

ПСИХОТЕРАПИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КОНТЕКСТЕ ДИСКУРСИВНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ

Е.Л. Николаев, Е.С. Суслова

*Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова,
Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары*

Психотерапия, понимаемая как система целенаправленного воздействия психологическими средствами на личность для достижения индивидом способности к гармоничному функционированию в биологической, психологической и социальной сферах [12], применяемая при невротических расстройствах, должна иметь, на наш взгляд, интегративный характер. Предлагаемая модель интеграции различных подходов психотерапии невротических расстройств, может быть рассмотрена на уровне четырех взаимосвязанных модусов психотерапевтического вмешательства.

Симптоматический модус психотерапии. Первый модус – симптоматический. Основной задачей здесь является устранение или смягчение имеющихся клинических симптомов, нарушающих функционирование индивида и чаще всего являющихся непосредственным поводом обращения к специалистам за помощью. Как установлено в ходе нашего исследования, ведущими клиническими симптомами в структуре различных проявлений невротических расстройств у обследованных пациентов являются тревога и депрессия. Несколько реже наблюдаются признаки навязчивых и фобических состояний, которые в свою очередь тесно взаимосвязаны с тревожно-депрессивными проявлениями.

Многие пациенты проявляют готовность к психотерапии именно на этом уровне. Часто они ожидают однократного гипнотического воздействия, которое, по их мнению, способно полностью устранить все имеющиеся у них негативные проявления. В таком случае пациентам подробно разъясняются возможности и ограничения суггестивной психотерапии применительно к каждому конкретному случаю.

Гипнотические внушения, сопровождающиеся появлением состояния измененного сознания, проводятся пациентам как в индивидуальной, так и в групповой форме. При гипнотизации суггестия в виде описания ощущений отдыхающего или засыпающего человека направляется на ту или иную систему восприятия (слуховую, зрительную, кинестетическую) или одновременно на несколько систем. После этого в позитивном формате произносятся ясные и рациональные формулировки лечебного внушения частного характера, обращенного на конкретный симптом (внушение спокойствия, уверенности, хорошего настроения, уравновешенности, эмоциональной устойчивости), или внушения общего характера, ориентированные на гармонизацию состояния всего организма (укрепления жизненных сил, внутреннего равновесия, стабильности, здоровья и т.п.). В зависимости от ожиданий пациента, а также степени его сопротивления суггестии, сами формулировки внушения могут быть более или менее директивными.

Для наведения транса вместо техник классического гипноза используются приемы эриксоновского (недирективного) гипноза. Характер лечебных формулировок здесь наполнен высокой степенью неясности и расплывчатости, что позволяет им свободно включаться в систему индивидуального субъективного опыта пациента. При этом направленность и объем позитивных изменений целиком определяются самим пациентом.

Несмотря на то что гипнотерапию можно отнести к рецептивным техникам психотерапии, которые характеризуются низкой степенью активности пациента и незначительным, нестойким характером положительных изменений [11], применение гипноза в психотерапии несет в себе нескольких позитивных моментов: снижение уровня симпатического реагирования, индивидуальное когнитивное реструктурирование, а также изменение мышления и субъективного течения времени [8].

Более долгосрочных результатов в терапии невротических расстройств на уровне симптоматического модуса можно достигнуть при обращении к возможностям самовнушения, релаксации и аутотренинга, что связано с большей заинтересованностью пациентов, их мотивацией к активной деятельности для решения

собственных проблем. Для этого могут использоваться различные методы: самовнушение по Э. Куэ, самопогружение по Л. Лекрону, исцеляющие настроения Г.Н. Сытина, аутогенная тренировка по И.Г. Шульцу, релаксация по О. Грегору [1] и другие.

Тем не менее психотерапия на уровне симптоматического модуса не является целостной и завершенной формой помощи пациентам с невротическими расстройствами, поскольку затрагивает исключительно внешние проявления нарушений и совершенно не касается глубинных механизмов возникновения патологических состояний. Подобный подход к терапии невротических расстройств может рассматриваться в качестве начального этапа интегративной психотерапии, в ходе которого происходит подготовка пациента к более глубоким формам работы, осуществляемой на уровне следующих модусов психотерапии.

Личностный модус психотерапии. Личностный модус психотерапии основывается на выделении сущности и разрешении внутриличностного конфликта, который является причиной возникновения разнообразной невротической симптоматики.

В классических представлениях о природе неврозов В.Н. Мясищева выделяется три типа невротических конфликтов: неврастенический, истерический, обсессивно-психастенический. Неврастенический внутриличностный конфликт определяется противоречием между актуальными возможностями личности, с одной стороны, и ее стремлениями и требованиями к себе, которые соответствуют требованиям окружающего, с другой стороны. Истерический внутриличностный конфликт отражает такую форму противоречия, которая встречается в тех случаях, когда личность вступает в конфликт с различными моментами окружающей ее действительности, не находя удовлетворения своих требований, стремлений или когда действительность выдвигает требования, идущие в разрез с субъективными требованиями личности. Обсессивно-психастенический тип внутриличностного конфликта наблюдается, когда происходит борьба между желанием и долгом, между принципами и личными привязанностями, между инстинктивными влечениями и этическими надстройками [2].

Причем наличие прямой корреляции между характерологическим типом личности и типом наблюдаемого невротического конфликта не является неперенным условием. В практике, в частности, нередко встречаются такие случаи, когда обсессивно-психастенический конфликт развивается у невротической личности с истерическими чертами.

В ходе психотерапии, проводимой на уровне личностного модуса, создаются условия для того, чтобы пациент установил наличие взаимосвязи между историей своей жизни, системой установившихся отношений, соответствующими им эмоциональными и поведенческими реакциями и невротическими симптомами или психологическими затруднениями. Методологической основой интегративной модели психотерапии невротических расстройств является концепция личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (Б.Д. Карвасарский, Г.Л. Исурина, В.А. Ташлыков), именуемой также патогенетической психотерапией (А.А. Александров), которая является дальнейшим развитием учения В.Н. Мясищева и по своим истокам восходит к психодинамическому течению психотерапии [4].

В то же время в систему личностно-ориентированной психотерапии, которая базируется на анализе конфликта и реконструкции системы отношений, органично интегрируются подходы психотерапии симптоматического модуса, а также различные методы когнитивно-поведенческого, гуманистического, других течений психотерапии.

Психотерапия на уровне личностного модуса проводится как в индивидуальной, так и в групповой форме. Индивидуальная форма дает преимущество возможности более глубокой проработки проблемы пациента в рациональной плоскости, плоскости осознания сути его ситуации. Терапевтический эффект здесь наблюдается за счет психологических механизмов идентификации пациента с терапевтом, а также интериоризации пациентом новых когнитивных построений в отношении его личности и проблем, рождающихся в ходе развития межличностных отношений в диаде "психотерапевт – пациент".

При групповой форме психотерапии уровня личностного модуса терапевтическим средством является не личность самого

психотерапевта, а ситуация межличностного взаимодействия в группе других пациентов, которые могут иметь схожие или отличные проблемы. Именно по этой причине значительно возрастает интенсивность контактов пациента, что позволяет увеличивать силу воздействия на его эмоциональную и поведенческую сферы. Атмосфера искренности и принятия, возникающая в группе, помогает пациенту получать эмоциональную поддержку, а затем на ее основе также в группе формировать новые более конструктивные паттерны реагирования и поведения в проблемных ситуациях и закреплять их в качестве собственных адаптивных моделей функционирования.

Семейный модус психотерапии. Понимание актуальных внутриличностных и межличностных проблем пациента с невротическими расстройствами будет неполным без анализа состояния его семейной сферы. Задачей психотерапии на уровне этого модуса вмешательства не может быть реконструкция семейных отношений пациента. Работа ведется в плане модификации устоявшихся стереотипов, которые сложились в процессе дисфункциональных семейных отношений и определяют сегодняшние патологические симптомы и проблемы пациента [6].

Семейный модус психотерапии определяется направленностью на коррекцию межличностных отношений и устранение эмоциональных расстройств в семье, наиболее выраженных у ее члена, имеющего невротические расстройства.

Данная цель достигается посредством трансформации взглядов членов семьи на проблему от индивидуально-личностного к системному; модификацией проницаемости границ между подсистемами; созданием альтернативных моделей разрешения проблем через прямое или косвенное вмешательство; уменьшением эмоциональной вовлеченности членов семьи в симптоматическое поведение одного из родственников; коррекцией различных форм иерархического несоответствия; прерыванием дисфункциональных стереотипов поведения, взятых из родительской семьи; вынесением на поверхность важных незаконченных дел, открытием семейных секретов; улучшением коммуникативного стиля между членами семьи; облегчением симптомов без возникновения новых сложностей у кого-либо из членов семьи [8].

Несмотря на многообразие существующих теоретических концепций семейной психотерапии, что обуславливает множество ее приемов и методов, чрезвычайно важным является установление семейного диагноза. Для этого определяются: семейная структура (ее связи, иерархия, подсистемы и границы), горизонтальные стрессоры (смещение семейных ролей, стереотипы взаимодействия, семейные секреты, метакоммуникация, триангуляции), вертикальные стрессоры (семейная история, семейный сценарий, цикл развития семьи, трудности перестройки, ресурсы изменений, трансмиссия, травматические события), семейная идеология (семейные нормы, делегирование требований, семейные мифы, семейные ценности, традиции и ритуалы, общий культурный контекст) [8].

Так, построение семейной генограммы позволяет выявить межпоколенный характер проблемы. Беседа по ее обсуждению помогает членам семьи невротического пациента осознать, что симптомы связаны не только с ним, но и с каждым членом семьи. Отсюда следует необходимость изменений не только со стороны одного члена семьи, но и со стороны всех.

Создание семейной скульптуры ее участниками не только воочию выявляет болевые точки семьи и распределение ролей между ее членами, но и дает мощный ресурс для осознания направленности позитивных изменений. При этом каждый член семьи получает возможность определить свое место в данной иерархии и сделать выбор для построения новых отношений в семье, чтобы это было максимально полезно для всех ее членов.

Важной стороной эффективной работы с семьей также является создание психотерапевтом условий для изменения ролевого взаимодействия в семье и обеспечения возможностей для личностного роста ее членов, что, конечно же, положительным образом сказывается и на том ее члене, который имеет невротическое расстройство.

Нарративный модус психотерапии. Выделение еще одного модуса психотерапии пациентов с невротическими расстройствами связано с введением в ее практику понятия "нарратив", которое наряду с представлениями о "дискурсе" занимает центральное место в современной постмодернистской философии и

рассматривается в качестве культурно обоснованной интерпретации определенного аспекта реальности с точки зрения конкретной личности.

В психотерапии нарратив понимается как сообщение пациента о конкретных историях его жизни, прошлого и настоящего с оценками и аффективными установками по отношению к этим историям и действующим лицам. Однако не любое повествование в психотерапии может считаться нарративом. Оно должно отвечать определенным условиям: наличию в ходе рассказа изменений состояния пациента или состояния его окружения, а также отчетливому и конкретному указанию на место, время действия и действующих лиц. Соответственно маркерами нарратива в речи являются: "резюме", предшествующее изложению нарратива; "кода", возвращающая слушателя от повествования к настоящему времени; прямая речь действующих лиц [3].

В нарративной психотерапии считается, что люди склонны интериоризировать ведущие нарративы собственной культуры, полагая, что в них содержится подлинная истина об их идентичности. Данные ведущие нарративы, имеющие глубокие корни в культуре, могут оказывать ограничивающее влияние на развитие личности, сужать многомерное восприятие мира и места личности в нем [16].

К социальным функциям нарратива также относят укрепление социальных связей – групповые нарративы способствуют установлению групповой идентичности и сохранению единства группы [7]. Особо актуальны такие представления о нарративе в ситуациях, когда речь идет о личности в связи с особенностями ее дискурса, свидетельствующими о существовании особой системы смыслов, передающихся посредством повествований.

Работа психотерапевта в русле нарративного модуса ведет к тому, что он ищет скрытые смыслы, пространства и разрывы, признаки конфликтующих историй [8]. Происходит то, что, по сути, является структурированием смысла посредством нарратива.

В ходе психотерапии ведется работа по выявлению у пациента доминирующего нарратива, который является дисфункциональным по своему характеру и опосредованно отвечает за появление патологической невротической симптоматики. Пси-

хотерапевт демонстрирует пациенту, что смысловая завершенность данного нарратива является видимой, даже если это соответствует общепринятому в данной культуре смыслу, а избранная им направленность понимания – не единственной в ряду большого множества разнообразных альтернатив.

Решению невротических проблем пациента помогает предоставление ему возможности отделения своего субъективного жизненного опыта от привычных стратегий его организации. Так, одни жизненные события могут интерпретироваться им как малозначимые или несущественные, в то время как другим – придаваться масштабы крупных неудач.

Немаловажное значение при нарративном модусе психотерапии имеет переключение пациента с позиции стороннего наблюдателя в позицию непосредственного действующего лица (актанта) нарратива, способного активно создавать новую реальность. Таким образом, через придачу нового смысла актуальным лицам и событиям меняется отношение пациента к травмирующей ситуации.

Еще одной возможностью получения позитивных ресурсов в ходе работы с сообщениями и историями пациентов является перевод их нарративов, занимающих периферическое или латентное место в сознании, в центральное положение. Значимость такой тактики определяется отсутствием их отторжения в виду того, что, несмотря на низкую степень их осознанности, они не являются субъективно чуждыми для личности.

Система новых нарративов, которые создаются пациентом в ходе психотерапии, строится на основе их субъективных предпочтений и конкретных устремлений в будущее. Проблема пациента решается за счет того, что в конструировании новой реальности он становится свободным от собственных ограничений, активным в выборе и гибким в тактике. Создаваемый им нарратив придает позитивный смысл направленности его жизни.

Психотерапия при различных вариантах дискурсивного типа личности. Описанные принципы интегративной модели психотерапии отражают общие направления психотерапевтической работы с пациентами, имеющими невротические расстройства. При создании индивидуальной психотерапевтической програм-

мы и формулировании текущих психотерапевтических задач [5] важное место занимает учет дискурсивных особенностей личности [13, 15]. Последовательная клинико-психологическая диагностика дисфункциональных особенностей дискурсивной системы личности позволяет определять мишени для эффективной психотерапии конкретного пациента [14].

Психотерапевтические мишени подразделяются на кратковременные (тактические) и долговременные (стратегические) [10]. В нашем исследовании к разряду кратковременных мишеней психотерапии относятся доминирующие эмоциональные состояния, которые оказывают негативное воздействие на адаптационные возможности личности. Среди долговременных мишеней психотерапии, на наш взгляд, оправдано выделять комплекс психологических характеристик личности, в который входят: самосознание личности, ее мировоззрение, система саморегуляции и межличностные отношения, приспособительные механизмы и условия формирования личности в семейной среде.

В каждой из этих категорий в зависимости от варианта дискурсивного типа личности выделена определенная дисфункциональная зона или непосредственные психотерапевтические мишени, воздействие на которые представляет собой ключевую психотерапевтическую задачу (табл. 1).

Содержание табл. 1, так же как и трех последующих, не носит абсолютного характера. Оно является результатом обобщения клинико-психологических особенностей дискурса у пациентов с невротическими расстройствами. В то же время в них очерчены определенные контуры и направленность психотерапевтического воздействия, наиболее проблемные места в структуре личности и системе отношений пациента, которые обязательно должны детально уточняться и тщательно корректироваться для каждого пациента в контексте его уникальной ситуации.

Дифференцированный вариант дискурсивного типа личности. Степень дисфункциональности дифференцированного варианта дискурсивного типа личности у пациентов с невротическими расстройствами носит нерезко выраженный характер, а потому система психотерапевтических мишеней в данной группе представлена тремя локусами психологического воздейст-

вия – тревожными переживаниями, иррациональными установками магически-мистической направленности и невысоким уровнем автономности.

Таблица 1

Психотерапевтические мишени в структуре личности пациентов с невротическими расстройствами при различных вариантах дискурсивного типа личности

Параметры	Вариант дискурсивного типа личности		
	Дифференцированный	Диффузный	Диссоциированный
Ведущие эмоциональные состояния	Тревога	Тревога	Депрессия
Самосознание личности	–	Самоотношение, основанное на ожидаемом отношении окружающих	Излишняя рефлексивность и избыточная критичность к себе
Мировоззрение личности	Магически-мистическая направленность	Направленность на внешние достижения	Суицидальные склонности
Саморегуляция личности	Зависимость от активности и взглядов окружающих	Прогностическая несостоятельность	Прогностическая несостоятельность
Межличностные отношения	–	Ощущение нехватки межличностного взаимодействия	Неудовлетворенность имеющимися взаимоотношениями
Приспособительные механизмы	–	–	Неконструктивность моделей совладания
Условия формирования личности в семейной среде	–	Избыточный контроль, перфекционизм	Высокая критичность, запрет на проявление эмоций, недоверие к людям

Меньшая выраженность психопатологической симптоматики на субъективном для пациентов этой группы уровне способствует тому, что их мотивация для проведения психотерапии на уровне личностного модуса часто недостаточно сформирована. Такие пациенты нередко проявляют готовность исключительно к биологическим средствам воздействия (чаще – к приему лекарственных препаратов) или выполнению определенных ритуалов, которые сопровождались бы быстрыми позитивными изменениям за счет опыта пребывания в трансом состоянии (табл. 2).

Таблица 2

Содержание психотерапевтических подходов при дифференцированном варианте дискурсивного типа личности

Психотерапевтический подход	Цели психотерапевтического воздействия	Механизмы психотерапевтического воздействия
Суггестивная психотерапия	Смягчение и дезактуализация тревожной и другой патологической симптоматики	Формирование посредством внушения и самовнушения положительных установок
Голотропная психотерапия	Достижение ощущения трансцендентальной связи с окружающим миром, временем и пространством	Эмоциональные переживания в состоянии измененного сознания, вызываемого управляемым дыханием и музыкой
Экзистенциальная психотерапия	Осознание пациентом необходимости принятия ответственности за формирование собственного внутреннего мира и выбор жизненного пути	Освобождение от искажений, фиксаций, односторонности и травматизации, влияющих на переживание

Это обуславливает необходимость обращения к психотерапевтическим техникам суггестивного подхода, подробно описанным выше, и практике голотропной терапии, основанной на приемах работы с дыханием, провоцирующей музыкой, другими формами звукового воздействия, специфической работе с телом и рисованием мандал.

Экзистенциальный подход в форме экзистенциальной гипнотерапии направлен на повышение уровня автономности личности, смягчение негативных последствий воздействия высокой

степени включенности личности в социальную среду.

Диффузный вариант дискурсивного типа личности. Как установлено в нашем исследовании, при диффузном варианте дискурсивного типа личности наблюдается большая выраженность психопатологической симптоматики. В сравнении с дифференцированным вариантом в этой группе пациентов выше уровень дисфункциональных клинико-психологических характеристик личности. Соответственно возрастает число мишеней для психотерапевтической работы и разнообразие целей психотерапевтического воздействия, которые могут достигаться, в частности, приемами психодрамы, гештальт-терапии, структурной семейной психотерапии и экзистенциальной психотерапии (табл. 3).

Интеграции психодрамы в рассматриваемую систему психотерапии способствуют ее такие свойства, как возможность преодоления защитных механизмов, отсутствие формального анализа, отсутствие оценок [9]. В ходе психодрамы происходит творческое осмысление конфликтов, поощряется спонтанность, укрепляются конструктивные поведенческие стереотипы, в том числе в плоскости межличностных взаимодействий и их оценки.

В интегративной модели психотерапии позитивные возможности гештальт-терапии по работе с непосредственными переживаниями пациента в ситуации реального времени обогащаются приемами анализа конфликта, интерпретации различных проявлений психической деятельности. Осознается основа реального самовосприятия и самоотношения на основе внутренних критериев личности.

Вовлечение в процесс психотерапии ресурсов семейной системы пациента делает психотерапевтический процесс более целостным. Структурная модель семейной психотерапии сосредотачивается на актуальном коммуникативном поведении пациента. Изменение коммуникативных стереотипов, как правило, сопровождается поэтапной перестройкой всей системы семейных отношений, что влечет за собой и пересмотр многих сложившихся взглядов и установок, порожденных в недрах родительской семьи.

Экзистенциальный анализ параллельно с концентрацией на извечной теме смысла, рассматривает ценности отношений, проблемы принятия решения, выбора, ответственности. Подоб-

ный анализ жизненной ситуации пациента, его кризисов и тупиков позитивно сказывается не только на эмоциональных симптомах тревожного спектра, но и на его личностном росте, задает вектор дальнейшего осмысленного развития.

Таблица 3

Содержание психотерапевтических подходов при диффузном варианте дискурсивного типа личности

Психотерапевтический подход	Цели психотерапевтического воздействия	Механизмы психотерапевтического воздействия
Психодрама	Возможность переосмысления конфликтов, адекватное самопонимание, модификация неконструктивных моделей реагирования	Спонтанное выражение чувств, связанных с наиболее важными аспектами проблемы
Гештальт-терапия	Восстановление саморегуляции организма через осознание и принятие собственных потребностей, наклонностей	Расширение осознания происходящего "здесь и сейчас" путем устранения рассогласования между вербальными и невербальными проявлениями
Структурная семейная психотерапия	Реконструкция дисфункциональной семейной системы, оптимизация семейных взаимоотношений	Реализация структурных изменений в семейной системе для устранения стабилизирующей роли симптома
Экзистенциальный анализ	Восстановление способности личности к саморазвитию, достижение состояния внутреннего согласия со своей жизнью	Разблокирование внутренних подавленных переживаний для нахождения собственного образа существования в мире

Диссоциированный вариант дискурсивного типа личности. Психологическое состояние пациентов из группы с диссоциированным вариантом дискурсивного типа личности отражает максимальную степень психической дезадаптации при невротических расстройствах. Его тяжесть связана как с нарушением в системах самоотношения и совладания, так и с наличием депрессивных симптомов, сопровождающихся оформленными суицидальными склонностями. По этой причине модель инте-

гративной психотерапии представляет собой систему интенсивного психологического воздействия, в ходе которой предполагаются изменения на четырех уровнях – когнитивном, эмоциональном, поведенческом и телесном посредством приемов и техник поведенческой терапии, когнитивной терапии, телесно-ориентированной психотерапии, групповой динамической психотерапии, потрясающей психотерапии В.А. Ананьева (табл. 4).

При этом когнитивной терапии в методиках А. Бека или А. Эллиса отводится роль научения пациента новым конструктивным сценариям, позволяющим устранить депрессивную насыщенность эмоционального фона и соответствующие им аутодеструктивные тенденции.

Поведенческая терапия в форме различных тренингов здесь направлена на модификацию поведенческих стереотипов пациентов с приданием им черт большей адаптивности, конструктивности, антиципационной компетентности.

Телесно-ориентированная психотерапия влечет за собой положительные изменения в принятии собственной личности, осознании сигналов собственного тела, снятии запретов на свободное проявление эмоций, что делает личность более привлекательной и для межличностных отношений.

Ситуация групповой динамической психотерапии предоставляет пациенту с невротическим расстройством возможность присутствия в плоскости реального эмоционального межличностного взаимодействия, что сопровождается уходом от неадекватных поведенческих стереотипов и выработкой навыков адаптивного совладания.

Потрясающая психотерапия В.А. Ананьева отражает новое видение проблем пациента, выходящее за рамки существующих теорий личности. Узловым моментом этого подхода служит взгляд на жизнь, как последовательность событий, часть которых не является важными для развития, другие – становятся ключевыми в судьбе. Критические события или потрясения в ходе психотерапии рассматриваются пациентами в качестве базового условия их развития. Успешность психотерапии здесь состоит в способности пациента познать и приобрести опыт потрясения, интегрировав его в свою жизнь.

Таблица 4

Содержание психотерапевтических подходов
при диссоциированном варианте дискурсивного типа личности

Психотерапевтический подход	Цели психотерапевтического воздействия	Механизмы психотерапевтического воздействия
Поведенческая терапия	Обретение пациентом новых навыков совладания, повышение коммуникативной компетентности, формирование антиципационной состоятельности, преодоление дезадаптивных стереотипов	Приобретение пациентом коррективного опыта научения с изменениями в когнитивной, аффективной и поведенческой сферах функционирования
Когнитивная терапия	Редукция депрессивной симптоматики, проявляющейся в негативных представлениях пациента о мире, о себе и о собственном будущем	Выявление искажений в мышлении и обучение альтернативным более реалистическим способам формулирования собственного опыта
Телесно-ориентированная психотерапия	Восстановление целостности восприятия пациентом себя как психофизиологического единства во всех его проявлениях	Глубинные личностные изменения за счет освобождения от мышечного напряжения и подавления чувств
Групповая динамическая психотерапия	Коррекция неадекватных отношений пациента с формированием социально-приемлемой системы отношений у участников группы	Интериоризация новых общегрупповых ценностей в процессе внутригруппового воздействия ее участников
Потрясающая психотерапия В.А. Ананьева	Осознание пациентом себя в качестве одной из органичных взаимосоставляющих в миропорядке, встраивание в него без нарушения общего баланса	Постижение индивидуального опыта "потрясения" с переоценкой и переосмыслением жизни и своего пути в ней

Организационные вопросы психотерапии. В условиях Республиканского психотерапевтического центра в г. Чебоксары, на клинической базе которого проводилось данное исследование, организация процесса медико-психологической помощи пациентам с невротическими расстройствами строится в рамках модели тесного взаимодействия работающих здесь специалистов [11].

Обращение лиц с психологическими проблемами или в связи с проблемами психического здоровья производится самостоятельно к врачу-психотерапевту или медицинскому психологу. В ходе приема обратившегося за помощью врач-психотерапевт собирает жалобы, анамнез, оценивает психический статус и устанавливает предварительный диагноз психического расстройства по классификации болезней (в данном случае – невротического расстройства).

При первичном приеме обратившегося психологом специалист определяет характер проблемы и степень ее тяжести. При подозрении на наличие невротического или иного психического расстройства он проводит психологическую диагностику и направляет пациента с результатами к врачу-психотерапевту. В случае отсутствия психических нарушений психолог консультирует обратившегося самостоятельно и разрабатывает для него индивидуальную программу психологической помощи.

После установления предварительного диагноза врач-психотерапевт направляет пациента на консультацию к психологу, который проводит углубленное психодиагностическое обследование пациента, в ходе которого получает дополнительную информацию о его личности, системе значимых отношений. Данная информация помогает врачу-психотерапевту уточнить свое понимание состояния пациента и выставить окончательный диагноз.

Установление окончательного диагноза сопровождается назначением врачом-психотерапевтом комплексного лечения, которое может складываться из психофармакотерапии (лекарственного лечения), собственно психотерапии, других видов лечения (физиотерапии, массажа, рефлексотерапии).

Явным преимуществом подобной формы медико-психологической помощи в условиях Психотерапевтического центра является комплексный характер помощи. Врач-психотерапевт проводит психотерапию, при наличии показаний – лекарственное лечение. Медицинский психолог ведет всестороннюю психологическую диагностику личности и также психотерапию.

В течение всего курса получения медико-психологической помощи пациент интенсивно наблюдается и врачом, и психологом. Врач и психолог в качестве двух котерапевтов организуют групповую психотерапию, в отдельности или совместно проводят сессии индивидуальной или семейной психотерапии.

Подобный подход к оказанию медико-психологической помощи пациентам с невротическими расстройствами помогает значительно повышать ее эффективность.

Таким образом, интегративная модель психотерапии пациентов с невротическими расстройствами строится на основе теории отношений В.Н. Мясищева. В организационном плане психотерапия при невротических расстройствах осуществляется в форме тесного взаимодействия специалистов – врача и психолога, которые взаимно дополняют друг друга, что позволяет значительно повысить эффективность помощи. В зависимости от уровня проработки психологической проблемы пациентом психотерапия проводится на уровне четырех взаимосвязанных модусов вмешательства – симптоматического, личностного, семейного и нарративного. Клинико-психологические особенности дискурсивного статуса личности определяют специфику приложения интегративной модели психотерапии применительно к каждому конкретному пациенту в соответствии с психотерапевтическими мишенями в структуре его личности.

Литература

1. Александров А.А. Аутотренинг. СПб., 2007.
2. Александров А.А. Психотерапия. СПб., 2004.
3. Калмыкова Е.С., Мергенталер Э. Нарратив в психотерапии: рассказы пациентов о личной истории // Психологический журнал. 1998. № 5. С. 97–103.
4. Карвасарский Б.Д. (ред.). Психотерапевтическая энциклопедия. – СПб., 2006.
5. Карвасарский Б.Д. Неврозы. М., 1980.
6. Карвасарский Б.Д., Бабин С.М., Бочаров В.В. и др. Очерки динамической психиатрии: Транскультуральное исследование / под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. СПб., 2003.
7. Квале С. Исследовательское интервью. М., 2003.
8. Кулаков С.А. Практикум по психотерапии психосоматических расстройств. СПб., 2007.

9. *Кулаков С.А., Миназов Р.Д.* Интеграция психодрамы с другими подходами в работе с пациентами, страдающими психосоматическими расстройствами и зависимостями // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2008. № 4. С. 59–68.
10. *Логачева С.В.* О возможностях совершенствования психотерапевтической диагностики и лечения с помощью разработки системы психотерапевтических мишеней // Сборник тезисов научной конференции с международным участием "Психиатрические аспекты общемедицинской практики". Санкт-Петербург, 26-27 мая 2005 г. СПб., 2005. С. 277–279.
11. *Николаев Е.Л.* Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры. Чебоксары, 2006.
12. *Николаев Е.Л.* Словарь по психотерапии и клинической психологии. Чебоксары, 2002.
13. *Николаев Е.Л., Сулова Е.С.* Дискурс и психическое здоровье личности: современные взгляды // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2010. № 6. С. 87–126.
14. *Николаев Е.Л., Сулова Е.С., Александров Д.В.* Клинико-психологический дискурс исследований здоровья // Вестник Чувашского университета. 2010. № 4. С. 164-170.
15. *Сулова Е.С., Николаев Е.Л.* Дискурсивный характер системы отношений у пациентов с невротическими расстройствами // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. 2009. Т. 15. № 1. С. 328–332.
16. *Фридман Д., Комбс Д.* Конструирование иных реальностей: истории и рассказы как терапия. М., 2001.