Составители: Киреева Д.С., Дереча В.А., Габбасова Э.Р.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

**МОДУЛЬ 2. ПСИХОДИАГНОСТИКА, ПСИХОКОРРЕКЦИЯ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ**

**Тема 1. Психодиагностика и психокоррекция стрессовых расстройств и расстройств адаптации.**

***Содержание:***

1. Классификация методов диагностики стресса, стрессовых расстройств и стрессоустойчивости.

2. Консультирование лиц с признаками нарушенной адаптации.

3. Техники психологической коррекции расстройств адаптации («Взмах», «Шестишаговый рефрейминг», «Визуально-кинестетическая диссоциация»).

**1. Классификация методов диагностики стресса, стрессовых расстройств и стрессоустойчивости.**

Информация, полученная в результате диагностических иссле­дований, может явиться надежным фундаментом для осознания на­ших взаимоотношений со стрессом и выработки эффективных стратегий совладания с ним.

Из множества представленных в науке и практике методик, предлагаемых специалистами по работе в области стресса, можно выделить, в соответствии с целью и предметом исследования, несколько классов.

**1. Методики на определение актуального уровня стресса, выраженности нервно-психической напряженности и тревожности.**

*К этой группе методик можно отнести:*

* опросник Т. А. Иванченко, М. А. Иванченко, Т. П. Иванченко «Инвентаризация симптомов стресса»;
* методику для выявления подверженности стрессу Т. А. Немчина и Дж. Тейлора;
* шкалу психологического стресса PSM-25 Лемура-Тесье-Филлиона;
* тест самооценки стрессоустойчивости С. Коухена и Г. Виллиансона;
* комплексную оценку проявлений стресса Ю. В. Щербатых;
* тест «Степень напряженности» Н. А. Литвинцева;
* методику экспресс-диагностики уровня психоэмоционального напряжения (ПЭН) и его источников О. С. Копниной, Е. А. Суслова, Е. В. Заикина и др.

Поскольку стресс сопровождается переживанием тревоги и нервно-психического напряжения, в эту же группу можно отнести следующие методики:

* опросник Т. А. Немчина «Определение нервно-психического напряжения»;
* шкала самооценки тревоги В. Цунга;
* шкала ситуативной тревожности Ч. Д. Спилбергера;
* опросник иерархической структуры актуальных страхов (ОАС) Ю. В. Щербатых.

**2. Методики, помогающие прогнозировать поведение человека в экстремальных условиях.**

 Такие методики разрабатываются, как правило, для профотбора специалистов, будущая профессиональная деятельность которых предполагает работу в сложных напряженных ситуациях (летчики, моряки и др.). Данные методики позволяют выявить нервно-психическую неустойчивость и предрасположенность к невротическим расстройствам.

*Наиболее широко используются для этих целей следующие инструменты:*

* симптоматический опросник «Самочувствие в экстремальных условиях» А. Волкова, Н. Водопьяновой;
* методика склонности к срывам в стрессовой ситуации «Прогноз» В. А. Баранова.

**3.** **Методики, позволяющие выявлять негативные последствия дистресса.**

Известно, что существование в длительных стрессовых ситуациях или переживание острого (травматического) стресса приводит к истощению адаптационной энергии организма. Результатом данного процесса является ухудшение различных показателей физического здоровья и психологического самочувствия.

*К методикам этого класса можно отнести:*

* Гиссенский опросник;
* шкала клинических жалоб SCL Р. Л. Дерогатис;
* шкалу оценки влияния травматического события (ШОВТС) и др.

К последствиям стресса причисляют и развитие депрессивных состояний.

*Методики, направленные на выявление депрессивных симптомов, синдрома и депрессии как заболевания, таковы:*

* «Опросник суицидального риска»;
* методика «Дифференциальная диагностика депрессивных состояний» В. Зунга (в адаптации Т. И. Балашовой);
* методика «Дифференциальная диагностика депрессивных состояний» В. Жмурова;
* опросник «Уровень депрессии» А. Бека и др.

**4.** **Диагностика профессиональных стрессоров.**

В настоящее время проблема стрессов на рабочем месте актуальна для большинства работающих людей. Знание факторов стрессогенности в деятельности персонала и руководителей является целью организационной диагностики.

Методики данного класса можно разбить на несколько групп.

**4.1. Методики, направленные на определение уровня стресса и факторов стресса в профессиональной деятельности.**

*В эту подгруппу можно включить такие методики, как:*

* шкала оценки стрессогенности профессионально трудных ситуаций (ПТС) на рабочем месте Н. Водопьяновой, Е. Старченковой;
* тест на профессиональный стресс Ю. В. Щербатых;
* опросник «Причины деятельностного стресса»;
* тест-вопросник «Причины стресса в вашей работе»;
* тест на определение профессионального стресса Т. Д. Азарных, И. М. Тыртышникова;
* «Методика интегральной диагностики и коррекции профессионального стресса **(ИДИКС)** А. Б. Леоновой».

**4.2. Методики диагностики симптомов эмоционального выгора­ния.**

В настоящее время не существует единой модели выгорания, при­знанной всеми специалистами. К. Маслач рассматривает выгорание как ответную реакцию организма на профессиональные стрессы и пред­лагает трехкомпонентную модель: эмоциональное истощение, депер­сонализация и редукция персональных достижений [Maslach, 1982].

*Научное исследование факторов СЭВ стало возможным благо­даря использованию таких традиционных методик, как:*

* методика диагностики профессионального выгорания К. Маслач, С. Джексон (в адаптации Н.Е. Водопьяновой);
* методика диагностики уровня эмоционального выгорания В. В. Бойко;
* опросник определения психического «выгорания» А. А. Рука­вишникова и др.

**4.3. Методики, направленные на диагностику ухудшения психофизиологических параметров и снижения общей энергетики организма.**

*Выявить данные показатели можно при помощи таких методик, как:*

* опросник ДОРС «Дифференцированная оценка состояний сни­женной работоспособности (утомление, монотония, пресыще­ние, стресс) А. Леоновой, С. Величковской;
* опросник «Ваш индекс психоэнергетической опустошенности»;
* опросник диагностики психофизиологической дезадаптации О. Н. Родиной и др.

**4.4. Методики, направленные на диагностику проблем, связанных с управлением временем в профессиональной деятельно­сти.**

*Наиболее известны в этой подгруппе следующие методики:*

* тест «Профессиональная компетентность во времени» Л. В. Ку­ликова;
* опросник «Тайм-синдром менеджера» Н. Водопьяновой;
* опросник «Дефицит времени в управленческой деятельности» Н. Водопьяновой.

**5. Методики, позволяющие выявить ресурсы стрессоу­стойчивости человека.**

Психологи выделяют два вида ресурсов — внешние и внутренние (личностные). Применение методик данного класса - часть профи­лактической работы с клиентом, которому необходимо знать о нали­чии этих ресурсов для того, чтобы использовать их в возможной труд­ной ситуации и поддерживать удовлетворительное качество жизни.

**5.1. Диагностика внешних и внутренних ресурсов стрессоустойчивости.**

*Для этого используются следующие методики:*

* многомерная шкала восприятия социальной поддерж­ки MSPSS С. Зимета;
* опросник «Источники социально-психологической поддержки» В.А. Ананьева;
* опросник «**Потери и приобретения персональных ресурсов» (ОППР)** Н. Водопьяновой и М. Штейна;
* методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге;
* тест «Анализ стиля жизни» (Бостонский тест на стрессоустойчивость);
* тест «Здоровое поведе­ние»;
* опросник качества жизни ВОЗКЖ-100, разработанный Все­мирной организацией здравоохранения, и др.

**5.2. Диагностика копинг-поведения в стрессовых ситуа­циях.**

*Для этого используются следующие методики:*

* диагностика предпочитаемых копинг-стратегий (Э. Хейм, в адап­тации Л. И. Вассермана);
* опросник «Копинг-стратегии» Р. Лазаруса;
* опросник «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций» (SACS) С. Хобфолла;
* опросник SVF120 «Преодоление трудных жизненных ситуаций» В. Янке и Г. Эрдманна (адаптация Н. Е. Водопьяновой);
* опросник «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (С. Нор­ман, Д. Эндлер, Д. Джеймс, М. Паркер, в адаптации Т. Л. Крюко­вой и др.).

*Источник: Диагностика стресса [Электронный ресурс]. – URL: http://5psy.ru/samopoznanie/diagnostika-stressa.html*

**2. Консультирование лиц с признаками нарушенной адаптации.**

**Психотерапия при ПТСР**

В настоящее время разработан широкий спектр методов психотерапии, эффективных при лечении ПТСР. Каждый из этих методов ориентирован преимущественно на восстановление адаптации в тех или иных модальностях человеческого опыта, в тех или иных областях психологической жизни индивида, поврежденных в результате психической травмы. Кроме того, существуют интегративные методы, объединяющие различные психотерапевтические подходы. Психотерапия должна подбираться и проводиться каждому человеку индивидуализирование с учетом специфики психической травмы, послужившей причиной расстройства, особенностей личности пациента и социальной поддержки.

Дж. Джекобсон и А. Джекобсон [2007] предлагают лечение ПТСР разделять на три фазы:

1. Обеспечение безопасности, стабильности, редукции симптомов и терапевтического альянса. На данном этапе существенное место в лечении занимают фармакотерапия, поведенческие психотерапевтические вмешательства, направленные на обучение навыкам совладающего поведения (см. ниже), помощь в реорганизации внешнего окружения (иногда целесообразна госпитализация в специализированное отделение). Важно информировать пациента о том, что значимые для пациента люди также должны знать симптомы ПТСР, чтобы могли ему оказать адекватную социальную поддержку.

2. Взаимодействие с травматическим агентом (воспоминание, десенсибилизация, облегчение работы горя). В данной фазе необходимо с использованием различных психотерапевтических вмешательств, а также дополнительной информации от других людей (очевидцев, других людей, пострадавших от травматического события, если таковые были) построить наиболее реалистичную историю произошедшего, явившегося психической травмой. Для проработки психической травмы подходят различные психотерапевтические подходы, которые обеспечивают десенсибилизацию, экспозицию, пробуждение воспоминаний, а также перестройку когнитивных схем, связанных с психической травмой (см. далее).

3. Перестройка схемы личности и интеграция психической травмы в список значимых жизненных событий, то есть рассмотрение психической травмы в перспективе и движение в направлении Развития позитивной жизни. В данной фазе продолжается когнитивная психотерапия, направленная на изменение убеждений, сформировавшихся в результате психической травмы, так, чтобы они более соответствовали реальности. Пациент должен объединить психическую травму с системой своих убеждений. Исходный взгляд в отношении себя и окружающего мира нуждается в переосмыслении. Это требует корректировки ощущения “Я” и идентичности. Эту работу пациент сможет проделать далее и сам при условии эффективной работы на предыдущих фазах, используя полученные психологические навыки; в некоторых случаях требуется продолжать когнитивную и/или психодинамическую психотерапию.

Поведенческие методы психотерапии для лечения ПТСР используются в нескольких направлениях:

I. Помощь пациентам в развитии ощущения власти над страхами и тревогой, через активное освоение навыков совладающего поведения (копинга). Для этой цели применяется разновидность комплексной поведенческой психотерапии, получившая название тренинг-прививка от стресса (stress inoculation training (SIT)) [Барлоу, 2008]. Чаще всего эта форма психотерапии используется при оказании психологической помощи жертвам изнасилования. Она включает несколько этапов:

Этап 1 – психообразование, то есть подготовка к психотерапии с разъяснением основ психологии, чтобы дать пациенту представление о сути его проблем, природе и происхождении страха и тревоги, позволить осмыслить произошедшее и его последствия. Также разъясняется, что реакции страха и тревоги разворачиваются по трем каналам: 1) физиологическому или вегетативному; 2) поведенческому, или моторному; 3) когнитивному. Приводятся конкретные примеры, а также разъясняются и обсуждаются: взаимосвязи между каналами.

Этап 2 – тренинг навыков совладания. Пациента обучают шести навыкам (по два навыка на канал: физиологический канал – мышечная релаксация и управляемое дыхание; поведенческий канал - скрытое моделирование и проигрывание ролей; когнитивный канал – остановка мыслей и управляемый внутренний диалог). Сначала пациент отмечает страхи, от которых он хочет избавиться. Затем ему предлагают трижды в день заполнять анкету “Термометр эмоций”, оценивая у себя уровень страхов и удовлетворенности жизнью. Кроме того, он ведет дневник, фиксируя количество возникающих утром, в обед и вечером мыслей о том или ином намеченном для устранения страхе.

Тренинг каждого навыка совладающего поведения имеет общую форму. Он последовательно включает: 1) определение навыка совладающего поведения; 2) объяснение его необходимой 3) разъяснение механизма действия навыка; 4) демонстрацию навыка; 5) применение пациентом навыка в проблемной сфере, не имеющему отношения к поведению, выбранному в качестве мишени; 6) обсуждение эффективности применения навыка; 7) применение и практика навыка при возникновении одного из страхов-мишеней.

Навыки совладающего поведения

1. Физический канал.

Мышечная релаксация. Чаще всего при обучении мышечной релаксации используется метод аутогенной тренировки, приведенный в предыдущих разделах книги, или контрастный метод напряжения – расслабления по Э. Джекобсону.

В ходе ее выполнения с помощью концентрации внимания сначала формируется способность улавливать напряжение в мышцах и чувство мышечного расслабления; затем отрабатывается навык овладения произвольным расслаблением напряженных мышечных групп.

Все мышцы тела делятся на 16 групп. Последовательность упражнений в процессе овладения данной методикой такова: от мышц верхних конечностей (от кисти к плечу, начиная с доминантной руки) к мышцам лица (лоб, глаза, рот), шеи, грудной клетки и живота и далее к мышцам нижних конечностей (от бедра к стопе, начиная с доминантной ноги). Упражнения начинаются с кратковременного, 5-7-секундного напряжения первой группы мышц, которые затем полностью расслабляются; внимание пациента сосредоточивается на чувстве релаксации в этой области тела. Упражнение в одной группе мышц повторяется до тех пор, пока пациент не почувствует полного расслабления: только после этого переходят к следующей группе. По мере приобретения навыка в расслаблении мышечные группы укрупняются, сила напряжения 6 мышцах уменьшается и постепенно внимание все более акцентируется на воспоминании. На заключительном этапе пациент после повседневного анализа локальных напряжений мышц, возникающих при тревоге, страхе и волнении, самостоятельно достигает мышечного расслабления и таким образом преодолевает эмоциональное напряжение.

Управляемое дыхание. Один из вариантов обучения управляемому дыханию проводится следующим образом. Вначале пациенту предлагают произвести сознательную гипервентиляцию, в частности встать и глубоко подышать, словно надувая воздушный шар, в течение трех минут. Затем пациента просят сесть, закрыть глаза и начать дышать медленно, делая паузу в конце каждое выдоха, пока симптомы гипервентиляции не пройдут. Затем эти ощущения выносятся на обсуждение, в частности, того, что касается их сходства с естественно возникающими проявлениями паники и тревоги.

На следующем этапе происходит обучение управляемому дыханию с более активным включением диафрагмы (мышц живота) Кроме того, пациенту рекомендуют концентрировать внимание на своем дыхании, Подсчитывая вдохи и произнося на выдохе слово “расслабиться”. Прежде чем пытаться применять навыки управляемого дыхания в эпизодах выраженной тревоги, они должны быть хорошо освоены.

Следующий шаг – замедление частоты дыхания, пока пациент не сможет растянуть цикл вдоха-выдоха на шесть секунд и более. Пациенту рекомендуют практиковать медленное дыхание в безопасной для него обстановке. Не следует прибегать к этому упражнению в состоянии тревоги, пока навык не будет достаточно закреплен.

Навык управляемого дыхания в последующем целесообразно совмещать с когнитивными техниками, направленными на реструктурирование тревожных мыслей.

2. Поведенческий канат.

Скрытое моделирование. Суть обучения этому навыку состоит в том, что пациента обучают визуализировать ситуацию, вызывающую страх или тревогу, представляя себе успешное ее разрешение. Этот навык практикуется до полного его освоения. Поскольку способность визуализировать такие ситуации у разных людей разная, требуемое время для овладения этим навыком также варьируется. Этот навык помогает подготовиться к ситуациям, которые; по мнению пациента, с большей вероятностью могут вызвать у него реакции страха и Тревоги.

Проигрывание ролей. В случае обучения данному навыку пациент и психотерапевт отыгрывают успешное совладание в вызывающих тревогу эпизодах, с которыми пациенту предстоит столкнуться. В обстановке группы к исполнению ролей могут привлекаться другие участники. Затем пациенту можно предложить разыграть ролям тревожные сцены с членами семьи и друзьями.

3. Когнитивный канал.

Остановка мыслей. Освоение этого навыка помогает научиться прекращать навязчивые мысли (“умственную жвачку”), характерные для многих жертв насилия. Пациенту предлагается начать размышлять о пугающих стимулах, затем эти размышления прерываются: психотерапевт громко произносит “Стоп!” и одновременно хлопает в ладоши. Далее пациенту следует синхронно произносить слово “Стоп!” или выработать собственный термин либо зрительный образ для остановки мыслей. Впоследствии пациента обучают останавливать мысли скрыто, замещая тревожное состояние состоянием релаксации. Однако этим приемом не следует злоупотреблять, особенно если травмирующее событие в дальнейшем будет прорабатываться с помощью методов когнитивной психотерапии.

Управляемый внутренний диалог. Пациента обучают концентрировать внимание на внутреннем диалоге с собой и выявлять негативные, иррациональные или ошибочные суждения. Затем его учат заменять эти негативные суждения на более адаптивные. Обучение внутреннему диалогу проводится по четырем направлениям: подготовка, конфронтация и управление, совладание с чувством потрясения, подкрепление. Примеры методик для развития данного навыка приведены ниже, в разделе “Когнитивные методы психотерапии”.

II. Помощь пациентам в уменьшении интенсивности эмоций и соматосенсорных элементов, обусловленных непроработанным травматическим опытом. Эта работа осуществляется посредством техник предъявления (десенсибилизации, наводнения, экспозиции). Эта группа поведенческих методов направлена на модификацию механизмов психологической защиты, посредством которых Человек справился с психической травмой (прежде всего с отрицанием).

Все эти методы основываются на положении, что непроработанный травматический опыт присутствует в памяти в виде интенсивных эмоций и соматосенсорных элементов, актуализирующихся при ситуациях, напоминающих травматические. Телесные реакции на определенные стимулы соответствуют ситуациям, в которых человек подвергался угрозе: характерны повышенная бдительность, преувеличенная реакция на неожиданные стимулы неспособность расслабиться. Происходит генерализация ожидаемой угрозы, и мир воспринимается как источник постоянной опасности. На физиологическом уровне это проявляется в повышенной возбудимости вегетативной нервной системы. Соответствующий уровень психического возбуждения воспринимается как сигнал раннего оповещения об угрозе. В результате внутренние стимулы нередко теряют функции ориентиров при деятельности, и собственная физиологическая активность человека становится для него источником страха.

Наиболее подходят для работы с людьми, пережившими травматические воздействия, как указывалось выше, техники развития контроля за стимулами, такие как систематическая десенсибилизация, метод наводнения и метод экспозиции (см. приложение 1).

Когнитивные методы психотерапии (психотерапия когнитивной переработки) направлены на помощь пациенту в переработке специфических представлений, которые чаще всего нарушаются в результате психической травмы. В основе психотерапии когнитивной переработки лежит предположение, что симптоматика ПТСР обычно вызывается конфликтом между новой информацией (которая могла быть внесена в ситуации психической травмы) и старыми представлениями. Это называется когнитивным диссонансом. Эти представления могут касаться чувства безопасности, самооценки, компетентности, близких отношений. Следовательно, главная задача в этой психотерапии – выявление и модификация конфликтов между старыми представлениями и новой информацией. Для данной цели используются следующие психотерапевтические методики.

Письменный рассказ о травмирующем событии, его значении для пациента. Пациенту предлагается отметить, какое влияние оказала психическая травма на его представления о себе, об окружающей действительности, других людях. При подготовке ответа нужно уделить внимание следующим темам: безопасность, доверие, власть/компетентность, самооценка и интимные отношения.

Метод свидетельства применяется в случаях очень тяжелой психической травмы, например для работы с жертвами пыток, а также при повторной травматизации [Солдатова, 2002].

Суть его в том, что клиента просят, как можно более детально описать случившееся с ним как если бы он выступал свидетелем на процессе. Ему предлагается не только излагать факты, но и выражать эмоции. Обсуждается содержание травматического опыта – жизненная история человека, причины, побудившие его к политической активности. Далее предметом внимания становятся способы совладания, которые использовал человек, чтобы справиться со стрессовыми ситуациями. Речь клиента записывается на пленку и стенографируется психотерапевтом, а затем записанный текст обсуждается с клиентом.

Метод реинтерпретации предполагает не только изложение ужасных событий, но интерпретацию их в новом ключе, иное толкование произошедшего [Солдатова, 2002]. Есть данные, которые говорят о том, что если человек, получивший психическую травму, просто расскажет о пережитом, то это не обязательно окажет целительный эффект и принесет облегчение. Скорее наоборот, если человеку не в чем найти душевное спокойствие, если он не питает надежды, тогда зачастую ужасные воспоминания и неприятные чувства только усиливаются, появляются болезненные симптомы. Но благодаря применению метода реинтерпретации негативные события приобретают иной смысл. Пересказывая, человек не только вновь переживает случившееся, но и пытается при помощи психотерапевта посмотреть на случившееся по-иному, придать ему другой смысл, по-новому осознать. Этот метод помогает клиенту выстроить систему основных политических и религиозных ценностей и смыслов. Метод реинтерпретации предполагает поиск ответов на важнейшие вопросы бытия – о смысле зла, страдания, о смысле жизни.

Метод “Модель трельяжа” изложен в приложении 1.

Восстановление разрушенных базовых убеждений. Среди когнитивных направлений получили известность и широко используются в практике концепции, рассматривающие психологические последствия травмы в терминах картины мира или системы убеждений человека.

Известно, что сознание человека стремится к структурированности. Картина мира – это не хаотический набор впечатлений и идей, а целостная, иерархически организованная система. Эта система закладывается в детстве, формируется на протяжении длительного времени и состоит из неких допущений, или убеждений, на основе которых человек строит свои планы, поведение и интерпретацию явлений окружающего мира и которые постоянно проверяет на истинность в повседневной жизни, взаимодействуя с миром и людьми. В обычной жизни мы истолковываем события так, чтобы поддерживать существование и стабильность нашей картины мира, которая обеспечивает нам необходимую опору в сложном, постоянно меняющемся мире [Солдатова, 2002]. Конечно, картина мира не является статичной и по мере приобретения человеком нового опыта постоянно дополняется и изменяется, но происходить изменения должны постепенно, градуально, чтобы не разрушать ее общую целостность.

Однако экстремальный негативный опыт настолько противоречит существовавшей ранее картине мира, что его осмысление вызывает долговременные и тяжелые психологические проблемы, работа с людьми, пережившими экстремальные жизненные события, показывает, что чаще всего возникает у пострадавших это чувство беспомощности, незащищенности и уязвимости. Чувство беспомощности и потери контроля над собственной жизнью могут сохраняться еще долгое время после того, как исчезнут первоначальные симптомы ПТСР. Ощущение безопасности – здоровое чувство нормального человека, один из основных постулатов нашего мира убеждений. Травматическое событие именно его ставит под удар.

В свою очередь, чувство безопасности основано на трех категориях базовых убеждений, составляющих ядро нашего субъективного мира [Солдатова, 2002]:

1. Вера в то, что в мире больше добра, чем зла. В эту категорию входит отношение к окружающему миру вообще и отношение к людям.

2. Убеждение в ценности собственного “Я”. Здесь основное значение имеют два аспекта: “Я хороший человек” (самоценность) и “Я правильно себя веду” (контроль).

3. Убеждение, что мир полон смысла. Обычно люди склонны верить, что события происходят не случайно, а подчиняются законам контроля и справедливости.

В процессе работы по восстановлению разрушенных базовых убеждений с использованием когнитивных техник (см. приложение 1, а также технику “Оспаривание убеждений”, приведенную паже) особое внимание следует обращать на то, что поиск причин произошедшего негативного события и стремление найти в нем смысл вызывают у пострадавших распространенную реакцию самообвинения. Люди, пережившие травматические события, – особенно жертвы насилия – часто склонны обвинять себя в случившемся больше, чем это кажется адекватным окружающим. Как ни парадоксально, но самообвинение может играть адаптивную роль. Если пострадавший считает, что он сам частично повинен в произошедшем, берет на себя ответственность за случившееся, тогда он в какой-то степени приобретает контроль над травматическим событием.

Позитивное влияние эмоциональной поддержки от значимых других в этом подходе описывается как восстановление разрушенных базовых убеждений. Поскольку травма часто наносит удар по чувству самоценности пострадавшего, присутствие любящих, заботливых друзей и семьи обеспечивает доказательство того, что мир не всегда жесток, не все люди злы, а личность по-прежнему ценна.

Исцеление, возврат к нормальному состоянию можно описать как изменение системы убеждений таким образом, чтобы травматическое событие было переработано и стало частью жизненного опыта индивида, породило новые жизненные смыслы и ценности. В этом случае человек вспоминает травматическую ситуацию по собственному желанию, оставаясь в то же время способным переключить свое внимание и мысли на другие темы – другими словами, обретает утерянный контроль над собственной жизнью, эмоциями и поведением, восстанавливает разрушенные социальные связи.

Оспаривание убеждений. Эта методика предназначена для помощи пациенту в пересмотре дисфункциональных убеждений, сформировавшихся в результате перенесенной психической травмы. Она проводится в несколько этапов. Методика ее проведения представлена ниже.

1.1. Опишите событие (события), мысль (мысли) или убеждение (убеждения), вызывающие неприятные эмоции.

1.2. Укажите свои чувства: печаль, гнев и т. д., а также оцените выраженность каждого из них (от 0 до 100%).

2.1. Запишите автоматическую мысль (мысли), предшествующую(ие) эмоции (эмоциям), записанной в пункте 1.2.

2.2. Оцените свою уверенность в каждой автоматической мысли (от 0 до 100%).

3.1. Используйте перечень вопросов, позволяющих поставить под сомнение иррациональные убеждения, чтобы усомниться в автоматической мысли, указанной в пункте 2.1.

Перечень вопросов:

• Какие у вас есть доводы за и против этой идеи?

• Не путаете ли вы привычку с реальными обстоятельствами?

• Не является ли ваша интерпретация ситуации слишком далекой от реальности, чтобы быть справедливой?

• Не склонны ли вы руководствоваться в своих рассуждениях принципом “Все или ничего”?

• Используете ли вы слишком категоричные или преувеличенные слова или фразы (например, “всегда”, “навсегда”, “никогда”, “необходимо”, “должен”, “не могу” и “всякий раз”)?

• Не вырываете ли вы отдельные примеры из контекста?

• Не придумываете ли вы для себя извинений (например: “Я не боюсь”; “Я просто не хочу выходить на улицу”; “Окружающие хотят видеть меня совершенной” или “Я не хочу звонить домой потому, что у меня нет времени”)?

• Достаточно ли надежен ваш источник информации?

• Не склонны ли вы думать категорично вместо того, чтобы учитывать вероятность события?

• Не путаете ли вы высокую вероятность события с низкой?

• Не основаны ли ваши суждения скорее на эмоциях, чем на фактах?

• Не склонны ли вы концентрировать внимание на не относящихся к делу фактах?

Используйте перечень ошибочных стереотипов мышления для того, чтобы сопоставить их с автоматической мыслью, указанной в пункте 2.1.

• Склонность делать выводы в отсутствие фактов или при их противоречивости.

• Преувеличение или преуменьшение значения события: склонность делать из мухи слона или наоборот.

• Пренебрежение важными аспектами ситуации.

• Чрезмерное упрощение событий или убеждений, деление на плохое– хорошее, правильное– неправильное.

• Чрезмерная генерализация на основании единичного случая: восприятие негативного события как нескончаемой череды поражений или распространение представления о насильнике на целую группу людей и даже на “всех мужчин”.

• “Чтение мыслей”: убежденность в том, что люди плохо о вас думают, когда для этого нет явных оснований.

• Рассуждения, основанные на эмоциях: склонность делать выводы, исходя из собственных чувств, а не из фактов.

5.1. Что еще можно сказать, кроме того, что указано в пункте 2.1?

5.2. Как иначе можно интерпретировать событие, кроме того, что приведено в пункте 2.1?

5.3. Оцените свою уверенность в альтернативной мысли (от 0 до 100%).

6.1. Какое наиболее плохое предположение может оправдаться?

6.2. Даже если бы это произошло, чтобы я мог (могла) предпринять?

7.1. Заново оцените уверенность в правильности автоматической мысли, указанной в пункте 2.1 (от 0 до 100%).

7.2. Укажите и оцените соответствующие эмоции (от 0 до 100%).

Динамически-когнитивная краткосрочная терапия по М. Горовицу [1986].

Цель метода – уменьшение тревожности, укрепление адекватных защит, восстановление чувства защищенности и связности “Я”, обеспечение условий для предотвращения посттравматической патологической регрессии. Внимание уделяется раскрытию и модификации конфликтов и проблем развития, предшествовавших травматическому событию и определивших уязвимость человека в ситуации психической травматизации.

М. Горовиц предложил 12-сеансную терапию стрессовых расстройств. Для каждого из сеансов четко определены цели и задачи (см. таблицу 10.1).

Таблица 10.1.

12-сеансная терапия стрессовых расстройств по М. Горовицу

Сеансы

Тема взаимоотношений

Действия пациента

Действия терапевта

1

Возникновение позитивных чувств по отношению к оказывающему помощь

Рассказывает историю травматического события

Обсуждает предварительный фокус работы

2

Снижение напряжения

Рассказывает о событиях своей жизни, предшествовавших травме

Реалистично оценивает синдром в контексте истории возникновения расстройства

3

Изучение пациентом реакции терапевта на различные типы взаимоотношений

Пациент продуцирует свободные ассоциации, связанные с психической травмой

Переопределение фокуса; интерпретация сопротивления, возникающего у пациента при обсуждении тем, связанных со стрессом

4

Углубление терапевтического альянса

Рассмотрение значения события в настоящее время

Дальнейшая интерпретация зашит, мер самосохранения и их изменений после травмы с целью понимания произошедшего события и реакции пациента на него

5

Работа над упущенными ранее темами

Побуждение к открытой конфронтации с темами, вызывающими страх

6

Взгляд в будущее

Обсуждение окончания терапии

7-11

Интерпретация реакций переноса в связи с другими моментами терапии

Продолжение проработки центральных конфликтов и темы окончания терапии в контексте жизненных событий и реакций на них

Прояснение и интерпретация центральных конфликтов и предстоящего окончания терапии; прояснение незаконченных тем; рекомендации

12

Прощание

Понимание работы, которую нужно проделать самостоятельно. Рассказ о планах на будущее

Подтверждение реальных достижений и подведение итогов для будущей самостоятельной работы пациента

В начале работы пациенту предлагается рассказать о травме: описать последовательность событий, травматические переживания и свои реакции [Солдатова, 2002]. Интерес психотерапевта к услышанному может резко контрастировать с ожиданиями пациента, особенно если люди из его близкого окружения реагировали отрицанием, шоковой реакцией или отказом слушать его рассказы о произошедшем. Пересказ истории травмы в присутствии профессионального слушателя, остающегося неизменно поддерживающим, понимающим, сочувствующим и не дающим оценок, сам по себе терапевтичен и способствует быстрому установлению терапевтического альянса.

Успех краткосрочной терапии в основном зависит от быстрого установления отношений сотрудничества и доверия между пациентом и терапевтом. Это особенно трудно для пациентов, недавно перенесших внезапную потерю близкого человека, поскольку они бессознательно ожидают повторения травмы при развитии новых отношений. Это требует хорошей техники, сочетающей интерпретацию и поддержку.

Следующий важный шаг в методе краткосрочной терапии М. Горовица – точное определение ее фокуса: тех основных моментов травматического опыта и его последствий для психики, которые должны быть проработаны. Особое внимание здесь уделяется влиянию травматических переживаний (уязвимости, слабости, потери контроля над ситуацией и соответствующим эмоциональным реакциям – стыду, вине, самоуничижению) на Я-концепцию человека. В дальнейшем, используя различные когнитивно-бихевиоральные и аналитические техники, психотерапевт способствует восстановлению самоконтроля у клиента и активизирует проработку травматического опыта. Пациент получает в свои руки методы, использование которых продолжается и по окончании терапии.

Последний этап краткосрочной терапии также обладает своей спецификой: до окончания должны быть проработаны интенсивные реакции переноса, возникающие у пациента. Пациент может глубоко переживать потерю только что обретенных значимых отношений, связывая это со своим травматическим опытом. Например, он считает, что психотерапевт прерывает лечение из-за того, что не может вынести интенсивности его реакций на травму, или воспринимает окончание терапии как наказание за проявленные негативные чувства. Несколько последних сеансов отводятся на работу с реакциями переноса.

Метод ДПДГ (десенсибилизация и переработка эмоциональных травм с помощью движений глаз) [Шапиро, 1998; Доморацкий 2008].

Метод ДПДГ направлен на ускорение информационной переработки травмирующих событий и когнитивную перестройку связанных с психической травмой негативных представлений. Метод ДПДГ включает в себя 8 этапов:

1) сбор анамнеза;

2) подготовка пациента;

3) целенаправленная оценка его состояния;

4) десенсибилизация;

5) установка;

6) анализ физического состояния;

7) завершение;

8) оценка результатов психотерапии.

По основной программе метода ДПДГ пациентам предлагается выявить связанный с психической травмой образ или воспоминание и сфокусироваться на нем. Далее психотерапевт выявляет негативные представления или суждения об этом воспоминании. Пациентам предлагается оценить свое воспоминание или негативные представления по 11-балльной шкале дистресса, а также выявить физическую локализацию тревоги. Психотерапевт помогает пациентам выработать позитивные представления, которые целесообразно связать с представлением о травме. По 7-балльной шкале пациент оценивает степень убежденности в правильности этого представления. Психотерапевт проводит инструктаж с пациентами по основным процедурам ДПДГ. Им предлагается одновременно выполнять четыре задания (десенсибилизация):

1) визуализировать представление;

2) воспроизводить негативные представления;

3) концентрироваться на физических ощущениях тревоги;

4) зрительно следить за движениями указательного пальца психотерапевта.

Пока пациент все это проделывает, психотерапевт быстро перемещает указательный палец из стороны в сторону на расстоянии

30– 35 сантиметров от лица пациента с частотой два движения (слева направо и справа налево) в секунду. Повторять движения следует 24 раза. Затем пациентам предлагается очистить свою память от воспоминаний и сделать глубокий вдох. После этого вновь вызываются воспоминания и представления о травме с оценкой уровня дистресса. Серии движений глазами продолжаются до тех пор, пока уровень дистресса не снизится до 0 или 1 балла. В этот момент пациентов просят оценить свое отношение к позитивным представлениям (установочный этап).

Арт-терапия. Метод, основанный на использовании художественного творчества в целях психокоррекции и личностного развития человека. Арт-терапия использует движение и танцы, рисование, музыку, драму и поэзию. В ней органично соединяются вербальные и невербальные способы общения. Ее цель – усиление внутреннего сознавания, способности самовыражения, креативности, а также увеличение жизненной энергии всего организма. Этот целостный подход включает невербальные формы выражения как существенную часть общения, что очень важно для людей, перенесших травму. В ситуации, когда человеку тяжело описать свое состояние словами, арт-терапия помогает ему раскрыться, заявить о себе, что очень эффективно при терапии травмы. Кроме того, художественное творчество позволяет получить прямой выход на бессознательные процессы и помогает проводить глубинную диагностику состояния психики.

Арт-терапия с лицами, перенесшими травму, как правило, сочетает регулярные индивидуальные и групповые сеансы.

Групповая терапия может быть очень эффективна с перенесшими сильные травмы беженцами из “горячих точек” и с прошедшими концлагеря.

Цели групповой психотерапии при ПТСР:

• создание среды для безопасного самораскрытия и выражения травматических переживаний в межличностной ситуации;

• уменьшение отрицания и отчуждения;

• снижение чувства стыда и вины и ощущения своей изоляции.

Так же как и при психологическом дебрифинге, в условиях групповой психотерапии пережившие психическую травму делятся выработанными стратегиями совладающего поведения, помогая друг другу в поисках путей преодоления последствий травм и адекватных методов защиты.

Групповой процесс отличается особой динамикой: на первых порах участники игнорируют и отвергают терапевтов, воспринимают их как “не способных понять, что они пережили”, на них переносят схему отношений “тюремщик – заключенный” и т. д. [Солдатова, 2002]. Все это требует особой эмпатии и терпения психотерапевта. В таких условиях группа обеспечивает микрокосм, в котором клиент может вновь научиться взаимодействовать с другими людьми, изменить представление, что его состояние уникально, получить надежную группу поддержки, функционирующую зачастую и за пределами терапевтической группы. Групповая психотерапия предоставляет хорошую возможность разделить травматический опыт в безопасной среде, понять коллективный характер травмы и, соответственно, переоценить свой опыт.

**Принципы лечения расстройства адаптации**

В случае возникновения расстройства адаптации применение одного из методов лечения (психофармакотерапия или психотерапия) либо их сочетания решается индивидуально. В связи с психогенным характером возникновения данных расстройств психотерапия, как правило, должна занимать ведущую роль. Однако квалифицированное применение имеющихся в настоящее время психотропных препаратов значительно повышает вероятность благоприятного исхода ***[стоит помнить, что назначать психотропные препараты может только врач].*** В настоящее время в психиатрическом практике предпочтение отдается комбинированному применению психофармакотерапии и психотерапии.

Специфическое лечение расстройств адаптации, вызванных реакцией горя, показано в случаях, когда депрессивные симптомы являются особенно острыми, стойкими или глубокими, сопровождаются серьезными суицидальными мыслями или действиями и длятся дольше, чем это можно предполагать для действующего стрессора [Арана, Розенбаум, 2004].

**I. Фармакотерапия**(см. приложение 7).

Назначается для купирования и лечения тревожных и депрессивных симптомов, а также иногда сопутствующей им дезорганизации поведения, сопровождающих расстройство адаптации.

В зависимости от структуры клинической симптоматики целесообразно назначение следующих препаратов:

• Транквилизаторы бензодиазепиновой и небензодиазепиновой структуры – кратковременные (от 1 до 3 недель) или прерывистые курсы во избежание развития зависимости (диазепам, альпразолам, клоназепам, медазепам, мидазолам, нитразепам, оксазепам, темазепам, тофизопам, триазолам, хлордиазепоксид, зопиклон, залеплон, золпидем). Назначаются для купирования тревожной симптоматики и кратковременного лечения нарушений сна.

Перед решением о назначении транквилизаторов в случае наличия у пациента тревоги врачу необходимо ответить на следующие вопросы [Арана, Розенбаум. 2004, с. 295]:

1. Мешает ли тревога больному? Во многих ситуациях тревога может быть полезной, поскольку является адаптационной реакций организма и помогает справиться с ситуацией. Однако в других случаях тревога может быть причиной неадекватного поведения или выраженной дисфории. В таких случаях показано медикаментозное лечение.

2. Может ли помочь социально-психологическая помощь и будет ли она приемлема для пациента?

3. Насколько высок риск кратковременного лечения транквилизаторами? Необходимо, например, учитывать побочные эффекты, переносимость препарата, вероятность развития зависимости, возможные взаимодействия с другими лекарствами и сопутствующие соматические заболевания.

• Препараты мелатонина (вита-мелатонин, мелаксен) для коррекции нарушений сна. Данные препараты нормализуют циркадные ритмы, ускоряют засыпание, уменьшает число ночных пробуждений, улучшает самочувствие после утреннего пробуждения (не вызывает ощущения вялости, разбитости и усталости при пробуждении), понижают стрессовые реакции.

• Бета-блокаторы – обзидан, тразикор, пропранолол в комбинации с транквилизаторами и/или антидепрессантами. Применение бета-блокаторов целесообразно в случае сопутствующей социофобии (страха публичных выступлений).

• Нейролептики – эглонил (сульпирид), хлорпротиксен;

• Вальпроаты (в качестве нормотимиков);

• Антидепрессанты седативного и сбалансированного действия (тианептин, венлафаксин, мапротилин, миансерин, милнаципран, миртазапин, пирлиндол и др.); СИОЗС (пароксетин, сертралин, флуоксетин, флувоксамин, циталопрам, эсциталопрам); трициклические антидепрессанты (имипрамин, кломипрамин, амитриптиплин) – только при выраженных явлениях депрессии с тенденцией к протрагированию болезненного состояния.

**II. Психотерапия.**

**Место и цели психотерапии в лечении расстройств адаптации.**Психотерапия занимает ведущее место в лечении расстройств адаптации и направлена на восстановление психической адаптации личности. С одной стороны, врачу или психологу необходимо помочь пациенту переработать психологические последствия стрессового события, которое из-за его личностной уязвимости явилось психической травмой. Это включает исследование значение стрессора для пациента, обеспечение поддержки, побуждение к поиску альтернативных путей решения проблемы, проявления сочувствия. Наряду с медикаментозным лечением, направленным на уменьшение симптомов тревоги и депрессии, пациенту важно помочь в развитии психологических навыков, способствующих устранению вышеуказанных симптомов. Данная часть психотерапевтической работы схожа с таковой при психотерапии ПТСР. С другой стороны, существенное место в психотерапии занимает устранение личностной уязвимости для того, чтобы пациент стал способен справляться с другими критическими, изменяющими жизнь событиями в последующем здоровыми способами, без развития расстройств адаптации.

Для лечения депрессивных состояний, возникающих в рамках расстройств адаптации, в настоящее время применяются **методы психообразования, поддерживающей, интерперсональной, когнитивной, экзистенциальной, краткосрочной психодинамической, интегративной** и **мультимодальной психотерапии.**

При отборе методов психотерапии следует учитывать, на какой ***стадии изменения*** находится человек.

Стадии изменения представляют собой специфические совокупности установок, намерений и форм поведения, связанных с циклом психологического изменения, разработанного американскими психологами Дж. Прохазкой и Дж. Норкроссом [2007]. Они уделили ряд стадий изменения у пациента и рекомендовали следующие подходы по эффективному выполнению задач психотерапии на каждой стадии:

***1. Предварительное обдумывание.*** На этой стадии пациенты не имеют никаких намерений что-либо изменить в себе или в своем поведении в обозримом будущем. Как правило, они могут не догадываться о причинах своих симптомов, а в случае ипохондрической фиксации полагать, что они больны – либо заболевание неизлечимо, либо только биологическое лечение им может помочь, и всячески отрицают психологическую природу своих симптомов. Как указывают авторы этой концепции, люди, занятые предварительным обдумыванием, могут даже желать измениться, но это желание сильно отличается от намерения измениться или серьезного рассмотрения проблемы в обозримом будущем. Отличительная черта предварительного обдумывания – сопротивление признанию наличия проблемы. Таким образом, чтобы пациентов, находящихся на этой стадии, продвинуть вперед, им необходимо помочь признать проблему, лучше осознать ее негативные аспекты и точно охарактеризовать способность к саморегулированию.

***2. Обдумывание.*** На этой стадии люди осознают, что проблема существует, и всерьез размышляют о ее преодолении, но они еще не дали себе слово предпринять какие-либо действия. Центральный элемент обдумывания – серьезное рассмотрение разрешения проблемы. Чтобы продвинуться вперед в цикле изменения, они должны избежать капкана хронического обдумывания и принять твердое решение – начать действовать.

***3. Подготовка.*** На этой стадии пациенты намереваются действовать немедленно. Им на стадии подготовки необходимо определить цели и приоритеты. Кроме того, они должны придерживаться конкретного выбранного ими плана действий.

***4. Действие.*** На этой стадии индивиды модифицируют свое доведение, переживания и/или свое окружение, чтобы преодолеть свои проблемы. Действие включает в себя наиболее очевидные поведенческие изменения и требует значительных затрат времени и энергии. Отличительные особенности действия – модификация поведения-мишени до приемлемого критерия и значительные очевидные усилия. На стадии действия людям требуются навыки по использованию процессов изменения.

***5. Сохранение.*** На этой последней стадии люди работают над профилактикой рецидивов и укрепляют достигнутое на стадии действия. Критерий, определяющий пребывание человека на стадии сохранения, – это его способность оставаться неподвластным хронической проблеме и/или систематически практиковать несовместимую с прежним образом жизни форму поведения длительное время. Отличительные особенности сохранения – стабилизация поведенческого изменения и недопущение рецидивов.

**Психообразование** – это обеспечение пациента информацией относительно расстройств адаптации, симптомов тревоги и депрессии, присущих им, механизмов развития расстройств и существующих методов лечения.

Одно из наиболее практичных и эффективных направлений психообразования – это библиотерапия, которая включает ознакомление пациента с психообразовательными материалами. Она может быть первым шагом лечения, за которым следует применение других методов психотерапии, а также спутником в ходе всего лечения.

Согласно данным ряда исследований психообразование:

• содействует повышению уровня знаний о болезни, что ведет к своевременному распознаванию и контролю отдельных болезненных проявлений и симптомов;

• способствует повышению сотрудничества пациента с врачом, приверженности пациента лечению;

• помогает пациенту в процессе самонаблюдения и понимания причин своих расстройств, что позволяет уменьшить влияние факторов, способствующих ухудшению состояния и затягиванию течения расстройства;

• помогает выработать критичное отношение к заболеванию, что улучшает работу вышеперечисленных психотерапевтических процессов и помогает ограничить влияние заболевания на другие сферы жизни, дает больше возможностей управлять заболеванием, так и управлять своей жизнью, несмотря на депрессию;

• обеспечивает “психосоциальную поддержку”, особенно когда психообразование проводится в группе, которая является постоянным источником поддержки и терапевтической средой.

Примеры психообразовательных материалов, посвященных тревоге, приведены в приложении 2.

**Поддерживающая психотерапия**в широком смысле использует для лечения пациента неспецифические факторы психотерапии. К ним относятся *формирование позитивных ожиданий от психотерапии* (позитивные экспектации), *поддерживающие доверительные отношения с принимающим и понимающим человеком, эффект Хауторна* (изменение поведения пациентов вследствие проявления к ним интереса), *плацебо-эффект, благотворная обстановка, возможность выговориться и отреагировать свои эмоции (катарсис)* и др. [Прохазка, Норкросс, 2007].

Основная роль психотерапевта в поддерживающей психотерапии – сохранять и усиливать потенциал человека для лучшего и более зрелого функционирования “Я” в процессе адаптации и развития.

*Целями* поддерживающей психотерапии могут являться:

• снятие груза проблем в беседе с сочувствующим слушателем;

• вентилирование чувств в процессе общения, поддержки;

• обсуждение и осознание текущих проблем с неосуждающим помощником, их природы и происхождения в процессе углубления отношений.

*Задачи поддерживающей психотерапии:*

1. Помогать пациентам в достижении максимально возможной психологической и социальной адаптации, восстанавливая и подкрепляя их способность справляться с превратностями судьбы и житейскими проблемами.

2. Поддерживать самооценку и чувство уверенности в себе, подчеркивая положительные качества и достижения.

3. Рассказывать пациентам о реальности их жизненной ситуации, например об их ограничениях и о возможностях лечения, то есть о том, чего можно достигнуть, а чего невозможно.

4. Предотвращать рецидив заболевания и таким образом пытаться предотвратить ухудшение состояния или повторную госпитализацию.

5. Активировать пациентов, чтобы они обращались только за определенной профессиональной поддержкой; это будет способствовать максимально возможной адаптации и тем самым предотвращать преждевременную зависимость.

6. Переносить источник поддержки с профессиональных работников на родственников или на друзей.

Поддерживающую психотерапию может использовать в своей деятельности любой врач и психолог. Психотерапевт, оказывающий поддержку пациенту, выступает в роли так называемого “вспомогательного Я” для пациента. Концепция “вспомогательного Я” предложена Анной Фрейд [1997] при описании ею психологической роли матери в первые годы жизни ребенка, благодаря которой развивающийся индивид и получает шансы на выживание. “Вспомогательное Я” берет на себя функции приспособления и регуляции, которые пока еще не доступны ребенку, и таким образом вместе они составляют единую поведенческую систему, в которой действия одного осуществляются через другого. В этом смысле возможность пациента выговориться, высказать свои переживания, связанные с перенесенными стрессовыми ситуациями, играет психотерапевтическую роль. Это, даже без каких-то других, более специфических вмешательств способно принести облегчение больному. В беседе с сочувствующим слушателем человек становится сам способен проанализировать случившую ситуацию, сделать соответствующие выводы. Для этого ему просто необходимы время и соответствующие условия.

С. Блох [Bloch, 1979] предлагает различать следующие *основные полезные компоненты поддерживающей психотерапии:*

1. Подбадривание имеет решающее значение. Необходимо устранять сомнения и недоразумения и сосредоточиваться на положительных качествах. Чтобы подбадривание было эффективным, оно должно быть реалистичным. Цель – создать психологический климат надежды и ожидания положительных перемен.

2. Следует давать тщательно продуманное и подробное объяснение заболевания, сосредоточенное на “здесь” и “сейчас”. Акцент главным образом делается на внешней реальности, с которой сталкивается пациент. Первостепенная задача – улучшить способность индивида справляться с трудностями, а не повышать уровень самоанализа. Главное – многократные проверки реальностью.

3. Непосредственные советы приемлемы и на самом деле желательны. Конечная цель – сформировать навыки, которые можно применить в других ситуациях. Индивид должен не только развивать более совершенные навыки совладания с трудностями, но и знать, когда необходимо обращаться за помощью.

4. Проводимое врачом внушение может вызывать изменения путем воздействия на пациента как явно, так и неявно.

5. Ободрение может способствовать повышению самооценки, предотвращению развития чувства неполноценности Я проявлению долее адекватных форм поведения.

6. Часто необходимы изменения окружающей обстановки, чтобы добиться существенных изменений у пациента.

7. Благожелательное активное выслушивание, не ограниченное никакими условиями принятие и возможность катарсиса убеждают пациента в безопасности и надежности обстановки, что облегчает полное и откровенное сообщение сведений.

Функцию поддерживающего психотерапевта могут в определенном смысле выполнять и люди из близкого окружения пациента. Для этого необходимо знать, что можно и чего нельзя говорить пациенту в таком случае. В приложении 3 приведены основные высказывания (сказанные нередко с “благими намерениями”), которые могут оттолкнуть пациента с симптомами расстройств адаптации депрессивного спектра, вызвав у него даже ухудшение состояния, а также то, что могут говорить близкие люди пациента, если соответствующая обстановка это подразумевает, чтобы поддержать человека, пока он находится в депрессивном состоянии.

Однако в ряде случаев для восстановления психической адаптации, используя специфические психотерапевтические вмешательства, необходимо помочь пациенту выработать адаптивные стратегии совладающего поведения, избавиться от дисфункциональных механизмов психологической защиты, изменить свои когнитивные схемы на более функциональные, а также урегулировать свои отношения с окружающими людьми.

Для данных целей разработаны психотерапевтические подходы, которые будут описаны далее. Для того чтобы эффективно осуществлять психотерапевтическую работу с помощью этих методов, необходимо пройти достаточное обучение, включающее глубокую теоретическую подготовку, соответствующую каждому методу. Крометого, освоение некоторых методов подразумевает также и личную психотерапию будущего психотерапевта и супервизии (обсуждение первых психотерапевтических случаев с опытным психотерапевтом-супервизором). Поэтому описание каждого метода приводится кратко, для ознакомления. Более подробную информацию можно почерпнуть в литературе, которая приведена в конце книги.

**Интерперсональная (межличностная) психотерапия (ИПТ)** – прагматическая, стратегическая, ограниченная во времени психотерапия I. Klerman, 1993]. Основным фокусом для специфических психотерапевтических вмешательств при применении данного метода психотерапии являются межличностные отношения пациента. С позиции интерперсональной психотерапии считается, что если пациенту удастся помочь улучшить отношения пациента с окружающими его людьми либо пережить непатологическим образом чувства, связанные с изменениями в его отношениях и перестроить текущие взаимоотношения, то это приведет к улучшению его психического состояния.

Таким образом, ИПТ сосредоточена на текущих взаимоотношениях пациента и направлена на помощь пациенту в выявлении и изменении неадаптивных межличностных взаимодействий.

Психотерапевт, занимающийся ИПТ, играет активную, поддерживающую роль в процессе вмешательства. ИПТ проводится по определенной методике, и для того чтобы она была эффективной, психотерапевту необходимо строго придерживаться конкретных стратегий вмешательства.

Фокусы для психотерапевтического вмешательства. В качестве фокуса для психотерапевтического вмешательства ИПТ выбирается одна или несколько из четырех областей межличностных отношений [Барлоу, 2008]:

*1. Патологическая печать (скорбь).* В качестве фокуса вмешательства выбирается только в случае фактической смерти близкого человека. Разрыв отношений или потеря работы считается переходом или сменой ролей, а связанная с этим скорбь обсуждается в рамках соответствующего вмешательства. Психотерапевт, работающий со скорбью, помогает пациенту реактивировать этот болезненный процесс. Пациент может опасаться, что скорбь захлестнет его, и он сойдет с ума. Психотерапевт подчеркивает, что, несмотря на чрезмерную болезненность этих чувств, проработка скорби поможет преодолеть депрессию. Работа со скорбью начинается с увязывания депрессивных и тревожных симптомов со смертью значимого человека. Другие задачи включают реструктурирование взаимоотношений, изучение последовательности событий в связи со смертью и исследование связанных с ними чувств. Когда это проделано, можно перейти к проработке возможных путей сближения с окружающими. Когда этот процесс завершен, фокус психотерапии смещается на помощь пациенту в поиске интересных занятий и новых отношений, которые могли бы восполнить утрату.

*2. Межличностные (ролевые) конфликты.* В случае связи возникновения расстройства адаптации с конфликтами во взаимоотношениях с окружающими задача психотерапевта – выявление конфликта, уточнение его этапа и помощь пациенту в составлении плана действий по его разрешению.

В конфликте выделяются три этапа: переговоры, тупик и разрыв отношений. Психотерапевту следует подтолкнуть пациента к проведению переговоров. Часто переговоры “подогревают” холодные или трудные взаимоотношения, поэтому нужно предупредить пациента о возможном обострении конфликта, прежде чем удастся его разрешить. В случае, если конфликт находится на этапе тупика, необходимо тщательно проанализировать коммуникацию. В процессе анализа обычно выявляется, что в качестве оружия используется молчание, имеют место ненужные косвенные или вербальные взаимодействия, а также отсутствует осмысленное обсуждение многих аспектов взаимоотношений. Эти сведения служат отправной точкой для разработки последующих вмешательств, направленных на устранение проблем во взаимоотношениях. В случае разрыва отношений, если с помощью переговоров добиться ничего не удалось, психотерапевт помогает пациенту погоревать о разладившихся отношениях и идти дальше.

*3. Смена ролей.* В случае связи симптомов расстройства адаптации с произошедшей в жизни пациента сменой ролей (создание семьи, вступление на работу, увольнение, выход на пенсию, тяжелая болезнь и др.) психотерапевту важно помочь погоревать об утрате старой роли и принять новую роль. Изучение позитивных и негативных аспектов новой и старой ролей – ключевая стратегия ИПТ при работе с переходами. Другая стратегия заключается в том, чтобы поощрять пациента к переживаниям всех связанных с обеими ролями чувств. На протяжении курса ИПТ пациент должен освоить новую роль. Это часто подразумевает налаживание новых взаимоотношений или расширение уже существующих с целью перенять опыт у тех, кто уже владеет соответствующими навыками.

*4. Дефицит межличностного общения.* В случае изолированности пациента от окружающих, отсутствия или недостатка межличностных отношений задачей психотерапии является помощь пациенту в повышении качества и увеличении количества межличностных контактов. В данном случае терапевт подвергает взаимоотношения пациента всестороннему изучению, учитывая как позитивные, так и негативные аспекты. Стереотипы и параллели во взаимоотношениях также представляют интерес. На основании полученной информации разрабатываются стратегии по устранению дефицита общения. Одним из психотерапевтических инструментов оказываются в данном случае текущие отношения между психотерапевтом и пациентом. Если в терапевтических отношениях возникают недоразумения или они заходят в тупик, психотерапевт должен сам выступать инициатором открытого признания и исследования этих трудностей, а конфликт служит моделью разрешения межличностных проблем.

*Этапы ИПТ.* *Первый этап* психотерапии ставит перед собой две основные задачи:

1. Создание рабочего альянса с пациентом. Он нужен для того, чтобы вселить в пациента надежду на то, что при решении его проблем психотерапия будет эффективна. Кроме того, этот этап включает разъяснение принципов психотерапевтического подхода (психообразование), получение согласие пациента на такое лечение, а также принятие пациентом своей ответственности за выполнение необходимой последующей работы. Пациент должен принять на время лечения роль больного, что позволяет ему временно освободиться от некоторых своих обязанностей и положиться на окружающих, но при этом требует от него соблюдать курс лечения для избавления от симптомов.

2. Идентификация проблемных межличностных аспектов, наиболее полно отражающих текущие взаимоотношения пациента с окружающими. Психотерапевт должен сформулировать *для себя* потенциальную гипотезу относительно проблемной области межличностных отношений. Выбирая фокус, необходимо опираться не только на субъективные предположения пациента о том, какие стрессовые события могли вызвать у него расстройство адаптации; важно проанализировать другие основные события в жизни пациента за последние 6 месяцев. Для выбора фокуса психотерапии также необходимо тщательно детализировать все беспокоящие пациента симптомы и собрать межличностный анамнез жизни.

*Средний этап ИПТ* посвящен работе над выбранной областью (см. раздел, посвященный “мишеням” для психотерапевтических вмешательств). Психотерапевтические задания на среднем этапе включают предоставление поддержки, прояснение когнитивно-аффективных маркеров, предшествующих межличностным проблемам и часто их усугубляющих, активное решение межличностных проблем. Симптоматика пациента оценивается каждую неделю и увязывается с положением дел в проблемной сфере.

*Заключительный этап ИПТ* посвящен подведению итогов и психологическому просвещению пациента на тему возможных вбудущем стрессовых событий и стратегий его поведения, мышления и эмоционального реагирования в них. Особое внимание уделяется обнаружению и поддержанию новых стратегий межличностного общения.

**Когнитивная психотерапия или когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ)**– ограниченный временем (16– 20 сессий, 12– 16 недель), директивный и четко структурированный метод психотерапии, предназначенный для того, чтобы уменьшить симптомы, связанные с отрицательным представлением пациентов о самих себе, окружающем мире и будущем, а также предотвращать рецидивы путем изменения когнитивных схем [Барлоу, 2008].

Согласно когнитивной модели, убеждения, поведение ибиохимические процессы тесно взаимосвязаны. Изменение дисфункциональных убеждений и когнитивных схем приводит к изменению преобладающего настроения, поведения и, по некоторым данным, к изменению биохимических процессов. Основные когнитивные схемы, предрасполагающие к развитию расстройств адаптации и других стресс-зависимых заболеваний, изложены в разделе Психологические модели развития стресс-зависимых заболеваний”.

*Используемые психотерапевтические техники.*КПТ включает поэтапное, направленное на симптомы-мишени применение поведенческих (составление распорядка дня, оценка мастерства и удовольствия, техника градуированных заданий, когнитивная репетиция, тренинг ассертивности и ролевые игры, домашние задания и др.) и когнитивных (техника реатрибуции, протокол дисфункциональных мыслей, выявление и модификация дисфункциональных убеждений) методик, позволяющих скорректировать когнитивные искажения пациента и, в конечном счете, способствующих ослаблению симптомов, составляющих клиническую картину расстройств адаптации. Данные техники приведены в приложении.

*Этапы КПТ.* На первом этапе вмешательства в центре внимания находятся следующие задачи: ослабление симптоматики, вселение надежды, выявление проблем, установление приоритетов, приобщение пациента к когнитивной психотерапии, налаживание отношений сотрудничества, демонстрация взаимосвязи между убеждением и эмоцией, конкретизация ошибок мышления (когнитивных схем) и обеспечение быстрого продвижения к решению проблемы-мишени. В процессе психотерапии вначале пациенты сосредотачиваются на идентификации и проверке действительности отрицательных автоматических мыслей (используя или когнитивные, или поведенческие задачи). Затем они учатся контролировать и переосмысливать логические ошибки и рассматривать альтернативные представления. На этом этапе психотерапия строится вокруг симптоматики пациента, внимание при этом уделяется поведенческим и мотивационным затруднениям. Как только пациент достигает заметных терапевтических изменений в этих сферах, акцент переносится на содержание и стереотипы его мышления.

На втором этапе, когда симптомы у пациента уже не столь выражены, осуществляется переход от конкретных мыслей по поводу тех или иных проблем к схемам, затрагивающим представления о себе и окружающей действительности, которые лежат в основе большинства трудностей пациента. Обнаружив схему, тут же можно выяснить правила и формулы суждения о мире (они усваиваются человеком в детстве, и схема продолжает определять формирование из впечатлений убеждений, выбор целей, оценку и модификацию поведения, а также интерпретацию событий в последующей жизни). Цель когнитивной психотерапии – противодействовать влиянию схем и заменить дисфункциональные стереотипы новыми подходами. На этом этапе на пациента перекладывается большая часть ответственности за выявление проблем, нахождение решений и реализацию этих решений на практике в процессе выполнения домашнего задания. По мере того как пациент научается самостоятельно, без постоянной поддержки применять психотерапевтические техники, психотерапевт постепенно берет на себя роль советчика или консультанта. С течением времени пациент приобретает навыки эффективного разрешения проблем, а частота сессий уменьшается, и через какое-то время психотерапия прекращается.

**Экзистенциальная психотерапия**разработана для коррекции ценностно-смысловой сферы, как правило, нарушенной при стресс-зависимых заболеваниях. Экзистенциальная психотерапия предпочтительна при терапии депрессивных состояний, развившихся в результате или на фоне возрастных кризисов, кризисов, связанных со сменой стереотипов, утратой социального статуса, значимыми потерями и утратами близких, одиночеством, внезапными психическими травмами.

Фокус внимания в данном подходе – на выявлении основной депрессогенной ценностно-смысловой дисгармонии, прояснении иерархии ценностей, смыслов и целей пациента, целенаправленном воздействии на ценностно-смысловой конфликт, помощи пациенту на открытии новых и переоценке известных ему смыслов существования [Борисов, 2001].

Экзистенциальная психотерапия может проводиться как в индивидуальной, так и в групповой форме. Обычно группа состоит из 9– 12 человек. Преимущества групповой формы состоят **в**том, что пациенты и психотерапевты получают более широкую возможность наблюдать искажения, возникающие при межличностном общении, неадекватное поведение и корректировать их. Групповая Динамика в экзистенциальной терапии направлена на выявление и демонстрацию того, как поведение каждого члена группы:

1) рассматривается другими;

2) заставляет других чувствовать;

3) создает у других мнение о нем;

4) влияет на их мнение о самих себе.

*Используемые психотерапевтические техники.*Экзистенциальная психотерапия в основном ориентирована на долгосрочную работу. Однако элементы экзистенциального подхода (например, акцент на ответственности и аутентичности) могут быть включены и в относительно краткосрочную психотерапию (особенно в случае нарушений ценностно-смысловой сферы при ПСТР и расстройствах адаптации). Главное в экзистенциальном подходе – побудить пациента вступить в аутентичные отношения с психотерапевтом и тем самым повысить осознавание себя как субъекта, располагающего свободой распоряжаться своей жизнью. В этом смысле некоторые экзистенциальные психотерапевты стараются избегать техник, так как они могут мешать слушать пациента и помогать ему выбираться из тупиков, которые создает его сознание. Вопрос самораскрытия психотерапевта является одним из главных в экзистенциальной психотерапии. Экзистенциальные психотерапевты могут раскрывать себя двумя способами. Во-первых, они могут рассказывать своим пациентам о собственных попытках примирения с предельными экзистенциальными беспокойствами и сохранения лучших человеческих качеств. Во-вторых, они могут использовать сам процесс психотерапии, а не фокусировать внимание на содержании сессии. Это использование мыслей и чувств, касающихся того, что происходит “здесь и сейчас”, с целью улучшения отношений психотерапевт – пациент. Кроме того, для облегчения более широкого осознавания пациентом своей жизни в экзистенциальной психотерапии, особенно в случае ее кратковременного применения, разработано множество технических подходов. Часть из них приведены в приложении 1.

*Этапы ЭПТ* [Борисов, 2001]. Первый этап включает помощь пациенту в изложении первичного субъективного представления о своих проблемах и экзистенциальной ситуации. На этом этапе начинается формулирование проблемы, играющей ключевую роль в возникновении и развитии расстройства адаптации. Психотерапевт предлагает пациенту подумать, какой смысл он мог бы открыть в своих переживаниях, ситуации, жизни. Применяются определенные приемы слушания пациента: 1) следование за пациентом во время раскрытия им своего опыта; 2) принятие психотерапевтом всех аспектов опыта пациента, как способных иметь конструктивный смысл; 3) возвращение вопросов пациента, касающихся смысла его бытия, ему самому.

Второй этап включает построение терапевтического альянса фокусом внимания на экзистенциальных проблемах. Для этого необходимо: 1) уделять первостепенное внимание нарушениям в иерархии смыслов и ценностей пациента, поиску значимых для него жизненных целей; 2) вносить в лечебный процесс отношение к жизни как к высшей смысловой целесообразности; 3) понимать настоящее и прошлое с позиции будущего; 4) придавать осмысленность любой проблеме; 5) обсуждать темы основных экзистенциальных беспокойств (отношение к смерти, свободе, выбору, ответственности, бессмысленности и изоляции); 6) стимулировать чувства ответственности пациента за каждый выбор и за конечный итог своей жизни.

На третьем этапе реализуется сфокусированный экзистенциальный анализ проблемы пациента, иерархии его ценностных ориентаций. На этом этапе проводится основная психотерапевтическая работа. Она включает следующие процедуры:

а) Конфронтация пациента с проявлениями нарушений его смысловой потребности. Внимание фокусируют на эмоциональных нарушениях (унынии и тревоге, связанных с бессмысленностью, ощущении “пустоты жизни”), ситуациях снижения интересов, обесценивания ценностей и целей, переориентации на более примитивные интересы, сопутствующих им мыслях, поведении. Применяются методики конфронтации: методика работы с личным прошлым опытом переживания экзистенциальных конечных данностей (отношение к смерти, смыслу жизни, одиночеству, свободе), возвращение к эмоционально значимым отношениях с другими людьми, “Опыт тишины”, экзистенциальный монолог, столкновение с границами близости, моделирование опыта выбора.

б) Прояснение составляющих депрессогенных ценностно-смысловых дисгармоний. Для этого применяются вопросы: “Для чего?” (“В чем ваша цель?”), “Что для вас значимо (дорого): в вашей жизни, в данной ситуации, в отношениях?”, “Что для вас более значимо (важно) в...?”, “В чем вы находите смысл: отношений, стремления, чувства, поведения, ситуации, жизни?” и др.

в) Проработку основной ценностно-смысловой дисгармонии пациента. Проясняется иерархия ценностно-смысловых ориентации пациента в период возникновения и развития расстройства адаптации. Затем в ней выявляется дисгармония, играющая ключевую роль в развитии расстройства адаптации – главная мишень психотерапии. Прояснение включает приемы фокусирования на проблеме, а также специальные экзистенциальные методики: осознание личного опыта переживания экзистенциальных конечных данностей и отношений “Я-другой”, “Вопрос о смысле”, осознание границ близости, “пути смыслового поиска”, “Взгляд сверху”, “Жизненный путь”, “Лабиринт”, диалог с символическими образами экзистенциальных конечных данностей. На четвертом, завершающем, этапе осуществляется помощь пациенту в принятии решений, ответственности за них, а также реализации ценностных установок.

**Краткосрочная психодинамическая психотерапия (ПДП).**Разновидность психоаналитически ориентированной психотерапии, четко ограниченная во времени исфокусированная на конкретных проблемах, приводящих к появлению тревоги и депрессии. Психоаналитически ориентированная психотерапия охватывает группу психотерапевтических подходов, основанных на открытиях 3. Фрейда и в дальнейшем усовершенствованных и доработанных другими исследователями, клиницистами и теоретиками. Основная теоретическая предпосылка оказания психотерапевтической помощи в психодинамическом подходе – признание важности травм раннего детства пациентов, которые делают их уязвимыми к специфическим для них стрессовым событиям во взрослом возрасте. Этот детский опыт, как правило, не осознается (находится в бессознательной части психики), однако во многом определяет поведение и создает препятствие для приспособления к стрессам в последующей жизни.

Актуальные проблемы, ситуационные конфликты и реакции, приведшие к расстройству адаптации, считаются наиболее пригодными для данной терапии. Кроме того, психодинамическая психотерапия становится предпочтительной при условии резистентности пациента к другим методам лечения, когда характер пациента оказывается препятствием для излечения, когда имеются выраженные вторичные выгоды от заболевания. Однако наряду с этим пациент должен быть заинтересован в самопознании, раскрытии скрытых мотивов своего поведения исимптомов.

*Клинический случай*

Пациентка Л., 32 лет, страдала от депрессии, возникшей после того, как она узнала о том, что муж ей изменил. Она столкнулась с множественными тревожными и депрессивными симптомами, а также потеряла смысл жизни, испытывала суицидальные мысли. Неоднократно в течение трех лет проходила лечение стационарно и амбулаторно. Антидепрессанты, транквилизаторы, “мягкие” нейролептики, поддерживающая и когнитивная психотерапия, аутогенная тренировка, психологическое консультирование с использованием НЛП и гештальт-подхода – многие возможные методы были опробованы, однако это приносило либо кратковременное облегчение ее состояния, либо не приводило к улучшению вообще. Ситуация изменилась лишь в процессе психодинамической психотерапии, где она смогла разобраться в глубинных причинах своей депрессии и своей неспособности с ней справиться. Она и не могла представить, что муж ей мог изменить, это никак не вписывалось в ее “идеальные” представления о мире. Столкнувшись с этим, она в определенном смысле отказывалась от жизни, погружаясь в депрессивное состояние, и всячески уничтожала любые терапевтические попытки ее из этого состояния вывести. Только в процессе неспешного анализа ее переживаний, когда психотерапия от поддерживающей постепенно смещалась к все более и более психодинамической, пациентка осознала ограничения своих представлений о мире, их истоки, идущие из детства. Пациентка нашла в себе силы отказаться от этих представлений и сформировать более реалистичные. Соответственно, поведение пациентки стало меняться, стало постепенно улучшаться и ее состояние, депрессия ушла, изменились ее отношения с окружающими людьми, улучшился социальный статус.

Некоторые авторы к вариантам психодинамической психотерапии относят интерперсональную психотерапию (описана выше) и гештальтпсихотерапию. Гештальтпсихотерапия (или гештальт-терапия) как метод была разработана Ф. Перлзом. Этот метод предполагает использование диалогов и упражнений с целью распознавания тех чувств и поведения, которые способствуют возникновению у клиента чувства неудовлетворенности. Основывается он на трех основных концепциях: контакт, сознавание и эксперимент.

*Используемые психотерапевтические техники.*В краткосрочной психодинамической психотерапии психотерапевт в процессе недирективной беседы лицом к лицу помогает пациенту понять, почему он оказался уязвим к стрессовому событию и не смог с ним справиться без развития расстройства адаптации. В результате для пациента открывается доступ к чувствам, которые затруднили приспособление, и он получает возможность осуществить когнитивную переработку, которая в силу детских травм была заблокирована.

В отличие от психоанализа, психотерапевтические сессии проводятся лицом к лицу, с меньшей частотой, без свободных ассоциаций. Активность терапевта помогает сконцентрироваться на текущей реальности. Непосредственная жизненная ситуация является мотивационным фактором; помимо этого имеет место сильный позитивный перенос к понимающему, принимающему терапевту, который не реагирует так, как другие значимые фигуры в опыте пациента,

В процессе психодинамической психотерапии специалист ищет ответы на следующие вопросы [Джекобсон, Джекобсон, 2007]:

1. Почему пациент стал тем, кто он есть, и/или куда он движется?

2. На что было похоже детство пациента?

3. Что представляет собой характер пациента?

4. Излечим ли пациент?

5. Каковы механизмы психологической защиты пациента?

6. Каким образом я могу выяснить, почему данный пациент чувствует вину, стыд или негодование?

7. Как я могу понять фантазии пациента и помочь ему понять причины настоящего поведения?

8. Как я могу помочь пациенту обнаружить ложные или неверные идеи?

В ПДП используются поддерживающие и экспрессивные (раскрывающие) психотерапевтические вмешательства. Приводим описание некоторых из этих вмешательств в континууме от наиболее поддерживающих к наиболее экспрессивным.

Советы и рекомендации – как правило, прямые указания и предложения, как поступить. В ПДП используются редко, в основном при лечении тяжелых психических расстройств.

Психообразовательные вмешательства описаны выше. В условиях ПДП психобразованием может быть, например, объяснение пациенту того, как прошлое влияет на настоящее и проявляется в симптомах.

Поощрение – это вмешательство, имеющее целью поддержание изложения пациентом собственной истории, а также подтверждение высказанного им и обеспечение плавного течения беседы. Например, поощрением могут быть такие фразы: “Не могли бы вы более подробно рассказать об этом”, “Продолжайте, пожалуйста” и др.

Вопрос – это приглашение о чем-то рассказать, средство сбора интересующей информации, уточнения или исследования опыта пациента. Бывают открытые и закрытые вопросы. В психотерапевтическом контакте предпочтительны открытые вопросы. Открытый вопрос – это возможность сосредоточить внимание клиента на определенном аспекте его опыта, задать направление определенному отрезку беседы. Например, “Что вы сейчас чувствуете?” или “Есть ли у вас какие-либо предположения, почему это произошло?”

Эмпатическое описание – описание психотерапевтом чувств и эмоций пациента в той или иной ситуации, на основе “вживания” в субъективные переживания пациента (эмпатии), своего рода психологического перемещения себя на место пациента.

Прояснение – это возвращение, как правило, в более сжатой и ясной форме сути содержания высказывания пациента. Прояснение состоит в сверке правильности понимания психотерапевтом сообщения пациента, поэтому процесс прояснения можно назвать сверкой восприятий. Целью прояснения также является более ясное понимание самим человеком собственного внутреннего мира, а также своих взаимодействий с внешним миром.

Конфронтация – это реакция, проявляющая противостояние защитным маневрам или иррациональным представлениям пациента, которые он не осознает или не подвергает изменению. Конфронтация – это обращение внимания пациента на то, чего он избегает, это выявление и демонстрация противоречий или расхождений между различными элементами его психического опыта. Большее распространение получило определение конфронтации как средства выявления и демонстрации противоречий в поведении, мыслях, чувствах клиента или между ними.

Интерпретация – это процесс придания дополнительного значения или нового объяснения тем или иным внутренним переживаниям или внешним событиям пациента или связывание между собой разрозненных идей, эмоциональных реакций и поступков, выстраивание определенной причинной связи между психическими явлениями. Например, связывание с прошлым тех или иных проявлений в текущей жизни или поведении пациента.

Этапы ПДП. Обычно выделяют: начальный этап, на котором формируется терапевтический альянс, составляется психодинамический диагноз и заключается психотерапевтический контракт; средний этап, в процессе которого проводится собственно психодинамическая психотерапия, с исследованием скрытых смыслов беспокоящих пациента симптомов, помощью в модификации механизмов психологической защиты, разрешением внутренних конфликтов путем повторного переживания прошлого **и**переработки его в процессе терапевтического общения; и завершающий этап, где основное внимание уделяется чувствам, связанным с завершением психотерапии, и анализу того, как пациент сможет использовать полученный психотерапевтический опыт в будущем.

**Мультимодальная психотерапия**

Этот метод разработан А. Лазарусом [2001] и обладает широким спектром психотерапевтических методик, распределенных по своему воздействию на семь модальностей депрессии: behavior – поведение, affect – эмоции, sensation – ощущения, imagery – представления, cognition – установки, ценности, убеждения, interpersonal – межличностные отношения, drugs – лекарства/ биология (BASICID). Отделяя ощущения от эмоций, различая представления и мысли, исследуя и индивидуальное, и межличностное поведение и отмечая биологический субстрат, мультимодальная психотерапия является одной из наиболее перспективных в лечении расстройств адаптации. Так же как и поведенческая терапия, мультимодальная психотерапия в объяснении проблем, с которыми сталкиваются пациенты, опирается на теорию социального научения, признавая, кроме этого, важность генетических факторов, создающих предрасположенность к развитию тех или иных форм патологии.

Мультимодальный подход в психотерапии рассматривает психические нарушения как следствия множественных влияний, таких как: конфликтующие или противоречивые чувства и реакции; дезинформация; игнорирование информации; дезадаптивные привычки; биологические дисфункции; беспокойство из-за межличностных отношений; проблемы негативной самооценки, внешние стрессоры и экзистенциальные тревоги. В соответствии с этим психические нарушения необходимо устранять с помощью аналогичного множества специфических психотерапевтических техник, индивидуально подобранных и сфокусированных на определенные мишени. В отличие от некоторых других подходов, в мультимодальной психотерапии симптомы не подгоняются под какие-либо модальности, объяснения, теории. Задача в данном подходе состоит в том, чтобы исчерпывающе и последовательно оценить специфические психологические дефициты и внутренние конфликты пациента, а затем устранить их по всем модальностям, в которых они проявляются.

**Этапы работы мультимодального психотерапевта**

**1**. Определить наличие существенных проблем в каждой из модальностей: поведение, эмоции, ощущения, представления, установки, ценности, убеждения, межличностные отношения, лекарства/биология.

2. Совместно с пациентом выбрать три или четыре ключевые проблемы, требующие основного внимания.

3. При необходимости убедиться, что пациент прошел медицинское обследование и – если требуется – получает лекарства и психотропные препараты.

4. Затем проводится специфическая психотерапевтическая работа, направленная на различные модальности, в которых проявляются симптомы расстройства адаптации. Приводим пример составленного А. Лазарусом мультимодального профиля пациента, страдающего дистимией (вариант затяжного расстройства адаптации с симптоматикой депрессии подпорогового уровня), с рекомендациями по ведению лечения.

*Таблица 11.1*

**Модальный профиль дистимии**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Модальность** | **Проблема** | Предлагаемое лечение |
| Поведение | Ухудшение выполнения служебных обязанностей, сниженная активность, негативные представления о себе | Составление таблицы “приятных моментов”, поведенческие задания на осуществление того, что было когда-то приятным, список домашних заданий, таблица возможных причин невыполнения действенных заданий |
| Эмоции | Грусть, “тяжесть на сердце”, периодическая тревога | Безоценочное принятие психотерапевтом, релаксация, медитация, тренинг уверенности в себе |
| Ощущения | Еда и секс доставляют мало удовольствия; быстрая утомляемость | Составление списка визуальных, слуховых, тактильных, обонятельных и вкусовых стимулов, концентрация на ощущениях приятных событий. Упражнения на стимуляцию мышечного тонуса |
| Воображение | Представления одиночества и неудач, образы отрицания себя значимыми людьми в жизни | Методики: “вспоминание прошлых успехов”, “представление небольших, но успешных результатов”, “применение представлений об удачном совладании с ситуацией”, “проекция во времени” (пациент представляет себя двигающимся шаг за шагом в будущее, характеризующееся позитивными эмоциями и приятными видами деятельности) |
| Мысли и убеждения | Отрицательная самооценка, чувство вины, преувеличение реальных или воображаемых недостатков | Устранение нелогичных умозаключений, например “следовательно, я никчемный человек”. Анализ иррациональных представлений, оспаривание категорических убеждений, внимание к другим ошибкам депрессивного мировоззрения пациента (дихотомические разделения, сверхобобщения, негативные ожидания и склонности к представлению катастрофических последствий), составление ряда альтернативных предположений. Психообразование (чтение специальной литературы о депрессии и способах ее лечения). |

*Окончание таблицы 11.1*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Модальность** | **Проблема** | **Предлагаемое лечение** |
| Межличностные отношения | Снижение количества социальных контактов | Развитие способности пациента соответствовать требованиям значимой для него группы людей: определяется степень сформированное™ социальных навыков и идет их проработка; неуверенные и одновременно агрессивные реакции прорабатываются и заменяются (когда возможно) ассертивным поведением; использование ролевого проигрывания и др. |
| Биология | Периодическая бессонница | Применение антидепрессантов. Рекомендации пациенту увеличить объем физической нагрузки для достижения хорошей физической формы, практиковать тренинг релаксации, нормализовать сон (рекомендации по подготовке ко сну, иногда снотворные коротким курсом; |

В данном случае лечение начинается с проработки когнитивной модальности (психообразование, а затем применение специфических когнитивных техник), затем подключаются техники из других модальностей.

Приоритет в отборе техник исходит из той модальности, в которой наблюдаются наибольшие нарушения. Обычно это уточняется в ходе предварительных интервью с использованием специальных опросников. Если у пациента с расстройством адаптации или дистимией имеются значительные поведенческие недостатки, то в лечении первостепенное значение занимают ролевые игры, моделирование, тренировки и репетиции. Если клиническая картина характеризуется сенсорными нарушениями, назойливыми образами (например, после психической травмы), болезненными мечтами и психогенными нарушениями памяти, настоятельно рекомендуется в первую очередь обратиться к соответствующим модальностям. Если же в ходе предварительных интервью не выявлено специфических проблем в определенных областях, то нет смысла сосредотачиваться на этих темах, но есть достаточные основания сосредоточиться на тех моментах, которые были зафиксированы.

Кроме того, если пациент уклоняется от обсуждения проблем **в**той модальности, в которой выявлены нарушения, Лазарус [2001] предлагает воспользоваться методикой “Построение моста”. Ее суть состоит в том, чтобы войти в предпочитаемую пациентом модальность (например, когнитивную, если пациент старается рационализировать свои проблемы, тем самым избегая чувств) и через несколько минут спросить о другой (предположительно более нейтральной) модальности (например, представлениях или ощущениях). В этом случае пациент почувствует, что с ним считаются. Затем можно постепенно “перебросить мост” к той модальности, в которой необходимо осуществить изменения.

**3. Техники психологической коррекции расстройств адаптации («Взмах», «Шестишаговый рефрейминг», «Визуально-кинестетическая диссоциация»).**

*ТЕХНИКА 5. «Взмах»*

1. Определите свою нежелательную реакцию (поведение) – например, ощущение тревоги, сердцебиение и т. д. – теперешнее состояние.

2. Выясните картину-триггер:

a) определите, какие именно состояния предшествуют нежелательной реакции, например: возникновение чувства тревоги или страха – что вы такого видите (слышите, чувствуете), что заставляет вас волноваться? Если вы можете определить только аудиальные или кинестетические ключи (триггеры), сделайте наложение на визуальный ключ: «Если бы этот звук или чувство было бы картинкой, как бы она выглядела?».

b) создайте большой яркий ассоциированный образ того, что вы видите как раз перед началом нежелательного поведения. Откалибруйте свое «внешнее поведение» (должно проявиться нежелательное чувство или поведение!) и мысленно отложите эту картинку в сторону.

3. Создайте новую картину – желаемое состояние. Представьте картинку-себя – каким бы вы были, если бы у вас больше не было этой трудности. Каким другим человеком вы бы видели себя, если бы освободились от этого нежелательного поведения? Убедитесь в том, что вы представляете себе диссоциированную картинку себя как другого человека – более способного и имеющего большую свободу выбора. Убедитесь в том, что картинка:

a) отражает ваше новое качество, а не какое-нибудь конкретное поведение;

b) диссоциирована и остается таковой;

c) нравится вам;

d) не имеет узкого контекста (сделайте фон вокруг образа как можно более размытым).

4. Проведите экологическую проверку. Глядя на это изображение самого себя таким, каким вы хотите быть, подумайте, есть ли у вас какие-нибудь колебания относительно того, чтобы стать таким человеком? Используйте любые возможности изменить эту картинку так, чтобы полностью согласиться с новым образом себя.

5. Подготовьтесь к взмаху. Создайте большой яркий ассоциированный образ триггера (шаг 2) и поместите небольшую темную картинку желаемого образа себя (шаг 3) в середину этого образа.

6. Сделайте взмах. Представьте, как картинка желаемого образа быстро становится больше и ярче, а картина

триггера в то же время уменьшается в размерах и становится тусклой и не столь яркой. Затем откройте глаза или сотрите изображение со своего визуального «экрана», представив себе что угодно другое.

7. Повторите эту процедуру пять раз, всякий раз ускоряя процесс. Не забудьте делать перерыв после каждого взмаха для того, чтобы последовательность взмаха шла в одном направлении.

8. Проверьте успешность упражнения. Представьте себе ту самую ситуацию: что происходит? Если техника взмаха удалась, то удержать картинку триггера (шаг 2) будет нелегко; естественным путем ее заменит новый желаемый образ себя (шаг 3). Если образ (шаг 2) все еще сохраняется, то надо еще несколько раз проделать этап 6, после чего провести еще одну проверку.

*ТЕХНИКА 7. «Шестишаговый рефрейминг»*

1. Идентифицируйте стереотип X, который вы хотите изменить (ваше навязчивое воспоминание или повторное переживание травматической ситуации). «Я хочу прекратить делать X, но не могу», или «Я хочу делать Y, но меня что-то останавливает». Например, «Я хочу прекратить болеть» или «Я хочу выздороветь, но мне что-то мешает».

2. Установите коммуникацию с частью, ответственной за стереотип X.

a) «Будет ли та часть моей личности, которая отвечает за стереотип X, общаться со мной в сознании?» Обратите внимание на любые ощущения, которые возникают после того, как вы зададите себе этот вопрос.

b) Установите значение сигналов «да» и «нет». Пусть яркость, громкость или интенсивность сигнала возрастает, если имеет место ответ «да», и уменьшается, если вы получаете ответ «нет». В качестве сигнала часто удается воспользоваться непроизвольным движением пальца вверх и вниз.

3. Отделите поведение стереотипа X от позитивного намерения той части, которая отвечает за X – ведь это поведение является всего лишь способом достичь какой-либо позитивной цели.

a) Спросите часть, которая отвечает за стереотип X: «Не хочешь ли ты дать мне возможность осознать, что ты стараешься делать для меня с помощью стереотипа X?»

b) Если вы получите ответ «да», попросите эту часть пойти дальше и сказать открыто об этом своем намерении. Если вы получите ответ «нет», оставьте намерение бессознательным, предполагая, однако, что оно существует.

c) Теперь (если ответ был «да») определите, приемлемо ли это намерение для вашего сознания, то есть хотите ли вы иметь часть, которая бы выполняла эту функцию?

d) Спросите часть, которая отвечает за стереотип X: «Если бы тебе были известны способы достижения той же самой цели, которые были бы настолько же хороши, как X, или даже лучше, была бы ты заинтересована в том, чтобы реализовать их?» Добейтесь ее согласия, при необходимости переосмысливая выражения.

4. Получите доступ к *творческой части* и попросите ее о том, чтобы она генерировала новые поведенческие реакции для достижения данной позитивной функции.

a) Получите доступ к переживаниям творчества и закрепите их с помощью якоря. Или же спросите себя: «Осознаю ли я, что у меня есть творческая часть?»

b) Попросите часть, ответственную за стереотип X, сообщить свою позитивную функцию творческой части и разрешите творческой части создать новые способы для достижения этой позитивной цели. Предложите части, ответственной за X, принять по крайней мере три варианта, которые являются настолько же хорошими или лучшими, чем X. Пусть часть X дает сигнал «да» каждый раз, как только она примет какой-либо вариант как хорошую альтернативу X.

5. Спросите часть X: «Не хочешь ли ты взять на себя ответственность за то, чтобы использовать 3 новых варианта поведения в соответствующих ситуациях?» Это обеспечит присоединение к будущему. Кроме того, вы можете просить часть X на бессознательном уровне определить сигналы, которые будут запускать функционирование новых вариантов поведения и дать вам полностью пережить то состояние, в котором вы будете находиться, когда эти сигналы будут автоматически запускать новые реакции.

6. Осуществите экологическую проверку. Спросите: «Есть ли внутри меня какая-либо часть, которая бы возражала против хотя бы одного из этих трех вариантов поведения?» Если получен ответ «да», возвратитесь на шаг 2.

ТЕХНИКА 8. «Визуально-кинестетическая диссоциация»

1. Представьте себя сидящим в центре пустого кинотеатра.

*2.* На экране вы видите черно-белый фотоснимок. На нем вы видите себя в ситуации за мгновение до возникновения сильного эмоционального переживания.

3. Выйдите из своего тела и переберитесь в проекционную будку. Оттуда вы можете, видеть себя в центре кинотеатра, наблюдающего за собой на экране.

4. Включите кинопроектор, и черно-белый снимок превратится в черно-белый фильм о ситуации, которая вызвала переживание. Для контроля над состоянием диссоциации держите руку на выключателе. Если вы начнете ассоциироваться с ситуацией, то одновременно с выходом из будки выключится кинопроектор, и вы «потеряете» ситуацию.

5. Просмотрите фильм от начала до конца и остановите его в кадре сразу после окончания переживания.

6. Из проекционной будки перейдите в свое тело в зале, а затем – в тело на экране. Другими словами, ассоциируйтесь с ситуацией на экране. Чтобы изображение не исчезло, нажмите предварительно включатель кинопроектора посильнее, и он зафиксируется.

7. Сделайте фильм цветным и прокрутите его в обратном порядке. Вы имеете дело со своим воображением, а в воображении можно сделать все, что угодно.

8. Проделайте процедуру шага 7 за две секунды.

9. Повторите процедуру шага 7 за одну секунду. Сделайте это три или пять раз.

10. ***Проверка.*** Подумайте о ситуации, вызывавшей у вас ранее сильное переживание. Другой способ проверки – это в реальной жизни пройти через беспокоившую ситуацию. Эта процедура используется при работе с сильными эмоциональными переживаниями, которые существенно нарушают внутреннее равновесие человека.

*Источник: Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.*