

# Особенности ожиданий пациентов от психотерапии при аффективных, тревожных и соматоформных расстройствах

В.А. Агарков<sup>1</sup>, С.А. Бронфман<sup>1</sup>, Е.Б. Лаукарт<sup>2</sup>, С.Ю. Сулимов<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ГОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова»,

<sup>2</sup>ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ,

<sup>3</sup>ГОУ «Московский психолого-педагогический университет»

В данном исследовании были изучены клиентские ожидания от психотерапии у пациентов с диагнозами аффективных, тревожных и соматоформных расстройств: F3х, F40-43, F45 (МКБ-10). Испытуемым предлагались следующие опросники: шкала выраженности общей психопатологии (SCL-90-R, Derogatis) и опросник для оценки клиентских ожиданий PEX-P1 (Clinton & Sandel). Полученные результаты подтвердили гипотезу о том, что у пациентов с аффективными расстройствами субъективно воспринимаемый уровень психопатологии не является мотивирующим фактором для прохождения психотерапии.

**Ключевые слова:** психотерапия, клиентские ожидания, депрессия, тревога, соматоформное расстройство.

In this study we investigate psychotherapy expectations among 3 groups of psychiatric patients with diagnoses of affective disorders, anxiety disorders and somatoform disorders. Two questionnaires have been administered: Symptom-Check-List-90-R (Derogatis) and P The Psychotherapy Expectations and Experiences Questionnaire, PEX-P1 (Clinton & Sandel). The results confirm hypothesis that subjective perception of distress doesn't motivate patients with affective and anxiety disorders to undertake psychotherapy treatment.

**Key words:** psychotherapy, clients expectation, depression, anxiety, somatoform disorder.

Ожидания пациентов от психотерапии являются важной группой факторов, оказывающих влияние на эффективность психотерапии, в том числе и на преждевременное прерывание психотерапии.

Зарубежные исследования [10] показали, что есть значимая взаимосвязь между эффективностью психотерапии и уровнем преждевременных прерываний, с одной стороны, и тем, как пациент представляет себе внешние параметры психотерапевтической работы (частота и продолжительность сессий, продолжительность терапии), роли клиента и терапевта в межличностном взаимодействии на терапевтической сессии – с другой. Помимо обозначенных аспектов клиентских ожиданий, существенную роль также играют представления пациентов, начинающих терапию, о том, что именно будет происходить при проведении терапии, каковы будут действия терапевта и насколько они будут полезны пациенту в решении его психологических проблем.

К сожалению, в российской медицинской и психологической науке количество исследований, посвященных влиянию характеристик пациентов и, в частности, их ожиданий от психотерапии, остается крайне низким.

В рамках настоящей работы мы исследовали клиентские ожидания от психотерапии у пациентов психоневрологической клиники с диагнозами аффективных расстройств (F3х), тревожных расстройств (F40-43) и соматоформных расстройств (F45). Проверялась гипотеза о том, что дистресс, связанный с психопатологической симптоматикой, у пациентов с диагнозами аффективных расстройств (F3х), тревожных расстройств (F40-43) не выступает мотивирующим фактором к прохождению собственной психотерапии в отличие от пациентов с диагнозом соматоформное расстройство (F45). Статистически это должно выражаться в отсутствии значимых корреляций между значениями интегральных показателей субъективной оценки переживаемого дистресса (GSI, PSDI, PST) и показателями опросника PEX-P1,

направленного на оценку клиентских ожиданий от психотерапии.

## Материалы и методы

В рамках настоящей работы были исследованы 2 группы испытуемых. В 1-ю группу включали пациентов с различными диагнозами (табл. 1). Всего в исследование были взяты данные о 92 пациентах клиники (63 женщины и 29 мужчин). Средний возраст лиц данной группы составил 47,7 года (min = 26, max = 72, SD = 11,5). Для последующего анализа были выбраны подгруппы пациентов с диагнозами F4х и F3х. Таким образом, были выделены следующие подгруппы пациентов (в соответствии с диагнозом по МКБ-10 [5]): аффективные расстройства (F3х, n=12), тревожные расстройства (F40-F43, n=21), соматоформное расстройство (F45, n=12).

Группа «норма» состояла из студентов дневных и вечерних отделений психологического, педагогического, медицинского вузов разных городов России. В эту группу вошло 290 женщин и 68 мужчин (n=358).

Методы исследования:

1. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised, SCL-90-R).

2. Опросник психотерапевтических ожиданий и психотерапевтического опыта (The Psychotherapy Expectations and Experiences Questionnaire, PEX-P1).

**Опросник SCL-90-R** предназначен для оценки симптоматического статуса у широкого спектра индивидов: как у здоровых лиц, так и у больных общего профиля и индивидов с психическими (психосоматическими) и неврологическими расстройствами [7]. Опросник состоит из 90 пунктов, ответы на вопросы даются по пятибалльной порядковой шкале. Вопросы SCL-90-R сгруппированы в следующие субшкалы, отражающие основные психопатологические синдромы: *Соматизация* (Somatization); *Симптомы обсессивно-компульсивного*

Распределение по диагнозам группы пациентов психиатрической клиники

Диагноз	Количество пациентов
F.0x - Органические расстройства	26
F.06 - Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью	25
F.07 - Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга	1
F.2x - Психотические расстройства	8
F.20 – Шизофрения	2
F.21 - Шизотипическое расстройство	5
F.25 - Шизоаффективные расстройства	1
F.3x - Аффективные расстройства	18
F.31 - Биполярное аффективное расстройство	1
F.32 – Депрессивный эпизод	5
F.33 - Рекуррентное депрессивное расстройство	11
F.34 - Устойчивые (хронические) расстройства настроения (аффективные расстройства)	1
F.4x - Невротические и соматоформные расстройства	24
F.40 - Фобические тревожные расстройства	1
F.41 - Другие тревожные расстройства	8
F.43 - Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации	12
F.44 - Диссоциативные (конверсионные) расстройства	1
F.45 - Соматоформные расстройства	12
F.48 - Другие невротические расстройства	2
F.6x - Расстройства личности	4
F.60 - Специфические расстройства личности	3
F.68 - Другие расстройства личности и поведения в зрелом возрасте	1
Всего ...	92

расстройства (Obsessive-Compulsive); *Межличностная сензитивность* (Interpersonal Sensitivity); *Депрессия* (Depression); *Тревожность* (Anxiety); *Враждебность* (Hostility); *Фобическая тревожность* (Phobic Anxiety); *Паранойальное мышление* (Paranoid Ideation); *Психотизм* (Psychoticism); *Дополнительная шкала* (Additional Items).

**Опросник PEX-P1.** Опросник психотерапевтических ожиданий и психотерапевтического опыта (The Psychotherapy Expectations and Experiences Questionnaire, PEX) предназначен для оценки ожиданий как клиента, так и терапевта и их опыта совместной работы в терапии. Опросник разработан шведскими психологами D. Clinton и R. Sandell [13]. Разработка опросника началась в 1996 г. Опросник переведен на русский язык и прошел проверку на надежность и дискриминативность пунктов [1, 2].

Для ответов на вопросы PEX-P1 респондентам предлагается 6-балльная шкала порядка: 1) совсем нет [не поможет]; 2) вряд ли [поможет]; 3) возможно, отчасти [поможет]; 4) да, скорее всего [поможет]; 5) существенно [поможет]; 6) [поможет] в полной мере.

В основе PEX лежит “интеракционистская” гипотеза о ходе и результатах психотерапии, согласно

которой результат терапии определяется не столько специфичными для терапии (теоретические основания, набор интервенций, подготовка и опыт терапевта и т.д.) и пациента факторами как таковыми, сколько взаимодействием этих факторов. Сущность этой гипотезы сводится к утверждению, что для пациентов определенного типа (личностные характеристики, тип и глубина психопатологии) требуется определенный тип психотерапии.

В пунктах PEX-P1 приведены описания самых разных интервенций, относящихся к разным терапевтическим направлениям: от когнитивно-бихевиоральной терапии до психодинамического подхода. Все пункты опросника группируются в пять шкал:

*Ориентация вовне (Inward Orientation)* – интервенции, которые фокусируются на директивных и практических техниках для работы с конкретными проблемами и симптомами.

*Ориентация вовнутрь (Outward Orientation)* – интервенции, которые фокусируются на рефлексии, инсайте и понимании внутренних процессов, таких как фантазии, воспоминания и сновидения.

*Катарсис (Catharsis)* – интервенции, которые фокусируются на выражении и разрядке диссоциированного аффекта.

*Поддержка (Support)* – интервенции, которые фокусируются на использовании советов, сочувствия, поощрения и подобных.

*Защитные тенденции (Defense)* – интервенции, которые фокусируются на избегании конфронтации с нежелательными или тревожными мыслями и действиями, такими как страх неудачи или конфликтов.

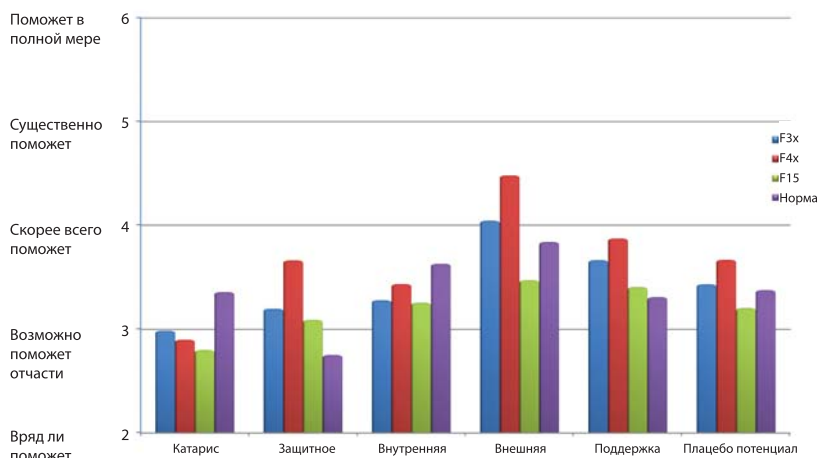
Шкалы Внутренняя ориентация и Катарсис также могут быть объединены в шестую шкалу, измеряющую выраженность тенденции пациента к самоисследованию.

Значение по шкале *Плацебо* – интегральному показателю – вычисляется как среднее арифметическое по всем пунктам. Шкала *Плацебо* является важным показателем, который оценивает положительные ожидания от терапии в целом и склонность верить, что терапия поможет вне зависимости от того, как она осуществляется (т.е. плацебо потенциал).

### Результаты и обсуждение

В табл. 2 представлены результаты корреляционного анализа значений шкал опросников PEX-P1 и SCL-90-R для пациентов с нарушениями в аффективной сфере и испытуемых из группы “норма”. На рисунке приведены усредненные профили ожиданий от терапии для групп пациентов и группы “норма”.

Результаты корреляционного анализа показали, что между интегральными показателями SCL-90-R и шкалами PEX-P1, в том числе интегральным показателем *Плацебо* PEX-P1, отсутствуют статистически значимые корреляции для групп пациентов с аффективными и тревожными расстройствами. В то же время у группы пациентов с соматоформными расстройствами обнаружены положительные статистически значимые корреляции ( $p < 0,05$ ) между интегральными индексами GSI и PTSDI опросника SCL-90-R и показателем *Плацебо* опросника PEX-P1. При этом, как видно из диаграммы профилей клиентских ожиданий, средние значения показателя *Плацебо* для



**Рисунок. Профили ожиданий от психотерапии пациентов с аффективными расстройствами (F3x), тревожными расстройствами (F40-F43) и пациентов с соматоформными расстройствами (F45).**

всех клинических групп превышают уровень 3. Это интерпретируется нами как ожидание того, что те или иные интервенции и/или терапия в целом принесут пациенту скорее всего пользу, хотя уровень этих позитивных ожиданий может быть охарактеризован как весьма умеренный.

Конструкт “клиентские ожидания от психотерапии” еще ждет тщательной теоретической проработки. Сейчас мы можем только предположить, что этот конструкт является сложным и включает в себя по крайней мере три аспекта. Первый аспект объединяет общие неспецифические факторы взаимодействия между пациентом и терапевтом, оказывающие влияние на клиентские ожидания: участие, внимание, сочувствие, поддержка, безопасность. Ко второму аспекту, видимо, можно отнести интуитивное знание пациента о: 1) причинах своих психологических проблем; 2) своих ресурсах, т.е. то, что в отечественной психологической науке традиционно связано с конструктом “внутренняя картина болезни” [4]. К третьему аспекту можно отнести оценку полезности тех или иных интервенций на основании предыдущего опыта психотерапии и/или информации о психотерапии, поступающей от людей, имевших опыт психотерапии, из публикаций, книг, фильмов и других источников.

**Таблица 2**

**Значения коэффициентов корреляции Спирмена между шкалами PEX-P1 и индексами GSI и PTSDI SCL-90-R для групп пациентов с диагнозами аффективных расстройств (F3x, n=16), тревожных расстройств (F40-43, n=21) и соматоформных расстройств (F45, n=12)**

Диагностические группы	SCL-90-R	Параметры PEX					
		Катарсис	Защитные тенденции	Ориентация вовнутрь	Ориентация вовне	Поддержка	Плацебо
Аффективные расстройства (F3x)	GSI	-0,12	0,06	0,09	0,11	0,19	0,12
	PSDI	-0,23	-0,21	0,04	0,23	0,16	0,04
Тревожные расстройства (F40-43)	GSI	0,17	0,28	0,42	0,21	0,13	0,26
	PSDI	0,09	0,30	0,30	0,27	0,14	0,27
Соматоформные расстройства (F45)	GSI	0,44	0,32	0,51	0,39	0,37	0,59*
	PSDI	0,36	0,41	0,48	0,52	0,47	0,65*

Примечание. M – среднее значение, SD – стандартное отклонение, \*\*\* –  $p < 0,0001$ , \*\* –  $p < 0,01$ , \* –  $p < 0,05$ , t – на уровне тенденции.

В случае ожиданий от психотерапии мы, по видимому, имеем дело с аспектом мотивации к терапии. Эмоции являются одним из центральных компонентов мотивационных процессов и принимают участие в этапах переработки информации, имеющих отношение к ценностям и ожиданиям [8]. Отсутствие статистически значимых корреляций между интегральными показателями, служащими для оценки общего уровня дистресса, и значениями субшкал опросника клиентских ожиданий (РЕХ-Р1) означает, что уровень дистресса не выступает в качестве фактора, формирующего мотив к прохождению собственной терапии у пациентов с аффективными расстройствами.

На формирование мотивации прежде всего оказывает влияние эмоциональное восприятие будущего [3]. Как правило, тревога ведет к мотивации отрицания или избегания, печаль — к снижению мотивации приближения. Согласно теории депрессии и беспомощности Зелигмана и его коллег [6], для депрессии характерны негативные ожидания в отношении последствий собственных действий, которые являются следствием интернальных, глобальных и стабильных каузальных атрибуций негативных событий прошлого.

Видимо, для индивида, страдающего от депрессивного расстройства, результирующая оценка валентности проекта собственной психотерапии будет находиться под сильным влиянием первичной триады когнитивных факторов депрессии, описанных Беком [6, 9]: восприятие индивидом самого себя, восприятие мира и своего будущего. В силу негативного самовосприятия депрессивный человек считает себя ущербным, неадекватным, никчемным существом и в этом видит причину своих несчастий. Для человека, страдающего депрессией, мир представляется неподходящим местом для жизни, а взаимодействие с окружением он воспринимает как череду провалов и катастроф, будущее же представляется ему как нескончаемое продолжение боли и мучений. Таким образом, мотивационные характеристики при депрессии вообще и в отношении к психотерапии в частности выражаются в пассивности, зависимости, в стремлении к уходу.

Возникновение тревоги предполагает два вида когнитивной оценки: ожидания негативного исхода от будущих событий и высокая субъективная оценка важности события. Негативные ожидания относительно будущего события складываются из двух составляющих: оценки (валентности) самой ситуации и оценки собственных ресурсов совладания с ней. В случае тревожных расстройств внешние и внутренние стимулы ошибочно интерпретируются как угроза, как сигналы опасности. Например, при паническом расстройстве некоторые телесные проявления оцениваются как угроза жизни и даже предвестники скорой смерти: изменения ритма и глубины дыхания оценивается как признак скорого удушья, а изменения частоты сердечных сокращений как предвестник смерти от сердечного приступа. При фобических расстройствах и генерализованном тревожном расстройстве [11] резкому повышению тревоги предшествует воздействие самых разнообразных внешних стимулов и воздействие стресса различной интенсивности. Таким образом, ситуация терапевтического взаимодействия может восприниматься как небезопасная, и это восприятие, помимо активации защитных тенденций, так-

же оказывает негативное влияние на результирующую валентность проекта собственной психотерапии, снижая ее привлекательность для потенциального пациента.

Что же касается соматоформных расстройств [9, 12], то индивиды, склонные к таким расстройствам, обладают когнитивным стилем, который характеризуется селективно направленным вниманием на ощущения, связанные с телесностью. Люди с соматоформными расстройствами автоматически фокусируют свое внимание на стимулах, связанных с телесными процессами и явлениями. При этом они присваивают негативное значение своим телесным ощущениям. Индивид с соматоформным расстройством сильно завышает вероятность того, что то или иное телесное ощущение может быть связано с расстройством (с тенденцией предполагать наихудший исход из всех возможных). Вместе с тем отличительной особенностью когнитивных процессов при соматоформных расстройствах является стратегия целенаправленного поиска помощи, чем и может быть объяснено то, что мы получили значимые положительные коэффициенты корреляции между интегральными индексами дистресса методики SCL-90-R и показателем Плацебо РЕХ-Р1.

### Заключение

Изучение клиентских ожиданий от психотерапии представляет как научный, так и практический интерес. Надежные методы оценки клиентских ожиданий помогут в построении стратегий дотерапевтических интервенций и их проведении. Исследования, проведенные за рубежом, показали, что подобные мероприятия достигают цели коррекции ожиданий пациента в сторону большей согласованности с реальным распределением ролей и внешними параметрами (сеттингом) психотерапии и, следовательно, способствуют повышению эффективности психотерапии и сокращению частоты преждевременных прерываний.

### Литература

1. Агарков В.А., Бронфман С.А., Михеева Н.Д., Сулимов С.Ю. *Исследование ожиданий пациентов от психотерапии: адаптация русскоязычной версии опросника РЕХ-Р1* Материалы научно-практической конференции с международным участием «Современные достижения теоретической и клинической психиатрии, наркологии и психотерапии», 7 октября 2011 г., Тюмень.
  2. Агарков В.А., Бронфман С.А. Михеева Н.Д., Сулимов С.Ю. *Ожидания пациентов от психотерапии: исследование надежности русскоязычной версии опросника РЕХ-Р1.* // Материалы всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Клиническая психология в здравоохранении и образовании» 24–25 ноября 2011 г., Москва.
  3. Изард К.Э. *Психология эмоций.* — СПб.: Питер, 2004, 464 с.
  4. Карвасарский Б.Д. *Психотерапевтическая энциклопедия 2-е изд., 2002.*
  5. *Международная классификация болезней (10-й пересмотр).* Классификация психических и поведенческих расстройств. Всемирная организация здравоохранения. Россия. — СПб.: 1994.
  6. Перре М., Бауманн У. *Клиническая психология.* — СПб.: Питер, 2002, 1312 с.
- И др. авторы.