализировался на коррекции человеческих взаимоотношений»;

— «персонализированная техника, которая представляет собой нечто среднее между техникой планируемых изменений отношений, чувств и поведения человека, и познавательным процессом, который, в отличие от любого другого, ставит человека лицом к лицу с его внутренними конфликтами и противоречиями».

Хотя и является довольно общим, но при этом в какой-то мере объединяет эти два подхода определение Кратохвила: «Психотерапия представляет собой целенаправленное упорядочение нарушенной деятельности организма психологическими средствами».

Обращает на себя внимание, что в определениях, которые условно можно назвать медицинскими, психотерапия рассматривается как форма воздействия на психику (и через психику — на организм), то есть подчеркивается объект воздействия. Психологический же подход акцентирует внимание не столько на объекте или предмете, сколько на средствах воздействия. И одна, и другая позиции являются объяснимыми. С одной стороны, психотерапия дословно означает лечение души (от греч. *psyche* — душа, *therapeia* — лечение), то есть указывает на объект воздействия. С другой стороны, сходные по образованию термины — физиотерапия, фармакотерапия, иглотерапия и пр. — указывают не на объект, а на средства воздействия: физиотерапия — воздействие, лечение физикальными средствами, фармакотерапия — лечение медикаментозными средствами и т. д. Что является более адекватным и правильным, сказать трудно. Можно надеяться, что процесс развития психотерапии как научной дисциплины внесет когда-нибудь большую определенность и в сам этот термин. Однако следует обратить внимание на то, что понятие «воздействие» (вмешательство, интервенция) входит в самые различные определения психотерапии.

Психотерапевтическое вмешательство. Психотерапевтическое вмешательство, или психотерапевтическая интервенция — это вид (тип, форма) психотерапевтического воздействия, который характеризуется определенными целями и соответствующим этим целям выбором средств воздействия, то есть методов. Термин психотерапевтическое вмешательство может обозначать конкретный психотерапевтический прием, например, разъяснение, уточнение, стимуляция, вербализация, интерпретация, конфронтация, научение, тренинг, советы и пр., а также общую стратегию поведения психотерапевта, непосредственно связанную с теоретической ориентацией. На основании этого выделяют три основных типа психотерапевтического вмешательства, соответствующих трем основным

направлениям в психотерапии: психоаналитический, поведенческий и опытный (гуманистический), каждый из которых характеризуется собственной концепцией здоровья и болезни, терапевтическими целями, плоскостью вмешательства и соответствующими приемами и средствами.

Психология и медицина применяют различные виды вмешательств (интервенций). Перре и Бауманн подразделяют все виды интервенций, используемые в медицине, на четыре группы: медикаментозные (фармакотерапия), хирургические, физикальные (физиотерапия) и психологические (психотерапия). Психологические интервенции в медицине, или клинико-психологические интервенции и составляют сущность психотерапевтического вмешательства.

Клинико-психологические вмешательства. Для более четкого понимания соотношения понятии психотерапевтические и клиникопсихологические вмешательства следует рассмотреть основные характеристики последних. С точки зрения Перре и Бауманна клиникопсихологические интервенции характеризуются: 1) выбором средств (методов); 2) функциями (развитие, профилактика, лечение, реабилитация); 3) целевой ориентацией процесса на достижение изменений; 4) теоретической базой (теоретическая психология); 5) эмпирической проверкой; 6) профессиональными действиями. Рассмотрим основные характеристики клинико-психологических интервенций в связи с психотерапией.

Методы клинико-психологических интервенций — это психологические средства, который выбирает психотерапевт. Они могут быть вербальными или невербальными, ориентированными в большей степени либо на когнитивные, либо на эмоциональные, либо на поведенческие аспекты и реализуются в контексте взаимоотношений и взаимодействий между пациентом или пациентами (теми, кто нуждается в помощи) и психотерапевтом (тем, кто эту помощь оказывает). Однако психологические средства воздействия могут быть направлены не только на изменение психологических характеристик, психических процессов и состояний, но и, опосредованно, на изменение состояния организма. Типичными психологическими средствами являются беседа, тренировка (упражнения) или межличностные взаимоотношения как фактор влияния и воздействия. Функции клинико-психологических интервенций состоят в профилактике, лечении, реабилитации и развитии. Подробнее функции клинико-психологических интервенций будут рассмотрены ниже, так как это имеет значение для понимания соотношения таких понятий, как психотерапия, психологическое консультирование, психологическая коррекция и др. Цели клинико-психологических интервенций отражают целевую ориентацию на достижение определенных изменений. Они определяют общую стратегию воздействий и тесно связаны с теоретической ориентацией. Клинико-психологические интервенции могут быть направлены как на более общие,

отдаленные цели (например, восстановление полноценного личностного функционирования, гармонизация личности, развитие личностных ресурсов и т. д.), так и на конкретные, более близкие цели (например, преодоление страха выступления перед аудиторией, тренировку памяти или внимания, развитие определенных коммуникативных навыков и т. д.). Однако всегда психологические средства воздействия должны четко соответствовать целям воздействия, которые, кроме выбора средств, определяют общую стратегию воздействий и тесно связаны с теоретической ориентацией. Теоретическая обоснованность клиникопсихологических интервенций состоит в ее взаимосвязи с определенными психологическими теориями научной психологии. Эмпирическая проверка клинко-психологических интервенций связана прежде всего с изучением их эффективности.

Научная оценка эффективности психотерапевтических воздействий является чрезвычайно важной проблемой. Ответить на вопрос об эффективности того или иного метода психотерапии или психотерапевтического подхода могут не самоотчеты отдельных пациентов, а научные исследования, проведенные на репрезентативной выборке и соответствующие определенным требованиям (четкое определение метода психотерапии, гомогенность материала, случайная выборка, наличие независимых экспертов, разделений функций психотерапевта и исследователя, сопоставление непосредственных и отдаленных результатов лечения, репрезентативная выборка в катамнезе, наличие контрольных групп и пр.). Профессиональные действия — важная характеристика клиникопсихологических интервенций. Это означает, что они должны осуществляться в профессиональных рамках, то есть профессионалами (подготовленными в области клинической психологии и психотерапии врачами, психологами и социальными работниками).

Перре и Бауманн подчеркивают, что три последние характеристики (теоретическая обоснованность, эмпирическая проверка и профессиональные действия) являются существенными для разграничения клиникопсихологических интервенций и иных существующих в настоящее время воздействий, которые либо базируются на обыденной психологии, либо не имеют в своей основе никаких теорий, а также не подвергаются эмпирической проверке.

Сходных взглядов придерживаются Шмидхен и Бастин. Они выделяют три основных цели клинко-психологической интервенции в соответствии с различными фазами развития психических расстройств: профилактика, терапия и реабилитация. Клинко-психологическая интервенция, осуществляемая в целях терапии и реабилитации, является психотерапевтической интервенцией и соответствует термину психотерапия.

Таким образом, понятие «клинко-психологическая интервенция» является более общим по отношению к понятию «психотерапия»

(«психотерапевтическая интервенция») и охватывает сферы профилактики, лечения, реабилитации и развития.

Роль клинико-психологических вмешательств в профилактических целях состоит в выявлении контингентов риска и разработке соответствующих профилактических мероприятий, работе с лицами, имеющими разнообразные трудности и проблемы психологического характера, кризисными личностными и травматическими стрессовыми ситуациями, характеризующимися прогностически неблагоприятными личностными особенностями, повышающими риск возникновения нервнопсихических и психосоматических расстройств. Клинико-психологические вмешательства в целях реабилитации, прежде всего, направлены на восстановление (сохранение) личностного и социального статуса больного. При нервно-психических заболеваниях, которые характеризуются достаточно выраженными личностными изменениями, нарушениями в системе отношений пациента, в сфере межличностного функционирования, клиникопсихологические вмешательства играют чрезвычайно важную роль, выполняя функцию психотерапии (лечения). Клинико-психологические воздействия в целях реабилитации направлены на изменение реакции личности на болезнь, психологические и социально-психологические последствия хронических заболеваний и пр. Следует также указать, что кроме «личностного блока» клинико-психологические вмешательства играют важную роль (возможно, более важную, чем какие-либо другие, например, фармакологические) в реабилитации пациентов с нарушениями психических функций (памяти, внимания, речи, моторики).

### **Специальная психотерапия**

#### **Психотерапия в соматической медицине**

В настоящее время отмечается все большая интеграция психотерапии в соматическую медицину. Объектом психотерапевтических воздействий становятся различные заболевания и прежде всего так называемые психосоматические расстройства. Вместе с тем, как отмечает один из видных представителей психосоматической медицины Стоквис, «успехи психотерапии в психосоматике производят не столь уж радужное впечатление. Нет смысла их приукрашивать: во многих случаях результаты удручающе мизерны, а нередко и вовсе равны нулю». Зарубежные ученые подчеркивают, что соматические, в том числе психосоматические, пациенты являются малоперспективными для психотерапевтического воздействия, особенно для психоанализа (Сифнеос). Пытаясь объяснить трудности в использовании психотерапии при лечении соматических больных и считая, что основной из них является сложная природа психосоматических заболеваний, Карасу

конкретизирует некоторые из этих трудностей. К их числу он относит: роль собственно соматических (биологических) механизмов и их проявления; личностные характеристики, представления и защитные механизмы пациента, имеющие прямое отношение к лечебной мотивации и поведению во время лечения (например, выраженное сопротивление пациента, отрицание им роли психологических механизмов болезни и др.); негативное значение контрпереносных реакций у самих интернистов и психотерапевтов. Все это приводит к тому, что эффективная психотерапия таких пациентов становится трудноосуществимой, если не сказать — неосуществимой задачей.

Приходится учитывать также общее отношение к психосоматической проблематике в медицине. Психосоматика, достаточно разработанная и разрабатываемая на теоретическом уровне, пока не приобрела популярности в здравоохранении и медленно внедряется в жизнь, практику обслуживания больных. Для рядового интерниста встреча с психосоматикой лишь краткий эпизод, не оказывающий влияния на его текущую работу: он не разбирается в ней и не понимает связанных с ней выгод; психосоматику не удастся завоевать авторитет и в силу того, что ему кажется, что этот авторитет уже приобретен (Фланнери).

Однако психотерапия, если ставить перед ней реалистические цели, оказывается несомненно полезной при различных соматических расстройствах. Направленная на восстановление тех элементов системы отношений пациента, которые определяют возникновение участвующего в этиопатогенезе заболевания психического стресса либо развитие в связи с последним невротических «наслоений», психотерапия способствует уменьшению клинических проявлений заболевания, повышению социальной активации больных, их адаптации в семье и обществе, а также повышает эффективность лечебных воздействий биологического характера. В связи с этим следует заметить, что, поскольку наиболее распространенной в настоящее время является медицинская модель заболевания, согласно которой лечение осуществляется прежде всего с помощью лекарств и процедур, широкие возможности предоставляет использование психотерапевтического опосредования и потенцирования воздействий биологической природы (лекарственных, диетических, физических и др.).

При лечении соматических заболеваний широко применяются различные методы психотерапии: гипнотерапия, аутогенная тренировка, внушение и самовнушение и др. Есть данные о положительных результатах использования поведенческой терапии у больных с психосоматическими заболеваниями. Основным в этом случае является преодоление зафиксированных реакций

тревоги. С помощью указанных методов можно воздействовать на психопатологические нарушения — страх, астению, депрессию, ипохондрию, а также на нейровегетативные и нейросоматические функционально-динамические расстройства (со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, желудочно-кишечной и других систем).

Существенным стимулом к продолжающимся попыткам эффективного использования психотерапии в соматической клинике явилось развитие различных форм личностно-ориентированной, в том числе и групповой, психотерапии. Это находит отражение не только в зарубежной литературе, психодинамически- и экзистенциально-ориентированной, но и в работах авторов хотя и отрицающих психогенез этих заболеваний, но в то же время признающих важную роль в их происхождении психосоциальных факторов. Объектом групповой психотерапии при этом, как и психотерапевтических воздействий в целом, являются психологические факторы патогенеза заболевания (интрапсихический конфликт; механизмы психологической защиты; «внутренняя картина болезни», в том числе патологическая реакция личности на заболевание; система значимых отношений больного, включая нарушенные в результате заболевания социальные связи пациента). Наибольший интерес в настоящее время представляют попытки применения групповой психотерапии при собственно психосоматических заболеваниях, а также вопросы соотношения ее с различными видами симптоматической психотерапии.

Обширная литература посвящена психотерапии при гипертонической болезни. При лечении таких больных с помощью гипнотерапии, наряду с уменьшением невротических и неврозоподобных нарушений, отмечалось снижение или даже нормализация артериального давления. Подчеркивается целесообразность длительного лечения. Так, Буль рекомендует после массированного курса гипнотерапии (25-30 сеансов, проводимых через день) постепенно удлинять интервалы между сеансами, проводя их сначала через 2-3 дня, затем через 5, через 7, а потом и через 10 дней. Если зависимость эффективности гипнотерапии больных гипертонической болезнью от ее длительности, по данным автора, выступала достаточно явно, то глубина гипнотического сна и продолжительность его имели относительно меньшее значение. Кроме того, при лечении гипертонической болезни используется аутогенная тренировка, частота применения которой в санаторно-курортном лечении больных объясняется тем, что с помощью этого метода удастся достичь быстрого парасимпатического эффекта. Широко применяется при лечении гипертонической болезни метод биологической обратной связи, а также другие методы релаксации и психологического воздействия.

Рассматривая цели и задачи психотерапии при гипертонической болезни, один из видных специалистов в этой области Катценштейн отмечает, что психотерапия при этом не должна ограничиваться освоением лишь методов релаксации, что ее следует направлять также на изменение неправильных позиций в отношениях больного к разным сферам жизни, используя различные формы групповой психотерапии, что содержанием психотерапевтической работы с больными должны быть психотерапевтические воздействия, имеющие симптомо-, личностно- и социо-ориентированную направленность.

Психотерапия становится существенным компонентом лечения на всех этапах восстановительной терапии пациентов с ишемической болезнью сердца, в том числе постинфарктных больных. Внезапность возникновения болезни и психологическая неподготовленность к ней вызывают панический страх у пациента. Каждый диагностический или терапевтический акт в кардиологическом отделении должен иметь психотерапевтическое опосредование. Информация о тяжести состояния должна учитывать личностные особенности больного и по возможности быть исчерпывающей, чтобы предупредить неправильную или некомпетентную интерпретацию со стороны окружающих больного лиц (возможность эгротогений и других ятрогенных воздействий). При ишемической болезни сердца, протекающей с приступами стенокардии, показана гипнотерапия. Курс лечения состоит из 10-20 сеансов, которые проводятся через день по 40 мин. Внушение строится не только в императивном тоне, но и в виде разъяснения и убеждения. Большое количество работ посвящено применению при ишемической болезни сердца, включая постинфарктный период, аутогенной тренировки. Юрданов, Зайцев создали ее вариант, наиболее адекватный для больных, перенесших инфаркт миокарда. Из традиционной методики аутогенной тренировки были, в частности, исключены такие приемы, как «тяжесть», «сердце», «дыхание», и такие условия ее проведения, как поза «кучера», положение лежа, сопровождавшиеся нежелательными явлениями. В то же время были введены новые упражнения («легкость в теле», «тепло и свобода в груди» и др.) и элементы (например, «открытые глаза»), изменена последовательность освоения приемов аутогенной тренировки. Аутогенная тренировка оказывается полезной также на санаторном этапе восстановительного лечения больных ишемической болезнью сердца. Для устранения нарушений сердечного ритма (нередко в виде пароксизмальной тахикардии — наиболее частого осложнения в постинфарктном периоде) используется саморегуляция сердечного ритма с помощью методики биологической обратной связи. На поздних стадиях восстановительного лечения пациентов с ишемической болезнью сердца, в том числе больных, перенесших инфаркт миокарда, показана групповая психотерапия. Занятия проводятся в группах (по 12-14 пациентов), при

формировании которых учитывается возраст и образование (группы по возможности однородные). Используются дискуссионные и другие формы психотерапии. В настоящее время самостоятельное значение приобретает разработка системы профилактики ишемической болезни сердца и вторичной профилактики инфаркта миокарда путем преодоления стереотипов поведения и вредных привычек, на значение которых в происхождении этого заболевания указывается в многочисленных исследованиях. Это так называемые факторы риска — поведенческий тип А, высокие показатели алекситимии, курение, избыточная масса тела, гиподинамия и др., для устранения и предупреждения которых используются методы психотерапии: индивидуальные и групповые занятия, различные виды телесно-ориентированной психотерапии, обучение мышечному расслаблению; упражнения на ритмичное дыхание; физические упражнения, способствующие мышечной релаксации, специальные занятия, на которых обсуждаются психологические причины избыточной массы тела, в частности роль эмоциональной напряженности и тревожности, и создается или подкрепляется мотивация для снижения избыточной массы тела.

Одним из заболеваний, относящимся к основной группе психосоматической патологии, является бронхиальная астма. При всей сложности ее патогенеза в значительной части случаев важное место в нем занимает нервно-психический фактор (зависимость приступов от психоэмоциональных воздействий, времени суток, определенной обстановки и др., то есть наличие условно-рефлекторного механизма возникновения приступов). Поэтому при бронхиальной астме, особенно с учетом терапевтической резистентности ее у ряда больных, показана психотерапия либо самостоятельно, либо в системе комплексного лечения. Применение гипнотерапии у больных бронхиальной астмой позволило не только подтвердить эффективность этого метода при данном заболевании, но и выработать определенные показания к направлению больных на гипнотерапию: 1) отсутствие острых инфекционных процессов в органах дыхания (лечению гипнозом должны подвергаться только те больные, у которых инфекционные очаги ликвидированы, а астматические приступы тем не менее продолжают возникать); 2) достаточная внушаемость и гипнабельность больного, а также желание лечиться гипнозом; 3) отчетливый психический компонент в патогенезе и течении заболевания; 4) наличие у больного условно-рефлекторного механизма возникновения повторных приступов (Буль). Введение психотерапии в систему лечебно-восстановительных мероприятий при бронхиальной астме способствует не только улучшению состояния больных, но и профилактике рецидивов, так как восстановление нарушенных отношений пациентов и полноценности их социального функционирования выступает в качестве важного звена

предупреждения дистрессов, нередко играющих существенную роль в возникновении и течении бронхиальной астмы. С этой целью применяются различные методы психотерапии: гипнотерапия, аутогенная тренировка, рациональная психотерапия (индивидуальная и в группе пациентов), групповая психотерапия (Филиппов). В психотерапии больных бронхиальной астмой важное значение приобретает воздействие на алекситимический радикал в структуре преморбидной личности, а также на вторичную психопатологическую симптоматику, обусловленную заболеванием.

Для больных бронхиальной астмой со стереотипным протеканием приступов удушья или с затрудненным дыханием, нередко обусловленными отрицательным воздействием на больного поведения членов семьи, существенное значение наряду с суггестивным и поведенческим методами имеет семейная психотерапия. Не сводя сложный многофакторно обусловленный этиопатогенез бронхиальной астмы к нарушению одних лишь внутрисемейных отношений, как это нередко представляется в психосоматической литературе, отечественные авторы справедливо отмечают, что семейная психотерапия создает условия для замены патологических психологических защитных механизмов на более зрелые и конструктивные и в этом плане выступает как важный элемент личностно-ориентированной психотерапии при бронхиальной астме.

Обширная литература посвящена применению гипнотерапии, аутогенной тренировки, групповой психотерапии и других методов при желудочно-кишечных заболеваниях, прежде всего при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

В последнее время внимание исследователей все больше привлекают психологические аспекты ревматоидного артрита и возможность использования и эффективность психотерапии при этом заболевании. Известно, что тяжелые стрессовые воздействия сопровождаются подавлением иммунокомпонентной системы, в то время как стабилизация психического состояния приводит к позитивным сдвигам в ней. В психотерапии ревматоидного артрита применяются методы саморегуляции (биологическая обратная связь по температуре или электрической активности мышц в сочетании с релаксационными упражнениями) и различные поведенческие подходы, конечная цель которых сводится к обучению пациентов лучше справляться с болью.

Не касаясь многих других соматических заболеваний, при которых психотерапия уже сегодня становится важным компонентом комплексного

лечения, следует указать на особенности ее при хронических соматических заболеваниях. В отличие от острой патологии, при которой успешное лечение приводит к полному восстановлению предшествующего болезни состояния здоровья, хронические заболевания характеризуются длительно протекающими патологическими процессами без четко очерченных границ. Пациент никогда не становится снова полностью здоровым, он постоянно, то есть хронически, болен. Больной должен быть готов к дальнейшему ухудшению своего самочувствия, продолжающемуся снижению работоспособности, смириться с фактом, что он никогда не сможет делать все, что хочется, как раньше.

Из-за этих ограничений человек нередко оказывается в противоречии с тем, что он ожидает от себя сам, и с тем, что ожидают от него другие. Хроническому больному в силу психосоциальных последствий его функциональных ограничений (реакция семьи, уменьшение социальной сферы активности, ущерб профессиональной работоспособности и т. д.) грозит превращение в «неполноценного», в инвалида.

В противодействие хроническому заболеванию существуют две стратегии поведения — пассивная и активная. Больной должен осознать общее изменение жизненной обстановки и попытаться активно преодолеть препятствия с помощью нового, приспособленного к заболеванию образа жизни. Требование «жить вместе с болезнью» легче, однако, декларировать, чем соблюдать, и это приводит к тому, что многие люди реагируют на изменения своего функционирования, вызванного болезнью, такими психопатологическими расстройствами, как страх, апатия, депрессия и др. К пассивному поведению относятся защитные механизмы: реакции преуменьшения серьезности болезни типа игнорирования, самообмана, рационализации или сверхконтроля. Однако ценность этих пассивных попыток преодоления психологических и социальных следствий при длительной болезни часто сомнительна.

Более значимы активные усилия пациента по решению возникших перед ним проблем, связанных с болезнью. Согласно Каллинке, больной должен стремиться к тому, чтобы: смягчать вредные влияния окружающей среды и увеличивать шансы на улучшение состояния, адекватно оценивать неприятные события и факты и приспосабливаться к ним, поддерживать свой собственный положительный образ, сохранять эмоциональное равновесие, поддерживать спокойные, нормальные отношения с окружающими.

Это возможно в том случае, если больной: получает и усваивает необходимую информацию о болезни; ищет и находит совет и эмоциональную поддержку у специалистов, знакомых или товарищей по несчастью (группы взаимопомощи); приобретает навыки самообслуживания в определенные моменты болезни и тем самым избегает излишней зависимости, ставит перед собой новые, связанные с наличием заболевания цели и пытается поэтапно их достигать.

При всей сложности ведения подобных пациентов психотерапевт должен внимательно замечать и поддерживать даже малейшие их попытки самостоятельного решения своих проблем. Это необходимо как для сотрудничества в терапии, так и для предпосылки заново построить семейные, профессиональные отношения, а также по-новому проводить свободное время.

Психотерапевт должен уметь объяснять больному возможные неудачи лечения или прояснять условия жизни, влияющие на течение болезни, когда, например, пациент с помощью близких успешно справляется с новой обстановкой или когда, наоборот, семья мешает больному сосредоточить усилия на борьбе с болезнью. Необходимыми и ценными могут оказаться поддержка и контроль со стороны терапевтической бригады, специализирующейся на лечении хронически больных или пациентов, нуждающихся в длительном лечении. Решающее значение в системе лечения соматических больных приобретает правильное соотношение симптоматической, личностно-ориентированной и социо-ориентированной психотерапии, определение целей, задач и выбор конкретных психотерапевтических техник с учетом соотношения клинических, психофизиологических и психологических механизмов соматического расстройства и его специфики на различных этапах лечения.

#### Контрольные вопросы

1. У больного с ишемической болезнью сердца и инфарктом миокарда большего психотерапевтического эффекта можно ожидать от психотерапии:

- 1) социо-ориентированной;
- 2) симптомо-ориентированной;
- 3) проблемно-ориентированной;
- 4) личностно-ориентированной.

2. При соматических заболеваниях основными задачами психотерапии являются следующие, кроме:

- 1) повышения эффективности лечебных воздействий биологической природы;
- 2) повышения адаптации больных в семье;
- 3) значительного уменьшения или устранения соматических расстройств;
- 4) повышения социальной активации больных.

## **Психотерапия в геронтологии**

Современная геронтологическая практика требует комплекса психотерапевтических мер, направленных на восстановление и активизацию телесных, психических и социальных функций, навыков и возможностей, а также на решение конкретных проблемных ситуаций, с которыми пациент пожилого возраста не может справиться самостоятельно.

Использование психотерапевтических методов в геронтологической практике связано с отходом в последний период от дефицитарной модели старения, согласно которой этот процесс является общим снижением интеллектуальных и эмоциональных возможностей. В настоящее время старение рассматривается как фаза жизни, протекание которой многофакторно обусловлено прошлым, настоящим и ориентацией на будущее и которая проявляет себя «как биологическая, финансово-экономическая, эпохальная и экологическая судьба» (Лер). Поведение человека пожилого возраста определяется не столько объективными моментами ситуации, сколько формой и характером их субъективного восприятия и переживания. При разработке психотерапевтических программ необходим детальный анализ конкретной ситуации и ее когнитивного содержания, а также многосторонняя ориентация мер вмешательства (медицинские, психологические, социальные, экологические и др.). Специфичным в построении психотерапевтических программ является принцип активации и реактивации ресурсов пациента, так как невостребованные функции угасают. При этом необходимо внимательно следить за мерой «напряжения» функций, поскольку равно опасно как их недостаточное напряжение, так и перенапряжение.

Симптомы и личность пациента определяют стратегию психотерапевтического воздействия, а также выбор применяемых психотерапевтических методов и приемов. В наименьшей степени для понимания старости и лечения старческих нарушений, по мнению Розе, подходят глубинно-психологические и психоаналитические методы психотерапии. В последнее время наиболее интенсивно развиваются когнитивно-поведенческие формы и поддерживающая психотерапия пожилых.

Лер отмечает, что в специальных заведениях для пожилых пациентов усиливается нежелательное поведение (как, например, социальное иждивенчество при одевании, умывании, питании, передвижении, в связи с чем снижается самостоятельность и растет зависимость пожилых людей). С целью преодоления этих явлений используется, в частности, такой метод поведенческой психотерапии, как оперантное обусловливание. Его применение предполагает специальную подготовку и тренинг медицинского персонала, который должен научиться находить индивидуальные позитивные стимулы для пациента, определять частные цели и поощрять их достижение. Элементарные обучающие процессы помогают пациенту вести себя адекватно постоянно меняющимся требованиям окружающей среды. Часто способность старых людей к обучению недооценивается, тогда как в большинстве случаев в результате тренинга они не только восстанавливают утраченные функции и навыки, но и вырабатывают новые. Все тренинговые программы строятся с учетом еще имеющейся у пациента продуктивности.

Психотерапия в геронтопсихиатрических клиниках и специальных заведениях для пожилых людей отличается по возможностям, объему, постановке задач и методическим подходам, что связано с особенностями психических нарушений у людей пожилого и старческого возраста, а именно с биологическими процессами, лежащими в основе большинства этих заболеваний. Почти при всех психозах позднего возраста психогенному фактору принадлежит роль пускового механизма, либо вторично декомпенсирующей причины, либо патопластического фактора. Иными словами, в силу объективных причин (многофакторность патогенеза и биоредуктивная основа большинства психозов — известная стертость дифференцированности причинно-следственных связей и повышенный риск психической декомпенсации в старости) вычленение психических, а следовательно, и личностно-психологических и социальных факторов в развитии заболевания часто невозможно, что создает трудности для проведения психотерапии. Вместе с тем психическое заболевание почти всегда (за исключением глубокого слабоумия) опосредовано личностью больного, что, в частности, выражается реакцией на болезнь, перемену обстановки, ожидания, связанные с лечением и перспективой после выписки из больницы. Несоизмеримо большее значение, по сравнению с собственными проблемами, связанными с болезнью, для пожилых людей, находящихся в стационаре, приобретают вопросы непосредственного окружения в палате, взаимоотношений с медицинским персоналом, выбор лечащего врача, возможность принятия самостоятельных решений относительно ношения больничной одежды, участия в различных мероприятиях (групповых, развлекательных и пр.). Психотерапия должна включать как

общепсихотерапевтические подходы, так и специальные методы психотерапии. К первым относятся: создание терапевтической среды, атмосферы доверия, сотрудничества с обслуживающим персоналом, выработка положительной установки к методам лечения и непосредственному окружению в палате, повышение психической и социальной активности. Вся обстановка организационная структура, процессы взаимоотношений в стационаре должны быть направлены на обучение утраченным в течение болезни будничным функциям и навыкам, на восстановление способности к решающему поведению пациента в рамках его возможностей. К организации среды некоторые авторы относят также меры, возвращающие или стимулирующие чувствительность: визуальные (цветовое оформление помещений, частая смена настенных украшений), акустические (музыкальные программы, самодеятельность), меры, направленные на оживление обоняния и вкуса. Сама смена пространственной среды может способствовать возрастающей стимуляции в психофизической и социальной сферах.

Изучение отношения больного к терапевтической среде, проводившееся в течение нескольких лет в клинике гериатрической психиатрии Института им. В. М. Бехтерева, показало, что отношения с персоналом и в целом возможность лечения в условиях клиники реабилитационного профиля оцениваются больными положительно. Показательно, что из многих личных и профессиональных характеристик врача и медицинской сестры больные отдают предпочтение их эмпатическим качествам, то есть привлекательности, способности к сопереживанию, сочувствию. Отношение пожилых больных к разного рода восстановительным (психо- и социокорректирующим и активирующим) методам, приемам и к лекарственной терапии оказывается различным. У многих больных при общем положительном отношении к проводившимся восстановительным мероприятиям все же преобладает установка на лекарственные препараты, что, по-видимому, зависит от пассивной позиции и укоренившегося традиционного представления пожилых людей о лечении. Как правило, больные, находясь в стационаре, высоко оценивают возможности широких внебольничных социальных контактов и развлекательных мероприятий (частые свидания с родственниками и друзьями, клубные встречи с выписанными больными, домашние отпуска, посещения кинотеатра, экскурсии по городу, участие в сеансах музыкотерапии, в литературных вечерах, коллективных просмотрах слайдов и т. д.).

В гериатрических клиниках и специальных заведениях для пожилых людей (домах престарелых, дневных стационарах, клубах пожилых) применяются также групповые психотерапевтические методы. Целью групповой психотерапии лиц пожилого возраста являются привлечение их к

социальному взаимодействию, повышение самооценки, усиление независимости, ориентация на реальность и постоянно меняющуюся действительность. Используются различные групповые техники: групповая дискуссия, музыкальная терапия, танцевальная терапия, психогимнастика и др. В то же время, как указывает Розе, длительное пребывание пожилых людей в стационарах нежелательно, так как может вновь привести к пассивности и зависимости. Помещение их в дома престарелых должно осуществляться лишь в крайних случаях, так как излишняя регламентация, а порой и нелепые, необоснованные порядки этих учреждений могут лишь усилить дефекты, вызванные процессом старения. Поэтому наиболее эффективной для этих пациентов является помощь, осуществляемая дневными стационарами, учреждениями, обеспечивающими патронаж, социально-психиатрическое обслуживание, что позволяет им оставаться в своих квартирах.

Большинство исследователей и практиков подчеркивают необходимость включения в психотерапевтические меры воздействия на лиц пожилого возраста семейной психотерапии. Психотерапия и консультации родственников, обсуждение с ними проводимых и планируемых мероприятий повышают их эффективность и делают более стабильными достигнутые результаты психотерапевтических воздействий. Большое значение семейная психотерапия имеет для послевыписной медико-социальной адаптации больных и вторичной психопрофилактики с учетом роли внутрисемейных отношений в жизни пациентов, особенно если речь идет о страдающих слабоумием или больных с затяжным течением функциональных психозов, сопровождающихся поведенческими расстройствами. Семейные отношения изменяются в той или иной степени у всех пожилых больных с психическими заболеваниями, но более значительно — у лиц со слабоумием. У них преобладают столкновения, связанные со стремлением родственников к отказу от больного из-за его тяжелого психического состояния и необходимости постоянного ухода. У больных с функциональными психозами чаще встречаются конфликты, в основе которых лежит переживание больным снижения или утраты лидирующей роли в семье или болезненное чувство своей ненужности, помехи близким, приводящие к самоизоляции. Коррекция отношения к больному со стороны членов семьи и его собственного отношения к ним зависит как от клинических особенностей заболевания, так и от установки семьи на разрешение конфликта и, нередко, материально-бытовых условий. Позитивный результат возможен лишь в том случае, когда путем семейной психотерапии удастся выработать у родственников больного сочувствие к нему, понимание его состояния и причин, вызвавших поведенческие расстройства (при бредовых и депрессивных состояниях) или примирение с ситуацией (при деменции). Влияние коррекции семейных

отношений на уровень послевыписной семейной адаптации больных с функциональными психозами в позднем возрасте, как правило, оказывается выше, но и у них полного разрешения конфликтов достичь почти не удастся, отношение к больному остается настороженным с тенденцией к изоляции в семье. В целом психотерапия больных психозами в позднем возрасте оценивается как перспективный метод в комплексе с лекарственной терапией.

### Контрольные вопросы

1. Среди различных видов психотерапевтических вмешательств в геронтологической практике наибольшее значение придают:

- 1) суггестивным вмешательствам;
- 2) психоаналитической психотерапии;
- 3) тренингу когнитивных навыков (мыслить, учиться, запоминать);
- 4) краткосрочной психотерапии.

2. Преодоление конфликта с помощью осознания актуально переживаемой опасности, влияния исторических событий и прошлого опыта на текущие переживания составляют при лечении пожилых пациентов ядро методов следующего направления:

- 1) поведенческого;
- 2) экзистенциально-гуманистического;
- 3) динамического;
- 4) когнитивного.