



ЛЕКЦИЯ 9. ЭТАПЫ ПСИХОТЕРАПИИ

ОГЛАВЛЕНИЕ

Определения	2
«Медицинская модель»	2
«Психологическая модель»	2
Исследования эффективности психотерапии	3
Действующие факторы ПТ	3
Соотношение лечебных факторов психотерапии	4
Факторы клиента – 40% эффекта ПТ	4
Факторы терапевта	5
Фактор отношений (терапевтический альянс)	5
Фактор ожиданий и «плацебо»	6
Катарсис и эмоциональное отреагирование	7
Противопоказания к психотерапии	7
Этапы психотерапии	7
Начало и первая встреча	7
Доверие	7
Задачи первой сессии	8
Присоединение	8
Эмпатия	8
Начало диагностического процесса	9
Формирование первичного рабочего соглашения	9
Карл Роджерс и клиент-центрированная терапия	9
Завершение – двусторонний процесс	10
I задача завершения	11
II Задача завершения: планирование окончания работы	11
Оценка работы терапевта при завершении	11
Подарки, границы и общение по окончанию терапии	11
Последняя сессия	11
Литература	12

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 8. Этапы психотерапии.



ОПРЕДЕЛЕНИЯ

«МЕДИЦИНСКАЯ МОДЕЛЬ»

«Психотерапия (ПТ) относится к плановым и организованным воздействиям, цель которых – *влиять* на поведение, настроение и эмоциональные паттерны реагирования на различные стимулы с помощью вербальных и невербальных психологических средств. ПТ не включает в себя использование каких-либо биохимических или биологических средств» (WHO, 2001).

Определение консолидирует МЕДИЦИНСКИЕ модели ПТ:

- ПТ – это «использование психологических знаний с целью лечения разных болезней» (Ж. Пиаже) или «целенаправленная коррекция расстройств функций организма психологическими средствами» (Кратохвил)
- ПТ как средство лечения, вырванное из контекста взаимоотношений «врач-пациент», которое можно «освоить», как прием массажа, который можно применить в любом месте, и в любое время с целью устранения симптома
- Активная роль врача, а пациент – получатель услуги
- Симптом или болезнь являются максимально следствием влияния среды, например, генетики, а не производным человеческого выбора

Медицинская модель доминирует среди медиков и в России широко известна под названием **клиническая ПТ** (Рожнов, Макаров, Бурно) или **патогенетическая ПТ** (Мясищев, Карвасарский, Курпатов)

- Джозеф Вольпе
- В.М. Бехтерев
- И.П. Павлов
- Беррес Фредерик Скиннер
- Милтон Эрикссон
- Жан Пиаже

«ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ»

«ПТ – осознанное и намеренное применение клинических методов и межличностных подходов, основанных на признанных принципах психологии, с целью помочь людям изменить поведение, мышление, эмоции и/или другие личностные характеристики в направлении, которое участники считают желательными» (Norcross J., 1990)

Определение консолидирует ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ модели:

- Происхождение симптомов и заболеваний в основном – результат человеческого выбора или решения, сделанного им под воздействием неблагоприятных условий генетики и среды

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 8. Этапы психотерапии.



- Границы «психологической» ПТ не совпадают с контурами человеческого тела и границами его жизни. Психологический подход предполагает, что индивид наследует опыт предшествующих поколений, влияющий на его решения в настоящем, и что с физической смертью тела пациента не заканчивается работа его души (Hillman J., 1965)

- Критерием окончательного «выздоровления» считается пересмотр человеком негативного жизненного плана – «навязчивого повторения травматического детского опыта» (Фрейд) или сценария жизни (Берн)

- *Психологическая* модель доминирует среди психологов и в России развивается в рамках психотерапевтических ассоциаций (психоаналитическая ассоциация, ассоциация транзактного анализа и др.)

- З. Фрейд
- М. Гулдинг
- К. Роджерс
- Э. Берн
- К.Г. Юнг
- А. Адлер

ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ

В настоящее время эффективность психотерапии считается доказанной. Так, Американская психологическая ассоциация (APA, 2012) в своем меморандуме об эффективности психотерапии ссылается на доказательные исследования о том, что результаты психотерапии обычно сохраняются более длительное время и с меньшей вероятностью требуют дополнительного курса лечения, чем психофармакологическое лечение. Положительные результаты лечения являются не только стойкими, но и продолжают улучшаться после завершения терапии, как показано большими величинами эффектов при катамнестическом исследовании. Психотерапия уменьшает уровень инвалидизации, заболеваемости и смертности и в целом помогает 75–80% пациентов (Norcross J.C. et al., 2010).

ДЕЙСТВУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ПТ

В 1975 году Лестером Люборски и коллегами в отношении психотерапии был эмпирически подтвержден знаменитый вердикт птицы Додо – персонажа сказки «Алиса в Стране Чудес»: «Победили все! И каждый получит награды!», - признававший одинаковую действенность различных видов (модальностей) психотерапии.

Все психотерапевтические модальности обладают примерно одинаковой эффективностью, поскольку существуют факторы, выходящие за пределы отдельных психотерапевтических подходов и действующие внутри любого из них, стирая различия между ними. Эти факторы были названы «неспецифическими», в отличие от специфических факторов, изначально присущих

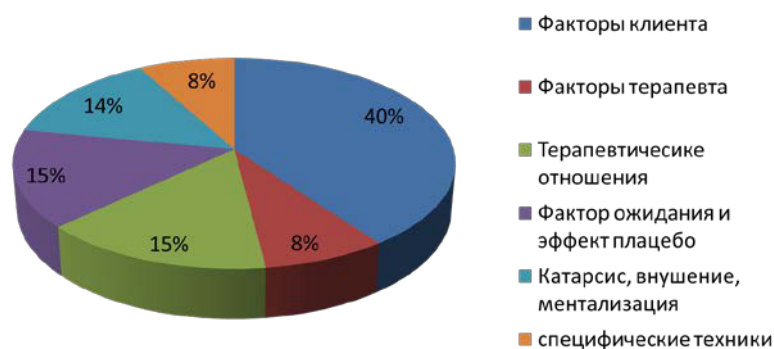


различным психотерапевтическим моделям (Rosenzweig S., 1936; Frank J.D, Frank J.A., 1991; Wampold B., 2012).

Майкл Ламберт (Lambert M.J., 1992) выделил 4 группы факторов: **экстратерапевтические** (факторы клиента и внешней среды), **общие факторы** (факторы отношений и терапевтического альянса), **фактор ожиданий или плацебо**, и **специфические техники**.

Было установлено, что улучшение психического состояния клиента на 40% зависело от экстратерапевтических факторов, на 30% - от силы терапевтического альянса, на 15 % - от факторов надежды и ожиданий (плацебо) и на 15% - связано со специфическими факторами используемой психотерапевтической модели и факторами техник (Assay T.P., Lambert M.J., 1999). Мета-анализ Брюса Уомполда (Wampold B., 2001) продемонстрировал, что факторы клиента и экстратерапевтические факторы обуславливают 87% изменений, происходящих в результате психотерапии. Работа Уомполда высветила важность общих факторов психотерапии и указала на неоправданную фетишизацию технической стороны психотерапии, которая, по подсчетам автора, отвечала лишь за 1 - 8 % успеха лечения (Wampold B., 2001b; Wampold B., Bhati K.S., 2004).

СООТНОШЕНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ ФАКТОРОВ ПСИХОТЕРАПИИ



ФАКТОРЫ КЛИЕНТА – 40% ЭФФЕКТА ПТ

Личностные факторы, связанные с успешным исходом терапии (сильное Эго, способность к осознанию и целеполаганию, перфекционизм и критическое отношение к себе, способность к близости, хорошее качество объектных отношений, безопасная привязанность, готовность к изменению, сотрудничество, комплайентность и др.)

Жизненные обстоятельства (получает ли клиент социальную поддержку; какие жизненные обстоятельства сопровождают его (тяжелая болезнь супруга, безработица или, наоборот, успехи детей в школе, карьерный рост); какие случайные или ожидаемые события происходят в его жизни (поездка на море, смерть любимой собаки, авария и т.д.).

Диагностические факторы



ФАКТОРЫ ТЕРАПЕВТА

У наиболее эффективных терапевтов пациенты выздоравливают в три раза чаще, чем у менее эффективных (Brown G.S. et al., 2005). В крупном исследовании результатов терапии 6960 пациентов с различными заболеваниями, пролеченных 696 психотерапевтами, количество неэффективных и «вредных» терапевтов варьировало от 33 до 65%, а эффективных – от 29% до 67% в зависимости от лечебного направления (Kraus D.R. et al, 2011).

Способность терапевта устанавливать альянс и использовать **эмпатию** оказываются определяющими для удержания пациентов в лечении и улучшения их состояния. Главным из этих факторов является эмпатия (Роджерс К., 2002), или интимное понимание эмоциональных и когнитивных состояний одного человека другим. Эмпатия – это универсальное свойство человека, лежащее в основе таких качеств и процессов как сопереживание, сочувствие, эмоциональное присоединение. Психотерапевт использует эмпатию профессионально – как особый терапевтический навык (Moyers T.B., Miller W.R., 2013). Любопытно, что на способность к эмпатии у терапевтов влияет такая черта как женственность (Artkoski T., Saarnio P., 2013). «Терапевт – это мать!» - утверждал Винникот.

Установки терапевтов по отношению к клиентам и контрперенос также влияют на процесс лечения. Например, в исследовании пациентов с наркоманиями терапевты испытывали потребность дистанцироваться от пациентов с чертами расстройств кластера В (антисоциальные, истерические, пограничные, нарциссические) и желание помочь пациентам с чертами расстройств кластера С (избегающие, зависимые, обсессивно-компульсивные) (Thylstrup B., Hesse M., 2008).

ФАКТОР ОТНОШЕНИЙ (ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АЛЬЯНС)

Терапевтический альянс определяется как качество партнерства и взаимного сотрудничества терапевта и клиента (Horvath A.O. et al, 2011). Согласно классическому определению Эдварда Бордина (Bordin E., 1979), альянс представляет собой сотрудническую и эмоциональную связь между терапевтом и клиентом, которая строится из трех элементов: (1) достижения *консенсуса о целях* лечения; (2) договоренности *о задачах* терапии (которым терапевт и клиент обязуются следовать в терапевтических отношениях) и (3) эмоциональной (эмпатической) *связи*.

Альянс начинает формироваться с момента первого контакта пациента с врачом. Более того, в работе с наркологическими пациентами высокий уровень терапевтического альянса на первой-третьей сессии зачастую оказывается определяющим для результатов психотерапии (Meier P.S. et al., 2005; 2006).

Качественный ранний альянс может быть фактором успешного начала, но не окончания лечения постольку, поскольку альянс не является постоянной величиной и склонен усиливаться к моменту успешного завершения терапии (Тучин П.В., 2014; Агibalова Т.В. и соавт., 2013; Coutinho J. et al., 2014). Линейный рост альянса возможен, если врач и пациент постоянно поддерживают

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 8. Этапы психотерапии.



эмпатическую связь и прорабатывают негативные трансферентные-контртрансферентные явления, неизбежно возникающие в ходе терапии.

Под «разрывом» терапевтического альянса подразумевается напряжение или нарушения в сотрудничестве между пациентом и терапевтом (Safran J.D., Muran J.C., 2006). Терапевты часто описывают такие моменты терминами «терапевтическая ошибка», «тупик», «непонимание», «разрыв эмпатии».

3 типа «разрывов» (Safran J.D. et al., 2011):

- (1) отсутствие согласия в отношении терапевтических целей,
- (2) отсутствие согласия в отношении задач терапии,
- (3) напряжения в связи между терапевтом и пациентом

Разрывы клинически наблюдаются через конфронтационные разрывы и разрывы ухода (–цит. по Coutinho J. et al., 2014). Под конфронтационным разрывом подразумеваются ситуации, когда пациент «наступает» на терапевта, выражая гнев или неудовлетворенность, а при разрывах ухода – пациент движется либо в направлении от терапевта, либо по направлению к нему, но одновременно отрицает какие-либо аспекты собственного опыта.

Техники для восстановления связи и альянса (Safran J.D. et al., 2011):

- Повторение цели лечения
- Изменение задач или целей
- Прояснение непонимания на поверхностном уровне
- Исследование тем, связанных с отношениями, которые могут приводить к разрывам.
- Установление связи между разрывами альянса и типичными жизненными моделями пациента
- Новый опыт отношений

ФАКТОР ОЖИДАНИЙ И «ПЛАЦЕБО»

Влияние плацебо на результат психотерапии составляет не менее 15%

Психотерапевты формируют *ожидания*, что процедура будет эффективной (ВСЕ БУДЕТ ХОРОШО!), стимулируя таким образом эффект плацебо (Kirsch I., 2005).

Эффект «плацебо» осуществляется вследствие (1) повышения или понижения тревоги, либо за счет (2) активизации нейронных сетей системы вознаграждения (Benedetti F. et al., 2011).

Эффект «плацебо» возможен:

- при отсутствии грубых нарушений в деятельности префронтальной коры, осуществляющей функцию планирования (атрофии),
- при отсутствии блокады налоксоном нейрональной передачи в префронтальной опиоид-эргической системе (Eipfert et al, 2009),
- при уменьшении ДА при болезни Паркинсона или сильной депрессии.

В работах Kirsch (2005) показано, что эффект плацебо сравним по силе действия с действием антидепрессантов при слабых и средних депрессиях

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 8. Этапы психотерапии.

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ

2019 год.



Weiss с соавторами (2008) приводят данные, что по показателю ремиссии при алкоголизме КБТ значительно уступала комбинации приема плацебо и визитов к врачу

КАТАРСИС И ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ОТРЕАГИРОВАНИЕ

Психоанализ и психодинамическая психотерапия «выросли» из катарсического метода Йозефа Брейера и практики Зигмунда Фрейда, согласно которым истерический симптом мог быть излечен в случае, если пациент получит доступ к вытесненному воспоминанию о событии или травме, которое стало его причиной (Freud S., Breuer J., 1955).

В современных теориях психотерапии признается, что «заблокированные», невыраженные и неосознаваемые эмоциональные состояния вносят существенный вклад в формирование психопатологии, но отреагирование и достижение катарсиса перестали быть самоцелью психотерапии, что связано с признанием невозможности достижения длительных изменений с помощью простого отреагирования эмоций (Jørgensen C.R., 2004).

Отметим, что при диссоциативной патологии этот метод признается решающим и мы остановимся на нем, когда будем говорить о психотерапии ПТСР.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПСИХОТЕРАПИИ

- История садистического, повреждающего поведения, приведшего в результате к серьезным повреждениям или смерти
- Тотальное отсутствие раскаяния или рационализации такого поведения
- Поверхностный или сниженный интеллект
- Невозможность создавать эмоциональную привязанность к другим
- Сильный контрпереносный страх у врача, даже без четко выраженного осаждающего поведения со стороны пациента

ЭТАПЫ ПСИХОТЕРАПИИ

- Начало и первая встреча
- Развитие взаимоотношений
- Завершение

НАЧАЛО И ПЕРВАЯ ВСТРЕЧА

ДОВЕРИЕ

Первая встреча с клиентом - это психотерапия предписания «Не доверяй!».

БАЗОВОЕ ДОВЕРИЕ

Формируется на 1 году жизни из взаимоотношений с матерью

«Психотерапевт – это мать»

Активация системы привязанности

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

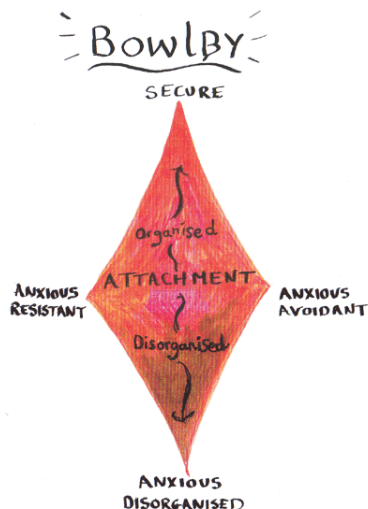
Лекция 8. Этапы психотерапии.

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ

2019 год.



Самостоятельно приходят клиенты, у которых нет грубо поврежденной системы базового доверия. Клиенты с грубыми повреждениями чаще инициируются близкими



ЗАДАЧИ ПЕРВОЙ СЕССИИ

- Присоединение
- Начало диагностического процесса
- Формирование первичного рабочего соглашения

ПРИСОЕДИНЕНИЕ

Возможно в атмосфере безопасности:

- Конфиденциальность
- Сотрудничество и открытость
- Позиция терапевта ОК+ ОК+
- Открытые коммуникации
- Терапевт разделяет, не конфронтирует систему ценностей клиента (А. Маслоу)
- Осуществляет эмпатическое понимание проблемы (К. Роджерс)
- Отзеркаливает Ребенка клиента (Поощряет Ре ощущать свое величие, демонстрировать себя и чувствовать свое совершенство) (Х. Кохут)

ЭМПАТИЯ

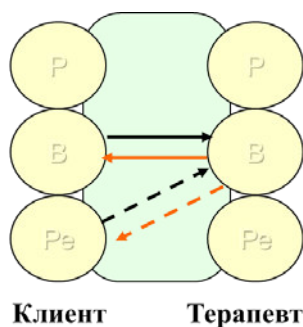
Способность к образному принятию опыта другого человека

Терапевт использует вербальную и невербальную информацию и интуицию так, что его \ее ответ клиенту создает общее пространство, в котором клиент и терапевт могут работать совместно.

Эмпатические транзакции, согласно Clark (1991), создают эмпатическую связь между терапевтом и клиентом, делая возможным для клиента чувствовать себя защищенным достаточно для того, чтобы обратиться к неудовлетворенным нуждам и прерванным моментам развития.

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 8. Этапы психотерапии.



НАЧАЛО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Диагностика проблемы:

- Центральная проблема (*личностная установка и специфическая защита*)
- Проблема-прикрытие (*тест на доверие*)
- Глубинная проблема (*экзистенциальный уровень*)
- Предъявляемая проблема (*«Никто меня не любит» «Я никому не нужен»*)

Диагностика уровня повреждения

- Болезни зависимости
- Невротический уровень
- Психотический уровень
- Уровень личностного расстройства

ФОРМИРОВАНИЕ ПЕРВИЧНОГО РАБОЧЕГО СОГЛАШЕНИЯ

Терапевтическая сторона контракта

- (а) Как Вы себя чувствуете?
- (б) Как Вы хотели бы измениться?
- (в) Каким образом Вы стали таким, какой Вы есть?
- (г) Как Вы узнаете, что достигли поставленных целей?

КАРЛ РОДЖЕРС И КЛИЕНТ-ЦЕНТРИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ

3 основных условия

- Безусловное позитивное принятие
- Эмпатия
- Конгруэнтность

«Я могу выразить основную гипотезу одним предложением. Если я смогу создать определенный тип отношений с другим человеком, он сможет раскрыть их потенциал и

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 8. Этапы психотерапии.

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ
2019 год.



использовать для собственного роста, что приведет к изменению и развитию его личности».
[Роджерс К. Становление личности].

Основная задача первой сессии – хорошее завершение

«Когда обнаруживаешь людей, которые действительно помогут, их не нужно отвлекать.

Можно вести себя совершенно нормально. Я могу ощутить, правда ли врач не только хочет помочь, но к тому же способен это сделать».

Это дает потрясающее подтверждение заявлению Юнга, что шизофреник перестает быть шизофреником, когда встречает кого-то, кто, по его ощущениям, его понимает. [Рональд Лэнг «Расколотое Я»]

ЗАВЕРШЕНИЕ – ДВУСТОРОННИЙ ПРОЦЕСС

Критерии завершения

		Выбор клиента	
		заканчивать	не заканчивать
Выбор терапевта	заканчивать	Цели достигнуты; изменены сценарные решения Терапевтический тупик, которого достигли во взаимоотношениях терапевт и клиент	Клиент «проводит» время; Прогресс не достигается
	не заканчивать	Клиент боится делать изменения, в которых нуждается	Клиент не может больше платить или клиент или терапевт меняют местожительство

**Завершение
при...**

окончании сессии

краткосрочной терапии

долгосрочной терапии

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 8. Этапы психотерапии.

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ

2019 год.

10



Прерывание (госпитализация) и прекращение терапии у пограничных и психотических пациентов с риском суицида. *Отто Кернберг*

I ЗАДАЧА ЗАВЕРШЕНИЯ

Одна из главных задач консультанта при завершении – подготовиться и проститься с вовлеченностью в процесс, то есть принять, что работа окончена и что с этого момента Вы уже больше не нужны клиенту.

Как покинуть процесс?

- Оценить совместную работу
- Признать важность клиента
- Рассмотреть завершения в жизни терапевта
- Оценить опыт завершения в жизни клиента

II ЗАДАЧА ЗАВЕРШЕНИЯ: ПЛАНИРОВАНИЕ ОКОНЧАНИЯ РАБОТЫ

- Планирование даты окончания
- Планирование регулярности сессий
- Планирование процесса окончания – заключительной сессии и ритуалов завершения

ОЦЕНКА РАБОТЫ ТЕРАПЕВТА ПРИ ЗАВЕРШЕНИИ

- Оценка выполнения контракта
- Неудачи терапии и алгоритм «как поступать при этом»
- Если совершена терапевтическая ошибка – клиент не излечивается от сценария

ПОДАРКИ, ГРАНИЦЫ И ОБЩЕНИЕ ПО ОКОНЧАНИЮ ТЕРАПИИ

«...если когда-нибудь в будущем у Вашего клиента вновь появится потребность в помощи, Вы также сможете помочь ей найти другого консультанта, с которым она могла бы при желании работать. Так вы избегаете развития симбиоза и демонстрируете свое согласие отпустить ее от себя к кому-то еще». (*К. Листер-Форд, 2004*)

ПОСЛЕДНЯЯ СЕССИЯ

Хорошо закончить работу – трудное дело... Вам необходимо уметь одновременно оставаться во взаимоотношениях и отпускать; Вам нужна мудрость, которая подскажет, что работа подошла к финалу, и целостность, чтобы прощание прошло наилучшим образом». (*К. Листер-Форд, 2004*)



ЛИТЕРАТУРА

1. Lister-Ford, Ch. *Skills in transactional analysis counselling and therapy* (2002)
2. Moursund, J., Erskine, R. *Integrative psychotherapy. The art and science of relationship* (2004)
3. Stewart, I. *Transactional analysis counselling in action*. Second ed. (2004)
4. Кернберг, О. *Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии* (2001)