

В.Ю. Меновщиков

Психотерапия: показания и противопоказания

РАЗДЕЛ 1.

Общие показания и противопоказания к психотерапии

Показания для терапии очень широки. В.В. Макаров отмечает, что применяя медицинскую, психологическую и педагогическую модели психотерапии, можно сказать, что психотерапия показана во всех тех случаях, когда для нее отсутствуют противопоказания (Макаров В.В., 1999).

Можно назвать три таких главных противопоказания: по жизненным показаниям необходимо иное, непсихотерапевтическое воздействие; психотерапия не эффективна; психотерапия противопоказана в связи с морально - этическими ограничениями.

Первое противопоказание. В.В. Макаров приводит следующие примеры: У человека высокая температура. Мы можем снизить ее, погрузив пациента в гипноз. А можем, диагностировав опасное и бурно развивающееся инфекционное заболевание, провести лечение антибиотиками и сульфаниламидами и снизить температуру, таким образом вылечив пациента. В этом случае по биологическим показаниям необходимо лекарственное, а не психотерапевтическое воздействие.

Или еще один пример. У человека, проживающего в так называемой «горячей точке» - страх нападения, страх за свою жизнь. При помощи индивидуального и группового психотерапевтического воздействия можно уменьшить этот страх. И человек с пониженным чувством опасности может стать жертвой нападения. Поэтому здесь нужны не психотерапевтические, а социальные меры защиты данного человека.

Второе противопоказание. Психотерапия не эффективна, например, тогда, когда, вас просят работать с тяжело слабоумным человеком. И вы понимаете, что уровень его психического развития настолько низок, что ваши усилия попросту не будут оставлять никаких следов в его мозгу.

В других случаях терапия не эффективна в исполнении конкретных специалистов с конкретными клиентами или пациентами. Одни специалисты чувствуют себя не эффективными с детьми, другие - с пожилыми людьми. У кого - то хуже результат при работе с определенными расстройствами. Например, специалист эффективно работает с истерическими нарушениями и не эффективно с навязчивостями, и т. д.

Третье противопоказание. Противопоказания в связи с морально - этическими ограничениями очень зависят от конкретной школы психотерапии. Известно, что совершенно недопустимое в одной школе приветствуется и одобряется в другой школе как наиболее правильный стиль поведения.

Соблюдение морально - этических правил является гарантией того, что терапевт будет принят своим профессиональным сообществом, что его работа будет эффективной (Макаров В.В., 1999).

В медицинской модели противопоказания для проведения психотерапии прежде всего связаны с диагнозом. Среди типичных противопоказаний следующие:

- слабоумие;
- острые психические расстройства;
- острые соматические и инфекционные заболевания, когда необходимо специализированное лечение лекарственными препаратами или хирургическое;
- при некоторых состояниях (беременность, периоды реабилитации после тяжелых болезней и другие) необходима предельная осторожность при выборе метода психотерапии (нельзя использовать трансы, гипноз, телесную терапию и другие).

Показаний по поставленному диагнозу очень много, можно выделить такие группы:

- психосоматические расстройства,
- невротические реакции,
- неврозы
- посттравматические стрессовые расстройства,
- проблемы подросткового и детского возраста,
- депрессии,
- сексуальные дисфункции,
- страхи,
- паника,
- тревожные расстройства,
- зависимости,
- вегето-сосудистые нарушения (дискинезии, дистонии) и другие.

Однако не все ограничивается клиническим диагнозом. Существуют иные критерии полезности или бесполезности психотерапии, «пригодности» или «непригодности» клиента для прохождения психотерапии, напрямую не связанные с диагнозом.

В частности, Браун и Педдер отвечая на вопрос «Кому может быть полезна психотерапия?» выделили четыре критерия (характеристики) пациентов, без которых

консультирование и так называемая поддерживающая психотерапия возможны, а вот глубинная или, по выражению Бьюдженталя, «жизнеизменяющая» психотерапия нет. Эти характеристики представлены в таблице 1. (см. Приложение)

Далее, опираясь на мнение Брауна и Педдера рассмотрим подробнее эти критерии или характеристики клиента. При этом, мы изменили порядок расположения критериев, сделав его, по нашему мнению, более соответствующим логике процесса психотерапии.

1. Критерий: Мотивация к углубленному познанию и самоизменению

Пациент проявляет свою готовность глубоко разобраться в себе тем, как именно он обращается за помощью и как ведет обсуждение своих проблем. Если он, уходя в глухую защиту, старается ограждать себя, ограничивается жалобами на одни только симптомы или обвиняет в своих трудностях кого-то другого, он вряд ли настроен на то, чтобы глубоко разобраться, каков же его собственный вклад в создавшиеся проблемы и как ему следовало бы изменить себя.

Если во время собеседования пациент изливает свои трудности на интервьюера или ждет от всемогущего врача решений, приносящих по мановению волшебной палочки мгновенный эффект, он, видимо, еще не готов к вступлению в эффективный *рабочий альянс*, хотя не исключено, что со временем он окажется способен в нем участвовать.

Дар проникновения внутрь себя, уровень интеллекта и легкость выражения своих мыслей и чувств словами должны быть развиты в достаточной степени. В противном случае пациентам будет затруднительно рефлексировать по поводу своих чувств, обдумывать полученную информацию и обсуждать ее. Впрочем, способность к инсайту и навыки словесного общения могут быть развиты и в процессе терапии.

Явно выраженная амнезия по отношению к детским воспоминаниям свидетельствует о значительном подавлении и ограничениях, наложенных на характер и личность пациента. Способность припоминать увиденное во сне является еще одним полезным указанием на то, что пациент может вступать в контакт с бессознательными областями собственной личности без чрезмерного напряжения.

Соппротивление переменам и углублению внутрь может быть продиктовано тревогой перед опасностями, которые может повлечь за собой такое углубление, или нежеланием нарушить хрупкое равновесие, благоприятное для самого пациента или его семьи.

2. Критерий: Понимание проблем в психологических терминах

Например, депрессивное состояние А., стало понятным при рассмотрении ее реакции на предстоящий отъезд дочери из дома в контексте ее собственной разлуки с близкими в раннем детстве. Поэтому параллельно возникает требование, чтобы пациент был готов рассматривать свои проблемы в терминах психологии. Оценить эту готовность можно, например, по реакции на интерпретацию (скажем, тестов).

3. Критерий: Способность строить и поддерживать отношения

Наличие хотя бы одной надежной привязанности в прошлом или настоящем является достаточным для того, чтобы создать более прочное основание для начала терапии.

(Это особенно важно при проведении курса краткосрочной аналитической терапии. Долгосрочная аналитическая психотерапия (или подобные психотерапии) растянута во времени, позволяющем постепенно развить отношения доверия, а краткосрочная — с самого начала требует интенсивного вовлечения).

4. Критерий: Сила «Я»

Пациенту нужно научиться оценивать свой опыт, при этом воспринимая разноречивые внутренние побуждения ("Оно"), голос разума ("Сверх-Я") и внешнюю реальность, и справляться с напряжением, создаваемым необходимостью их сбалансировать, несмотря на возникающие порой противоречия.

Он должен сохранять восприятие как внешних, так и внутренних событий и различать их.

Ему следует уметь сдерживать свои чувства и фантазии, а не поддаваться импульсивным порывам и тревогам, не терять способности рационально мыслить и рассуждать.

Пациент должен поддерживать контакт с собственным "взрослым я" и рабочий альянс с терапевтом, не теряя связи с встревоженным и часто беспомощным "ребенком" в себе самом.

Перед завершением сеанса он должен снова начать функционировать как разумный взрослый человек и сохранить это состояние до следующего сеанса.

Повторяющиеся случаи госпитализации или частые суицидальные попытки свидетельствуют о нехватке силы "Я", столь необходимой для динамической психотерапии.

Повторяющееся стремление к риску, устойчивый деструктивный тип поведения или серьезная соматизация в психосоматических расстройствах могут свидетельствовать о неспособности пациента к интеграции (Malan, 1979).

Если человек постоянно выпадает из структуры отношений или не способен завершать начатые предприятия, это может оказаться противопоказанием к проведению психотерапии.

Сила Я, конечно же, частично пересекается и с клиническим диагнозом, Вообще, пациентам с острыми психическими расстройствами нельзя рекомендовать исследующую психотерапию, поскольку функции их "Я" слишком сильно нарушены. Пациенты с тяжелой депрессией могут быть чересчур заторможенными и безучастными, а это препятствует психотерапевтическому лечению, причем чрезвычайно критичное "Сверх-Я" пациентов часто порождает чувство вины и разочарования, в слишком выраженной степени, что также может мешать проведению глубинной психотерапии.

Далее мы остановимся на том, как показания и противопоказания к психотерапии рассматриваются в трех наиболее распространенных и важных направлениях психотерапии.

РАЗДЕЛ 2

Показания и противопоказания к психотерапии в психоанализе, когнитивно-бихевиоральной терапии и экзистенциально-гуманистической психотерапии.

2.1. ПСИХОАНАЛИЗ

Подробное обсуждение показаний и противопоказаний к психоанализу можно найти в работах Р. Гринсона. В частности он пишет, что вопрос определения показаний и противопоказаний к психоаналитической технике лечения зависит от двух отдельных, но родственных проблем. Первый и наиболее важный вопрос, который мы должны задать: «Является ли пациент анализируемым?»

Второй вопрос, зависящий от обстоятельств: «Будет ли психоаналитическое лечение наилучшим для пациента?».

Р. Гринсон иллюстрирует последнюю мысль клиническим примером.

Предположим, что у вас есть пациент, который стремится пройти курс психотерапии, и вы полагаете, что он способен работать эффективно и хорошо в аналитической ситуации. Посоветуете ли вы заняться ему психоанализом, если выяснится, что его призывают в армию? Психоанализ - длительное лечение, обычно требующее от трех до пяти лет. То есть, должна быть рассмотрена конкретная жизненная ситуация, чтобы определить, порекомендуете ли вы или нет эту форму психотерапии.

Проблема анализируемости - комплексная проблема, потому что она зависит от множества различных качеств и черт пациента, как здоровых, так и патологических. Более того, необходимо хорошо представлять себе те многочисленные, напряженные требования, которые предъявляют к пациенту психоаналитические процесс и процедура.

Фрейд (1905) достаточно рано осознал тот факт, что по единственному критерию нельзя дать точный прогноз анализируемости пациента. Следует попытаться оценить личность в целом, что очень трудно сделать после нескольких предварительных интервью (Knight, 1952). Тогда еще не было ясно, что терапевту следует давать на основании этих интервью рекомендации по выбору лечения. Дополнительные предварительные интервью и психологическое тестирование могут помочь в работе с некоторыми пациентами; но при теперешнем состоянии наших знаний даже при таком подходе нельзя реально прогнозировать исход лечения. Кроме того, длительные интервью и психологическое тестирование могут дать отрицательные побочные эффекты.

Традиционный, медицинский подход к определению формы лечения состоит в том, что в первую очередь нужно поставить диагноз. Фрейд (1916 - 17) подразумевал это, когда он разделил невроз переноса и нарциссический невроз. Он полагал, что, поскольку психотические пациенты, в сущности, нарциссичны, они не могут быть подвергнуты лечению психоанализом, так как они не могут развить невроз переноса. Разделение осталось в силе, но сегодня многие пациенты, которые не могут быть отнесены точно к той или другой категории, поскольку у них есть черты и невроза, и психоза, подвергаются такому лечению. Более того, в настоящее время некоторые аналитики считают возможным проводить классический анализ с психотиками и достигают хороших терапевтических результатов (Rosenfeld, 1952).

В соответствии с этим психоаналитическая терапия может быть показана при тревожной истерии, конверсионной истерии, обсессивно - компульсивном неврозе, психоневротических депрессиях, многих неврозах характера и так называемых «психосоматических» заболеваниях.

Она противопоказана при различных формах шизофрении и маниакально - депрессивного психоза (т.е., говоря более современным языком, при биполярном расстройстве).

Вопрос о возможности применения психоаналитической терапии при других характерных заболеваниях, как то: импульсивный невроз, перверзии, пагубные привычки, правонарушения и пограничные случаи, - должен решаться в каждом конкретном случае (Fenichel, 1945; Glover, 1955, 1958).

Нет сомнений, что клинический диагноз может быть очень ценен для определения, подходит ли пациент для анализа, но, к несчастью, часто необходимо много времени для того, чтобы поставить определенный диагноз. Иногда представленная психопатология - это всего лишь поверхностный экран, за которым скрыта более злокачественная патология. Наличие истерических симптомов не означает, что пациент по существу истерик; или, наоборот, причудливая симптоматика может все еще иметь структуру истерии. Симптомы не обязательно связаны со специфическими диагностическими синдромами, как мы обычно полагаем (Greenson, 1959; Rangell, 1959; Aarons, 1962). Гринсон пишет, что: «Иногда приходишь к реальному диагнозу только в конце длительного анализа».

Хотя диагноз говорит нам очень много о патологии, он может сообщить относительно немного о здоровых ресурсах пациента (Khigh, 1952; Waldhom, 1960).

Некоторые случаи навязчивостей дают блестящих пациентов, тогда как другие - неанализируемых. Категория пациентов, находящихся под вопросом, куда относятся

перверзивные и пограничные случаи, имеет различные здоровые ресурсы. Тем не менее, именно их запас ценных качеств, а не патология, может быть определяющим фактором в назначении терапии. Гринсон делает вывод, что *оценка пациента в целом должна быть в центре внимания скорее, чем клинический диагноз патологии*. Найт (1952) придавал этому большое значение в прошлом, и Анна Фрейд в своей книге (1965) делает это главным тезисом по отношению к детям.

Ценным методом в подходе к проблеме анализируемости является **изучение готовности пациента к специфическим требованиям психоаналитической терапии**. Психоаналитическое лечение - длительная, всеобъемлющая, дорогая терапия и, кроме того, весьма болезненная. Только пациенты с сильной мотивацией будут работать искренне в аналитической ситуации. Симптомы пациента или дисгармоничные черты характера должны вызывать достаточно сильные страдания, чтобы он стал способен вынести трудности лечения. Невротические страдания должны мешать основным аспектам жизни пациента и осознание своего состояния должно поддержать его, если его мотивация ослабевает.

Тривиальные проблемы или желание родных, любимых или работодателей не является достаточным, основанием для проведения психоаналитического лечения. Научная любознательность или желание профессионального продвижения не мотивируют анализируемого предпринять глубокое аналитическое переживание, хотя это и комбинируется с адекватными терапевтическими нуждами.

Пациент, который требует быстрых результатов или имеет вторичную выгоду от своей болезни, также не имеет необходимой мотивации.

Мазохисты, которые нуждаются в невротических страданиях, могут войти в анализ и позже стать привязанными к боли, причиняемой лечением. Они представляют собой трудную проблему для оценки с точки зрения мотивации.

Дети мотивированы совершенно иначе, чем взрослые и также нуждаются в оценках с различных точек зрения (A. Freud, 1965).

Психоанализ требует от пациента наличия способности воспроизводить более или менее последовательно и повторно те функции Эго, которые находятся в противодействии друг другу. Например, для того, чтобы приблизиться к свободной ассоциации, пациент должен быть способен регрессировать в своем мышлении, позволить мыслям возникать пассивно, снять контроль над мыслями и чувствами и частично отказаться от проверки реальности. Кроме того, мы также ожидаем, что пациент понимает нас, когда мы сообщаем ему что - то; когда он проделывает некоторую аналитическую работу над собой; контролирует свои действия и чувства после сеанса и входит в контакт с реальностью. Несмотря на свой

невроз, поддающийся анализу пациент, как ожидают, имеет гибкие и эластичные функции Эго (Knight, 1952; Loewenstein, 1963).

Гринсон отмечает также, что необходимо, чтобы пациент обладал способностью как к регрессии, так и к быстрому отказу от нее в своих отношениях к аналитику. От пациента ждут, что он разовьет различные регрессивные реакции переноса, выдержит их и затем поработает над ними в сотрудничестве с аналитиком (Stone, 1961; Greenson, 1965). Нарциссически ориентированные и психотические пациенты, как правило, не подходят для психоанализа (Freud, 1916 - 17; Knapp, et al. , 1960). Способность к эмпатии - один из наиболее существенных моментов для психоанализа, она зависит от способности временно и частично идентифицироваться с другими людьми (Greenson, 1960). Для эффективной коммуникации между пациентом и аналитиком она должна быть у обоих. Замкнутые, эмоционально ригидные люди не подходят для психоаналитической терапии. Свободная ассоциация, в сущности, приводит к обнажению болезненных интимных деталей частной жизни. Из этого следует, однако, что подходящий пациент должен обладать высоким уровнем развития и интегрированности характера. Это также требует способности умно рассказывать о неуловимых комбинациях эмоций. Люди с тяжелым мышлением и расстройствами речи также не совсем подходят для анализа (Fenichel, 1945; Knapp, et al. , 1960). Импульсивные, не могущие выдержать ожидания, фрустрации или болезненных эффектов, - эти люди также плохие кандидаты для психоанализа.

Другая группа факторов, которая должна быть принята во внимание, - это **внешняя жизненная ситуация пациента**. Иногда тяжелая физическая болезнь может истощить мотивацию пациента или исчерпать его энергию, необходимую для психологической работы. Кроме того, бывает, что невроз является меньшим злом по сравнению с какой-то разрушительной болезнью или несчастной жизненной ситуацией.

Пациенты, находящиеся на вершине волнующей любовной аферы, также обычно не способны работать в анализе.

Присутствие раздраженного, воинственного, назойливого мужа, жены или родителя может сделать анализ неосуществимым. Невозможно работать аналитически на поле битвы. Должна иметься возможность для размышления и интроспекции вне аналитического сеанса. Кроме того, существуют такие практические моменты, как время и деньги, оба весьма существенные. Дефицит доступных психоаналитиков также может являться реальной проблемой.

Все предшествовавшие рассуждения помогут при определении, показан или противопоказан психоанализ для конкретного пациента. Гринсон отмечает, что годы клинической работы учат нас, что это можно с уверенностью определить только в

процессе анализа. Очевидно, существует слишком много вариантов и неизвестных для любого другого реального терапевтического метода. Фрейд (1913) осознавал эту проблему и утверждал, что только «пробный анализ», проводимый в течение нескольких недель, может дать точное «зондирование» ситуации, Феничел (1945) согласен с этой точкой зрения, но Гловер обнаружил, что две трети английских аналитиков ее не разделяют (1955).

Гринсон полагает, что это различие во мнениях основывается скорее на тактике, чем на существе дела (Ekstein, 1950). Оно происходит из клинических находок, из мнения, что определенный интервал времени, отведенный для испытательного периода, усложняет аналитическую ситуацию. Р. Гринсон считает полезным определить свою точку зрения для пациента, следуя генеральной линии, которую он описывает так: «во - первых, я говорю пациенту, что считаю психоанализ наилучшим лечением для него, выслушиваю его реакцию и жду его решения. Если он соглашается, тогда я, во - вторых, объясняю ему роль свободной ассоциации и предлагаю ему попытаться поработать этим методом (третий шаг), подразумевая, что мы оба будем четче осознавать необходимость выбора психоанализа после того, как поработаем некоторое время вместе. Я умышленно говорю о неопределенно долгом времени, так как опыт показывает, что оно может очень сильно различаться. **Если пациент начинает анализ, требуются месяцы, а иногда и годы, чтобы прийти к определенному решению** (и этот промежуток времени все увеличивается по мере того, как я практикую). Намного лучше отказать тому, кто не подходит для психоанализа, для работы со мной, в частности, чем быть уверенным в хорошем терапевтическом результате»¹.

Обобщенно, выделенные описанные характеристики представлены в таблице 2 (см. Приложение).

2.2. КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Когнитивная психотерапия первоначально была создана для лечения депрессий (и достигла больших успехов на этом поприще, показав эффективность, сопоставимую с эффективностью антидепрессивной фармакотерапии (Robinson L, Berman J, Neimeyer R., 1990), однако данный вид психотерапии успешно применялся также в семейной

¹ Ральф Р. Гринсон ПРАКТИКА И ТЕХНИКА ПСИХОАНАЛИЗА.

психотерапии, при лечении тревожных расстройств, личностных расстройств, в работе с клиентами с посттравматическим стрессовым расстройством, шизофренией, гипертонией, диссоциативными расстройствами, зависимостями и т. д. Говоря более общими словами, когнитивная психотерапия зарекомендовала себя как адекватный и эффективный метод психотерапии при тех состояниях, в патогенезе которых важную роль играют дезадаптивные когниции.

В настоящее время уже существуют достоверные научные данные о высокой эффективности когнитивной психотерапии не только при психотерапии депрессии, но и при терапии ряда других расстройств. Хофман и Шпигель (S.G.Hofmann, D.A.Spiegel, 1999) свидетельствуют о преимуществах когнитивной терапии при лечении тревожных расстройств, указывая на сопоставимое с фармакотерапией действие во время лечения и заметно более высокие результаты после завершения лечения, когда успех фармакотерапии может свестись до нуля, в то время как результаты психотерапии продолжают сохраняться. Когнитивная терапия сопоставима по своей эффективности с экспозиционными методиками при лечении обсессивно-компульсивного расстройства (J.S.Abramowitz, 1997) и социальной фобии (S.Taylor, 1996). Когнитивная терапия успешно применялась в лечении панического расстройства (M.G.Gelder, D.M.Clark, P.Salkovskis, 1993) булимии (M.L.Whittal, W.S.Agras, R.A.Gould, 1999) и в семейной психотерапии (R.Dunn, A.Schewebel, 1995).

Противопоказаниями к проведению когнитивной психотерапии являются тяжёлые расстройства восприятия (галлюцинации и т. д.); существенное ухудшение памяти и других когнитивных способностей (например, при психоорганическом синдроме). Не рекомендуется использовать когнитивную терапию в качестве единственного средства при психотической депрессии и вообще при психозах.

Как и в предыдущем обсуждении, показаний для психоанализа, здесь мы снова встречаемся с мнением, что **диагноз это еще не все**, что необходимо знать для принятия решения о применении когнитивно-бихевиоральной психотерапии.

Так, Бек отмечал, что **когнитивный подход наиболее пригоден** для людей со способностью к интроспекции и рассуждениям о своих мыслях и фантазиях. Когнитивная терапия применяется в случаях, когда проблему можно четко сформулировать и имеются когнитивные искажения. При этом методом личностного роста когнитивная терапия не является.

Когнитивная терапия показана тем пациентам, которые могут фокусироваться на собственных автоматических мыслях, при наличии достаточной воли к выздоровлению. Этот вид психотерапии, как и многие другие, рассчитан на «особенного» клиента,

обладающего достаточно высоким уровнем интеллектуального развития, склонного к рефлексии и самоанализу. Когнитивная терапия может быть показана тогда, когда пациент берет на себя ответственность за опознание своих эмоций и за изменение мыслей. В то же время недостаточно высокий интеллект не является противопоказанием к проведению когнитивной терапии: исследования Бека не обнаружили статистически достоверных связей между эффектом психотерапии и уровнем интеллектуального развития.

Бек считал, что когнитивная терапия может служить и прекрасным средством самопомощи, в связи с чем были опубликованы соответствующие пособия для массового читателя, например книга самого Бека «Любви не бывает достаточно» (*Love is never enough*, 1988). В последнее время появились компьютерные программы для когнитивной аутотерапии.

Основными факторами, затрудняющими реализацию когнитивной терапии, являются:

- негативные убеждения о когнитивной терапии и терапевте;
- слишком высокий уровень тревожности пациента;
- отсутствие согласия о целях терапии;
- «грубость» психической организации пациента, его неспособность к рефлексии, к организации психотерапии как исследовательского процесса;
- психическая неадекватность (продуктивная психопатологическая симптоматика – галлюцинации и т. п.).

Обобщенно, выделенные нами характеристики представлены в таблице 3 (см. Приложение).

2.3. ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ГУМАНИСТИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Это направление в психотерапии весьма неоднородно, что находит выражение даже в разнообразии терминов, которые используются для его названия. Наряду с термином «гуманистическое направление» его также часто обозначают как «экзистенциально-гуманистическое» или «опытное» направление. Это связано, прежде всего, с тем, что в это направление традиционно включают самые разнообразные психотерапевтические школы и подходы, которые объединены общим пониманием цели психотерапии и путей для ее достижения (экзистенциальная психотерапия, клиент-центрированная психотерапия,

гештальт-терапия и др.). Во всех этих подходах личностная интеграция, восстановление целостности и единства человеческой личности рассматривается как основная цель психотерапии, которая может быть достигнута за счет переживания, осознания, принятия и интеграции нового опыта, полученного в ходе психотерапевтического процесса. При этом далеко не всегда эти подходы имеют в своей основе собственно гуманистическую психологию. Поэтому термин «гуманистическое направление» не совсем точно отражает содержание всех конкретных школ в рамках этого направления. По сути своей только одна ветвь этого направления может быть названа гуманистической психотерапией. По-видимому, наиболее адекватным является термин «опытное направление», однако мы все же используем название «гуманистическое направление», учитывая сложившуюся традицию и связь каждого конкретного подхода в рамках этого направления с гуманистической психологией.

Главной человеческой потребностью в рамках гуманистического подхода является потребность в самоактуализации. Невроз при этом рассматривается как результат невозможности самоактуализации, как результат отчуждения человека от самого себя и от мира. Маслоу пишет по этому поводу: «Патология есть человеческое уничижение, потеря или недостижение актуализации человеческих способностей и возможностей. Идеал полного здоровья — это человек сознательный, осознающий реальность в каждый момент, человек живой, немедленный и спонтанный».

А. Кочарян (2010) обращает внимание на то, что заложенное К. Роджерсом безразличие гуманистического направления в целом, и клиент-центрированного подхода в частности, к нозологии, уровню расстройства (невротическому, пограничному, психотическому) и характерологии клиента обуславливает неспецифичность основных эффектов психотерапии – изменение Я-концепции, идеал-образований Я, повышение «зрелости наблюдаемого поведения, изменения в восприятии и принятии себя, внедрение ранее отвергаемого опыта в структуру “Я”, сдвиг источника оценки – переход от внешней оценки к внутренней» (Роджерс, 1994, с. 119), открытость своему и чужому опыту, реалистичность восприятия, улучшение психической адаптации, уменьшение физиологического напряжения, уход «от статичного, жесткого, бесчувственного, безличного типа функционирования» к «текучей, изменчивой, наполненной дифференцированными чувствами жизнедеятельности» (Роджерс, 1994, с. 109-110) и т.п. *Соответственно, вопрос о показаниях, возможностях и пределах клиент-центрированной психотерапии остается все еще открытым.* И это исходит из базовых положений клиент-центрированной психотерапии. К. Роджерс (1994, с. 118) прямо указывает, что «...меня стали все более раздражать вопросы, которые обычно задаются: «Излечит ли эта

психотерапия от невроза навязчивых состояний?», «Помогает ли он (метод) при семейных проблемах?», «Возможно ли его применение при заикании или гомосексуализме?», «Является ли излечение стойким?». Более того, Роджерс указывает, что «это не те вопросы, которые надо ставить, если есть желание проникнуть дальше в глубины знания о том, что такое психотерапия или чего она может достичь». Он создал настолько новаторский образ человека и терапии, что «вынужден был признать, что, возможно, в различных теориях психотерапии процесс, направление и ее конечные цели могут быть разными» (Роджерс К., 1994, с. 120). Неспецифичность эффектов психотерапии, по-видимому, обусловила падение интереса Роджерса к самой терапии, где нужны конкретные результаты (Брэzier Д., 2005).

В то же время, А Кочарян отмечает, что далеко не всегда позитивная часть человека, в которой укоренена формирующая тенденция, имеет «энергию» проявления, более того, не всегда удастся вызвать ее к жизни, она находится в потенциальном состоянии. *По-видимому, необходимо выявить признаки того, что позитивная часть человека при определенных (и выявленных К. Роджерсом) условиях «заработает».* Нередко встречаются клиенты, которые при выраженной декларации меняться и вопреки такой декларации: 1) регрессируют, 2) наполняют терапевтический контакт трансферентными отношениями; 3) упрямо воспроизводят инфантильные когнитивные, эмоциональные и поведенческие паттерны; 4) резистентны к изменению. Роджерс (1994, с.179-182) описал характеристики людей, находящихся на первой и второй стадиях психотерапевтического процесса: нежелание сообщать что-либо о себе; готовность говорить только о внешних обстоятельствах, не осознаются чувства и личностные смыслы, статичность личностных конструктов, страх психологической интимности, тенденция отрицать наличие личностных проблем, отсутствие желания меняться, заблокировано общение с самим собой. *Далее он указывает, что с такими пациентами можно добиться «весьма скромных успехов».* Контакт с таким клиентом не описывается клиент-центрированным дискурсом.

А. Кочарян (2010) считает, что должны быть выявлены признаки того, что клиент не безнадежен в психотерапии, которыми, как правило, являются отсутствие разных типов структурных дефектов и дефицитов “ego”. Но это не клиент-центрированная теоретическая перспектива – такие концептуальные средства как структурные дефициты “ego” в клиент-центрированной теории отсутствуют (Макдугалл Дж., 2007). Как отмечал К. Роджерс (1994, с. 53), «...именно клиент может знать ... в каком направлении надо идти...». К. Роджерс также указал (1994, с. 59), что таким признаком успешного пути или изменения клиента является *безоговорочное принятие им себя таким, каким он есть на*

самом деле. При этом К. Роджерс делает акцент не на индивиде, а на пространстве терапии, в котором представлены две фигуры, составляющие нечто целое – клиент и психотерапевт. И тогда понимание психотерапевтом клиента позволяет меняться и психотерапевту, и клиенту, так как такое понимание «дает возможность (клиенту – как пишет А.Кочарян) принять собственные страхи, причудливые мысли, чувство горя, и упадок духа, так же как и свое мужество, доброту, любовь и нежность» (Кочарян А, 2010). Фактически классическая триада необходимых и достаточных условий изменения клиента (конгруэнтность терапевта, безусловное позитивное отношение к клиенту, эмпатическое понимание) переносит акцент на терапевта. Создается впечатление, что от клиента ничего не зависит – спрос практически только с психотерапевта. Чувство клиента, что его понимают, является универсальным механизмом перехода клиента со стадии на стадию психотерапевтического процесса. И К. Роджерс (1994, с.181) прямо отмечает, что «мы очень мало знаем, как сделать так, чтобы у человека, находящегося на первой стадии, появилось чувство того, что его принимают...». **Стало быть, существуют некоторые конституциональные (структурные, индивидные) факторы, определяющие успешность психотерапии.** У К. Роджерса представлена идея процесса, распространяющаяся как на понимание человека (Орлов А.Б. , 2005), так и психотерапии, рассматриваемой как процесс, «в котором человек становится своим организмом...» (Роджерс К., 1994, с.148). По сути, семистадиальный процесс психотерапии, описанный К. Роджерсом, не является процессом терапии в строгом смысле, так как первая, вторая и даже в некотором смысле третья стадии не составляют суть психотерапии, с них она даже не начинается – случайное обращение за помощью человека, находящегося на указанных стадиях, вряд ли приведет к разворачиванию полноценного психотерапевтического процесса. Видимо, характеристика первых стадий – это характеристика не процесса, а уровня его развития (не осознаются чувства и личностные смыслы, статичны личностные конструкты, не признается наличие проблем, отсутствует желание меняться, блокировано общение с самим собой и т.п.). Если измерения процесса являются единственными и центральными для определения психотерапии, то сам процесс превращается в метакатегорию, которая поглощает все другие возможности осмысления и наделяется особыми нуминозными свойствами. Но всегда ли психотерапия идет в нужном направлении? Всегда ли клиент сдвигается? А если этого не происходит, достаточно ли объяснить это неудачами психотерапевта в обеспечении принятия им клиента?

Можно сказать, что **Показания к применению** гуманистической психотерапии являются довольно общими.

Так, считается, что клиент-центрированный подход помогает тем, кому не хватает понимания, сочувствия, участия и тепла. Он может применяться во всех областях, где необходимо взаимопонимание. Безусловное принятие другого человека, сопереживание, открытость своим чувствам способствуют и успешному ходу переговоров, и лечению неврозов, и разрешению социальных и семейных конфликтов. В форме недирективной игровой терапии метод эффективен и для решения проблем личностного развития ребенка.

На *вопрос о показаниях к разговорной психотерапии*² Бирманн-Ратъен и его коллеги (Biermann-Ratjen et al., 1995), используя клиент-центрированный подход, отвечают следующим образом:

«Разговорная психотерапия как лечебная процедура рекомендована тогда, когда:

- 1) нарушение является психическим, то есть в основе его лежит неконгруэнтность;
- 2) у клиента задана Я-концепция и некоторая способность строить отношение к самому себе;
- 3) клиент в определенной степени воспринимает свою неконгруэнтность как таковую и это восприятие связано с желанием изменений;
- 4) клиент может воспринять и принять предложение отношений разговорной психотерапии;
- 5) в устранении неконгруэнтности в переживаниях клиента можно увидеть как минимум первый шаг к преодолению его психических нарушений или к решению его проблем, а также если терапия приведет к прояснению проблемы» (с. 155).

В разговорной психотерапии не считаются возможными - так же как и в ориентированных на глубинную психологию методах - положительные показания только на основании схемы классификации (ср. Janssen und Scheinder, 1994; Eckert, 1994). Несмотря на это, имеется положительный опыт применения разговорной психотерапии для большого числа психоневротических, психореактивных, психосоматических, а также психотических нарушений (Eckert 1994; Biermann-Ratjen, Eckert und Schwarz, 1995).

Экерт (Eckert, 1994), а также Бирманн-Ратъен, Экерт и Шварц (Biermann-Ratjen, Eckert und Schwarz, 1995, с. 160-161) в качестве лучшего показателя для предсказания успешности психотерапии выделяют «способность пациента рассматривать специфическое терапевтическое предложение» (цит. по Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У, 2002).

² Разговорная психотерапия – модификация клиент-центрированной психотерапии, созданная в немецкоговорящих странах (Германии и Австрии) (Прим. автора).

Для разговорной психотерапии Экерт и Бирманн-Ратъен (Eckert, Biermann-Ratjen, 1990), а также Амбюэль и Граве (Ambuehl und Grawe, 1988) предоставляют соответствующие эмпирические результаты. Рудольф и его коллеги (Rudolf et al., 1988) сообщают о сопоставимых результатах для психоаналитической терапии.

Дифференциальные, то есть специфические для школ, показания представляют собой особую форму селективных показаний, когда ставится вопрос, подходит ли данный клиент для данной формы психотерапии. *При адаптивных показаниях, напротив, оценивают, подходит ли метод клиенту, и модифицируют его* соответственно. Цильке (Zielke, 1979), тщательно проанализировав проблему показаний, пришел к выводу о предпочтительности адаптивных показаний. Бирманн-Ратъен и его коллеги (Biermann-Ratjen et al., 1995, с. 169) высказываются против адаптивной модели показаний, так как «терапевт всегда находится в той же ситуации, что и клиент», «постольку поступки могут следовать только на основании его вчувствования в переживания клиента и всегда могут быть разработаны только в конкретном терапевтическом процессе».

Противоположный подход представляет Сахсе (Sachse, 1992, 1995; Sachse und Maus, 1991) со своей ориентированной на цель разговорной психотерапией: в ней должны быть созданы специфические предложения отношений для достижения индивидуальных целей клиента. Бирманн-Ратъен и его коллеги (Biermann-Ratjen et al., 1995) исходят из того, что адаптивная модель показаний нарушает существенные принципы клиент-центрированной концепции. В то же время *авторы подчеркивают, что клиент-центрированный подход «допускает очень сильно дифференцированные действия психотерапевта в рамках разговорной психотерапии»,* что акцентируют некоторые критики, а также представители разговорной психотерапии» (с. 180) (цит. по по Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У, 2002) .

Обобщенно, выделенные нами характеристики представлены в таблице 4 (см. Приложение).

Общие выводы

Выбор пациентов для психотерапии, особенно в психоанализе и психоаналитической психотерапии может показаться в какой-то мере несправедливым выделением своеобразной элиты. Психотерапевтов упрекают за то, что они стараются выбирать себе молодых, умных, обладающих яркой индивидуальностью пациентов, забывая при этом, что к ним обращаются и самые трудные пациенты, которым не могут помочь психиатры.

В отличие, например, от хирургов, которым приходится иметь дело со своими подопечными в течение непродолжительного времени операции, к тому же, когда те находятся под наркозом, психотерапевт тратит очень много времени на общение с каждым пациентом, вступая с ним в личные отношения. Поэтому при выборе пациента личные ощущения играют весьма важную роль. Равно как и личные ощущения клиента при выборе психотерапевта.

Терапевту приходится решать, какой тип и уровень психотерапевтической помощи требуется именно этому пациенту и кто именно может лучше всего оказать эту помощь. Часть задачи состоит в вовлечении пациента в процесс принятия решения и предоставлении ему права отвергать того терапевта, с которым он не готов работать вместе.

В целом, психотерапевты при решении вопроса о показаниях и противопоказаниях к определенному типу психотерапии, опираются на три основных критерия: на клинический диагноз (классификацию), на оценку пациента (клиента) в целом и внешнюю жизненную ситуацию пациента (клиента).

По-видимому, наиболее строгие и детальные показания и противопоказания характерны для глубинной психотерапии (психоанализ, психоаналитическая и психодинамическая психотерапия), наименее строгие и четкие для экзистенциально-гуманистических психотерапий. КБТ, как и в некоторых других случаях, занимает промежуточное положение...

Литература

1. Брэзиер Д. Любовь как необходимое условие: клиентоцентрированный подход за пределами Я // Карл Роджерс и его последователи: психотерапия на пороге XXI века / Под. Ред. Дэвида Брэзиера. Пер. с англ.. – М.: Когито-Центр, 2005. – С. 78-99.

2. Гринсон Р.Р. Практика и техника психоанализа. М.: «Когито-Центр», 2003.
3. Кочарян А.С. Рефлексия клиент-центрированной психотерапии. Психотерапия – 2010. - No 10 (94). – С.76-80.
4. Макдугалл Дж. Театры тела. Психоаналитический подход к психосоматическим расстройствам. – М.: Когито-Центр, 2007. – 216 с.
5. В. В. Макаров. Лекции по психотерапии. М., 1999.
6. Орлов А.Б. Послесловие научного редактора // Карл Роджерс и его последователи: психотерапия на пороге XXI века / Под. Ред. Дэвида Брэзиера. Пер. с англ.. – М.: «Когито-Центр», 2005. – С. 306-311.
7. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека: Пер. с англ. / Общ. ред. и предисл. Исениной Е.И.. – М.: Издательская группа «Прогресс», «Универс», 1994. – 480 с.
8. Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. Базисное руководство по психотерапии. Спб.: «Речь», 2002.

Приложение.

Таблица 1. Общие характеристики клиента (критерии пригодности) существенные/несущественные, в том или ином виде консультирования и психотерапии

Критерии	Консультирование и поддерживающая психотерапия	Глубинная (исследующая, жизнеизменяющая) психотерапия
1) Мотивация к углубленному познанию и самоизменению	несущественно	необходимо
2) Понимание проблем в психологических терминах	несущественно	необходимо
3) Способность строить и поддерживать отношения	несущественно	необходимо
4) Сила «Я»	несущественно	необходимо

Табл. 2 Психоанализ, психоаналитическая и психодинамическая психотерапия

Показания	Противопоказания
1) КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ: Тревожная и конверсионная истерия, обсессивно - компульсивном невроз, психоневротические депрессии, неврозы характера, «психосоматические» заболевания.	КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ: Различные формы шизофрении и маниакально - депрессивного психоза (биполярное расстройство). Противопоказана шизоидам, пограничными или психотиками (т.е. не показана при всех нарциссических неврозах)
2) Оценка пациента в целом	Оценка пациента в целом
сильная мотивация	требует быстрых результатов или имеет вторичную выгоду
симптомы пациента или дисгармоничные черты характера должны вызывать достаточно сильные страдания, чтобы он стал способен вынести трудности лечения	Тривиальные проблемы или желание родных, любимых или работодателей не является достаточным, основанием для проведения психоаналитического лечения.
наличие способности воспроизводить более или менее последовательно и повторно те функции Эго, которые находятся в противодействии друг другу.	
способность регрессировать в своем мышлении, позволить мыслям возникать пассивно, снять контроль над мыслями и чувствами и частично отказаться от проверки реальности.	
пациент понимает нас, когда мы сообщаем ему что - то; когда он проделывает некоторую аналитическую работу над собой;	
имеет гибкие и эластичные функции Эго	Замкнутые, эмоционально ригидные люди не подходят
обладает способностью как к регрессии, так и к быстрому отказу от нее в своих отношениях к аналитику.	
способен к эмпатии	
обладает высоким уровнем развития и интегрированности характера	
способен умно рассказывать о неуловимых комбинациях эмоций.	Люди с тяжелым мышлением и расстройствами речи
контролирует свои действия и чувства после сеанса и входит в контакт с реальностью.	Импульсивные, не могущие выдержать ожидания, фрустрации или болезненных эффектов
3) внешняя жизненная ситуация пациента:	внешняя жизненная ситуация пациента:
Нормальное физическое состояние	тяжелая физическая болезнь (т.к. может истощить мотивацию пациента или исчерпать его энергию, необходимую для психологической работы).
В данный момент времени нет каких-то очень важных событий, а также окружения, вовлекающих полностью и мешающих заниматься психоанализом	Пациенты, находящиеся на вершине волнующей любовной аферы и т.п.
	Постоянное присутствие раздраженного, воинственного, назойливого мужа, жены или родителя может сделать анализ неосуществимым (постоянное поле битвы).
Значительный запас времени и денег	Недостаточно времени (Например, уходит в армию, уезжает в другую страну и т.п.) и/или денег

Табл. 3 Когнитивно-бихевиоральная терапия

Показания	Противопоказания
<p>1) КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ: Депрессии, семейные проблемы, тревожные расстройства, личностные расстройства, посттравматическое стрессовое расстройство, шизофрения (вне острой фазы), гипертония, диссоциативные расстройства, зависимости и т. д. Обсессивно-компульсивное расстройство. Социальная фобия. Паническое расстройство. Булимия.</p>	<p>КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:</p> <p>Не рекомендуется использовать в качестве единственного средства при психотической депрессии и вообще при психозах, при наличии психической неадекватности (продуктивная психопатологическая симптоматика, тяжёлые расстройства восприятия – галлюцинации и т. п.).</p> <p>Существенное ухудшение памяти и других когнитивных способностей (например, при психоорганическом синдроме).</p>
<p>2) Оценка пациента в целом</p>	<p>Оценка пациента в целом</p>
<p>наиболее пригоден для людей со способностью к интроспекции и рассуждениям о своих мыслях и фантазиях.</p>	<p>негативные убеждения о когнитивной терапии и терапевте;</p>
<p>Пациенты могут фокусироваться на собственных автоматических мыслях, при наличии достаточной воли к выздоровлению. Проблему можно четко сформулировать и имеются когнитивные искажения.</p>	<p>Слишком высокий уровень тревожности пациента</p>
<p>Пациент берет на себя ответственность за опознание своих эмоций и за изменение мыслей.</p>	<p>отсутствие согласия о целях терапии;</p>
<p>Этот вид психотерапии, как и многие другие, рассчитан на «особенного» клиента, обладающего достаточно высоким уровнем интеллектуального развития, склонного к рефлексии и самоанализу.</p>	<p>«грубость» психической организации пациента, его неспособность к рефлексии, к организации психотерапии как исследовательского процесса; (В то же время недостаточно высокий интеллект не является противопоказанием к проведению когнитивной терапии)</p>
<p>3) внешняя жизненная ситуация пациента:</p>	<p>внешняя жизненная ситуация пациента:</p>
<p>Не играет особой роли</p>	<p>По-видимому, не играет особой роли</p>

Табл. 4 Экзистенциально-гуманистические психотерапии

Показания	Противопоказания
<p>1) КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:</p> <p>Вопрос о показаниях, возможностях и пределах клиент-центрированной психотерапии остается все еще открытым. По-видимому, можно говорить о ШИРОКОМ СПЕКТРЕ показаний..</p> <p>Клиент-центрированный подход помогает тем, кому не хватает понимания, сочувствия, участия и тепла. Он может применяться во всех областях, где необходимо взаимопонимание. ...способствуют и успешному ходу переговоров, и лечению неврозов, и разрешению социальных и семейных конфликтов. В форме недирективной игровой терапии метод эффективен и для решения проблем личностного развития ребенка.</p>	<p>КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:</p> <p>Играет второстепенную роль.</p>
<p>2) Оценка пациента в целом</p> <p><i>способен принять себя таким, каким он есть на самом деле. При этом К. Роджерс делает акцент не на индивиде, а на пространстве терапии, в котором представлены две фигуры, составляющие нечто целое – клиент и психотерапевт.</i></p> <p>1) нарушение является психическим, то есть в основе его лежит неконгруэнтность; 2) у клиента задана Я-концепция и некоторая способность строить отношение к самому себе; 3) клиент в определенной степени воспринимает свою неконгруэнтность как таковую и это восприятие связано с желанием изменений; 4) клиент может воспринять и принять предложение отношений разговорной психотерапии; 5) в устранении неконгруэнтности в переживаниях клиента можно увидеть как минимум первый шаг к преодолению его психических нарушений или к решению его проблем или к прояснению проблемы.</p>	<p>Оценка пациента в целом</p> <p>Нередко встречаются клиенты, которые при выраженной декларации меняться и вопреки такой декларации: 1) регрессируют, 2) наполняют терапевтический контакт трансферентными отношениями; 3) упрямо воспроизводят инфантильные когнитивные, эмоциональные и поведенческие паттерны; 4) резистентны к изменению.</p> <p>нежелание сообщать что-либо о себе; готовность говорить только о внешних обстоятельствах, не осознаются чувства и личностные смыслы, статичность личностных конструктов, страх психологической интимности, тенденция отрицать наличие личностных проблем, отсутствие желания меняться, блокировано общение с самим собой.</p> <p>не «способность пациента рассматривать специфическое терапевтическое предложение»</p>
<p>3) внешняя жизненная ситуация пациента:</p> <p>По-видимому, любая</p>	<p>Не рассматривается</p>