

В большей степени достигнута динамика в восстановлении психо-эмоциональных и двигательных нарушений.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Смычек, В. Б. Реабилитация больных и инвалидов / В. Б. Смычек. – Москва: Медицинская литература, 2009. – 560 с.
2. Белова, А. Н. Нейрореабилитация / А. Н. Белова, С. В. Прокопенко. – Москва, 2010. – 1288 с.
3. Кулеш, С. Д. Мозговой инсульт: комплексный анализ региональных эпидемиологических данных и современные подходы к снижению заболеваемости, инвалидности и смертности: монография / С. Д. Кулеш. – Гродно : ГрМУ, 2012. – 204 с.
4. Evers, S. M. Economic evaluation in stroke research: A systematic review / S. M. Evers, A. J. Ament, G. Blaauw // Stroke. – 2000. – Vol. 31, № 5. – P. 1046–1053.
5. Epstein, D. The hospital cost of care for stroke in nine European countries / D. Epstein, A. Mason, A. Manca // Health Economics. – 2008. – № 17, Suppl. 1. – P. 21–31.

УДК 616.89-08-036.8

*Н. В. Хмара, Т. П. Пицко, В. А. Ермоленко, Я. В. Цвирко*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## ПСИХОТЕРАПИЯ, СЛОЖНОСТИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ, ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

### *Введение*

Психотерапия активно развивается, расширяются показания к применению данного вида помощи. Но, несмотря на активное развитие этого вида помощи, процесс оценки ее эффективности остается открытым.

В 1952 г. ярым противник психотерапии Г. Айзенк в своем мета-анализе сделал вывод об отсутствии эффекта от психотерапии. Однако, в этой же работе было установлено, что эффект после 15 сессий психотерапии приблизительно равен состоянию, возникающему через два года без лечения, автор назвал его «спонтанным выздоровлением» [1]. Таким образом, Г. Айзенком было показано, что использование психотерапии снижает время страдания, указывая, что психотерапевтические методы эффективны. Развитие данного научного вопроса привело к пониманию, что в современных условиях психотерапевту необходимо обладать навыками оценивания и исследования, поскольку, лишь оценивая и анализируя, можно прийти к правильному пониманию и совершенствованию своей практической работы [2].

К наиболее достоверным исследованиям в оценке эффективности терапии относят: рандомизированные исследования (оценка процесса терапии) и оценку случая.

Однако, «организация и осуществление хорошо контролируемых исследований психотерапии исключительно трудны» в том числе «из-за хрупкости и интимности психотерапевтической ситуации» [3].

По нашему мнению, одним из наиболее простых методов оценки эффективности психотерапевтической работы является «метод шкалирования достижения целей» [1]. Суть данного метода заключается в том, что 1) клиент и терапевт выделяют цели тера-

## СЕКЦИЯ

### Неврология, нейрохирургия, психиатрия. Медицинская реабилитация

пии; 2) каждый из них описывает свою ранжированную шкалу результатов; 3) независимый исследователь оценивает успешность лечения.

#### **Цель**

Оценить эффективность психотерапии «методом шкалирования достижения целей» на примере пациента с расстройством невротического спектра.

#### **Материалы и методы исследования**

Объект исследования – пациент с патологией невротического спектра. Методы исследования – описательный, эмпирический, теоретический анализ, «метод шкалирования достижения целей». Замеры проводились трижды до начала психотерапевтических вмешательств, на 10 сессии и после их завершения.

#### **Результаты исследования и их обсуждения**

Пациент А, 27 лет. Наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие без особенностей. Образование высшее, работает, проживает с родителями. Последние 2 года, со слов, страдает паническими атаками. Принимал Пароксетин 1 год – отмечал улучшение, бросил, т.к. «боялся проблем с вождением и зависимости». Текущее обращение связано с нарушением сна, возвращением панических атак. Условие: негативная настроенность на прием медикаментов, в анамнезе работа с психотерапевтом – недовольство полученным результатом.

Анализ первичного интервью и патопсихологическая оценка.

Жалобы пациента: нарушение сна характеризуется сложностями при засыпании, частыми пробуждениями, сон поверхностный, сновидения носят неприятный характер.

Факторы, снижающие качество сна: посменная работа, ночные смены. Приступы тревоги возникают перед сном, либо после конфликта с отцом, либо после разрешения ситуации с результатом, не соответствующим ожиданиям. Тревога начинается с повторяющихся мыслей, внутреннего диалога, которые пациент не может остановить. Длительность несколько часов, интенсивность умеренно высокая. Частота – почти ежедневно.

Из наблюдения в ходе первичного интервью: способность описывать эмоции низкая, быстро переходит к интеллектуальному объяснению и размышлениям. Может мыслить в системе «psychological mindedness» – т.е., пациенту доступно видеть связь между своими мыслями, чувствами и действиями. Выявляет умеренно высокие ожидания от разовой консультации. Напряжен, скептически относится к методам психотерапии, но высоко оценивает психотерапевта как специалиста, «так как порекомендовали». Тревога снимается определенными ритуалами, однако, склонность застревать на одной идее и «ходить по кругу» истощает и формирует дезадаптацию.

Для первичной психологической диагностики использовались: Методика СМОЛ («Mini-Mult») – личность, Шкала тревоги Спилбергера – Ханина (STAI), Клинический опросник невротических состояний. Результаты представлены в таблице 2.

Таким образом, в ходе исследования отмечаются легкие колебания работоспособности. Диагностируется состояние психической дезадаптации, высокая ситуативная и личностная тревожность, гипертимный тип личности с ипохондрическими и паранояльными включениями и склонностью к аффективной ригидности.

Диагноз: Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F 41.2).

Личностные особенности: акцентуация черт по ананкастному типу, гипертимности, истероидности и паранояльности.

Дезадаптирующие факторы: нарушение взаимоотношений в семье с отцом. Работа с ночными сменами.

## СЕКЦИЯ

### Неврология, нейрохирургия, психиатрия. Медицинская реабилитация

План лечения: назначена психотерапевтическая коррекция 26 встреч.

Выбор количества консультаций был обусловлен опорой на метаанализ Howard K.I. et.al., включивший более 2000 пациентов, в котором было показано, что в 75% случаев наблюдалось значительное улучшение после 26 сессий [4].

Психометрическая оценка: 1, 10 и 25 встречи.

В психотерапевтическом вмешательстве использовались элементы: психодинамической психотерапии, гештальт терапии, когнитивно-бихевиоральной терапии, психообразовательные блоки. Задачи психотерапевтической работы: увеличение осознания вытесняемых эмоций и защитного механизма избегания, расширение использования имеющихся механизмов психологических защит.

Для оценки эффективности психотерапии был использован «Метод шкалирования достижения целей», который подразумевает следующие этапы: 1. пациент (клиент) и психотерапевт определяют цели терапии; 2. каждый из диады пациент-психотерапевт описывает свою ранжированную шкалу результатов; 3. независимый исследователь, в нашем случае – психолог, оценивает динамику изменений, используя те же психодиагностические инструменты.

Согласно вышеописанному плану, психотерапевт и пациент определили свои цели (данные представлены в таблице №1)

Таблица 1 – Цели психотерапии (психотерапевта и пациента)

Цели психотерапевта	Цели пациента
<b>Основные:</b> 1) восстановление сна; 2) снижение ситуативной тревоги. <b>Дополнительные:</b> 1) снижение социальной напряженности (улучшение социальной адаптации); 2) соотношение ожиданий в отношениях с реальностью.	<b>Основные:</b> 1) восстановление сна; 2) «уход панических атак». <b>Дополнительные:</b> 1) улучшение отношений с отцом; 2) снижение страха партнерских отношений.

Как видно из таблицы 1, выявлено «несовпадение» основных целей пациента и психотерапевта. Данное различие обусловлено использованием профессиональных терминов психотерапевтом, субъективностью пациента, неверной интерпретацией некоторых симптомов. Различия подобного рода преодолевались с помощью психообразовательных блоков, включенных в сеансы психотерапии.

После 10 консультации проведено повторное психодиагностическое исследование. Результаты представлены в таблице 2. Как видно из описания 10 психотерапевтических сессий, изменился симптом «тревога», что отразилось на симптоме «сон». На 11 встрече пациент решил прервать терапию, так как «уже все хорошо», и «пришел, потому что были интересны результаты обследования психолога». Обсуждение заключения, повторной оценки психологом, позволила пациенту «увидеть» не только положительные изменения в своем состоянии, но и продолжить терапию.

Заключительное психодиагностическое исследование (25 консультаций). Результаты представлены в таблице 2. На последней 26 встрече была проведена оценка достижения целей, поставленных пациентом. В своем самоотчёте пациент написал, что достиг цели терапии.

## СЕКЦИЯ

### Неврология, нейрохирургия, психиатрия. Медицинская реабилитация

Таблица 2 – Результаты психологического тестирования

Психометрический инструмент	1-е обследование	2-е обследование	3-ье обследование
Методика СМОЛ (Mini-Mult)	Hs – 76, D – 68, Hy – 68, Pd – 48, Pa – 73, Pt – 60, Sc – 65, Ma – 81, L – 38, F – 71, K – 30	Hs – 52, D – 61, Hy – 54, Pd – 48, Pa – 61, Pt – 52, Sc – 55, Ma – 74, L – 54, F – 58, K – 33	Hs – 46, D – 50, Hy – 44, Pd – 25, Pa – 55, Pt – 36, Sc – 33, Ma – 48, L – 54, F – 45, K – 36
Шкала тревоги Спилбергера – Ханина (STAI)	Ситуативная – 59 (высокая) Личностная – 62 (высокая)	Ситуативная – 35 (средняя) Личностная – 57 (высокая)	Ситуативная – 31 (средняя) Личностная – 44 (средняя)
Клинический опросник невротических состояний	высокие показатели по всем диагностируемым шкалам, что указывает на состояние психической дезадаптации с проявлениями вегетативных, обсессивно-фобических реакций, эмоциональной неустойчивости и истерического типа реагирования	пики профиля по шкалам невротической депрессии и обсессивно-фобических нарушений, коррелирует со склонностью испытуемого к экзальтации чувств, характерной для гипертимного типа, а также склонностью к высокой внутриличностной тревожности	по основным шкалам профиля снижаются и соответствуют зоне здоровья, однако, сохраняется повышение профиля по шкале обсессивно-фобических нарушений в зоне неустойчивости

*Примечание: Методика СМОЛ (Mini-Mult): L – шкала лжи, F – шкала достоверности, K – шкала коррекции, Hs – эпохондрия; D – депрессия; Hy – истерия; Pd – психопатия; Pa – паранойяльность; Pt – психастения; Sc – шизоидность; Ma – гипомания.*

### **Заключение**

Представленный клинический случай показывает метод шкалирования достижения целей в психотерапии не только эффективен, но и имеет практико-ориентированный подход. Обсуждение и оценка результатов изменений с пациентом способствует сохранению мотивации и комплаенса пациента, а для психотерапевта – это способ снизить субъективность, очертить границы терапии и возможность обсуждения с пациентом трудностей в работе, находящихся вне зоны осознания.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Холмогорова, А. В. Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: современное состояние проблемы. Ч. 1 / А. В. Холмогорова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. — № 3. – С. 92-100.
2. Глэддинг, С. Психологическое консультирование / С. Глэддинг. – СПб., 2002. – 736 с.
3. Холл, К. Теории личности / К. С. Холл, Г. Линдсей. – М. : Психотерапия, 2008. – 672 с.
4. The dose-effect relationship in psychotherapy / К. Howard [ et al.] // American psychologist. – 1986. – Vol. 41, № 2. – P. 159-164.