

М.М. РЕШЕТНИКОВ

ИЗБРАННЫЕ СТАТЬИ
В ДВУХ ТОМАХ



том I

СОВРЕМЕННАЯ
ПСИХОТЕРАПИЯ

1. MODERN PSYCHOTHERAPY

Михаил Решетников

**Избранные статьи в двух томах.
Том I. Современная психотерапия**

Издательско-Торговый Дом "СКИФИЯ"

2020

УДК 159.9
ББК 53.57

Решетников М. М.

Избранные статьи в двух томах. Том I. Современная психотерапия
/ М. М. Решетников — Издательско-Торговый Дом "СКИФИЯ",
2020

ISBN 978-5-00025-211-6

В первый том избранных работ доктора психологических наук, профессора М.М. Решетникова вошли статьи и доклады, объединенные в тему «Современная психотерапия». Материал отобран по актуальности проблем для психологии, психотерапии и психиатрии нашего времени. В формате PDF А4 сохранен издательский макет книги.

УДК 159.9
ББК 53.57

ISBN 978-5-00025-211-6

© Решетников М. М., 2020
© Издательско-Торговый Дом
"СКИФИЯ", 2020

Содержание

I. Современная психотерапия	7
1. Экономические и организационно-методические проблемы психотерапии	7
Американский опыт	9
Выполним ли социальный заказ?	11
Методический бум	11
Неопределенность статуса психотерапии	13
Специфика содержания и задач психотерапии	13
О единстве теории и практики	16
О сложностях соединения теории и практики	16
Перспективы	17
Канадский опыт	18
Основные тенденции	21
2. О связи психики и соматической иннервации – проблема психосоматики	22
Идея соматизации психической травмы и переживаний	23
Конец ознакомительного фрагмента.	25

Михаил Решетников

Избранные статьи в двух томах.

Том I. Современная психотерапия



© Решетников М., текст, 2020
© Издательство «Скифия», 2020
© Оформление. ООО «ИТД "Скифия"», 2020



В предлагаемый читателю двухтомник вошли, как мне представляется, наиболее интересные и претендующие на определенное обобщение статьи, доклады и сообщения последнего двадцатилетия. Сразу отмечу, что используемый в наименовании ряда разделов термин «современный» не подразумевает некоего высшего уровня достижений, а лишь подчеркивает принадлежность материала к тому периоду, когда он создавался. Естественно, что у следующего поколения ученых будет другое понимание современности.

Из почти пятидесяти статей, каждая из которых, по мнению автора, затрагивает актуальные для психологии, психотерапии и психиатрии проблемы, хотелось бы особенно выделить две работы.

Первая – «Социально-психологические предпосылки и специфические особенности современного терроризма» (на Западе она вышла под названием «Fighting Terrorism by Exterminating Terrorists is Like Scooping the Flood with a Spoon»¹), за которую Международное рейтинговое агентство ученых включило меня в список 500 ведущих интеллектуалов планеты (2017). Безусловно, автор оценивает себя куда скромнее.

Второй материал, который приводится в разделе «Будущее психиатрии» под названием «Методологические основания и предпосылки нематериальной теории психики», был неоднократно опубликован в западной научной печати и послужил основанием для выдвижения моей

¹ Пер. с англ.: «Бороться с терроризмом путем уничтожения террористов – это то же самое, что бороться с наводнением, вооружившись столовой ложкой».

кандидатуры на Нобелевскую премию по медицине в 2019 году. Как известно, самовыдвижение в этом случае невозможно, вероятность попасть в число лауреатов чрезвычайно невелика и обычно происходит через годы и даже десятилетия, но уже сам факт участия в таком престижном конкурсе делает честь любому ученому.

Хочу заранее поблагодарить коллег, которые найдут время и возможность ознакомиться с этими работами, и буду рад конструктивной критике.

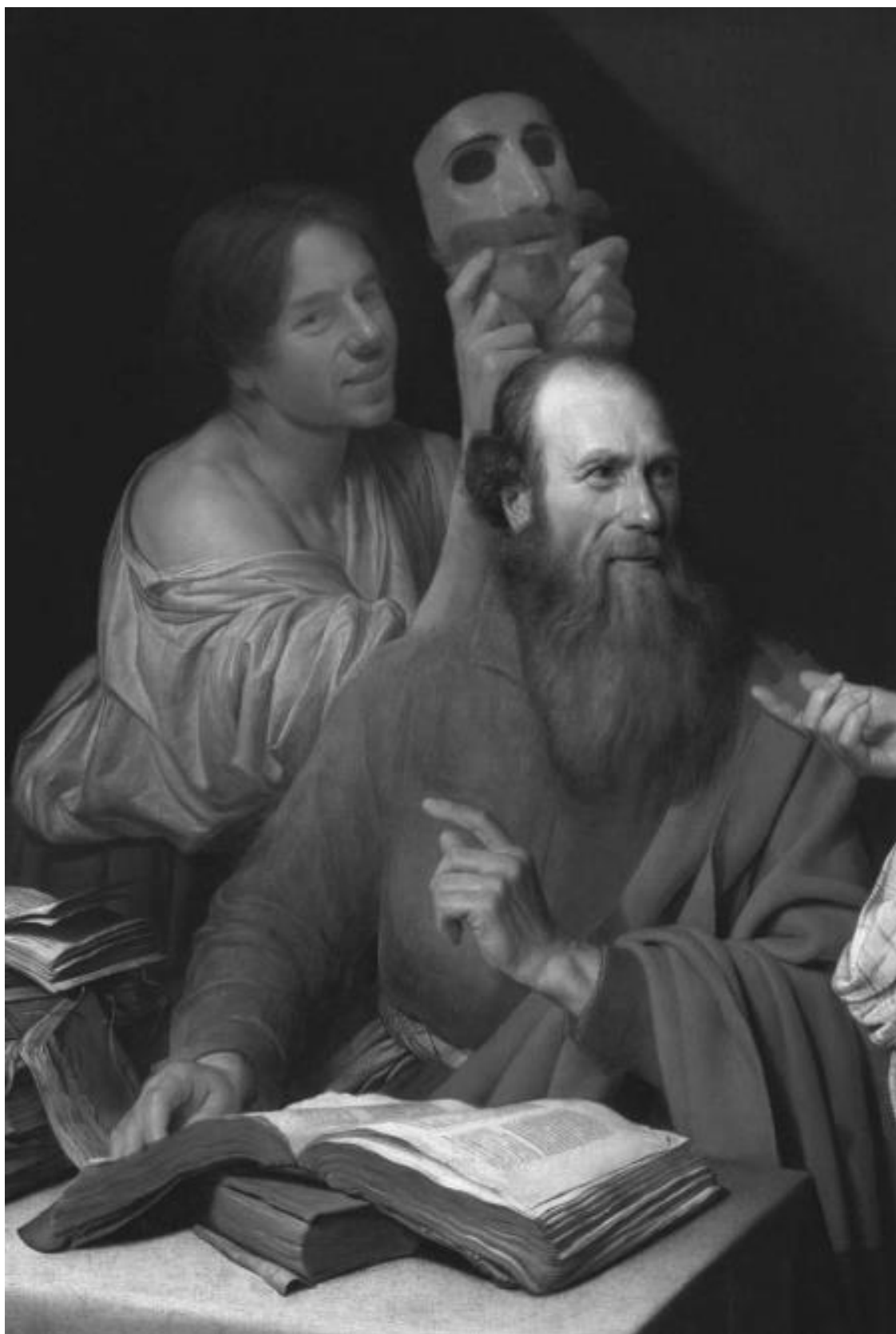
Проф. М.М. Решетников Санкт-Петербург, 29.12.2019

I. Современная психотерапия



1. Экономические и организационно-методические проблемы психотерапии

Страховая медицина появляется не с введением тех или иных законов, а с формированием принципиально нового терапевтического навыка – считать.



Современный этап российских реформ вызвал фундаментальные изменения в системе охраны здоровья нации и со всей очевидностью поставил проблему осмысления ситуации, в частности, с точки зрения трех ключевых вопросов: стоимости, качества и доступности психотерапевтической помощи для населения. Самостоятельной проблемой является оценка дей-

ственности профилактической, терапевтической и коррекционной работы, а также – сугубо прагматический вопрос – их экономической эффективности.

Все эти проблемы для российских специалистов, традиционно не питающих склонности считать, являются новыми и требуют как общеметодического анализа, так и апелляции к зарубежному опыту (при обязательной критической переоценке последнего, так как и экономические, и юридические базисы всего комплекса этих проблем фактически несравнимы).

Появление данного исследования имеет свою историю, так как вначале оно задумывалось как рецензия на книгу «Стоимость и эффективность психотерапии»², но в итоге вылилось в гораздо более широкие размышления на эту тему, а это несколько иной жанр. В то же время мы будем активно апеллировать к упомянутой выше работе. Уже после начала подготовки этого материала было осознано, что он будет лишь этапным, так как вряд ли удастся изложить и проанализировать все возникшие идеи в краткие сроки, диктуемые активной подготовкой новых официальных документов Министерства здравоохранения. В этом разделе будет предпринята попытка осмыслить только чрезвычайно интересные обобщения зарубежных коллег из США и Канады, в частности, статью Джона Догерти «Рыночные реформы здравоохранения и экономическая эффективность психотерапии»³, а также материал «Психотерапевтическое обеспечение и экономическая эффективность. Канадская точка зрения»⁴.

Американский опыт

Ссылки на беспрецедентный рост психопатологии и неутешительные прогнозы ВОЗ на ближайшие десятилетия в этой сфере стали уже общим местом, и мы не будем повторять их. Упомянем лишь еще раз, что, как прогнозируется, уже к 2020 году психические заболевания станут ведущими причинами инвалидизации населения планеты, при этом униполярная депрессия займет второе место (после ишемической болезни) в первой десятке заболеваний, приводящих к инвалидности.

На фоне этих неутешительных прогнозов наши американские коллеги в первую очередь обращают внимание на постоянное расширение спектра психиатрической помощи и психотерапевтических услуг и столь же беспрецедентный рост их стоимости, а также увеличение удельного веса и повышение популярности частных терапевтических учреждений за два-три последних десятилетия. Так, например, в США:

- количество частных психиатрических лечебниц с 1970 по 1988 год возросло с 150 до 444 (то есть почти в 3 раза, что составляет 296 %);
- количество случаев госпитализации по психиатрическим показаниям с 1965 по 1990 год увеличилось с 1 565 525 до 2 262 474 случаев в год (в 1,5 раза, или на 145 %);
- количество амбулаторных посещений пациентов, имеющих психиатрические диагнозы, за 1965–1990 годы возросло с 1 071 000 до 5 810 405 в год (в 5 раз, или на 543 %);
- количество амбулаторных посещений по причинам, связанным с парапсихиатрическими нарушениями, за тот же период увеличилось почти в 10 раз.

Здесь, впрочем, как и далее, неуместно какое-либо сравнение. Мы вряд ли уступаем США по уровню психопатологии, но количество специалистов, действующих в области психического здоровья: психиатров, психотерапевтов, психологов, психиатрических медсестер (с высшим образованием) и социальных работников у нас примерно в 10–15 раз меньше. Поэтому

² Cost-Effectiveness of Psychotherapy. Edited by Nancy E. Miller and Kathryn M. Magruder. Oxford University Press, 1999.

³ Docherty J.P. Market-Based Health Reform and the Cost-Effectiveness of Psychotherapy. In: Cost-Effectiveness of Psychotherapy. Edited by Nancy E. Miller and Kathryn M. Magruder. Oxford University Press, 1999. P. 3—14.

⁴ Sadovoy J., Perry K. Psychotherapy Services and Cost-Effectiveness: A Canadian Perspective. Там же. P. 327–334.

целью данного анализа является не сравнение, а выявление и изучение тенденций в их социально-экономической и исторической перспективе.

С этой же точки зрения следует рассматривать и американские данные об экономике сохранения психического здоровья, где наблюдается беспрецедентный рост расходов. Например, бюджет Национального института психического здоровья США с 1945 до 1996 года (более поздних данных нет) увеличился с 1 млн 119 тыс. долл. до 661 млн 290 тыс. долл.: немыслимая цифра – 59 000 %! При этом в данные 1996 года не включены средства федерального правительства США, выделяемые Национальной ассоциации охраны психического здоровья на борьбу со злоупотреблением наркотиками, бюджет которых составляет около 2 млрд долл. А совокупные расходы всех организаций, занятых или привлекаемых к охране психического здоровья в США, только за период с 1969 по 1990 год увеличились с 3,3 млрд долл. до 28,4 млрд долл. (в 8,6 раза).

Законодатели и правительство США оценивают рост расходов на медицину в целом как «пугающий», при этом в области психиатрии и психотерапии, где стоимость лечения и общие затраты росли за последние десятилетия почти в 3 раза быстрее, чем в соматической медицине, эти оценки звучат как «удручающие».

Тем не менее официально констатируется, что спрос на психиатрическую и психотерапевтическую помощь, и особенно на амбулаторное лечение, в последние десятилетия постоянно превышает спрос на услуги общей медицины, что требует пересмотра системы предоставления такой помощи пациентам и расширения перечня страховых случаев в психотерапии.

По мнению квалифицированных американских экспертов, основными проблемами в области качества охраны психического здоровья являются: диагностика, выбор метода и определение протяженности курса лечения (в последнем случае – с точки зрения его адекватности имеющемуся психическому расстройству). Здесь, судя по всему, мировая и российская медицина имеют общие проблемы, среди которых следует выделить главные. Во-первых, это «региональный разнород» (а точнее было бы сказать: полный волюнтаризм отдельных специалистов даже в одном и том же городе) в выборе методов терапии или коррекции, которые более соотносятся с индивидуальными предпочтениями конкретных врачей или психологов, чем с клиническими показаниями.

Но там, где мы традиционно апеллируем к отдельным наблюдениям или «отдельным недостаткам», наши западные коллеги оперируют данными конкретных исследований и цифрами. В частности, авторами рецензируемого исследования отмечается, что врачи общей практики, как правило, вообще не распознают депрессии, а в тех единичных случаях, когда такой диагноз ставится, ошибочные заключения составляют 56 %. Как бы это ни казалось странным, но психиатры и психотерапевты ставят такие же ошибочные диагнозы депрессии без достаточных на то оснований в 64 % случаев⁵! Наиболее эффективные и имеющие солидное научно-практическое обоснование психосоциальные методы лечения фобий применяются лишь у 15–38 % пациентов с этим заболеванием.

Следует особо отметить, что проведенный в США анализ многочисленных случаев негативных результатов лечения и рецидивов депрессии свидетельствует, что большинство из них обусловлены недостаточной дозой или недостаточной продолжительностью курса лечения. В частности, в 29 % случаев при наличии явных показаний антидепрессанты вообще не назначались, еще в 24 % случаев они назначались или в недостаточной дозе, или вообще для приема «время от времени». При этом положение о наблюдении за реакциями пациентов на назначение тех или иных препаратов, а также сочетании медикаментозного лечения с психотерапией выполняется в единичных случаях. Одновременно с этим, несмотря на совершенно противоположные рекомендации ведущих медицинских центров, среднесуточная доза нейролептиков,

⁵ Для этого есть конкретное объяснение, не имеющее ничего общего с гипердиагностикой, о котором будет сказано ниже.

назначаемая стационарным больным, увеличилась за последние десятилетия почти в 2 раза. Во многих случаях необоснованно пролонгируются сроки стационарного лечения пациентов. В качестве особого вывода (делающего честь нашим коллегам) следует отметить, что в случаях неудачного лечения или рецидивов у терапевтов начинает превалировать отрицательное отношение к пациентам и избегание трудных случаев.

По современным данным, более 40 млн граждан США (14 % от 285 млн населения) не имеют медицинских страховок и, следовательно, не могут претендовать на сколько-нибудь качественное медицинское обслуживание. Еще более удручающие данные выявлены при «эпидемиологическом» обследовании: оказалось, что лишь менее 30 % лиц, страдающих психическими заболеваниями, получают хоть какую-то профессиональную помощь. Квалифицированную психотерапевтическую помощь, даже из тех категорий населения, которым она доступна, получают менее 50 % пациентов с аффективными расстройствами, около 30 % – с тревожно-мнительным синдромом и лишь 20 % зависимых.

Таким образом, следует сделать вывод, что данные, приведенные в разделе «Спрос и стоимость», отражают спрос и, соответственно, затраты примерно на 30–40 % всех потенциальных пациентов. Почему одни прибегают к психотерапевтической помощи, а другие нет? Это вопрос, на который может быть много гипотетических ответов, но лучше бы его исследовать.

Еще более удивительными (и не коррелирующими с приведенными выше) представляются данные о низкой частоте повторных обращений за помощью лиц, страдающих хронической психиатрической патологией и зависимостями: только 42 % таких пациентов в среднем хотя бы раз в год обращались в психиатрические учреждения по поводу их основного заболевания, и только 26 % получали при этом квалифицированную профессиональную помощь.

Какой вывод можно сделать? Вероятно, существуют две различных категории пациентов с психопатологией: проявляющие заинтересованность в лечении и не имеющие таковой.

Выполним ли социальный заказ?

Растущая обеспокоенность состоянием психического здоровья во всем мире диктует весьма специфический социальный заказ: снизить стоимость, повысить качество и увеличить доступность квалифицированной психиатрической и психотерапевтической помощи. Несколько забегаая вперед, вероятно, следует признать, что в рамках действующей парадигмы теории и практики этот социальный заказ невыполним. Следовательно, требуется пересмотр парадигмы, актуальной теории и сложившейся практики. Но прежде чем говорить о пересмотре, следовало бы хотя бы попытаться оценить наличное состояние дел в этой сфере.

Мы не будем здесь обращаться к таким серьезным методологическим вопросам, как понятия «нормы» и «патологии» в психиатрии, психотерапии и психологии, которые, по нашему представлению, также требуют существенного пересмотра. Рассмотрим вопросы более «приземленные» и более практические.

Методический бум

Благодаря преимущественно работам З. Фрейда и его последователей уже в начале 40-х годов XX века психотерапия фактически сложилась как самостоятельная специальность и уже к концу 50-х стала неотъемлемой частью системы здравоохранения в большинстве передовых стран мира. Характерной особенностью этого периода стало безудержное творчество специалистов: хотя большинство квалифицированных экспертов считают, что количество научно обоснованных методов в психотерапии весьма ограничено (психодинамическая, поведенческая, гештальт, рациональная, суггестивная, когнитивная), в настоящее время описано уже несколько сотен «новых» методов и модификаций, претендующих на самостоятельность. Как

неоднократно отмечал Б.Д. Карвасарский, некоторые психотерапевты считают, что жизнь прошла зря, если им не удалось предложить собственный метод.

Другой проблемой является все более заметное «размывание» понятия психотерапии как узкоmedizinской (то есть исключительно врачебной) сферы деятельности. Отношение к этому процессу у специалистов (и врачей, и не врачей) очень различно. Одни придерживаются строго «медицинской модели», другие, с учетом тенденций мировой практики, расширяют ее до «медико-психологической», третьи, вслед за австрийскими специалистами, предлагают вообще вывести психотерапию за рамки прокрустова ложа медицины. Каждая сторона имеет свои, и достаточно убедительные, доводы и обоснования. Если читателя интересует точка зрения автора, то она ближе к «медико-психологической», уже хотя бы потому, что не замечать явную (и ее стоило бы оценить как положительную) тенденцию к психологизации психотерапии уже просто невозможно. Эта психологизация включает и методологический, и кадровый компоненты, при этом последний, вероятно, наиболее ярко демонстрирует ведущую тенденцию: по нашим данным, на одного систематически практикующего врача-психотерапевта в России приходится как минимум три практикующих психолога, при этом существенно, что профессиональная компетентность и первых, и вторых оценивается пациентами с равной значимостью. Ранее действовавшее (и пока не отмененное) положение о том, что врач-психотерапевт – это исходно врач-психиатр, игнорируется практически повсеместно самими руководителями психотерапевтических служб регионов России.

Но это почти позитив. А что в негативе? К сожалению, пока следует признать, что несмотря на обилие научной литературы и даже появление специализированных институтов для подготовки психотерапевтов по конкретным направлениям, в целом наша сфера деятельности ближе к варианту некоего «кустарного производства», где есть отдельные более или менее искусные специалисты, применяющие те или иные методы в своих кабинетах и достигающие тех или иных успехов у тех или иных отдельных пациентов (о чем они обычно с удовольствием сообщают в профессиональной печати – автор не делает для себя исключение). Что здесь плохо? Во-первых, нет сравнимости результатов и контроля. Во-вторых (и это, как представляется, самое важное), деятельность этих специалистов в большинстве случаев никак не связана со всей остальной системой охраны здоровья, не говоря уже о таких «высоких» материях, как принадлежность к конкретной школе, обеспечение систематического супервизорского контроля коллег и т. д.

Борьба за рынок дополняет упомянутые выше недостатки еще одним: потребность терапевта получить, иметь и удерживать пациента подвергает последнего систематическому риску оказаться в роли подопытного кролика, на котором проверяется та или иная методика или техника, которой придерживается (или просто «как раз сейчас разрабатывает») конкретный терапевт, вместо того чтобы получить именно тот вид помощи, в котором пациент нуждается и который в данном конкретном случае был бы наиболее эффективным. Есть ли вообще в психотерапевтической практике ситуации, когда, например, динамический терапевт отправил бы пациента к поведенческому или директивному? Возможно ли вообще создание в нашей сфере деятельности такой ситуации, когда терапевту было бы выгодно, чтобы пациент получал самый эффективный при его форме расстройства вид терапии?

В Англии, как известно, есть специальные государственные диагностические службы, которые определяют, куда или к кому лучше направить этот «страховой случай». Может быть, стоило бы уловить и эту тенденцию?

Если эти диагностические службы появятся, они, безусловно, должны быть государственными. Но это вовсе не значит, что и психотерапия должна быть только государственной. Если обратиться к тенденциям, то легко заметить, что частный сектор в современной российской медицине наиболее интенсивно развивается в таких сферах, как психотерапия, стоматология, косметология, массаж и мануальная терапия, а также психофармакология и пищевые добавки,

то есть там, где речь идет не о жизненных показаниях, а о качестве жизни. Почему бы не переложить эти сферы на частный сектор практически полностью (за исключением социально незащищенных категорий населения) и разгрузить таким образом не слишком обильный бюджет Министерства здравоохранения, а высвободившиеся средства направить в область финансово емких высоких медицинских технологий? Как известно, любые тенденции можно пресечь, но обычно законодатели стараются их улавливать, канализовать и использовать в интересах государства.

Неопределенность статуса психотерапии

Борьба за психотерапевтический рынок дополняется «неурегулированностью» отношений с психиатрией. Если кратко сформулировать эту проблему, то ее суть состоит в том, что каждый уважающий себя психиатр считает себя «немного психотерапевтом» и не склонен рекомендовать пациенту обратиться к специалисту в смежной области знаний и практики – это с одной стороны. А с другой – квалифицированный психотерапевт, как правило, не очень доверяет психиатру, так как обычно имеет опыт ситуаций, когда направленный им для консультативной помощи к психиатру пациент возвращался с «пачкой рецептов» и рекомендацией «бросить эту ерунду» (в одних случаях это может относиться к проблемам пациента, а в более «жестких» – и к психотерапии в целом).

Психотерапевты очень любят винить во всем психиатров. Но всегда ли они (то есть мы – психотерапевты) правы? Попробуем взглянуть на проблему с иной точки зрения. Одной из современных тенденций является расширение основных направлений деятельности системы здравоохранения в область, традиционно обозначаемую как социальная сфера. Психотерапия не является исключением. Но она гораздо больше, чем все остальные направления медицины, выходит за рамки того, что традиционно принято относить к здравоохранению. Являются ли, например, межличностные и внутриличностные конфликты, неудовлетворенность сексом, недостаточной общительностью или способностью нравиться другим, а также затруднения в разрешении проблемных ситуаций личной жизни и даже суицидальные мысли, наркомания, курение или разногласия в решении вопросов планирования семьи (составляющие в совокупности более 50 % причин обращений к психотерапии) сугубо медицинскими или хотя бы чисто психиатрическими проблемами?

Не является ли nonsensом то, что психиатр несет ответственность за суицид пациента почти в той же мере, что и хирург за летальный исход на операционном столе? Кто вообще может отвечать за волю, мотивации, аффективные порывы или поступки другого? Еще один аспект той же проблемы: почему практически во всех руководящих документах психиатр оказывается более ответственным, чем психотерапевт? Почему мы никак не можем признать, что психиатрия и психотерапия – это не только родственные, но и качественно различные специальности, в которые приходят люди с исходно различными профессиональными установками?

Специфика содержания и задач психотерапии

Как отмечает Б.Д. Карвасарский с соавторами⁶ (2000): «В русскоязычной литературе... принятым является определение психотерапии как системы лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного». Если убрать из этого определения «лечебного» и «больного», то от медицины практически ничего не остается, так как воздействием на психику занимаются и педагогика, и телевидение, и политика, и реклама и т. д. Через психику и на психику воздействуют все: от первого (еще внутриутробного) контакта ребенка с матерью до

⁶ Карвасарский Б.Д. (ред.) Психотерапевтическая энциклопедия. Санкт-Петербург: Питер, 2000.

последнего – со священником, родственником, близким другом и врачом. Напомним также, что многие из обращающихся к психотерапевтам и психологам ни соматически, ни психически больными не являются и ни в каком воздействии на организм не нуждаются.



Борис Дмитриевич Карвасарский

Правда, не будем здесь лукавить и передергивать, психотерапия – это особый вид общения, имеющий очень солидное научное и эмпирическое обоснование, которому учат долго и основательно, особенно с точки зрения того, где искать корни самых различных психологических проблем и каковы могут быть формы и методы их разрешения.

Отношение к психотерапии как профессии, по определению уже упомянутого Б.Д. Карвасарского, «второго сорта» остается преобладающим. Здесь много вины самой психотерапии, очень мало апеллирующей к обобщению клинических данных и эксперименту. Но есть и чисто бытовая причина. Многие, в том числе врачи, считают психотерапию разновидностью обыч-

ной беседы, с которой она не имеет ничего общего, кроме того, что и там и здесь используются слова. Чтобы еще раз прояснить это широко распространенное заблуждение, позволим себе еще одно образное сравнение: мы все умеем пользоваться ножом, скальпель – это тоже вариант ножа, и им также можно воспользоваться в бытовых целях. Но возьмет ли на себя смелость умеющий пользоваться ножом на бытовом уровне оперировать, например, мозг человека, который устроен намного проще, чем психика? То, чему труднее всего научиться будущему терапевту, – умение постоянно анализировать не что говорит пациент, а как он говорит, и почему он говорит именно об этом, а также как это соотносится с состоянием его аффективной сферы, психическим развитием и актуальным психоэмоциональным состоянием и массой других психических параметров, одно перечисление которых заняло бы несколько страниц. Не говоря уже о том, что реакции квалифицированного терапевта всегда строго соотносятся с конкретной методикой и методологией, формой патологии и этапом лечения. И представление о психотерапевте, дремлющем в кресле напротив или у изголовья пациента, не имеет ничего общего с его сверхдетерминированным интеллектуальным и эмоциональным напряжением. Те, кто работает в рамках реальной психотерапии, хорошо знают, что при эффективной работе специалист просто не в силах принять более 6–8 пациентов за полный рабочий день.

Тем не менее вопрос о целях и задачах психотерапии остается достаточно сложным. Пролистав несколько авторитетных изданий, я нигде не обнаружил их четкого определения. В большинстве случаев цели и задачи психотерапии идентифицируются с проблемами пациентов (или подменяются ими): «разрешение внутри- и межличностных конфликтов», «оказание помощи в раскрытии потенциала и самореализации личности», «повышение чувства ответственности за свои решения и свое поведение», «расширение временной перспективы», «улучшение социального самочувствия и социальной адаптации» и т. д. и т. п. В какой мере это относится к психиатрии?

Здесь, после некоторой апологии, мы вынуждены говорить преимущественно о недостатках. В силу специфики «работы за закрытой дверью» каждый конкретный случай психотерапии фактически всегда оказывается вне профессионального или какого бы то ни было иного контроля. Современная законодательная база вообще не регулирует вопрос о том, кто может заниматься психотерапией. Если быть более точным, то эта законодательная база прикрывается «фиговым листком», на котором начертано, что психотерапия – это медицинская специальность, которой в соответствии с российскими законами и приказами Министерства здравоохранения может заниматься только врач-психиатр, имеющий дополнительную подготовку, и т. д. Но все мы знаем, и это уже отмечалось, что это положение повсеместно не выполняется, и, осмелимся предположить, никогда не будет выполняться. Психологам теми же актами предписано заниматься только «психологическим консультированием», но ни в коем случае не психотерапией, хотя в чем разница между первым и вторым (с точки зрения психотерапевтического процесса) вам не скажет никто. В обоих случаях встречаются два человека, и их интеракция осуществляется преимущественно в форме разговорной речи и некоторых невербальных компонентов. Есть только одна разница, но опять же – нес точки зрения процесса: психотерапевт с предшествующей психиатрической подготовкой обладает правом назначения медикаментозного лечения и установления психиатрического диагноза, а психолог (впрочем, как и врач, который стал психотерапевтом, минуя психиатрию) – нет. Но наличие или отсутствие этих прав не имеет никакого отношения к проблеме профессиональной компетентности психотерапевта.

Добавим к этому, что, за исключением первых мучительных попыток введения института профессионального тренинга и супервизий в рамках таких направлений психотерапии, как психоанализ и гештальт, ни в процессе обучения психотерапевта, ни в процессе его практики к уровню его компетентности и способности к этой деятельности фактически не предъявляется

никаких требований (и даже если апеллировать к квалификационным тестам, они характеризуют знания, но не навыки и содержание профессиональной деятельности специалиста).

Характерно, что даже чрезвычайно деликатные попытки «приоткрыть закрытую дверь» наталкиваются на тезис о приоритете конфиденциальности и авторитета специалиста, являющегося самостоятельным лечебным фактором. И это действительно сложный вопрос: что важнее – контроль над содержанием практики, реальное исследование ее эффективности и изучение опыта или конфиденциальность, открывающая неограниченные возможности для паранаучных спекуляций?

О единстве теории и практики

Тезис, вынесенный в заголовок, никем не оспаривается. Но есть одна специфика современности – наши теории почти никак не апеллируют к практике. Или апеллируют к практике вообще, без конкретных случаев. То же самое повторяется в большинстве руководств по психотерапии, где описываются техники, кратко иллюстрируемые теми или иными случаями (чаще – выдержками из случаев). Описание конкретных случаев с конкретной техникой и даже теорией также иногда встречается. Но обобщения практики (то есть одной и той же конкретной техники, например, на 50—100 клинических случаях) – это уже нечто почти не существующее. Есть несколько известных нам зарубежных источников, например, работы Л. Люборского и Б. Сингера⁷, сравнивающих различные методы психотерапии. Но если мы заблуждаемся, то будем благодарны за любые монографические источники, где описывается, например, психотерапия депрессий, навязчивостей или фобий. Исключение составляет, пожалуй, только шизофрения, и то преимущественно опять же за рубежом.

Психиатры критикуют нас большей частью справедливо. Мы с удовольствием и нередко высокохудожественно описываем свою деятельность, но в наших трудах пока не слишком много науки, исследований и измерений, доказательности, повторяемости и проверяемости результатов. Может быть, так и должно быть? Может быть, это все-таки не наука? А если наука, то почему такое положение сохраняется со столь завидной устойчивостью?

Нужны ли нам вообще разработки в области стандартизации психотерапевтических методов и процедур? Если нужны, то почему их нет? Есть ли у нас специалисты по конкретным формам заболеваний? И если они есть – почему нет системы отбора пациентов для направления их по профилю того или иного специалиста? Почему лишь единично представлены работы, где обсуждаются показания и противопоказания к тому или иному методу психотерапии, и главное – не только обсуждаются, а и обосновываются? Много ли вообще в психотерапии результатов, которые могут быть приписаны какой-то конкретной методике, а не всей психотерапии?

Еще несколько вопросов. Существуют ли какие-либо объективные методы оценки профессиональной компетентности практикующих специалистов? Знаем ли мы вообще, в какой мере компетентность и навыки сказываются на результатах? Или нам это не нужно?

О сложностях соединения теории и практики

К предыдущему разделу есть много возражений (и вполне объективных). Во-первых, мы почти никогда не имеем дела с каким-то «гомогенным» расстройством личности. Это чаще всего «букет». Во-вторых, какими бы «чистыми» аналитиками, бихевиористами или гештальтистами, мультимодальщиками или интегративщиками мы не являлись, в практике каждого,

⁷ Luborsky L., Singer B. Comparative studies of psychotherapies: is it true that «everyone has won and all must have prizes»? Archives of General Psychiatry, 1975. #32. P. 995— 1008.

безусловно, присутствует некая комбинация всех терапевтических подходов и методов, помноженная на специфику конкретной стадии терапии и еще больше – на индивидуальную одаренность или, во всяком случае, неповторимую индивидуальность конкретного терапевта. Во фразе о том, что ведущим терапевтическим фактором является личность терапевта (особенно если эта личность квалифицированная), почти все правда. В итоге методов оказывается столько же, сколько специалистов. Может быть, нужен иной подход: изучение не методов, а специалистов как некоего весьма специфического терапевтического инструмента? Почему нет? Но это опять же вопрос. Его можно еще раз расширить: в зависимости от формы патологии и специфики общения с конкретным пациентом терапевт всегда немного «модифицируется». И тогда оказывается, что методов столько, сколько пациентов.

Совершенно четко пока можно сказать только одно: обратная связь между теорией и практикой оставляет желать много лучшего. Но это не значит, что она недостижима.

Что вообще понимается под заключением «успешный случай»? Как правило, снижение или исчезновение симптома и удовлетворенность пациента терапией. Правильно ли это? Попробуем помыслить сугубо медицинскими аналогиями: если при острой боли в животе путем обезболивания мы достигли исчезновения или редукции симптома – пациент перестал стонать, прижимать руки к животу и расслабленно выразил благодарность доктору, – этого достаточно? Можно больше не беспокоиться? Здесь опять же – только вопрос. А зная о конверсионной природе многих из наших симптомов и такие красивые термины, как «компромиссное образование», этот вопрос можно продолжать до бесконечности.

Если бы хотя бы часть тех сил, которые тратятся на обоснование исключительности той или иной психотерапевтической школы, была направлена на исследования, и не только личных ощущений терапевтов об их успешности или недостаточной успешности, вероятно, мы могли бы подойти к этой проблеме более адекватно и качественно изменить ситуацию.

Вне всякого сомнения, есть масса очень хороших психотерапевтов, но психотерапевтическая система, основанная на реально действующих стандартах подготовки специалистов, оценки их профессиональной компетентности и эффективности деятельности, пока только складывается.

Перспективы

Пока они не кажутся радужными. И главная причина – нет заинтересованности сторон. Каких? Официальная медицина, как уже отмечалось, относится к психотерапии как специальности «второго сорта», хотя в методически безупречных исследованиях Граве, Донати и Бернауэра было убедительно обосновано, что включение методов психотерапии (фактически не требующих никаких вложений, кроме подготовки специалистов) в комплекс лечебных процедур снижает расходы на поддержание психического и соматического здоровья населения в 3 раза.

Странно, но эти результаты практически никого не заинтересовали, кроме самих психотерапевтов, так же как и известные аналитические материалы ВОЗ, что более 40 % пациентов, обращающихся к врачам-интернистам, нуждаются не в терапевтической, а в психотерапевтической помощи. Специалистам Министерства здравоохранения не составит труда вычислить, сколько психотерапевтов нам нужно. И в этом плане разработка проекта Отраслевой программы Министерства здравоохранения РФ «Реорганизация сети психиатрической помощи в Российской Федерации» должна вызвать самое пристальное внимание всех заинтересованных сторон, так как она должна стать стратегической программой не только на 2003–2008 годы, но и заложить основы будущего поступательного развития российской психиатрии и психотерапии.

Как представляется, в этой программе должны быть предусмотрены специальные разделы для стимуляции развития частной медицины и негосударственного сектора подготовки и

переподготовки специалистов, которые демонстрируют гораздо большую мобильность и адаптивность к условиям рыночной экономики. Тем более что главной пока остается проблема кадрового дефицита, а психотерапия – это не та сфера, где эта проблема может быть решена директивными мерами.

Кадровый дефицит в психотерапии позволяет каждому, кто научился хотя бы просто слушать пациента, выдавать себя за психотерапевта, и при этом быть достаточно «успешным», прежде всего материально. И зачем, скажите, такому специалисту контроль компетентности или качества? И здесь очень важен западный опыт, где этот контроль осуществляет не государство, а исключительно профессиональные психотерапевтические сообщества, но не любые, а, как правило, аффилированные государством.

При общем взгляде пока получается, что все выглядит не очень оптимистично. Но это только на первый взгляд. Мы начали об этом думать и говорить. И это дает надежду.

Канадский опыт

Юридическая база национальной системы здравоохранения Канады была установлена только в 1984 году, с принятием закона «О здоровье нации». При этом страхование в отношении негосударственного сектора медицины было запрещено, и все канадские врачи оказались в рамках жестко централизованной системы финансирования. В результате Канада получила «взлетающие до небес» цены на все виды лечения, которые становятся все более непосильными для федерального бюджета здравоохранения, что, естественно, существенно ослабило влияние центральных органов здравоохранения на провинции. В связи с этим в последние годы наметилось движение в сторону возрождения частного сектора в психиатрии и психотерапии, которое происходит при существенном противодействии федерального правительства, пытающегося сохранить действующую систему, «скрываясь» за декларациями о «неотъемлемом праве канадцев на всеобщую доступность здравоохранения». Их оппоненты задают несправедливый вопрос: если у государства нет средств для обеспечения всех доступной и квалифицированной медицинской помощью, почему бы не позволить части граждан, которые способны и хотят платить за это сами, делать это?

Канадские эксперты отмечают, что при действующей форме страховой оплаты медицинских услуг практически невозможно получить реальные данные об их стоимости и экономической эффективности, так как, например, в психиатрии при приеме счета к оплате фиксируется только продолжительность лечения, а не его содержание.

Следует отметить, что канадское законодательство не предусматривает каких-либо обязательных документов или специальных сертификатов для занятия психотерапевтической деятельностью ни в одной из провинций. Хотя определяется продолжительность приема пациента – от 15 до 30 минут – и выделяются немедицинская и медицинская модели психотерапии, при этом в последнем случае оговаривается не только использование вербальных и невербальных коммуникаций между терапевтом и пациентом, но и возможность назначения медикаментозного лечения. В отличие от США, государственное страховое финансирование предусматривается только для психотерапевтов, имеющих диплом врача, в том числе врача не психотерапевта, но в некоторых провинциях возможность страховой оплаты проведения психотерапии врачом общей практики ограничивается шестью сеансами в год.

В силу этих обстоятельств, как отмечают канадские исследователи, врачи сами определяют свою нагрузку и то, что они пишут в своих отчетах. В качестве дополнительной негативной тенденции «огосударствливания» всей психиатрии канадскими аналитиками отмечается все более возрастающая трудность для нового пациента «попасть на прием», особенно это касается пожилых пациентов и детей.

Очереди на прием в государственные психиатрические и психотерапевтические учреждения можно ждать месяцы и даже годы, особенно в случаях потребности в индивидуальной психотерапии. Даже семейные врачи и врачи общей практики предъявляют претензии психиатрам и психотерапевтам за их «недоступность» для тех, кто нуждается в квалифицированной помощи. Правительство предпринимает в этом вопросе попытки «политического давления» на врачей, но, как и во всех других случаях «нематериального побуждения», эти попытки остаются безуспешными, тем более что законом врачам всех специальностей запрещено выставлять счет за лечение на сумму, превышающую установленную правительством (естественно, что при равной оплате они предпочитают «легких» и «успешных» пациентов). По этой же причине лучшие специалисты и наиболее тяжелые случаи оказываются в сфере частной психотерапии, преимущественно – немедицинской, но с постепенно увеличивающейся «прослойкой» психиатров, которые в этом случае имеют право самостоятельно назначать гонорар и получать плату за свои услуги непосредственно от пациента.

Государственные психотерапевты-психиатры в Канаде, так же как и частные, ориентированы преимущественно на психодинамические методы психотерапии. Выбор начала и завершения лечения определяется совместным решением терапевта и пациента, но не существует никаких критериев оценки его результатов или эффективности.

В официальных документах министерства здравоохранения Канады указывается, что врач-психотерапевт должен иметь специальную подготовку в области психотерапии, но нигде не определяется ее содержание.

Объем психотерапевтических услуг в Канаде постоянно увеличивается, но в немедицинском секторе психотерапии он растет значительно быстрее, хотя стоимость услуг и у психотерапевтов-врачей, и у не-врачей примерно одинакова. Например, в провинции Онтарио психиатры проводят в год в среднем 3 миллиона амбулаторных приемов общей стоимостью около 200 млн долл, (то есть примерно 66 долл, за один визит). Нужно отметить, что амбулаторная психиатрическая помощь «покрывает» 80 % всех пациентов, и только 20 % получают стационарное психиатрическое лечение. В рамках немедицинской модели психотерапии в Онтарио в год проводится около 2,5 млн сессий, и их общая стоимость составляет около 125 млн долл. (50 долл, за сессию). Однако последние данные, безусловно, занижены, так как здесь специалист сам получает оплату и сам отчитывается о суммах, полученных за лечение, тем более что, по другим данным, специалисты в частном секторе берут за свои услуги на 10–50 % больше, чем в госсекторе, а средняя «стоимость» пациента, по расчетам канадских экспертов, составляет 782 доллара в год при средней продолжительности терапии 7,8 сеанса (то есть получается около 100 долларов за одну сессию). Здесь сразу можно сделать дополнительный вывод о преимущественной ориентации канадских специалистов на краткосрочную терапию.

Уместно отметить, что в анализируемой провинции Онтарио зарегистрировано около 1500 психиатров, столько же психологов и более 400 социальных работников, действующих в области психотерапии (на 10 млн населения).

Очень важная особенность. В канадской страховой медицине редко применяются «подушные» страховые отчисления. Как правило, правительство заключает договоры на финансирование тех или иных медицинских организаций, институтов или учреждений, и уже сама эта организация осуществляет из выделенного ей федерального бюджета выплаты конкретным врачам (естественно, членам или сотрудникам именно этой организации). То есть, если какая-то организация заключает очень выгодную сделку с правительством, то эта сделка «больно ударит» по тем врачам, которые не принадлежат к этой организации, и тем пациентам, которые не обслуживаются этой организацией. Исключительный контроль министерства здравоохранения над финансированием, с одной стороны, казалось бы, позволяет контролировать ситуацию, а с другой – делает совершенно неясным вопрос эффективности терапии, впрочем,

как и распределения и расходования средств. В последние годы действующая система подвергается все большей критике и, вероятно, будет пересматриваться.

С учетом имеющихся данных мы можем только в качестве примерных ориентиров показать средние расходы на всю психоневрологическую помощь в провинции Онтарио: годовой бюджет этого вида медицинской помощи составляет около 3 млрд долл., таким образом, при населении провинции в 10 млн человек среднедушевые расходы составляют 30 долларов на человека. Из упомянутых выше 3 млрд 80 % идет на психиатрию и 20 % – на психотерапию.

К этому следует добавить еще одну специфику: количество выделяемых из федерального бюджета средств напрямую зависит от количества врачей (но не пациентов) в конкретном городе или провинции. В результате возникает очень интересная ситуация, когда в целях сокращения бюджетного бремени правительство уменьшает наборы в медицинские университеты, сокращает количество ставок врачей-психиатров в клиниках, увеличивает срок послевузовской подготовки психиатра с 4 до 5 лет и одновременно ограничивает количество мест в этой 5-летней резидентуре.

Почасовая оплата, как уже отмечалось выше, сильно разнится, однако средний заработок канадского психиатра (с включением оплаты совмещения, преподавания и т. д.) составляет около 160 тыс. канадских долларов в год. При этом психиатры-психоаналитики зарабатывают в среднем примерно вдвое больше. В связи с этим многие психиатры остаются таковыми на государственной службе и действуют в качестве частнопрактикующих психоаналитиков после нее. При этом правительство вынужденно признает такое положение, так как его попытки «сдерживать» ставки оплаты врачей в госсекторе не могут конкурировать с требованиями рынка.

Еще одна очень существенная деталь: по данным изучения мнений пациентов, практически невозможно получить адекватную психотерапевтическую помощь в рамках страховой медицины, и существует огромный разрыв между качеством этой помощи у одного и того же врача, в зависимости от того, в какой ипостаси он выступает: государственной или частной.

Несмотря на неопределенность статуса психотерапии, к страховым случаям относятся следующие ее направления: психоанализ, поведенческая психотерапия, интроспективный метод, гештальт и гипноз.

Хотя врачи общей практики и психиатры обязаны ставить диагноз при каждом обращении пациента, имеется выраженная тенденция в интересах конфиденциальности (и – не будем скрывать – заинтересованности пациента) ставить как можно менее специализированные диагнозы, самыми распространенными среди которых являются депрессия, фобии и соматоформное расстройство, а также ипохондрия.

Действующая в настоящее время в Канаде система финансирования и контроля деятельности психиатрической и психотерапевтической служб не позволяет сколько-нибудь адекватно оценивать ее экономическую эффективность. Сохраняющаяся, хотя и постепенно модифицирующаяся ориентация правительства на фискальные меры и методы контроля скорее искажает, чем проясняет ситуацию. Усиление этих мер, имеющее своих сторонников, способно привести вообще к исчезновению некоторых видов психотерапевтической помощи или их уходу в финансовое «подполье», что, естественно, скажется на здоровье нации. Улавливание рыночных тенденций развития и канализация последних представляется единственно адекватным выходом.

«Двойная бухгалтерия» в области официальной отчетности и реальной диагностики психических заболеваний не может быть искоренена, и следовательно, для нее должны быть найдены приемлемые формы, удовлетворяющие потребности и прогностически верной статистики, и экономически заинтересованного государства, и морально раздвоенного специалиста, и ориентированного на конфиденциальность пациента. Но при этом психотерапия не может развиваться далее без надежного учета и отчетности.

Относительно непродолжительные курсы терапии (7,8 сессий на одного пациента в год) позволяют предполагать, что психотерапия нередко используется в качестве дополнительного или «кодового» названия для совсем иных видов лечения в связи с законодательно определенным количеством оплачиваемых сессий в год (6 – у врача общей практики), или, соответственно, она «маскируется» в отчетности под другие страховые случаи.

Тем не менее большинство специалистов приходят к общему выводу, что в такой специфической сфере деятельности, как психотерапия, специалист должен опираться не на определенные нормативы, финансовые или временные стандарты, а на терапевтические нужды пациента.

Основные тенденции

Таким образом, с учетом поставленной задачи улавливать тенденции – последние могут быть сформулированы следующим образом.

В экономике психиатрии и психотерапии:

- 1) рост общего количества и удельного веса психопатологии,
- 2) повышение стоимости психотерапевтических услуг,
- 3) незначительное увеличение количества случаев госпитализации,
- 4) повышение ориентации на амбулаторную психотерапевтическую помощь,
- 5) пугающий рост расходов на медицину в целом,
- 6) беспрецедентный рост расходов на оказание психотерапевтической помощи,
- 7) невозможность обеспечения растущего социального запроса на основе общедоступной (бесплатной государственной) и даже страховой медицины.

В организации психотерапии:

- 1) расширение спектра психотерапевтических услуг,
- 2) повышение общего спроса на получение психотерапевтической помощи,
- 3) увеличение удельного веса частных психотерапевтических учреждений,
- 4) неэффективность нематериальных методов стимулирования специалистов,
- 5) усиление внимания к вопросам подготовки специалистов,
- 6) последовательное расширение взаимодействия врачей-психотерапевтов с немедицинскими и неспециализированными формами оказания психотерапевтической помощи (реализуемой психологами, врачами общей практики, социальными работниками и медицинскими сестрами по уходу),
- 7) повышение ориентации на качество работы и общественную экспертизу деятельности специалистов.

В методологии психотерапии:

- 1) усиление внимания к проблемам диагностики, выбора метода и определения протяженности курса психотерапии с точки зрения их адекватности имеющейся патологии,
- 2) расширение методических подходов психотерапии преимущественно за счет обращения к психологическим и социально-психологическим концепциям,
- 3) ориентация на разработку методов объективного контроля за ходом и результатами психотерапевтической помощи, повышение внимания к научному обоснованию и научному анализу психотерапевтической практики,
- 4) формирование представлений об обязательности сочетания психиатрического и психотерапевтического подходов как с точки зрения комплексности терапии, так и с позиций контроля за реакциями пациентов на психофармакологическое воздействие.

2. О связи психики и соматической иннервации – проблема психосоматики



Личность каждого человека как био-психо-социального существа презентруется в трех основных аспектах: телесном (соматическом), психическом и социальном – которые тесно взаимосвязаны. Тем не менее каждый из них является относительно независимым.

Излагая проблему в ее историческом развитии, следует сразу отметить, что понятие «психосоматика» традиционно используется в случаях, когда требуется подчеркнуть единство и установленные или даже гипотетические взаимосвязи психических и соматических функций. Однако при этом несколько ускользают от внимания и недооцениваются социальные факторы (прежде всего факторы, связанные с межличностными отношениями, а также в целом отношения с социумом), роль которых может быть ничуть не меньше физиологической и психологической составляющей этих расстройств.

Те или иные заболевания определяются как психосоматические только в случае, когда:

а) симптомы невроза или тяжелые (точнее, индивидуально глубоко значимые) психические травмы предшествуют и лишь затем проявляются в форме расстройств соматических функций;

б) имевшиеся до появления соматических расстройств невротические симптомы обусловлены характерными психогенетическими особенностями пациентов, типичными для них зонами конфликтов и ситуаций, спецификой истории всего предшествующего формирования и развития личности с момента ее рождения.

Как известно, понятие конверсии было предложено Зигмундом Фрейдом для описания, по определению автора, «трудно доступного» для осмысления «прыжка из психики в соматическую иннервацию»⁸. Эта гипотеза впервые была сформулирована З. Фрейдом в рамках концепции психической энергии, которая качественно отличается от физических и физиологических подходов. Чтобы не вдаваться в длительные обоснования, приведем примеры, которые всем длительно практикующим клиницистам хорошо известны. Многим из нас приходилось наблюдать пациентов, в том числе даже в хосписах, которые, будучи крайне истощены соматически, демонстрировали примеры высочайшего уровня оптимизма и психической энергии, поддерживая окружающих товарищей по несчастью и даже персонал. Точно так же большинство из нас встречались с пациентами (чаще всего депрессивного плана), у которых при полном соматическом здоровье ведущим признаком страдания являлось полное отсутствие признаков психической энергии.

Идея соматизации психической травмы и переживаний

Многими специалистами нередко весьма примитивно воспринимается введенное в психологию еще в конце XIX в. понятие «психической энергии», поэтому, прежде чем перейти к последующему материалу, обратимся к наиболее продуктивной гипотезе о ее содержании. Постараюсь описать это наиболее простым языком, как это сделал в свое время З. Фрейд.

Если человек получает какое-либо яркое впечатление (позитивное или негативное – несущественно), в его психике увеличивается «нечто», что получило наименование «суммы возбуждений». А поскольку одной из задач психической регуляции, впрочем, как и соматической, является поддержание ее (собственного) стабильного состояния, тут же начинают действовать механизмы (реализуемые интрапсихически и/или обеспечивающие отреагирование вовне), направленные на уменьшение этой «суммы возбуждений» в интересах сохранения психического гомеостаза.

⁸ См. работы З. Фрейда «Защитные психоневрозы» (1894) и «Исследование истерии» (1895).

Например, если человека ударили, он, чтобы снизить возбуждение, в примитивном варианте отреагирования, скорее всего, нанесет ответный удар, и это принесет ему некоторое облегчение. Аналогичные механизмы действуют и в случаях оскорбления, обиды, унижения и т. д. Но реакция может быть и иной, особенно если нанести ответный удар некому (например, при стихийном бедствии) или подобный примитивный ответ запрещен культурой. И тогда ответной реакцией могут быть плач, чувство бессильной ярости и т. п., вплоть до аутоагрессии (то есть нанесения повреждений самому себе, чтобы как-то снизить уровень психического возбуждения). Главное состоит в том, что реакция присутствует всегда, и чем интенсивнее травма, тем сильнее ответное внешнее действие или внутреннее переживание.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.