

УДК 616.8-009:615.851

ББК Ю974.581:Ю994

ПСИХОТЕРАПИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И МЕХАНИЗМЫ

Е.А. Колотильщикова

*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия*

Психотерапия является наиболее важным и признанным средством лечения неврозов и невротических расстройств в силу того, что она нацелена на разрешение внутриличностных конфликтов, лежащих в основе психических нарушений невротического уровня [8, 22, 59]. В наших предыдущих работах мы описывали психологические механизмы неврозогенеза [11–13], дифференциальные подходы при диагностике невротических расстройств [7, 14], а также наиболее оптимальные подходы к их терапии [15, 16]. Тем не менее в исследованиях, посвященных психотерапии, в последние годы появляется немало новой информации, которая нуждается в осмыслении и соотнесении с уже сложившимися представлениями и подходами психотерапии. Задача выделения и сравнительного описания психологических факторов и механизмов психотерапии является по-прежнему актуальной.

Так, в психодинамически ориентированном направлении психотерапии в качестве основных терапевтических подходов используются метод свободных ассоциаций и интерпретация терапевтом переноса, сопротивления и сновидений пациента. Представители классического психоанализа психотерапевтические воздействия фокусируют на том, чтобы помочь больным с невротическими расстройствами не бояться импульсов своего Ид и успешно их контролировать [32, 46]. Различные ответвления от ортодоксального психоанализа, например, терапия объектных отношений, направлены скорее на то, чтобы помочь пациентам обнаружить и разрешить детские проблемы взаимоотношений, которые продолжают поддерживать высокий уровень тревоги и других психопатологических симптомов в зрелом возрасте [10, 52, 53, 74].

В рамках гуманистической и экзистенциальной моделей психотерапии основные интервенции предполагают эмпатию и без-

условное позитивное отношение к пациенту, а также экзистенциальную конфронтацию [2, 21, 34, 41, 66]. Исходным является предположение о том, что атмосфера искреннего принятия и заботы дает ощущение безопасности, в котором нуждаются больные с различными нервно-психическими заболеваниями. Чувствуя безопасность, пациенты могут лучше определить свои истинные потребности, мысли и эмоции, а также «узнать» себя, что означает научиться целиком доверять себе, быть аутентичным, принимать себя и мир таким, какой он есть. Если решить основные феноменологические проблемы, связанные со страхом смерти, одиночества, ответственности и бессмысленности существования, у больного с невротическим расстройством тревога и другие симптомы будут постепенно редуцироваться.

В основу поведенческой психотерапии положен метод систематической десенсибилизации, разработанный J. Wolpe [73]. Пациенты учатся расслабляться, находясь под воздействием объектов или ситуаций, вызывающих у них страх, тревогу и другие невротические реакции. Поскольку состояние расслабления и тревога, страх несовместимы, то реакция расслабления препятствует появлению негативных эмоциональных реакций. Кроме того, одной из известных бихевиористских техник является терапия наводнением (или экспозиционная терапия), при которой пациент постепенно перестает бояться тех вещей, с которыми он неоднократно сталкивается [35, 36, 45]. Терапевты заставляют больного встречаться с пугающими предметами или ситуациями, не прибегая к систематической десенсибилизации.

В когнитивном направлении терапевты помогают пациентам менять неадекватные убеждения, которые, предположительно, лежат в основе их расстройства, обучают больных с различными нервно-психическими расстройствами адекватным навыкам совладания в стрессовых ситуациях [19, 38, 43, 44, 58].

Вопрос об основополагающих психологических механизмах, общих для всех школ и направлений, благодаря которым у пациента происходят изменения в процессе психотерапии, возник относительно недавно. Его появление обусловлено тем, что и клиническая психология, и психотерапия, в том ее аспекте, который тесно взаимосвязан с теориями личности, находятся на новом этапе развития.

Согласно T.S. Kuhn [56], существуют три стадии развития любой науки: раннего развития, нормальной науки и стадия научной

революции. Ранняя стадия развития характеризуется отсутствием общепринятой модели, или парадигмы, определяющей сферу наблюдений и методы, которые следует применять в эмпирическом исследовании. Стадия нормальной науки начинается с принятия подобной модели и опирается на отчетливые, воспроизводимые научные достижения. Вместо множества конкурирующих школ в данной области знаний их остается очень немного, а то и вовсе – одна-единственная школа [26]. В последнее время появляется все больше свидетельств того, что в научной психологии доминирует когнитивная точка зрения, взявшая верх над психоанализом и бихевиоризмом [65]. Т.С. Kuhn [56] считает, что социальные науки все еще находятся на стадии раннего развития и не достигли стадии первой общепринятой парадигмы. Однако в последнее время стало появляться все больше научных работ, в которых осуществляются попытки интегрировать накопленные к настоящему моменту знания, в психотерапии они связаны с переориентацией с теоретических подходов на процессуальные. Иными словами, современные системы психотерапии все больше пытаются центрироваться не на теориях личности и психопатологии, а на процессах изменения, в первую очередь они занимаются лечением нервно-психических расстройств, а не их объяснением [5, 27, 28, 49, 50]. В этой связи встает вопрос о выделении основных психологических механизмов, лежащих в основе терапевтических изменений, общих для всех направлений психотерапии.

Разные ученые выделяют неодинаковое число общих психотерапевтических факторов/механизмов. Так, К. Grawe [49] различает «компетентность в совладании/преодолении» («*mastery/coping*»), «прояснение и коррекцию значений» («*clarification of meaning*»), «актуализацию проблемы» и «активацию ресурсов». Первый механизм касается способности пациента к усвоению тех умений и навыков совладания, дефицит которых обусловлен наличием нервно-психического расстройства. Второй механизм связан с переоценкой ситуации, которую больной расценивает как угрожающую, пугающую, катастрофическую и т.п. Третий состоит в актуализации проблемных паттернов эмоций и поведения с целью их непосредственной коррекции в процессе психотерапии, например, в ходе психодрамы. Четвертый механизм подразумевает мобилизацию ресурсов со стороны пациента, чтобы в нем произошли и устойчиво сохранялись терапевтические изменения.

J.O. Prochaska и J.C. Norcross [28] определяют десять механизмов/процессов изменения, которые на сегодняшний день получи-

ли наибольшее эмпирическое подтверждение: 1) повышение осознания; 2) катарсис/резкое облегчение; 3) самопереоценка; 4) переоценка среды; 5) самоосвобождение; 6) социальное освобождение; 7) противообусловливание; 8) стимульный контроль; 9) управление обстоятельствами; 10) помогающие отношения. Авторы предложили транстеоретическую модель, по существу интегративную, опирающуюся на три ключевых параметра: процессы, стадии и уровни изменения [28, 29, 64]. Соответственно, процессы – это скрытые или явные действия, которые пациент предпринимает, чтобы изменить эмоции, мышление, поведение или отношения, связанные с конкретными проблемами. Стадии представляют собой специфические совокупности установок, намерений и паттернов поведения, связанных со статусом пациента в цикле изменения. Авторы транстеоретической модели выделяют пять стадий: предварительное обдумывание, обдумывание, подготовка, действие и сохранение. Изменение является феноменом, который раскрывается во времени. Каждая стадия отражает не только период времени, но и набор задач, необходимых для перехода к следующей стадии. Хотя время, затрачиваемое пациентом на каждой стадии, варьирует, считается, что задачи, которые должны быть выполнены, инвариантны.

Важной детерминантой прогноза терапии является долеченная стадия изменения пациента, чем дальше он продвинулся в стадиях изменения к началу психотерапии, тем быстрее сможет прогрессировать. Установлено, что это правило срабатывает, в том числе, для больных с паническим расстройством [39].

Стадии изменения человека обеспечивают предписывающую, а также запрещающую информацию о лечении выбора. Разновидности терапии, ориентированные на действие (например, поведенческая психотерапия), могут быть очень эффективными для больных, находящихся на стадиях подготовки и действия. Однако те же самые программы могут оказаться неэффективными для пациентов на стадиях предварительного обдумывания или обдумывания, для них наиболее продуктивны когнитивные и психоаналитические подходы.

Уровни изменения отражают иерархическую организацию пяти отличающихся, но взаимосвязанных уровней психологических проблем, к которым обращаются в психотерапии: 1) симптомные/ситуационные проблемы; 2) дезадаптивные когниции; 3) интерперсональные конфликты в настоящем; 4) семейные/системные конфликты; 5) интраперсональные конфликты.

При вмешательстве на различных уровнях изменения могут быть использованы три базовые стратегии. Первой является смещение уровней. Это последовательное прохождение через все стадии изменения до тех пор, пока состояние пациента не улучшится в достаточной степени или пока не будут проанализированы самые глубокие, наименее осознаваемые и наиболее резистентные интраперсональные конфликты. Это стратегия смещения с более высокого на более глубокий уровень. Второй стратегией является фокусировка на ключевых уровнях. Если имеющиеся факты недвусмысленно указывают на один ключевой уровень каузальности (как в случае с невротическими расстройствами), то психотерапевт может работать прежде и больше всего на этом уровне вмешательства. Третья альтернатива — стратегия максимального воздействия. При максимальном воздействии можно разработать интервенции, которые влияют на пациента на всех уровнях изменения.

Продолжительность психотерапии варьирует в зависимости от стадии и уровня изменения, а также от того, насколько успешно пациенты работают между сессиями. Больные, которые начинают лечиться будучи уже подготовленными к действиям, могут проходить краткосрочный вариант психотерапии в течение 6-10 сеансов. Чем большее количество защитных барьеров надо преодолеть пациентам, и чем менее успешна работа, которую они способны проделать, тем дольше длится курс психотерапии, занимающий в этих случаях от 6 месяцев и больше.

К. Grawe, J.O. Prochaska [28, 47] считают, что со временем специальные научные исследования позволят узнать, какой именно уровень вмешательства наиболее эффективен для конкретных пациентов с конкретными психическими расстройствами. На настоящий момент считается, что психоаналитические разновидности психотерапии наиболее полезны на стадиях предварительного обдумывания и обдумывания. Экзистенциальная, когнитивная и интерперсональная терапия особенно хорошо подходит для стадий подготовки и действия. Поведенческая и экспозиционная терапия наиболее показана во время действия и сохранения.

Транстеоретическая модель предлагает «средство подгонки лечения», а именно соотнесение его со стадией и уровнем изменения пациента. Если больные с нервно-психическими расстройствами различаются в своей готовности предпринять действия касательно своих нарушений, то лечебные методы должны варьировать с точки зрения того, сколь интенсивных действий они тре-

буют от клиентов. Например, в рамках поведенческого направления разработаны вмешательства, ориентированные на действие, но эти психотерапевтические мероприятия могут быть адекватны только для небольшого процента людей, которые подготовлены к действию в любой отдельно взятый момент времени.

В настоящее время в ряду общих факторов/механизмов психотерапии рассматривается проблема мотивации в психотерапии, она разделяется на несколько составляющих [1, 3, 5, 9, 27, 30, 33], в частности на мотивацию самого больного (или клиента) к изменениям и переменные мотивации со стороны психотерапевта, которые способствуют или препятствуют развитию активной мотивации.

В начале развития психотерапии большое внимание уделялось разработке критериев и подбору «подходящих» пациентов для лечения — это было связано с тем, что ответственность за неудачный исход терапии приписывалась пациенту [3-4]. Эта точка зрения наиболее полно представлена в работах основоположников психоанализа и основана она на теории глубинной мотивации. Так, S. Freud [32] считал, что у пациента нет никакого бессознательного желания прогрессировать в лечении; скорее, наоборот, он сильно мотивирован сопротивляться попыткам психотерапевта помочь ему, поскольку симптомы и дефекты характера пациента поддерживаются удовлетворением, которого он бессознательно достигает путем фиксации некоторых своих импульсов на инфантильных объектах и целях.

В дальнейшем такая призма рассмотрения проблемы мотивации была существенно пересмотрена, и в настоящее время даже психоаналитически ориентированные психотерапевты признают ее ошибочность. Например, J. Weiss [4] утверждает, что пациенты бессознательно сильно мотивированы прогрессировать в терапии, но боятся делать это, так как симптомы и проблемы характера поддерживаются патогенными убеждениями, которые формируются в раннем детстве на основе полученного опыта в родительской семье. Эти убеждения предостерегают пациента: если он откажется от своей психопатологии, то подвергнет себя или тех, кого любит, опасности.

Изменения во взглядах на вопрос мотивации произошли и в рамках когнитивно-поведенческого направления. Ортодоксальные представители этой школы, находясь в оппозиции к психоаналитикам, практически не рассматривали эту проблему, так как само обращение пациента за помощью и проведение ряда техни-

ческих интервенций, основанных на десенсибилизации, считались достаточными условиями достижения позитивных изменений. Современные сторонники этого направления уже не так категоричны в этом вопросе. Так Р. Emmelkamp (2004) указывает, что «роль клиента заключается в том, чтобы сотрудничать с психотерапевтом при использовании технических приемов, но клиент не должен становиться лишь объектом применения этих приемов. Самые мощные технические приемы окажутся бесполезными, если клиент будет лишен мотивации и не готов к сотрудничеству с психотерапевтом». Видные представители когнитивно-поведенческой психотерапии R.L. Wessler и S. Hankin [72] пишут: «Поведенческий и когнитивный подходы... применимы для работы лишь с клиентами, готовыми выполнять домашние задания. Выполнение таких заданий – необходимое условие эффективности психотерапии. Решение клиента не сотрудничать с психотерапевтом в ходе психотерапии само по себе требует понимания, достигаемого благодаря использованию психологических принципов».

Психотерапевты, относящие себя к экзистенциально-гуманистическому направлению, придают мотивации пациента к психотерапии первостепенное значение. Например, один из самых известных психотерапевтов J.F.T. Bugental [2] пишет: «Во многих направлениях психотерапии вниманию и мотивации клиента придается большое значение, большинство же экзистенциалистов твердо убеждены в том, что названные факторы не просто желательны, а являются абсолютно необходимым условием подлинной глубокой психотерапии».

Обзор воззрений на проблему мотивации в психотерапии может быть очень обширным, точек зрения может быть столько же, сколько существует многочисленных, отличающихся друг от друга взглядов на теорию и практику психотерапии. При этом нередко психотерапевты склонны считать свое видение обсуждаемого вопроса единственно верным. По этому поводу J.K. Zeig и W.M. Munion в предисловии к книге «Психотерапия – что это?» [6] иронично цитируют афоризм Марка Твена: «Если единственный инструмент, которым вы располагаете, это молоток, то множество различных предметов покажутся вам гвоздями».

Существующие точки зрения иногда носят экстремальный характер, так E.L. Phillips [63] считает, что до настоящего времени никакие параметры индивидуальных особенностей клиентов, в том числе мотивация, не обнаружили приемлемой валидности. Автор полагает, что любая психотерапия характеризуется тем, как

она *организована* (каковы, например, принятые в ней временные границы), важны условия, в которых проводится психотерапия, в связи с этим методы, ориентированные на содержание теорий мотивации, личностных черт и т.д., должны быть исключены из научного рассмотрения.

Однако чаще всего взгляды современных исследователей не столь радикальны, большинство из них в целом признают, что психотерапия может помочь большинству людей, а для оказания этой помощи имеется масса разнообразных методов, эффективность которых уже доказана. Практикующим специалистам рекомендуется отказаться от подбора пациентов и направить свои усилия на выбор метода лечения, отвечающего нуждам и возможностям каждого больного индивидуально.

В то же время соблюдение этих рекомендаций не исключает осмысленного учета личностных характеристик пациентов и психотерапевтов, и прежде всего тех из них, которые напрямую связаны с вопросом мотивации. На необходимость рассмотрения этих факторов указывают результаты исследований, обобщенных М. J. Lambert [57] и G. Stricker [68] и свидетельствующих о том, что: а) неудачи психотерапии не являются неотъемлемым свойством определенных психотерапевтических подходов или определенных психотерапевтов; б) пациентам, которым не помогает один тип лечения, обычно не помогает и любой другой вид лечения. Как уже указывалось, в современных руководствах по психотерапии и клинической психологии эти переменные анализируются в разделе «Общие факторы психотерапии», в них наиболее часто выделяют следующие характеристики, в той или иной степени влияющие на уровень мотивации пациента:

1. Степень испытываемого психического напряжения (уровень дистресса). Ученые считают, что чем она выше, тем выше мотивация к выздоровлению [3, 5]. Чем более тревожен или подавлен человек (до определенных пределов) в момент обращения к психотерапевту, тем выше вероятность того, что он продолжит лечение и вступит в активное взаимодействие с терапевтом [51].

2. Степень информированности о психотерапии. К моменту обращения к психотерапевту у пациента чаще всего уже имеется сложившееся мнение (как правило, ограниченное, либо искаженное) о том, в чем должна состоять психотерапия и чего с ее помощью можно добиться. В качестве рекомендаций I.B. Weiner [3] предлагает проанализировать и модифицировать подобные пред-

ставления до начала лечения, «так как успех психотерапии частично зависит от соответствия ожиданий пациента и намерений психотерапевта».

3. Терапевтические экспектации (ожидания) [27]. Степень соответствия конкретного психотерапевтического предложения ожиданиям пациента может существенно повлиять на уровень мотивации и течение терапии. Практически все пациенты настаивают себя на быстрое излечение. Даже те, кто осознает, что для достижения положительного результата обычно требуются месяцы или годы, все же испытывают разочарование, когда после нескольких сеансов не обнаруживают ощутимых изменений. Кроме того, многие люди обращаются к психотерапевту, ожидая, что он полностью разрешит все их эмоциональные проблемы раз и навсегда. Заметив, что пациент, явно или скрыто, питает подобные надежды, терапевт должен быть готов обсудить с ним цели и возможные результаты лечения.

Другой аспект ожидания – это ожидание успеха со стороны пациента; этот фактор тщательно изучали в основном в рамках исследования плацебо. В настоящее время большинство психотерапевтов сходятся во мнении, что те, кто стремится к лечению и на момент обращения уже готов к активному сотрудничеству, имеют больше шансов на позитивный исход, чем те, у кого эти проявления мотивации отсутствуют.

К феномену ожидания относится также компетентность, приписываемая психотерапевту пациентом, и насколько пациент считает психотерапевта заслуживающим доверия [69].

4. Интенсивность и форма расстройства. Почти все известные исследователи определяют ряд ограничений в проведении психотерапии, связанных с характером расстройства пациентов. N. McWilliams [20] считает, что больные с психопатическим (асоциальным), нарциссическим, шизоидным, параноидным и маниакальным типами организации характера тяжело поддаются психотерапевтическим воздействиям именно по причине их недостаточной или патологической мотивации. Однако это не означает, что психотерапия не может помочь таким больным, существует большое количество исследований, где доказано наличие позитивных изменений, произошедших в ходе лечения в жизни большинства пациентов, даже тех, кто страдает серьезными психическими расстройствами с хроническим или рекуррентным течением [42, 67].

5. Степень дефензивности, иными словами, чем более пациенту присущи робость, застенчивость, ранимость и прочие подобные характеристики, тем выше вероятность достижения им успеха в процессе психотерапии [60]. Опираясь на конструкт дефензивности, можно интерпретировать и такие переменные, как «готовность пациента приступить к терапии» и «самоэксплорация» [27].

К характеристикам психотерапевта, способствующим развитию и укреплению позитивной мотивации у пациента, относят:

1. Способность устанавливать теплые, уважительные и не вызывающие страх (доверительные) отношения с пациентом. D.E. Orlinsky, K. Grawe, B.K. Parks [60] обобщают современное состояние исследований, посвященных переменным терапевтическим отношений: свыше 1000 соответствующих результатов говорят о том, что этот фактор является основной переменной психотерапевта как в индивидуальной, так и в групповой терапии и сильно влияет на воздействие терапии в целом. Важнейшей задачей психотерапевта в этой связи является необходимость вселять в пациента надежду на получение помощи и давать ему возможность ощутить реальные успехи, поддерживая тем самым эту надежду.

2. Ожидания и установки психотерапевта по отношению к пациенту влияют на поведение и психотерапевта, и пациента (по аналогии с эффектом Розенталя). Исследования этого вопроса показывают, что наиболее сильное воздействие наблюдается в том случае, если ожидания психотерапевта и пациента позитивны [40].

3. Личностные характеристики, которые выступают для пациентов в качестве модели. Воздействием модели обладают такие особенности психотерапевта, как уверенность в себе, принятие себя, отсутствие тревоги или толерантность к фрустрации, а также позитивные ценностные и общие установки [5, 27, 30]. Л.Ф. Бурлачук с соавт. [1] в качестве важной характеристики выделяет альтруизм.

В целом, ни переменные психотерапевта, ни переменные пациента нельзя считать интраиндивидуально независимыми друг от друга, они находятся в постоянном интериндивидуальном взаимодействии. Однако при всем многообразии взглядов, в современной литературе основной акцент делается не на недостаточной мотивированности пациента, а на ответственности психотерапевта за создание тех условий, в которых эта мотивация может появиться и укрепиться.

Возвращаясь к вопросу об основных процессах/механизмах терапевтических изменений, необходимо отметить, что общими

их делает то, что они затрагивают всю психофизиологическую систему личности: мотивационные, эмоциональные, когнитивные, моторные, психофизиологические, биохимические и неврологические функции. В последнее время стали появляться экспериментальные доказательства этого положения.

В исследовании Raquette et al. [61] с помощью функциональной МРТ были изучены эффекты когнитивно-поведенческой психотерапии в отношении их влияния на активность головного мозга при провокации симптомов в группе из 12 больных с арахнофобией. До лечения демонстрация фильмов, вызывающих приступ страха, вызывала активацию правой дорсолатеральной префронтальной коры и парагиппокампальной извилины, после успешно проведенной психотерапии эта усиленная активность нормализовывалась.

Еще одна работа, посвященная нейрофизиологическим эффектам психотерапии, была проведена Furmark et al. [47] методом позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) в группе больных с социофобией, после психотерапии у этих пациентов отмечалось уменьшение активности в миндалине и гиппокампе.

В ПЭТ-исследовании Baxter et al. [37] обнаружили снижение кровотока в головке правого хвостатого ядра после успешного лечения больных с обсессивно-компульсивным расстройством. Многими исследователями повышение активности хвостатого ядра связывается с возникновением навязчивых состояний.

Помимо концептуальных подходов в современной психотерапии все большую популярность и распространение получают практические лечебные руководства, основанные на строгой научно-исследовательской базе и доказанных фактах и описывающие конкретные рекомендации по технике и структуре построения интервенций [5, 28, 60]. Одним из таких признанных эмпирических подходов стала тактически и стратегически хорошо структурированная интерперсональная психотерапия. Ее авторами в конце 60-х – начале 70-х г.г. XX века стали американские психиатр G.L. Klerman и социальный психолог M.M. Weissman [54, 55]. Метод представляет собой краткосрочный (до 16 одночасовых встреч, 1-2 раза в неделю) вариант психотерапии депрессий, фокусирующийся на межличностных отношениях пациента, с целью редукции депрессивной симптоматики и разрешения социальных и межличностных проблем, которые связаны с началом развития симптомов.

В современной западной литературе некоторые авторы интерперсональную психотерапию G.L. Klerman и M.M. Weissman рас-

смаатривают в рамках социокультурной терапии, например, R.J. Comer [17] в своей книге пишет: «Наиболее эффективными социокультурными подходами при лечении монополярной депрессии являются межличностная психотерапия и супружеская терапия. Приемы, используемые в этих видах лечения, часто заимствованы из других моделей, но в данном случае они применяются с целью помочь людям преодолеть социальные трудности, которые могут лежать в основе их депрессии».

Другие признанные исследователи [27, 49] считают, что интерперсональная психотерапия G.L. Klerman и M.M. Weissman представляет собой особый случай – ее нельзя отнести ни к одной из трех существующих традиционных школ психотерапии. Речь идет о новой терапевтической форме, в которой самое главное – интерперсональная направленность, хотя она и демонстрирует значительное сходство с когнитивно-поведенческими терапевтическими программами терапии, особенно в части цели и практических действий.

G.L. Klerman и M.M. Weissman [54, 55] разработали теоретическое обоснование происхождения депрессивных расстройств, при этом в своих гипотезах генеза депрессий они опирались на концепции более старых и новейших социально-психиатрических исследований с привлечением подходов, базирующихся на психологии развития и социальной психологии; при этом не в последнюю очередь авторы ссылаются на исследования привязанности и исследования поддержки.

Так, проведенные исследования показывают, что на вероятность возникновения депрессии влияет доступность социальной поддержки. В США среди людей, живущих отдельно со своим супругом или разведенных, распространенность депрессии в три раза выше, чем среди женатых или вдовствующих, и в два раза выше, чем среди людей, никогда не состоявших в браке [71]. Люди, живущие обособленно и лишенные эмоциональной поддержки, по видимому, особенно предрасположены к депрессии в периоды стресса [62]. Исследования также показывают, что у людей, лишенных социальной поддержки, депрессия длится дольше, чем у тех, рядом с кем есть готовый помочь супруг или верные друзья [48].

На этой теоретической базе G. L. Klerman и M. M. Weissman постулировали следующие положения: интерперсональные отношения выполняют важнейшую функцию в предупреждении депрессивных расстройств; утраты и проблемы интерперсонального уровня имеют существенное значение для развития и/или под-

держания депрессии. Главная особенность интерперсональной психотерапии – в наличии многоуровневой стратегии для разрешения конкретных проблем.

G.L. Klerman и M.M. Weissman утверждают, что к депрессии может приводить и должна быть учтена любая из четырех межличностных проблемных областей: межличностная утрата, межличностный ролевой конфликт, межличностный ролевой переход (сдвиг) и межличностный дефицит [54, 55]. На начальном этапе пациентов следует освободить от «давления симптомов», преподнеся им адекватную информацию относительно вида и прогноза течения расстройства; не исключается и даже приветствуется сочетание психотерапии с психофармакотерапией.

Уже собственно в фазе терапии предусматривается отнесение депрессивного расстройства к межличностному контексту. На этом этапе происходит пересмотр текущих и прошлых межличностных отношений: устанавливается природа взаимодействия со значимыми людьми; ожидания пациентов и значимых для них людей друг от друга; удовлетворительные и неудовлетворительные аспекты отношений.

Затем определяются основные проблемные зоны, относящиеся к текущей симптоматике, и заключается «контракт» с четким определением фокуса терапии, ясной формулировкой желаемого результата. Подчеркиваются принципы интерперсональной психотерапии: «здесь и сейчас», необходимость для пациента обсуждать любые изменения эмоционального состояния, практическая направленность коррекции. Последующее лечение концентрируется в первую очередь на соответствующем круге проблем, причем в центре терапевтической беседы стоит идентификация и изменение эмоций и когнитивных установок, релевантных для проблемы; важными частными целями могут быть коррекция неадекватных устойчивых стилей коммуникации и развитие позитивных контактов и видов деятельности.

Во-первых, люди с депрессией могут тяжело переживать *межличностную утрату*, потерю значимого, любимого человека. В подобных случаях психотерапевты побуждают пациентов проанализировать свои отношения с человеком, которого они потеряли, и излить накопившиеся чувства (в том числе и гневные) в его адрес. В конце концов, пациенты начинают по-новому оценивать потерю, а также пытаются завязать новые отношения с другими людьми.

Во-вторых, люди с депрессией часто оказываются участниками *межличностного ролевого конфликта*. Ролевые конфликты проявляются в том случае, когда два человека имеют разные ожидания, касающиеся их отношений и роли, которую должен играть каждый из них. Интерперсональные психотерапевты помогают пациентам изучить все конфликты, участниками которых те являются или могут быть, и разрешить их.

Люди с депрессией могут также сталкиваться с межличностным ролевым сдвигом, вызываемым такими серьезными жизненными переменами, как развод или рождение ребенка. Они могут чувствовать себя неспособными справиться с теми ролевыми изменениями, которые сопровождают эти жизненные перемены. В подобных случаях психотерапевты помогают пациентам обрести социальную поддержку и овладеть навыками, которые необходимы для исполнения новых ролей.

Наконец, некоторых людей с депрессией отличает межличностный дефицит, например, повышенная застенчивость или неумение вести себя в обществе, который не позволяет им завязать близкие отношения. Психотерапевты, придерживающиеся интерперсонального подхода, могут помочь таким людям увидеть свои недостатки, а также привить им социальные навыки и уверенность в собственных силах с целью повышения их социальной эффективности.

Как уже отмечалось, этих целей интерперсональные психотерапевты пытаются достичь в основном путем обучения основным ведущим принципам, в то время как конкретные тренинговые методы используются только от случая к случаю и являются дополнительными. Это могут быть техники «отреагирования аффекта» и «катарсиса», процедуры коммуникационного анализа, техники изменения (регуляции) поведения, тренинги асертивности и другие методы, имеющие много общего с набором когнитивных, психодраматических, гештальт-техник, которые выбираются исходя из целей и задач работы с каждым конкретным пациентом.

В этой связи может повышаться значимость не только гармоничности социокультурной идентичности человека [24, 25, 31], но и вопросов его духовного совершенствования [22, 23], что также имеет тесную взаимосвязь с психосоматическими взаимоотношениями [18].

Значение подобных методов возрастает с ростом урбанизации и индивидуализации общества, когда традиционная социальная поддержка, характеризующая социум с начала цивилизации,

постепенно угасает со снижением роли больших семей, близких соседей, количества друзей и знакомых. Есть пределы, до которых общество может продолжать сокращать или разрушать прежние системы поддержки, но люди по-прежнему будут все больше и больше нуждаться в привязанностях для обеспечения эмоциональной поддержки, для образования семей и рождения детей.

Таким образом, общие психологические факторы и механизмы психотерапии связаны с целостной психобиологической системой личности. Одним из значимых психологических механизмов психотерапии является мотивация. К факторам мотивации, связанным с пациентом, относятся: уровень дистресса; степень информированности о психотерапии; терапевтические ожидания; глубина и форма нарушения, степень дефензивности пациента. Характеристики психотерапевта, способствующие развитию и укреплению позитивной мотивации у пациента, относятся к способности устанавливать доверительные отношения с пациентом; ожиданиям и установкам психотерапевта по отношению к пациенту, влияющим на поведение и психотерапевта, и пациента; личностным характеристикам психотерапевта, выступающим для пациентов в качестве модели. Основной акцент в современной психотерапии ставится не на недостаточной мотивации пациента, а на ответственности психотерапевта в создании условий, в которых мотивация пациента может реализоваться в полной мере.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурлачук Л.Ф., Кочарян А., Жидков М. Психотерапия. СПб.: Питер-Юг, 2009. 472 с.
2. Бьюдженталь Д. Наука быть живым: Диалоги между терапевтом и пациентами в гуманистической терапии. М.: Класс, 1998. 336 с.
3. Вайнер И. Основы психотерапии. 2-е изд. СПб.: Питер, 2002. 288 с.
4. Вайсс Дж. Как работает психотерапия: процесс и техника. М.: Класс, 1998. 240 с.
5. Гарфилд С. Практика краткосрочной психотерапии. 2-е изд. СПб.: Питер, 2002. 256 с.
6. Зейг Дж.К. Психотерапия – что это? Современные представления / под ред. Дж.К. Зейга, В.М. Мьюниона. М.: Класс, 2000. 432 с.
7. Карвасарский Б.Д., Колотильщикова Е.А., Караваева Т.А., Бабурин И.Н., Лысенко И.С. Сравнительное исследование структуры личности у больных с невротическими и неврозоподобными расстройствами с позиций психодинамической концепции личности Г. Аммона // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Сер. Психология. 2011. № 18 (235). С. 104–110.
8. Карвасарский Б.Д. Неврозы. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1990. 576 с.

9. Карвасарский Б.Д. Психотерапия / под общ. ред. Б.Д. Карвасарского. 3-е изд. СПб.: Питер, 2008. 672 с.
10. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии: пер. с англ. М.: Класс, 2000. 464 с.
11. Колотильщикова Е.А. Обоснование психологических механизмов невротических расстройств // Вестник психотерапии. 2011. № 39. С. 64–78.
12. Колотильщикова Е.А. Психологические механизмы невротических расстройств): дис. ... д-ра психол. наук. СПб., 2012.
13. Колотильщикова Е.А., Лысенко И.С., Чехлатый Е.И. Современные представления о конфликтах // Вестник психотерапии. 2010. Т. 38, № 33. С. 90–103.
14. Колотильщикова Е.А., Мизинова Е.Б. Сравнительное исследование локуса контроля у больных с невротическими расстройствами в период социально-экономических перемен в стране (1987–2009 гг.) // Вестник Пятигорского государственного лингвистического университета. 2010. № 2. С. 329–331.
15. Колотильщикова Е.А., Мизинова Е.Б., Полторац С.В., Чехлатый Е.И. Мотивация в психотерапии (обзор литературы) // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2011. № 2. С. 13–16.
16. Колотильщикова Е.А., Мизинова Е.Б., Чехлатый Е.И. Копинг-поведение у больных невротизма и его динамика в процессе краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии // Вестник психотерапии. 2004. № 12. С. 9–22.
17. Комер Р.Дж. Патопсихология поведения: Нарушения и патологии психики: пер. с англ. СПб.: Прайм-Еврознак; М.: ОЛМА-пресс, 2005. 638 с.
18. Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Психосоматические соотношения при кардиальной патологии: современные направления исследований // Вестник Чувашского университета. 2012. № 3. С. 429–435.
19. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. СПб.: Речь, 2001. 256 с.
20. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе: пер. с англ. М.: Класс, 2001. 480 с.
21. Мэй Р. Смысл тревоги: пер. с англ. М.: Класс, 2001. 384 с.
22. Николаев Е.Л. Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006. 384 с.
23. Николаев Е.Л. Проблемы духовного совершенствования в лечении психических расстройств // Вестник психотерапии. 2005. № 14. С. 9–20.
24. Николаев Е.Л., Сулова Е.С., Александров Д.В. Клинико-психологический дискурс исследований здоровья // Вестник Чувашского университета. 2010. № 4. С. 164–170.
25. Николаева О.В., Бабурин И.Н., Николаев Е.Л., Дубравина Е.А. Криз? Атака? Невроз? Клинический случай приступа психовегетативных нарушений в кардиологическом стационаре // Вестник психотерапии. 2009. № 30(35). С. 86–90.
26. Первин Л., Джон О. Психология личности: Теория и исследования: пер. с англ. М.: Аспект Пресс, 2001. 607 с.
27. Пере М., Бауман У. Клиническая психология. СПб.: Питер, 2002. 438 с.
28. Прохазка Дж. Норкросс Дж. Системы психотерапии: пособие для специалистов в области психотерапии и психологии. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. 384 с.
29. Прохоров А.В., Велисер У.Ф., Прохазка Дж. Транстеоретическая модель изменения поведения и ее применение // Вопросы психологии. 1994. № 2. С. 113–122.

30. Сандберг Н., Уайнбергер А., Таплин Д. Клиническая психология. Теория, практика, исследования. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. 383 с.
31. 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.
32. Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия. М.: Современные проблемы, 1925. 112 с.
33. Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. Базисное руководство по психотерапии. СПб.: Речь, 2002. 784 с.
34. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия: пер. с англ. М.: Класс, 1999. 576 с.
35. Bandura A. Behavior theory and the models of man. *American Psychologist*, 1974, vol. 29, pp. 859–869.
36. Bandura A., Adams N.E., Beyer J. Cognitive processes mediating behavioral change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1977, vol. 35, pp. 125–139.
37. Baxter L.R., J.M. Schwartz, K.S. Bergman, M.P. Szuba, B.H. Guze, J.C. Mazziotta et al. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch. of Gen. Psychiatry*, 1992, vol. 49, pp. 681–689.
38. Beck A.T. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York, American Book, 1976.
39. Beitman B.D., N.C. Beck, W.E. Deuser, C.S. Carter, J.R.T. Davidson, R.J. Maddock Patient stage of change predicts outcome in a panic disorder medication trial. *Anxiety*, 1994, vol. 1, pp. 64–69.
40. Beutler L.E., Machado P.P., Neufeldt S.A. Therapist variables. In: Bergin A.E., Garfield S.L., eds. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4th ed. New York, Wiley, 1994, pp. 229–269.
41. Binswanger L. *Being-in-the-world: Selected papers of Ludwig Binswanger*. New York, Basic, 1963.
42. Coursey R.D., A.B. Keller, E.W. Farrell Individual psychotherapy and persons with serious mental illness: The clients' perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 1995, vol. 21(2), pp. 283–301.
43. Ellis A. Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 1958, vol. 59, p. 35–49.
44. Ellis A. Reflections on Rational-Emotive Therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1993, vol. 61, pp. 199–201.
45. Emmelkamp P. Behavior therapy with adults. In: Lambert M. , ed. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 5th ed. New York, Wiley, 2004, pp. 393–446.
46. Freud S. *Introductory lectures on psychoanalysis*. Standard Edition. London, Hogarth Press, 1963, vol. 16, pp. 358–391.
47. Furmark T., Tillfors M., Marteinsdottir I., Fischer H., Pissiota A., Langstrom B. et al. Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy. *Arch. of Gen. Psychiatry*, 2002, vol. 59, pp. 425–433.
48. Goodyear R.K. Perceived effects of therapist self-disclosure of attraction to clients. *Professional Psychology*, 1996, vol. 27, pp. 613–616.
49. Grawe K. Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 1997, vol. 7, pp. 1–19.
50. Greencavage L.M., Norcross J.C. What are the commonalities among the therapeutic factors? *Professional Psychology*, 1990, vol. 21, p. 372–378.

51. Grawe K., Donati R., Bernauer F. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe; Göttingen; Bern; Toronto; Seattle, 1994.
52. Kernberg O.F. Object-relations theory and clinical psychoanalysis. New York, Jason Aronson, 1976.
53. Klein M. Contributions to Psycho-Analysis. London, Hogarth Press, 1948.
54. Klerman G.L., M.M. Weissman Interpersonal psychotherapy. In: Paykel E.S., ed. Handbook of affective disorders. New York, Guilford, 1992.
55. Klerman G.L., M.M. Weissman, B. Rounsaville, E. Chevron. Interpersonal psychotherapy of depression. New York, Basic Books, 1984.
56. Kuhn T.S. The Road Since Structure: Philosophical Essays, 1970–1993. Chicago, University of Chicago Press, 2000.
57. Lambert M.J. Introduction to Psychotherapy Research. In: Beutler L.E., Crago M., eds. Psychotherapy research: An international review of studies. Washington, DC: American Psychological Association, 1991, pp. 1–12.
58. Meichenbaum D. Cognitive behavior modification. New York, Plenum, 1977.
59. Nikolaev E. Person-centered medicine and the sociocultural approach in psychotherapy. *The International Journal of Person Centered Medicine*, 2011, vol. 1, no. 3, pp. 482–485.
60. Orlinsky D.E., K. Grawe, B.K. Parks Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In: Bergin A.E., Garfield S.L., eds. Handbook of psychotherapy and behavior change. 4th ed. New York, Wiley, 1994, pp. 270–329.
61. Paquette V., Levesque J., Mensour B., Leroux J.M., Beaudoin G., Bourgouin P. et al. «Change the mind and you change the brain»: effects of cognitive-behavioral therapy on the neural correlates of spider phobia. *NeuroImage*, 2003, vol. 18, pp. 401–409.
62. Paykel E.S., Z.C. Cooper Life events and social support. In: E.S. Paykel, ed. Handbook of affective disorders. 2nd ed. New York, Guilford Press, 1992, pp. 149–170.
63. Phillips E.L. Psychotherapy revised: New frontiers in research and practice. Hillsdale, New Jersey, Erlbaum, 1985, 353 p.
64. Prochaska J.O., DiClemente C.C. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin, 1984.
65. Robins R.W., Gosling S.D., Craik K.H. An empirical analysis of trends in psychology. *American Psychologist*, 1999, vol. 54, pp. 117–128.
66. Rogers C.R. The Case of Mrs. Oaks: A research analysis. In: Rogers C.R., Dymond R.F., eds. Psychotherapy and personality change. Chicago, University of Chicago Press, 1954.
67. Scott J.E., Dixon L.B. Psychological Interventions for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1995, vol. 21(4), pp. 621–630.
68. Stricker G. Failures in psychotherapy. *J. of Psychotherapy Integration*, 1995, vol. 5, pp. 91–94.
69. Sue S., Zane N. The role of culture and cultural techniques in psychotherapy: A critique and reformulation. *American Psychologist*, 1987, vol. 42, pp. 37–45.
70. Wechsler D. Manual for the Wechsler Adult Intelligence scale. New York, 1955.
71. Weissman M.M., Bruce M.L., Leaf P.J., Florio L.P., Holzer C. Affective disorders. In: Psychiatric disorders in America: The epidemiologic catchment area study. New York, Free Press, 1991.
72. Wessler R.L., Hankin S. Rational-emotive and other cognitively oriented therapies. In: Long S., ed. Six group therapies. New York, Plenum, 1988, pp. 124–151.

73. Wolpe J. The practice of behavior therapy. 4th ed. Elmsford, New York, Pergamon, 1990.

74. Zerbe K.J. Through the storm: psychoanalytic theory in the psychotherapy of the anxiety disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1990, vol. 54(2), pp. 171–183.

REFERENCES

1. Burlachuk L.F. *Psikhoterapiya: uchebnik dlya VUZov* [Psychotherapy: textbook]. St. Petersburg, Piter-Yug Згидю, 2009, 472 p.
2. Bugental J.F.T. The Search for Existential Identity. Jossey-Bass Publishers, 1984, 330 p. (Russ. ed.: B'yudzhental' D. Nauka byt' zhivym: Dialogi mezhdru terapevtom i patsientami v gumanisticheskoi terapii. Moscow, Klass Publ., 1998, 336 p.).
3. Weiner I.B. Principles of Psychotherapy. 2nd ed., revised. University of Michigan; Wiley, 1998, 336 p. (Russ. ed.: Vainer I. Osnovy psikhoterapii. 2nd ed. St. Petersburg, Piter Publ., 2002, 288 p.).
4. Weiss J. How Psychotherapy Works: Process and Technique. Guilford Press, 1993, 224 p. (Russ. ed.: Vaiss Dzh. Kak rabotaet psikhoterapiya: Protsess i tekhnika. Moscow, Klass Publ., 1998, 240 p.).
5. Garfield S.L. The Practice of Brief Psychotherapy. John Wiley & Sons, 1998, 294 p. (Russ. ed.: Garfild S. Praktika kratkosrochnoi psikhoterapii. 2nd ed. St. Petersburg, Piter Publ., 2002, 256 p.).
6. Zeig J.K., Munion W.M., eds. What is Pschotherapy? Contemporary perspectives. University of Michigan, Jossey-Bass Publishers, 1990. 447 p. (Russ. ed.: Zeiga Dzh.K., M'yuniona V.M., eds. Psikhoterapiya – chto eto? Sovremennye predstavleniya. Moscow, Klass Publ., 2000, 432 p.).
7. Karvasarskii B.D., Kolotil'shchikova E.A., Karavaeva T.A., Baburin I.N., Lysenko I.S. *Sravnitel'noe issledovanie struktury lichnosti u bol'nykh s nevroticheskimi i nevrozopodobnymi rasstroistvami s pozitsii psikhodinamicheskoi kontseptsii lichnosti G. Ammona* [Comparative study of neurosis and neurotic disorders patients' personality structure: G. Ammon psychodynamic personality conception approach]. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Ser. Psikhologiya* [South-Urals State University Bulletin. Psychology series], 2011, no. 18 (235), pp. 104–110.
8. Karvasarskii B.D. *Nevrozy. 2-e izd., pererab. i dop.* [Neuroses. 2nd ed., revised]. Moscow, Meditsina Publ., 1990, 576 p.
9. Karvasarskii B.D. *Psikhoterapiya: Uchebnik dlya vuzov. 3-e izd.* [Psychotherapy: Textbook. 3rd ed.]. St. Petersburg, Piter Publ., 2008, 672 p.
10. Kernber O.F. Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. Yale University Press, 1984, 381 p. (Russ. ed.: Kernberg O.F. Tyazhelye lichnostnye rasstroistva: Strategii psikhoterapii. Moscow, Klass Publ., 2000. 464 p.).
11. Kolotil'shchikova E.A. *Obosnovanie psikhologicheskikh mekhanizmov nevroticheskikh rasstroistv* [Psychological mechanisms of neurotic disorders substantiation]. *Vestnik psikhoterapii* [Psychotherapy Bulliten], 2011, no. 39, pp. 64–78.
12. Kolotil'shchikova E.A. *Psikhologicheskies mekhanizmy nevroticheskikh rasstroistv: dis. ... d-ra psikhol. nauk* [Psychological mechanisms of neurotic disorders. Doct. Diss.]. St. Petersburg, 2012.
13. Kolotil'shchikova E.A., Lysenko I.S., Chekhlatyi E.I. *Sovremennye predstavleniya o konfliktakh* [Modern concepts of conflicts]. *Vestnik psikhoterapii* [Psychotherapy Bulliten], 2010, no. 38 (33), pp. 90–103.

14. Kolotil'shchikova E.A., Mizinova E.B. *Sravnitel'noe issledovanie lokusa kontrolya u bol'nykh s nevroticheskimi rasstroistvami v period sotsial'no-ekonomicheskikh pere-men v strane (1987–2009 gg.)* [Comparative study of locus control of patients with neurotic disorders during socioeconomic changes (1987–2009)]. *Vestnik Pyatigorskogo gosudarstvennogo lingvisticheskogo universiteta* [Pyatigorsk State Linguistic University Bulletin], 2010, no. 2, pp. 329–331.
15. Kolotil'shchikova E.A., Mizinova E.B., Poltorak S.V., Chekhlatyi E.I. *Motivatsiya v psikhoterapii (obzor literatury)* [Motivation in psychotherapy: literature review]. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M. Behkterev psychiatry and medical psychology review], 2011, no. 2, pp. 13–16.
16. Kolotil'shchikova E.A., Mizinova E.B., Chekhlatyi E.I. *Koping-povedenie u bol'nykh nevrozami i ego dinamika v protsesse kratkosrochnoi interpersonal'noi gruppovoi psikhoterapii* [Dynamic of neurosis patients' coping behaviour during short-term group psychotherapy]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of psychotherapy], 2004, no. 12, pp. 9–22.
17. Comer R.J. *Fundamentals of abnormal psychology*. Worth Publishers, 2013 (Russ. ed.: Komer R.J. *Patopsikologiya povedeniya: Narusheniya i patologii psikhiki*. St. Petersburg, Praim-Evroznak Publ.; Moscow, OLMA-press Publ., 2005, 638 p.).
18. Lazareva E.Yu., Nikolaev E.L. *Psikhosomaticheskie sootnosheniya pri kardial'noi patologii: sovremennye napravleniya issledovaniy* [Psychosomatic correlations of cardiac pathology: modern research approaches]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2012, no. 3, pp. 429–435.
19. Lazarus A.A. *Multimodal behavior therapy*. Springer Publ. Co., 1976, 241 p. (Russ. ed.: Lazarus A. *Kratkosrochnaya mul'timodal'naya psikhoterapiya*. St. Petersburg, Rech' Publ., 2001, 256 p.).
20. McWillimas N. *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. Guilford Press, 1994, 398 p. (Russ. ed.: Mak-Vil'yams N. *Psikhooanaliticheskaya diagnostika: Ponimanie struktury lichnosti v klinicheskom protsesse*. Moscow, Klass Publ., 2001, 480 p.).
21. May R. *The meaning of anxiety*. Rev. ed. New York, 1977 (Russ. ed.: May R. *Smysl trevogi*. Moscow, Klass Publ., 2001, 384 p.).
22. Nikolaev E.L. *Pogranichnye rasstroistva kak fenomen psikhologii i kul'tury* [Borderline disorders as psychological and cultural phenomenon]. Cheboksary, Chuvash State University Publ., 2006, 384 p.
23. Nikolaev E.L. *Problemy dukhovnogo sovershenstvovaniya v lechenii psikhicheskikh rasstroistv* [Problems of spiritual self-improvement in mental disorders therapy]. *Vestnik psikhoterapii* [Psychotherapy Bulletin], 2005, no. 14, pp. 9–20.
24. Nikolaev E.L., Suslova E.S., Aleksandrov D.V. *Kliniko-psikhologicheskii diskurs issledovaniy zdorov'ya* [Clinical-psychological discourse or health studies]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2010, no. 4, pp. 164–170.
25. Nikolaeva O.V., Baburin I.N., Nikolaev E.L., Dubravina E.A. *Kriz? Ataka? Nevroz? Klinicheskii sluchai pristupa psikhovegetativnykh narushenii v kardiologicheskom stacionare* [Crisis? Attack? Neurosis? Acute psycho-autonomic disorder in cardiology hospital: case study]. *Vestnik psikhoterapii* [Psychotherapy Bulletin], 2009, vol. 30(35), pp. 86–90.
26. Pervin L.A., John O.P., eds. *Handbook of personality: Theory and research*. Elsevier, 1999. (Russ. ed.: Pervin L. *Psikhologiya lichnosti: Teoriya i issledovaniya*. Moscow, Aspekt Press Publ., 2001. 607 p.).

27. Perrez M., Baumann U. Klinische Psychologie–Psychotherapie, 2011. (Russ. ed.: Perre M. Klinicheskaya psikhologiya. St. Petersburg, Piter Publ., 2002, 438 p.).
28. Prochaska J., Norcross J. Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis. Brooks/Cole Publishing Company, 1999, 591 p. (Russ. ed.: Prokhazka Dzh. Sistemy psikhoterapii. Posobie dlya spetsialistov v oblasti psikhoterapii i psikhologii. St. Peterburg, Praim-EVROZNAK Publ., 2005, 384 p.).
29. Prokhorov A.V., Veliser U.F., Prokhazka Dzh. *Transtheoreticheskaya model' izmeneniya povedeniya i ee primenenie* [Transtheoretical model of behavior modification and its practical application]. *Voprosy psikhologii* [Questions of psychology], 1994, no. 2, pp. 113–122.
30. Sundberg N.D., Winebarger A.A., Taplin J.R. Clinical Psychology: Evolving Theory, Practice, and Research. Prentice Hall, 2002, 561 p. (Russ. ed.: Sandberg N., Uainberge A., Taplin D. Klinicheskaya psikhologiya. Teoriya, praktika, issledovaniya. St. Petersburg, Praim-EVROZNAK Publ., 2007, 383 p.).
31. Suslova E.S., Nikolaev E.L. *Diskursivnyi kharakter sistemy otnoshenii u patsientov c nevroticheskimi rasstroistvami* [Discursive type of relation system of neurotic patients]. *Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta imeni N.A. Nekrasova* [Kostorma State University after N.A. Nekrasov Bulletin], 2009, no. 15(1), pp. 328–332.
32. Freud S. Jenseits des Lustprinzips, 1920 (Russ. ed.: Freid Z. Po tu storonu printsipa udovol'stviya. Moscow, Sovremennye problem Publ., 1925, 112 p.).
33. Heigl-Evers A. Heigl F., Ott J. Ruger U. Lehrbuch der Psychotherapie. 3 Auflage. Stuttgart, Gustav Fischer, 1997, 556 s. (Russ. ed.: Khaigl-Evers A. Bазisnoe rukovodstvo po psikhoterapii. St. Petersburg, Rech' Publ., 2002, 784 p.).
34. Yalom I.D. Existential Psychotherapy. Basic Books, 1980, 524 p. (Russ. ed.: Yalom I. Ekzistentsial'naya psikhoterapiya. Moscow, Klass Publ., 1999, 576 p.).
35. Bandura A. Behavior theory and the models of man. *American Psychologist*, 1974, vol. 29, pp. 859–869.
36. Bandura A., Adams N.E., Beyer J. Cognitive processes mediating behavioral change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1977, vol. 35, pp. 125–139.
37. Baxter L.R., J.M. Schwartz, K.S. Bergman, M.P. Szuba, B.H. Guze, J.C. Mazziotta et al. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch. of Gen. Psychiatry*, 1992, vol. 49, pp. 681–689.
38. Beck A.T. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York, American Book, 1976.
39. Beitman B.D., N.C. Beck, W.E. Deuser, C.S. Carter, J.R.T. Davidson, R.J. Maddock Patient stage of change predicts outcome in a panic disorder medication trial. *Anxiety*, 1994, vol. 1, pp. 64–69.
40. Beutler L.E., Machado P.P., Neufeldt S.A. Therapist variables. In: Bergin A.E., Garfield S.L., eds. Handbook of psychotherapy and behavior change. 4th ed. New York, Wiley, 1994, pp. 229–269.
41. Binswanger L. Being-in-the-world: Selected papers of Ludwig Binswanger. New York, Basic, 1963.
42. Coursey R.D., A.B. Keller, E.W. Farrell Individual psychotherapy and persons with serious mental illness: The clients' perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 1995, vol. 21(2), pp. 283–301.
43. Ellis A. Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 1958, vol. 59, p. 35–49.

44. Ellis A. Reflections on Rational-Emotive Therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1993, vol. 61, pp. 199–201.
45. Emmelkamp P. Behavior therapy with adults. In: Lambert M. , ed. Handbook of psychotherapy and behavior change. 5th ed. New York, Wiley, 2004, pp. 393–446.
46. Freud S. Introductory lectures on psychoanalysis. Standard Edition. London, Hogarth Press, 1963, vol. 16, pp. 358–391.
47. Furmark T., Tillfors M., Marteinsdottir I., Fischer H., Pissiota A., Langstrom B. et al. Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy. *Arch. of Gen. Psychiatry*, 2002, vol. 59, pp. 425–433.
48. Goodyear R.K. Perceived effects of therapist self-disclosure of attraction to clients. *Professional Psychology*, 1996, vol. 27, pp. 613–616.
49. Grawe K. Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 1997, vol. 7, pp. 1–19.
50. Greencavage L.M., Norcross J.C. What are the commonalities among the therapeutic factors? *Professional Psychology*, 1990, vol. 21, p. 372–378.
51. Grawe K., Donati R., Bernauer F. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe; Gottingen; Bern; Toronto; Seattle, 1994.
52. Kernberg O.F. Object-relations theory and clinical psychoanalysis. New York, Jason Aronson, 1976.
53. Klein M. Contributions to Psycho-Analysis. London, Hogarth Press, 1948.
54. Klerman G.L., M.M. Weissman Interpersonal psychotherapy. In: Paykel E.S., ed. Handbook of affective disorders. New York, Guilford, 1992.
55. Klerman G.L., M.M. Weissman, B. Rounsaville, E. Chevron. Interpersonal psychotherapy of depression. New York, Basic Books, 1984.
56. Kuhn T.S. The Road Since Structure: Philosophical Essays, 1970–1993. Chicago, University of Chicago Press, 2000.
57. Lambert M.J. Introduction to Psychotherapy Research. In: Beutler L.E., Crago M., eds. Psychotherapy research: An international review of studies. Washington, DC: American Psychological Association, 1991, pp. 1–12.
58. Meichenbaum D. Cognitive behavior modification. New York, Plenum, 1977.
59. Nikolaev E. Person-centered medicine and the sociocultural approach in psychotherapy. *The International Journal of Person Centered Medicine*, 2011, vol. 1, no. 3, pp. 482–485.
60. Orlinsky D.E., K. Grawe, B.K. Parks Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In: Bergin A.E., Garfield S.L., eds. Handbook of psychotherapy and behavior change. 4th ed. New York, Wiley, 1994, pp. 270–329.
61. Paquette V., Levesque J., Mensour B., Leroux J.M., Beaudoin G., Bourgouin P. et al. «Change the mind and you change the brain»: effects of cognitive–behavioral therapy on the neural correlates of spider phobia. *NeuroImage*, 2003, vol. 18, pp. 401–409.
62. Paykel E.S., Z.C. Cooper Life events and social support. In: E.S. Paykel, ed. Handbook of affective disorders. 2nd ed. New York, Guilford Press, 1992, pp. 149–170.
63. Phillips E.L. Psychotherapy revised: New frontiers in research and practice. Hillsdale, New Jersey, Erlbaum, 1985, 353 p.
64. Prochaska J.O., DiClemente C.C. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin, 1984.

65. Robins R.W., Gosling S.D., Craik K.H. An empirical analysis of trends in psychology. *American Psychologist*, 1999, vol. 54, pp. 117–128.
66. Rogers C.R. The Case of Mrs. Oaks: A research analysis. In: Rogers C.R., Dymond R.F., eds. *Psychotherapy and personality change*. Chicago, University of Chicago Press, 1954.
67. Scott J.E., Dixon L.B. Psychological Interventions for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1995, vol. 21(4), pp. 621–630.
68. Stricker G. Failures in psychotherapy. *J. of Psychotherapy Integration*, 1995, vol. 5, pp. 91–94.
69. Sue S., Zane N. The role of culture and cultural techniques in psychotherapy: A critique and reformulation. *American Psychologist*, 1987, vol. 42, pp. 37–45.
70. Wechsler D. *Manual for the Wechsler Adult Intelligence scale*. New York, 1955.
71. Weissman M.M., Bruce M.L., Leaf P.J., Florio L.P., Holzer C. Affective disorders. In: *Psychiatric disorders in America: The epidemiologic catchment area study*. New York, Free Press, 1991.
72. Wessler R.L., Hankin S. Rational-emotive and other cognitively oriented therapies. In: Long S., ed. *Six group therapies*. New York, Plenum, 1988, pp. 124–151.
73. Wolpe J. *The practice of behavior therapy*. 4th ed. Elmsford, New York, Pergamon, 1990.
74. Zerbe K.J. Through the storm: psychoanalytic theory in the psychotherapy of the anxiety disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1990, vol. 54(2), pp. 171–183.

Колотильщикова Е.А. Психотерапия невротических расстройств: психологические факторы и механизмы // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 2. С. 146–170.

Аннотация. Работа представляет собой обзор научных представлений в области теории и практики психотерапии. Рассмотрены основные подходы ведущих направлений психотерапии – психодинамического, поведенческого, когнитивного и гуманистического (экзистенциального). В условиях роста урбанизации и индивидуализации общества возросло значение тактически и стратегически структурированных эмпирических подходов, среди которых выделена интерперсональная психотерапия. Отмечено, что современные системы психотерапии в большей степени сфокусированы не на теориях личности и психопатологии, а на процессах позитивных изменений. Указано, что с учетом стадий изменений пациента в ходе психотерапии психодинамические подходы наиболее оптимальны на стадиях предварительного обдумывания и обдумывания. Экзистенциальная, когнитивная и интерперсональная психотерапия более подходят для стадий подготовки и действия. Поведенческая и экспозиционная терапия наиболее показаны во время стадий действия и сохранения. Исследователи выделяют различное число общих психологических факторов и механизмов психотерапии. Как правило, они затрагивают всю психобиологическую систему личности. К их числу отнесена проблема мотивации. Выделена мотивация самого пациента (клиента) к изменениям и переменные мотивации со стороны психотерапевта. К факторам мо-

тивации, связанным с пациентом, отнесены: степень испытываемого им психического напряжения (уровень дистресса); степень его информированности о психотерапии; его терапевтические экспектации (ожидания); глубина и форма нарушения или проблемы, степень дефензивности пациента. Представлены характеристики психотерапевта, способствующие развитию и укреплению позитивной мотивации у пациента: способность устанавливать доверительные отношения с пациентом; ожидания и установки психотерапевта по отношению к пациенту, влияющие на поведение и психотерапевта, и пациента; личностные характеристики психотерапевта, выступающие для пациентов в качестве модели. В итоге основной акцент поставлен не на недостаточной мотивации пациента, а на ответственности психотерапевта в создании условий, в которых мотивация пациента может появиться и укрепиться.

Ключевые слова: психотерапия, невротические расстройства, личность, факторы психотерапии, мотивация, интерперсональная психотерапия.

Информация об авторе:

Колотильщикова Екатерина Андреевна, доктор психологических наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова. Россия, 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41. Тел. +7 812 3035050. keab63@rambler.ru.

Kolotil'shchikova E.A. Psikhoterapiya nevroticheskikh rasstroistv: psikhologicheskie faktory i mekhanizmy [Psychotherapy of neurotic disorders: psychological factors and mechanisms] (Russian). Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 0, pp. 146–170.

Abstract. The paper gives an overview of scientific conceptions in theoretical and practical psychotherapy, describes main approaches of major branches of psychotherapy – psychodynamic, behavioral, cognitive, and humanistic (existential). In growing urbanization and individualization of the society rises also the role of tactically and strategically structured empirical approaches, among which stands out the interpersonal psychotherapy. It is noted that contemporary systems of psychotherapy are mainly focused on the positive change processes, but not on the personality theories or psychopathology. The author points out that, depending on the patient's change stage in the course of psychotherapy, psychodynamic approaches are more optimal at the precontemplation and contemplation stages. Existential, cognitive, and interpersonal psychotherapies are more favorable at the preparation and action stages. Behavioral and expositional therapies are more beneficial at the action and maintenance stages. Researchers distinguish different numbers of general psychological factors and psychotherapy mechanisms, which concern all the psychobi-

ological system of a personality, as a rule. Among them is regarded the problem of motivation, including the patient's (client's) motivation for changes and variable motivations on the part of the psychotherapist. Patient-connected motivators include the degree of mental strain experienced by the patient (distress level), the degree of the patient's awareness of psychotherapy, the patient's therapeutic expectations (expectations), the depth and form of disorder or problem, the degree of the patient's defensiveness. The paper gives the psychotherapist's characteristics that might help develop and maintain the patient's positive motivation: the ability to establish confidential relations with the patient; the psychotherapist's hopes and sets concerning the patient, which influence both the psychotherapist's and the patient's behavior; the psychotherapist's personality characteristics, which may serve as a model for the patient. As a result, the main emphasis is not on the patient's insufficient motivation, but on the psychotherapist's responsibility for creating the atmosphere that would give rise to the patient's motivation and help maintain it.

Keywords: psychotherapy, neurotic disorders, personality, psychotherapy factors, motivation, interpersonal psychotherapy.

Information about author:

Kolotil'schikova Ekaterina, Doctor of Psychology, Associate Professor, Psychotherapy and Sexology Department, North-Western State Medical University. 41, Kirochnaya ul., St. Petersburg, 191015, Russia. Tel. +7 812 3035050. kea63@rambler.ru.

Поступила: 04.05.2015

Received: 04.05.2015