

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический
институт им. В.М. Бехтерева»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**О.В. Гусева, А.Н. Еричев, А.П. Коцюбинский,
Н.Б. Лутова**

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ И
СОЦИОТЕРАПИИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ
ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Учебное пособие

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический
институт им. В.М. Бехтерева

2015

УДК: 616.895.8:616.8-085.851

ББК: 56.450.90

Гусева О.В., Еричев А.Н., Коцюбинский А.П., Лутова Н.Б. Особенности психотерапии и социотерапии при заболеваниях шизофренического спектра: учебное пособие - Санкт-Петербург: - Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2015. – 92 с.

Учебное пособие посвящено психотерапевтическим и социотерапевтическим методам, которые рассматриваются в качестве неотъемлемой составляющей проводимой в стационарных и амбулаторных условиях комплексной терапии психически больных; содержит обобщение опыта применения данных методов, а также анализ особенностей их использования при заболеваниях шизофренического спектра, в отличие от патологии пограничного уровня.

Учебное пособие «Особенности психотерапии и социотерапии при заболеваниях шизофренического спектра» подготовлено по дисциплине «Психиатрия» в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования для слушателей послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей, обучающихся по специальности 14.01.06 – психиатрия.

Рецензенты:

Бабин Сергей Михайлович - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

Крылов Владимир Иванович — доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсом общей и медицинской психологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова.

Утверждено и рекомендовано к печати ученым советом ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» (протокол № 6 от 16 июня 2015»)

УДК: 616.895.8:616.8-085.851

ББК: 56.450.90

© Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2015

© Гусева О.В., Еричев А.Н., Коцюбинский А.П., Лутова Н.Б. 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	Психотерапия и социотерапия в комплексном лечении расстройств шизофренического спектра	4
Глава 1	Психообразование	12
Глава 2	Когнитивно-поведенческая психотерапия	22
Глава 3	Психодинамическая психотерапия	30
Глава 4	Интегративные модели психотерапии	46
Глава 5	Социотерапевтические методы (милые- терапия)	66
Заключение		84
Вопросы для самопроверки		85
Рекомендуемая литература		86
Приложение		87

ВВЕДЕНИЕ.

ПСИХОТЕРАПИЯ И СОЦИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Широкое внедрение психотерапии и социотерапии в практику лечения расстройств шизофренического спектра обусловлено развитием представлений о биопсихосоциальной модели болезни и пониманием психопатологических феноменов как результата сложного взаимодействия различных нейробиологических и социально-психологических факторов (Кабанов М. М., 1985, 1998; Вид В. Д., 1993, 2008; Коцюбинский А. П., 2001; Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., 2002; Коцюбинский А. П. [и др.], 2004; Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А., 2004; Незнанов Н. Г., 2009, 2010). Однако, несмотря на признание этих методов неотъемлемой частью современной комплексной стратегии лечения, представления о целях, задачах и объеме немедикаментозных воздействий существенно различаются в зависимости от принадлежности к той или иной теоретической школе и личного опыта работы специалиста. В психиатрической практике лечебные мероприятия нередко остаются адресованными исключительно нейробиологической основе заболеваний, составляя 90% от общих затрат на лечение, что далеко не всегда соотносится с достижением долговременных задач терапии — улучшением адаптации психически больных в обществе. Несмотря на высокую эффективность современных атипичных антипсихотиков, способствующих существенному сокращению сроков госпитализации, параллельно выявляется тенденция к учащению рецидивов и регоспитализаций: 29% больных шизофренией, при средней длительности лечения в стационаре 75,7 койко-дней, повторно госпитализируются в том же году (Гурович И. Я., 2005).

Отмеченные явления требуют оптимизации терапевтической стратегии при расстройствах шизофренического спектра, оперативного включения в арсенал лечебных мероприятий новых разработок из области психотерапии и социотерапии.

Наиболее полные обзоры психотерапевтических методов, используемых при расстройствах шизофренического спектра, представлены в работах В. Д. Вида (1993, 2003), А. Б. Холмогоровой (1993), М. М. Мучник, В. Я. Семке, А. В. Семке (2001), Г. В. Старшенбаума (2003), С. М. Бабина (2006), Е. Р. Исаевой, Г. Г. Лебедевой (2008), О. В. Гусевой, А. П. Коцюбинского (2013), в которых описываются разнообразные психотерапевтические подходы при шизофрении, начиная от рациональной психотерапии и суггестивных методов и заканчивая психоаналитической психотерапией.

В отечественной психиатрии общие задачи психотерапии больных шизофренического спектра формулируются, опираясь на клинические ориентиры, исходя из модели болезни и нанесенного ущерба:

- предотвращение изоляции больных в обществе и аутизации;

- социальная активация и смягчение реакций больных в ответ на ситуации, связанные с болезнью и лечением;
- формирование критического отношения к болезни и дезактуализация психотических переживаний;
- потенцирование антипсихотического действия биологических методов лечения;
- подготовка больных к выписке и профилактика явлений внутрибольничного госпитализма (Кабанов М. М., 1972, 1977, 1985).

В то же время нельзя не отметить, что в последние годы задачи психотерапии при расстройствах ШС были существенно переосмыслены и дополнены следующими положениями, направленными на:

- формирование комплайенса;
- обучение новому стилю жизни в условиях длительного заболевания;
- смягчение психопатологических проявлений за счет разрешения актуальных в настоящее время психодинамических конфликтов;
- улучшение адаптации и повышение способности к более зрелым отношениям с другими;
- улучшение социальных контактов в целом.

В. Д. Вид (2008) в качестве важнейшей задачи рассматривает коррекцию деформированных коммуникативных структур больных. Согласно, М. М. Мучник, В. Я. Семке, А. В. Семке (2001), главная цель психотерапии больных шизофренией состоит в повышении способности к автономному образу жизни в рамках имеющихся ограничений.

Исходя из психологической модели болезни (это большей частью психодинамические варианты модели), общие задачи психотерапии при работе с пациентами шизофренического спектра состоят в повышении адаптационного потенциала личности, понимаемого как способность к структурным и уровневым изменениям ее качеств и свойств, определяющих личностную устойчивость. Механизмы совладания (копинг) и механизмы психологической защиты рассматриваются при этом как способы регуляции адаптационных ресурсов личности, а также как способ организации их в структуре адаптационного ответа (Богомолов А.М., 2008).

Формирующиеся в течение всей жизни механизмы психологической защиты и стратегии совладающего поведения под влиянием болезни претерпевают существенные искажения, но продолжают находиться в тесной взаимосвязи как две важнейшие формы адаптационных процессов, дополняющих и координирующих работу друг друга, кумулируясь в форме индивидуального профиля защитно-совладающего поведения отдельного больного. При этом диапазон осознанно используемых пациентом копинг-стратегий на этапе болезни во многом зависит от структуры частично или полностью неосознаваемых ведущих типов психологической защиты, сложившихся еще до болезни, в раннем детстве; но оба процесса (копинга и

психологической защиты) являются важнейшими механизмами, обеспечивающими адаптацию в условиях длительного течения психического расстройства.

Эффект применения психотерапии при расстройствах шизофренического спектра (ШС) заключается не в уменьшении выраженности симптома, а в изменении внутренних психических структур и процессов (в первую очередь, это когнитивные процессы и установки; самооценка как ядро саморегуляции, определяющее степень адекватности отношения к себе и другим; защитные психологические процессы; устойчивость к стрессовым воздействиям и, в целом, сила "Я" и др.), а также — в трансформации поведения. А вот эти достигнутые изменения способны оказывать в той или иной степени аддитивное (суммирующее) влияние на психопатологические феномены.

Эффективность психотерапии преимущественно проявляется в психологическом и социальном аспектах, т. е. улучшении качества жизни и адаптации в условиях длительного течения заболевания. Показателями этих изменений являются: бóльшая субъективная удовлетворенность жизнью в целом; улучшение настроения; возможность лучше налаживать отношения с окружающими, решать возникающие проблемы и находить оптимальные пути самореализации.

Вышеперечисленные показатели социально-психологического эффекта можно суммировать в понятии *увеличения адаптационного потенциала личности*. При этом речь идет не только о повышении возможности выдерживать нагрузку, но и об обеспечении «готовности» личности к усложнению адаптационных задач, преобразовании структуры и свойств адаптационных ответов для обеспечения гармоничных отношений со средой, оптимизации психофизиологической стоимости адаптационных перестроек и успешной реализации поставленных целей (Богомолов А. М., 2008).

Результат этого, как показали многочисленные исследования психотерапии при шизофрении, проявляется преимущественно в противорецидивном эффекте и улучшении социальной адаптации (Вид В. Д., 1993, 2003, 2008; Мучник М. М., Семке В. Я., Семке А. В., 2001; Гурович И. Я., 2005; Гурович И. Я., Семенова Н. Д., 2007; Джонс П. Б., Бакли П. Ф., 2008; Ammon G., 1991).

Большое значение имеет также такой параметр, как устойчивость достигнутых положительных изменений в процессе психотерапии. При этом ожидания эффективности психотерапии должны быть достаточно реалистичными: речь не идет об излечении заболевания, восстановлении трудоспособности и обязательном возвращении к уровню активного доболезненного социального функционирования. Наиболее важные показатели клинической эффективности психотерапии эндогенных психозов при этом могут быть следующими: удлинение ремиссий; снижение частоты рецидивов; увеличение протяженности периода болезни с относительно мягкими

проявлениями и большей личностной сохранностью; улучшение комплайенса; более адекватное отношение к факту болезни.

Рассматривая вопрос о целесообразности использования той или иной формы психотерапии при расстройствах ШС в стационарных/ амбулаторных условиях, необходимо учитывать этап болезни, степень сохранности личностных ресурсов и уровень мотивации больного; что безусловно оказывает влияние на вердикт о показаниях к использованию немедикаментозных методов терапии или их отсутствию. Сказанное относится только к психотерапевтическим методам, так как социотерапевтические методы практически не имеют противопоказаний. При этом в условиях стационара психотерапевтическая и социотерапевтическая составляющие комплексного лечения (с обязательной психофармакотерапией на всех этапах) должны соотноситься в определенной последовательности, очередности.

Нам алгоритм комплексной терапии в стационаре представляется следующим образом:

1. Первый этап (дезорганизация психики) - преимущественно психофармакотерапия. Психотерапевтические усилия концентрируются на создании доверительных отношений пациента и врача, формирования у больного ощущения безопасности.

2. Второй этап (начальная консолидация психики и поведения, становление ремиссии) - включение больных в посильные социотерапевтические мероприятия, стимулирующие общение, возможность переключения с болезненных переживаний на реальное социальное взаимодействие, возрождающие прежнюю креативность. Продолжение психофармакотерапии.

3. Третий этап (стабилизация ремиссии) - групповая психотерапия той или иной модальности или индивидуальная психотерапия, сочетанная индивидуально-групповая психотерапия. Семейная психотерапия. Психообразовательная работа в групповом и индивидуальном формате. Продолжение социотерапевтических мероприятий на более сложном уровне (с включением психодинамических вариантов). Коррекция фармакотерапии.

Это общая схема для больных, поступающих в стационар с декомпенсацией психотического уровня. Если речь идет о декомпенсации в рамках малопрогрессирующих форм расстройств ШС, последовательность перечисленных мероприятий может гибко видоизменяться в соответствии с потребностями и ресурсными возможностями пациента.

С учетом сказанного выше следует подойти к формированию конкретных **показаний и противопоказаний** к проведению психотерапии при расстройствах шизофренического спектра.

Показания

Клинический аспект:

- Больные шизофренического спектра на этапе стабилизации терапевтической ремиссии в стационарных или амбулаторных условиях.

- Возраст преимущественно до 25—35 лет.
- Недавний срок заболевания (первый эпизод или несколько перенесенных эпизодов в анамнезе).
- Наличие достаточной критики к заболеванию и удовлетворительный комплаенс.
- Мотивация к изменению имеющейся ситуации.
- Наличие достаточного личностного **адаптивного потенциала**.

Психологический аспект:

- Наличие проблем в социальной сфере (затруднения в профессиональной деятельности, учебе, взаимоотношениях в коллективе).
- Проблемы в семейных (супруг или супруга), детско-родительских или партнерских отношениях.
- Трудности установления доверительных, надежных контактов с людьми вообще, трудности общения.
- Трудности в отношениях «врач — больной», несоблюдение предписаний врача.
- Проблемы в сексуальной сфере (связанные с сексуальной жизнью или половой идентификацией).
- Проблемы, связанные с алкогольной, наркотической или медикаментозной зависимостью.
- Сниженная самооценка.
- Постоянное доминирование негативных эмоций (чувства страха, тревоги или одиночества, пустоты и бессмысленности жизни).
- Постоянная озабоченность соматическими проблемами (упорные боли неясной природы, многочисленные физические жалобы и симптомы длительного характера).
- Проблемы питания (трудности поддержания веса: потеря контроля над приемом пищи либо излишний контроль и самоограничение).
- Ролевая неуверенность, трудности адаптации к требованиям социальной жизни.

Противопоказания

- Больные эндогенными психозами с неблагоприятным течением заболевания: непрерывные формы с выраженной продуктивной психопатологической симптоматикой, наличие выраженных дефицитарных проявлений.
- Больные с выраженным интеллектуальным снижением.
- Для всех групп больных — склонность к внутерапевтическому отреагированию (суициды, агрессивные поведенческие реакции, алкогольные абзусы, чрезмерные реакции тревоги, склонность к острым психосоматическим реакциям, крайне низкая фрустрационная толерантность).

- Относительным противопоказанием является наличие тяжелой психотравмирующей ситуации в семье, которая не может быть изменена по объективным причинам, а также недавно перенесенная травма, связанная с потерей. В этих случаях чаще всего целесообразным оказывается использование индивидуальной психотерапевтической интервенций.

С точки зрения психотерапевта, у больных шизофренического спектра (ШС) наиболее четко выступают следующие **мишени для психотерапии и социотерапии**: когнитивный дефицит, повышенная чувствительность к стрессу, неразвитость коммуникативных навыков, дефицит социальной компетенции, нарушения внутренней картины болезни, слабость самоконтроля и регуляции аффектов, диссоциированная самооценка, а также наличие интрапсихической проблематики, которая поддерживается системой ригидных дезадаптивных механизмов психологической защиты в сочетании с непродуктивными стратегиями приспособительного поведения (Вид В. Д., 1993, 2001; Исаева Е.Р. с соавт., 1998; Кернберг О., 1998, 2000; Спотниц Х., 1999; Мучник М. М., Семке В. Я., Семке А. В., 2001; Менцос С., 2001; Бабин С.М., 2006; Гусева О. В., 2010, 2011)

Базовыми модальностями психотерапии и социотерапии при расстройствах шизофренического спектра являются **когнитивно-поведенческие и психодинамические**. Хотя когнитивно-поведенческие техники направлены на оптимизацию проблемно-решающего поведения и переучивание, а эксплорационные техники фокусируются, в основном, на поиске в прошлом причин сегодняшней дезадаптации, оба подхода правомерны в работе с больными ШС, так как конфликты прошлого обуславливают сегодняшнее дезадаптивное поведение, а вскрытие их облегчает адаптивное переучивание (Вид В.Д., 1993; Steiner J., 1979). Как правило, когнитивно-поведенческие методы используются в качестве определенных программ (ТКСН, тренинг социальной компетентности, коммуникативный тренинг, тренинг проблемно-решающего поведения, тренинг когнитивного дефицита) на этапе подготовки к выписке из стационара или на амбулаторном этапе в структуре реабилитационных мероприятий. В зарубежной практике указанные методы используются в работе с семьей больного в качестве составных элементов более сложных реабилитационных программ, рассчитанных на длительное время.

Особое место в комплексной терапии расстройств ШС (особенно в стационаре) занимают различные форматы **метода групповой психотерапии** (Днепровская С. В., 1977; Вид В.Д., 1993, 2008; Кочюнас Р., 2000; Мучник М. М. [и др.] 2001; Дементьев В. В., 2002; Шелдон Р., 2002; Гусева О. В., 2010): разговорные дискуссионные группы и группы, ориентированные на решение определенных проблем; закрытые и открытые группы; краткосрочные, с заранее определенным сроком работы группы, и

длительные, с медленно обновляющимся составом; когнитивно-поведенческие, чисто поведенческие, психодинамические и др. Группа как таковая является системообразующей основой проведения стационарного лечения и оказывает значительное влияние на конечный результат терапии. Тесное взаимодействие больных в различных форматах существования группы (лечебных, официально сформированных и самоорганизованных) позволяет увидеть окружающим сильные, сохранные стороны личности каждого, с одной стороны, или дефекты поведения в тех или иных ситуациях, с другой стороны. В свою очередь, каждый участник под воздействием обратной связи от группы начинает трансформировать свое поведение и обретает важный опыт адаптации к социуму.

Такая востребованность методов групповой психотерапии при лечении расстройств ШС в стационаре обусловлена следующими моментами:

Во-первых, это возможность активного и гибкого формирования группы с учетом преобладающего контингента больных, или определенной тематики, или фокусом терапевтических вмешательств.

Во-вторых, это возможность организации работы в рамках психотерапевтической модели, отвечающей запросам данного контингента больных, в данный конкретный момент пребывания в отделении (через две недели эта ситуация может кардинально измениться).

В-третьих, это наличие особой среды отделения, выполняющей одновременно несколько важных функций: диагностическую, терапевтическую, мобилизующую, интерактивно обучающую. Особая среда отделения включает разнообразные формы взаимодействия в **рамках социо-терапевтических активизирующих мероприятий** психиатрического отделения: милье-терапия, театр-терапия, танц-терапия, арт-терапия, ритм-терапия и т. д. («инициатива сверху», идущая от коллектива специалистов отделения) и в рамках самоорганизованных неформальных групп больных внутри отделения: концерты больных, шахматные и теннисные турниры, организация торжеств по поводу лично значимых событий, выпуски стенгазет, выставки своих рисунков, фотографий, самостоятельно организуемые музыкальные вечера и т.д. («инициатива снизу», идущая от самих пациентов). Социотерапевтические методы, такие, как милье-терапия, театр-терапия, танц-терапия, арт-терапия, ритм-терапия используются как в условиях стационара, в период обострения болезни, так и на отдаленном этапе течения расстройств ШС, в амбулаторных условиях. Перечисленные социотерапевтические методы могут проводиться на разных уровнях. Упрощенный вариант проводится в виде социально-коммуникативных групповых методов, где больные вместе осуществляют какую-либо деятельность (функциональные группы по контролю за санитарным состоянием палат или, например, музыкальные занятия), с целью тренировки навыков взаимодействия, навыков нахождения и соблюдения баланса контроль/ подчинение, развития креативных способностей. Более

сложный вариант предполагает анализ взаимодействия пациентов в каком-либо совместном творческом проекте и интерпретацию с психодинамических позиций особенностей защитно-приспособительного поведения каждого отдельного участника в открытой жизненной (а не экспериментальной) ситуации. Однако для работы на этом уровне необходимы два условия: специалисты, обладающие соответствующими компетенциями и навыками, и пациенты, имеющие необходимые ресурсы для участия в этой работе.

Общепризнанной является необходимость проведения при расстройствах ШС *образовательной и просветительской работы*, что обусловлено не только требованиями этического и правового обеспечения процесса лечения (Карвасарский Б. Д., Караваева Т. А., Абабков В. А. [и др.], 2007), но также — необходимостью коррекции искажений и архаических взглядов, неадекватных представлений по поводу психических заболеваний и способов лечения, особенно характерных для этой группы. Так, по данным З. И. Кекелидзе, Ю. Г. Пасынковой, И. А. Бединой (2009), только 48% больных шизофренией, и 42% родственников больных шизофренией считают психиатрический диагноз достоверным. Больные шизофренией очень часто допускают иррациональное, мистическое толкование психического расстройства, выходящее за рамки медицинской модели, широко распространено мнение о возможности получения помощи при обращении к знахарю, астрологу, экстрасенсу. Применение психотропных препаратов неэффективным считают более половины больных шизофренией и 39% их родственников. Более половины опрошенных придерживаются мнения, что применяемые в психиатрии препараты очень вредны и вызывают зависимость. Эти цифры убедительно доказывают необходимость широкой образовательной и просветительской работы не только среди больных, но и их родственников.

ГЛАВА 1

ПСИХООБРАЗОВАНИЕ

Психообразование (psychoeducation) — это занимающая особое место в структуре реабилитационных мероприятий поэтапно осуществляемая система психотерапевтических воздействий, направленных на информирование пациента и его родственников о психических расстройствах и обучение их методам совладания со специфическими проблемами, обусловленными проявлениями заболевания. Психообразование обуславливает необходимость *включения* пациента, т. е. индивидуальное знакомство с ним и работу по созданию доверительных отношений. Задачами психообразования являются восполнение имеющегося у больных информационного дефицита о заболевании, формирование адекватной внутренней картины болезни, вовлечение пациента в процесс активного изменения собственного поведения, снижение уровня стигматизации, обучение опознанию признаков рецидива, навыкам совладания с некоторыми симптомами болезни.

Целесообразность просветительской работы связана с тем, что у больных шизофренией существуют зоны сильного «когнитивного замешательства», связанного с эмоциями и фантазиями. При этом они ищут за пределами узкого семейного круга тех, кому могли бы довериться сведениями о своей болезни, лечении и связанных с ними проблемах, не опасаясь того, что они сделали свою тайну очевидной для других и «доверители» предательски злоупотребят полученными сведениями, в результате чего за откровенностью больных последует их отчуждение и дискредитация. Одновременно больные шизофренией невольно ожидают от врача отношения, соответствующего их предыдущему опыту, и доброжелательная позиция терапевта уже сама по себе оказывают корректирующее действие.

В связи с этим одним из компонентов просветительской (информационной) работы является «нормализация» психологических переживаний пациента, для чего врач представляет все его психологические заботы как естественные аспекты жизни эмоционально чувствительного человека. Важно также специально остановиться на вопросе о том, являются ли уникальными обстоятельства, которые в представлении больного составляют основу невыносимой для него и одновременно неразрешимой драматической ситуации. При этом терапевту необходимо учитывать следующие условия:

1. В просветительской беседе с пациентом существеннее передать общую надежду на возможность его понимания, чем быть предельно точным при использовании каких-либо терминов (Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А., 2004).

2. Предрасположенных к психозу людей травматически перевозбуждает содержание их инстинктивно обусловленных психических процессов

(например, сексуальных), в связи с чем вернуть таким пациентам душевное равновесие можно, лишь нормализуя эти переживания (Зайцев В. В., 1999).

3. Больные часто вырастают в семьях, где используется противоречивый и сковывающий эмоциональный язык. В связи с этим очень важно четко объяснять больным, что чувства — это естественные реакции, и на конкретных примерах показывать, чем они отличаются от действий и как они вплетаются в фантазии.

4. В работе с такими больными необходимо обсуждать и комментировать, в первую очередь, чувства и жизненные стрессы, а не лежащие в их основе психологические механизмы. Так, в случае развернутых доминирующих или сверхценных высказываний пациента не нужно демонстрировать свое несогласие или пытаться его остановить, лучше во время паузы прокомментировать эмоциональное состояние больного, никак не указывая на то, что по своему содержанию его речевая рефлексия является неадекватной и отражает имеющееся психическое расстройство. После этого надо постараться помочь пациенту установить, что же вызвало такую бурю чувств, потому что часто главная причина расстройства пациента только внешне связана с темой его высказываний. Это очень важный момент работы с пациентами, страдающими расстройствами ШС — они реагируют часто одним и тем же набором психических переживаний на самые разнообразные текущие стрессы окружающей среды. В этом случае необходимо задаться вопросом о природе самого переживания, не разделяя и не отвергая точку зрения пациента, тем самым оберегая его хрупкое самолюбие и побуждая его к дальнейшему обсуждению вопроса.

Только при соблюдении этих условий получает перспективу лечение, предполагающее участие больного, его самопомощь при хронических, рецидивирующих заболеваниях. Для такого сотрудничества необходимо завоевать доверие больных, а для этого они должны быть информированы о характере своего заболевания, своих шансах и истинных интересах, возможных просчетах в системе лечения и ухода (Финзен А., 2001).

Психообразование, являясь дальнейшим развитием существовавших ранее представлений о необходимости психопедагогических усилий по отношению к психически больным, существенно отличается от «психопросвещения» тем, что подразумевает для больных и родственников необходимость:

а) значительной включенности в процесс группового занятия (в то время как просвещение имеет оттенок пассивного восприятия информации, своего рода созерцательности, а значит отстраненности восприятия);

б) эмоциональных переживаний и обратной связи с медицинскими работниками.

В основе психообразовательной программы лежит четкое разделение ответственности в лечебном процессе между врачом, родственниками и

пациентом, которые заключают лечебное соглашение о целях терапии и способах их достижения (Miller T., 1989). Пациенты побуждаются к активному участию в программе — в ходе занятий их просят задавать вопросы, выражать свои чувства, делиться опытом болезни (Anderson C. M. [et al.], 1981; Falloon I. R. [et al.], 1982; Fenn H. H., Dinaburg D., 1982). В последнем случае речь идет о так называемой «внутренней картине болезни» (Лурия Р. А., 1977) и ее важности в реализации данного компонента программы. С. М. Anderson [et al.] (1981) подчеркивали, как важно различать объективно существующий «факт» и субъективное «мнение» о нем при проведении образовательных мероприятий с больными шизофренией, а I. R. Falloon [et al.] (1982) в ходе занятий специально адресовались к влияющим на «мнение» мифам и заблуждениям относительно болезни, имеющим хождение в среде больных. В результате этого пациенты выступают в роли активных участников психообразовательного процесса, а не пассивных «реципиентов» психопросветительских бесед (Green L. W., 1980).

Лишь в последние годы «психообразование» стало развиваться в современной психиатрии. Это вряд ли можно считать случайным и легко объяснимо не только иррационально-отвергаемым отношением общества к этой области медицины и, в частности, к пациентам, нуждающимся в ней, но и существующими до сих пор в умах многих психиатров организмоцентрическими представлениями о сущности психических расстройств и достаточно робкими попытками их объяснения с иных, эволюционно-популяционных (экологических) позиций, рассматривающих организм в перспективе развития и в живой связи с окружающей средой (Карсаевская Т. В., Шаталов А. Т., 1978; Кабанов М. М. 1998). Эволюционно-популяционный подход позволил признать существенную роль в формировании болезненных расстройств адаптивно-компенсаторных механизмов. (Зайцев В. В., Исаева Е. Р., 1996; Зайцев В. В., 1999; Коцюбинский А. П., 1999; Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О., Шейнина Н.С.[и др.], 2004).

По мнению ряда авторов, психообразование считается едва ли не наиболее значимым видом психосоциального вмешательства в многогранной системе психосоциальной реабилитации больных шизофренией и их родственников (Penn D. L. [et al.], 1996; Barbato A. [et al.], 2000; Dixon L. B., [et al.], 2000; Merinder L. B., 2000; Bustillo J. R. [et al.], 2001).

Эффективность психообразовательной работы показана на разных популяциях психически больных, но особенное внимание в последние годы уделяется психообразованию больных шизофренией на различных этапах заболевания (Goldstein M. J., 1992; Herz M. I. [et al.], 2000; Thornicroft G. [et al.], 2001).

Таким образом, большинством авторов в целом подчеркивается, что психообразование — это одна из составляющих психосоциальной реабилитации,

наиболее соответствующая общей гуманистической направленности партнерской модели оказания психиатрической помощи.

В настоящее время разработаны различные модели психообразования (Anderson C. M. [et al.], 1981; McLean C. M., 1982; Berkowitz R. [et al.], 1984; Abramowitz I. R., Coursey R. D., 1989; Falloon I. P. [et al.], 1991). При этом подчеркивается, что психообразовательный процесс должен включать строго определенную последовательность ступеней (Miller T., 1981; Leff J., Vaughn C., 1989): от формулировки и понимания проблемы — к тренингу навыков и их применению в повседневной жизни.

Фактически психообразование находится на стыке двух областей: дестигматизации больных шизофренией (как альтернативы стигматизации) и психотерапии этих пациентов (как альтернативы организмоцентрическим воззрениям на природу шизофрении).

Существуют три аспекта дестигматизации:

1) информационный — изменение стереотипов социальных реакций на психически больного человека за счет донесения не искаженной и правдивой информации о психических расстройствах и их последствиях до самого больного, его семьи и общества в целом;

2) психотерапевтический — увеличение толерантности больных и членов их семей к проявлениям стигматизации и дискриминации;

3) обучающий — обучение пациентов и их родственников способам преодоления стресса, а также опознанию прерацидивных расстройств.

1) Информационный аспект. В этом контексте существенно рассмотрение информационной модели M. D. O'Shea [et al.] (1991), которая предполагает содержание психообразования по следующим векторам: причины болезни; факторы, вносящие вклад в заболевание; службы психиатрической помощи; лечение; эффект. Модель реализуется в виде кратких психообразовательных вмешательств, проводимых преимущественно на базе экономически депримируемых местных/районных центров психического здоровья. В программе участвуют семейные группы (несколько семей), что позволяет значительно сократить расходы и обеспечивает возможности дополнительной социальной поддержки. При проведении занятий осуществляется информирование пациента и его родственников о психических расстройствах.

Имеющиеся в литературе данные подчеркивают, что психообразовательная работа, имея в качестве базовой основы дестигматизацию, направлена на усиление активной роли больного и членов его семьи в процессе лечения и реабилитации. Конкретная психообразовательная программа может включать в себя семинары для пациентов и родственников, имеющие в качестве основы когнитивно-поведенческие подходы, направленные на обучение пациентов навыкам самоуправления, а родственников — навыкам обращения с больным, включая проблемно-решающий тренинг и обучение приемам совладания и управления уровнем семейного стресса. При этом некоторыми

исследователями были получены сведения о сокращении расходов на содержание пациента в стационаре (Devine E., Cook T., 1983).

Как отмечают Т. Ф. Скороходова, Е. М. Райзман и С. А. Рожков (1998), «образовательные программы относительно симптомов и лечения, тренинг социальных навыков, тренинг, направленный на занятость, помощь в решении семейных проблем важны не только с точки зрения профессионала, но и в оценке самих потребителей психиатрической помощи — пациентов с хроническими психическими расстройствами и членов их семей». В результате пациент и семья привыкают выступать в роли активного потребителя службы психического здоровья, принимающего участие в планировании, развитии, управлении и оценке лечебной программы, целью которой является снятие с себя пациентом и его семьей роли «стигматизированных». Это, в свою очередь, приводит к снижению стигматизирующего влияния общества на пациента и его ближайшее окружение.

Образовательные задачи, стоящие перед семьей больного, обусловлены информационным дефицитом и искаженными представлениями о причинах, проявлениях, характере лечения, прогнозе и особенностях взаимоотношений с больными, которые существуют в обществе и в семье как его первичной целостной системной ячейке.

При проведении психотерапевтической работы, подчиненной задачам дестигматизации, необходимо направить усилия на освобождение членов семьи больного от чувства вины, страха перед наследственной природой заболевания, важности сохранения прежнего стереотипа жизни семьи, досуга, организации активности и особенно — сохранения внешних социальных контактов (Hogarty G. T., Golberg S. C., 1973). Отмечается, что вкладом в преодоление стигмы является стимулирование близких родственников больного к тому, чтобы не надевать «защитных доспехов» и не пытаться ежеминутно доказывать, что «не они и никто другой не виноват» в заболевании (Финзен А., 2001).

Наконец, эффективным способом преодоления стигматизированности семей, не сумевших адаптироваться к заболеванию родственника, является привлечение их к работе в общественной организации родственников больных. В такой организации у родственников психически больных появляется возможность обмениваться опытом «сопротивления» болезни с другими семьями, получать эмоциональную поддержку и, самое главное, расширять или обретать социальную поддержку, что в целом способствует повышению их качества жизни (Солохина Т. А. [и др.], 1998).

Всемирная Психиатрическая Ассоциация (ВПА) организовала и осуществляет глобальную программу, направленную против стигмы и дискриминации, связанных с шизофренией (Wolff G. [et al.], 1996). Основной акцент в этой программе сделан на информационной составляющей процесса дестигматизации. Однако при этом имеются в виду лишь два субъекта отношений: «здоровое общество» и «психически больной», и игнорируется семья психически больного как носительница феноменов стигматизации. В силу этого,

по сути игнорируется и представление о том, что процесс дестигматизации может осуществляться как «сверху вниз» — через изменение отношения общества к больному, так и «снизу вверх» — через психотерапевтически детерминированное преодоление больным и членами его семьи навязываемых обществом стигматизирующих стереотипов поведения. Исходя из этого, усилия профессионалов должны быть направлены не только на уменьшение негативных социальных влияний, «стигматизирующих» пациента и членов его семьи, но и наиболее адаптивное отношение членов семьи к негативным общественным стереотипам (социальным мифам), навязывающим «стигматизированное» поведение и определяющим набор взаимно согласованных, но ограниченных по амплуа ролей, которые играют члены семьи. В связи с этим важной социальной задачей является не только увеличение толерантности общества к «инакомыслию» и «инакодействию» (за счет повышения его информированности), но и повышение резистентности стигматизированных лиц к навязываемой им внешним окружением роли «изгоя» (Коцюбинский А. П., Скорик А.И., Аксенова И.О., Шейнина Н.С. [и др.], 2004).

2) Психотерапевтический аспект. Исходя из сказанного, важной задачей психотерапии, проводимой больным шизофренией, является, в частности, нейтрализация негативных эффектов стигматизации, которые испытывает индивидуум.

Психотерапевтические задачи, обусловленные необходимостью повышения толерантности пациентов к стигматизации, естественным образом переплетаются с другими, решаемыми в процессе психотерапевтических занятий и представляющими собой начало социальной реабилитации.

3) Обучающий аспект. В процессе занятий осуществляется обучение больных и их родственников методам совладания со специфическими проблемами, обусловленными проявлением заболевания.

Психотерапевтическая программа должна быть обращена как к социальной, так и когнитивной дисфункции пациента одновременно. Взаимосвязи между социальной дисфункцией и когнитивным дефицитом представляют собой два «порочных круга» — системы с положительной обратной связью. Любое нарушение в одном из звеньев такой системы усиливает разлад в другом, а это в ответ стимулирует расстройства в первом; так дисфункция системы усиливается, и в итоге степень выраженности дефицитарности в целом нарастает (Ciompi L., 1982).

В ряду этих задач наиболее существенной является нивелировка проявлений когнитивного дефицита. Отечественные и зарубежные исследования свидетельствуют о том, что когнитивный дефицит при шизофрении является феноменом достаточно стабильным, но необязательно необратимым (Brenner H. D. [et al.], 1990).

Направления, которых следует придерживаться при проведении психотерапевтических занятий для компенсации когнитивной дисфункции у

больных шизофренией, можно определить следующим образом:

1) постоянное сохранение ясной структуры тренинга и избегание неясных (отвлекающих) стимулов;

2) использование схем с ясным изображением того, чему обучается пациент;

3) использование преимущественно двух каналов приема информации — зрительного и слухового;

4) использование различных видов обратной связи (социальное одобрение и неодобрение);

5) перенос полученных навыков в реальную жизнь при использовании репетиций и переучивания (Зайцев В. В., 1999).

Иными словами, предполагается, что когнитивный дефицит при шизофрении должен быть преодолен двумя путями: либо через направленный **тренинг** конкретных дефицитарных функций, либо опосредованно, через вовлечение пациента в **социальный обучающий опыт**, который будет усиливать адекватные информационные процессы, препятствуя аномальным (Brenner H. D. [et al.], 1989).

Важным компонентом терапии является обучение пациентов и их родственников способам преодоления стресса, обусловленного присутствием в семье психически больного, а также опознанию пререцидивных расстройств. M. I. Herz, C. Melville (1980), изучавшие начальную стадию развития рецидивов у 99 амбулаторных больных шизофренией, установили, что 70% больных могут идентифицировать изменения, свидетельствующие о начале рецидива. Эти изменения могут фиксировать и 93% родственников больных. Начальные расстройства носят в определенной степени неспецифический и почти стандартный характер для каждого больного и длятся в большинстве случаев от 1 недели до 1 месяца (Алимов Х. А., 1961; Куценок Б. М., 1988; Heinrichs D. W., Carpenter W. T., 1985; Subotnik K. L., Nuechterlein K. H., 1988).

В основе данного подхода лежит представление, что обучение членов семьи техникам совладания с симптомами заболевания снижает эмоциональное давление со стороны родственников на пациента и сводит к минимуму возможность его гиперстимуляции через аффективно заряженные коммуникации, характеризующиеся критицизмом или чрезмерной вовлеченностью членов семьи в проблемы пациента (Hogarty G. E. [et. al.], 1986).

Особенности проведения психообразовательных занятий с больными шизофренического спектра. Проведение психообразовательных групп осуществляется в двух вариантах: стационарном – в среднем 8-10 недель 2–3 раза в неделю (во время пребывания больного в отделении) и амбулаторном – 2 раза в неделю, 10–12 недель, с последующими поддерживающими группами 1–2 раза в месяц. При любом из вариантов занятия проводятся в закрытых группах по 8-10 человек, а длительность встреч не должна превышать 1 – 1,5

часа. Превышение указанного времени нежелательно вследствие нарастающего утомления больных и снижения продуктивности.

Успешность проведения занятий во многом связана со своевременным преодолением трудностей, возникающих на разных этапах проведения психообразовательной программы.

1. Этап включения в психообразовательную группу. Во время этого этапа осуществляется индивидуальная работа с больным, направленная на выработку у него положительной мотивации к активному включению в работу группы. Беседа с пациентом в значительной степени способствует созданию положительной мотивации к занятиям, так как в ее процессе выявляются конкретные трудности пациента. Больного ориентируют на раскрытие собственных значимых проблем и свободное их обсуждение в доброжелательной атмосфере группы.

Иногда в ходе предварительной беседы не удается сформировать достаточно высокую мотивацию к занятиям. В этих случаях следует предложить больному отложить окончательное решение об участии в полном цикле занятий, одновременно договорившись с ним о его участии на начальном этапе психообразовательного цикла. Независимо от уровня мотивации больной должен быть хорошо осведомлен о целях занятий, условиях его включения в группу и правилах работы в группе.

2. Начальный этап работы группы. Для более успешного прохождения начального этапа работы группы следует особое внимание уделить организации первого занятия с пациентами.

В начале первого занятия одним из ведущих дается краткая инструкция по общим правилам работы группы, ее целям и задачам. Затем пациентам предлагается познакомиться друг с другом. Для этого каждого участника занятий просят рассказать о себе то, что он считает возможным (интересы больного; характеристика его социального статуса; трудности, с которыми он столкнулся; ожидания от группы; интересующие его темы и т.п.). После такого короткого знакомства, которое занимает около 20 минут, обсуждаются и принимаются групповые правила. Необходимо выявить (или пробудить) интерес хотя бы части группы к следующим «теоретическим» темам, которые могут стать предметом обсуждения на последующих занятиях: причины психических расстройств; распространенность; мифы и предрассудки, связанные с психическими расстройствами. В заключительной части занятия пациентам предлагается высказать свое мнение о полученной информации, впечатлениях, чувствах. Нужно подчеркнуть те мнения участников занятий, которые звучали нешаблонно, искренне и отличались личностной включенностью высказывающихся, а также отсутствием формализма. Подобным образом целесообразно заканчивать не только первое, но и все последующие занятия группы.

Основные проблемы, возникающие на начальных этапах работы

психообразовательной группы — это усиление тревоги и напряжения у пациентов при получении ими информации о симптомах различных заболеваний. В связи с этим необходимо обращать внимание на высказывания пациентов, прямо или косвенно свидетельствующие о нарастании тревоги.

Усиление тревоги связано с личностной значимостью полученной информации и неизбежной тенденцией «примеривания» пациентами симптомов к своему состоянию и переживаниям. Рекомендуется на одном из первых занятий перед лекционной частью проговорить о «болезни третьего курса» (при изучении симптомов различных заболеваний возникает чувство, что данное заболевание есть и у самого студента). Информация о причинах заболевания может стимулировать больного к анализу периода своей жизни до заболевания и стремлению найти конкретные, индивидуально значимые его причины, что может привести к формированию или усилению чувства вины и ответственности за собственное заболевание, либо к обвинению окружающих (семьи, родственников, коллег и т.п.) в создании условий, приведших к возникновению заболевания. Данные реакции не являются адаптивными для выработки стратегий совладания с заболеванием и формированию оптимальной жизненной позиции. Важно акцентировать внимание участников группы на модели «уязвимость–диатез–стресс–заболевание», перенеся фокус внимания пациентов с поиска виновных на выработку стратегий, необходимых для предотвращения рецидивирования имеющегося психического расстройства.

Нередко уже на начальном этапе групповых занятий завершается формирование положительного отношения к участию в группе. В тех случаях, когда оно не достигается, необходимо в индивидуальной беседе с больным (привлекая его лечащего врача) уточнить генез формирования негативной мотивации и попытаться нейтрализовать ее.

3. Последующий этап проведения психообразовательных занятий.

Последующие занятия начинаются, как правило, с обсуждения и повторения материала предыдущего занятия. Кроме того, поощряется соотнесение полученной информации с личностным опытом больных и их переживаниями, акцентируется внимание пациентов на необходимости коррекции: искажений неправильно понятой информации, дезадаптивных установок и поведения. Особое внимание уделяется «материалу», полученному от членов группы в процессе обсуждения ими различных вопросов. Ведущими занятия регулярно обращается внимание на необходимость приема медикаментозной терапии и важность поддержания терапевтического альянса с лечащим врачом.

При этом важным элементом групповых занятий является положительное подкрепление следующих элементов поведения:

1) *Самораскрытие* — высказывания больного о собственной личностной проблематике. Само по себе самостоятельное словесное формулирование проблем может способствовать их решению. И оно необходимо для дальнейшей работы с проблемой.

2) *Подражание психотерапевту как модели эффективного социального функционирования.* В этом случае психотерапевт выступает как модель эффективного социального поведения и подкрепляет у больного важность подражания и переучивания в использовании социальных навыков. Подкрепление модельного обучения является основным приемом, направленным на формирование мотивации к конструктивному поведению.

В конце каждого занятия формулируются домашние задания. Сюда включается самостоятельная подготовка каких-либо из планируемых к обсуждению в процессе группового занятия тем.

Периодически необходимо проводить занятия, ориентированные на повторение усвоенного материала, что достигается привлечением каждого члена группы к роли ведущего-эксперта, отвечающего на вопросы.

Трудности на этом этапе могут быть связаны с активным включением (не всегда продуктивным) одних участников и низкой активностью других. Важно во время обсуждения больше спрашивать менее включенных в работу и, положительно их подкрепляя, регулировать активность других. Например, вполне допустимо такое высказывание ведущего: «Очень хорошо, что Вы в очередной раз хотите поделиться полученной информацией, но хотелось бы выслушать тех участников группы, кто сегодня еще не успел принять участие в обсуждении».

Сложности могут быть также связаны с особенностями продуктивной симптоматики у конкретного больного (например, религиозным бредом, параноидной симптоматикой). В данном случае особенно важно поддерживать личный контакт с лечащим врачом этого пациента для согласованной позиции по данному вопросу. Например, если пациентка с хроническим бредом религиозного содержания трактует факт развития психического расстройства как наказание за грехи, то ей надо предложить подготовить сообщение на тему: современное представление служителей церкви о психических заболеваниях, используя книги Д. А. Авдеева «Из дневника православного психиатра» и Д. Е. Мелехова «Психиатрия и проблемы духовной жизни». В таком случае двустороннее медикаментозное и психотерапевтическое усилия приводят к дезактуализации длительно существующих бредовых расстройств у больной.

В Приложении¹ приводится вариант программы для проведения психообразовательных занятий с пациентами и их родственниками.

Глава 2

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ (КПП)

В Российской Федерации КПП больных с расстройствами ШС, на данный момент не получила широкого распространения, несмотря на то, что была убедительно показана эффективность использования этого метода в психиатрической клинике, его хорошая научная обоснованность, воспроизводимость и структурированность. Анализ 13 рандомизированных контролируемых исследований больных шизофренией с участием более 1300 человек показал, что КПП приводит к редукции психотических симптомов и связанного с ними дистресса в 20—40% случаев и помогает 50—60% больных (Garety P. A., Kuipers E., Fowler D. [et al.], 2001). При этом важно подчеркнуть, что теоретическое понимание когнитивно-поведенческими психотерапевтами модели аутохтонных расстройств согласуется с представлениями об «уязвимость-диатез-стрессовом» развитии заболевания (Коцюбинский А. П., Скорик А. И., Шейнина Н. С. и др., 2004; Beck A. T. [et al.], 2008).

Схематично данную когнитивную модель заболевания можно описать так: изначально ограниченные когнитивные ресурсы индивидуума при воздействии стрессовой нагрузки приводят к снижению интегративной производительности индивидуума и развитию болезни.

В отечественной литературе имеются лишь единичные работы, посвященные когнитивно-поведенческому подходу в реабилитации больных шизофренией (Холмогорова А. Б., 1993; Холмогорова А. Б. [и др.], 2007; Софронов А. Г. [и др.], 2012), хотя налицо высокая практическая потребность в использовании медицинскими учреждениями данных программ. Когнитивно-поведенческая психотерапия в этом случае не заменяет психофармакотерапию, а дополняет ее.

В процессе работы с пациентами, страдающими расстройствами ШС, используются классические поведенческие и когнитивные техники: составление распорядка дня, оценка мастерства и удовольствия, техника градуированных заданий, модификация убеждений, способствующих снижению мотивации к деятельности и изменениям.

Выбор и использование стандартных поведенческих техник должны быть основаны на тщательной оценке готовности пациента к изменениям, степени расстройств мышления, уровня когнитивного функционирования. Критичным является решение о том, какое «давление» оказывать на пациента. При качественных терапевтических отношениях, обеспечивающих пациенту ощущение того, что терапевт на его стороне, тщательно разработанных вмешательств, соответствующих потребностям и возможностям пациента, использование классических когнитивно-поведенческих техник может привести к уменьшению выраженности негативных симптомов.

Наш опыт проведения КПП с пациентами ШС с учетом литературных данных, позволяет подчеркнуть следующие особенности этой методики:

1) *Длительность сеанса не должна превышать 45 минут*, что обусловлено интенциональными расстройствами данной группы пациентов. При необходимости это время можно сокращать, особенно на начальных этапах психотерапевтической работы.

2) *Темп продвижения* должен быть медленным. Психотерапевту порой приходится сдерживаться и делать паузу на каком-то этапе лечения, чтобы проверить степень понимания пациентом содержания занятий.

3) *Домашние задания* должны быть простыми и необъемными.

4) *Желательно подключение супервизии* или участие психотерапевта в балинтовской группе, особенно для начинающих врачей, так как несовпадение ожиданий психотерапевта с реально возможной динамикой пациента может приводить врача к ощущению неэффективности его работы и эмоциональному выгоранию.

При составлении плана лечения в рамках КПП ориентиром служит запрос пациента — формулируемая им цель лечения. Больным шизофренией сложно сохранять мотивацию; для ее поддержания хорошо вырабатывать задачи, реализовать которые можно в достаточно короткие сроки. В связи с этим психотерапевт совместно с пациентом составляет план лечения, включающий краткосрочные цели для каждого этапа психотерапии.

Только после учета и рассмотрения многоуровневой оценки состояния пациента осуществляется составление индивидуального плана психотерапевтического лечения конкретного больного.

Выработка плана лечения позволяет наметить структуру и объем психотерапевтической помощи для данного конкретного пациента, осуществлять ведение клинического случая в условиях бригадной формы работы и отслеживать эффективность психотерапевтической помощи.

«Путевой картой» процесса лечения больных в рамках КПП является **когнитивная концептуализация (КК)**, которая представляет собой процедуру теоретической организации материала о факторах, способствующих формированию болезненной симптоматики и поддерживающих ее в настоящем. Одновременно в этой карте отображаются имеющиеся у больного ожидания возможных изменений, что позволяет определить наиболее целесообразный и эффективный способ лечения. КК составляется при преобладании как позитивной, так и негативной симптоматики.

Клиническая диагностика и лечение больных ШС с использованием КПП может быть разделено на два этапа: подготовительный и терапевтический.

Подготовительный этап объединяет различные аспекты диагностики и предполагает «включение» пациента (о есть выработку у него мотивации к психотерапевтическим формам работы), а также осуществление психообразования, составление когнитивной концептуализации случая,

необходимой для коррекции когнитивного дефицита и, в итоге, составление лечебного соглашения с больным.

При этом исследовательский подход комбинируется с эмпатическим, сотрудничающим стилем взаимоотношений врача и пациента.

1) *Психообразование* — необходимая основа для проведения КПП, нацеленная на информирование о психических расстройствах и обучение методам совладания со специфическими проблемами, с которыми сталкиваются больные шизофренией (Еричев А. Н., 2005).

2) *Составление когнитивной концептуализации (КК)* — исследование событий в прошлом и в настоящем пациента, которые аффилированы с развитием и поддержанием позитивной и негативной симптоматики. Например, в случае преобладания позитивной симптоматики в виде параноидного бреда, включает выяснение дисфункциональных когнитивных схем, оказывающих влияние, на содержание бреда, условия их формирования, условия возникновения бредовых убеждений (изучение последовательности событий, переживаний, чувств и суждений, приведших к формированию подозрительности), характер текущих источников бредовой интерпретации, свидетельства «за» бредовое убеждение, а также наличие существующих стрессовых факторов. Таким образом, КК предоставляет информацию, необходимую для разработки полного плана лечения, включающего интервенции, которые ориентированы на ключевые факторы и могут повлиять на развитие симптомов или обострение (Kingdon D., Turkington D., 2002; Beck A. T. [et al.], 2009).

3) *Финальный аспект подготовительного этапа* — достижение с пациентом соглашения, касающегося специфических приоритетных целей лечения.

Специфика **терапевтического этапа** зависит от характера расстройств пациента.

А. Лечение позитивных расстройств. Целью использования КПП при этом является модификация (трансформация) патологической связи между болезненными симптомами и искаженными убеждениями пациента (Beck A. T. [et al.], 2009).

Такой подход предполагает применение множества техник (Kingdon D., Turkington D., 2002; Freeman D., Garety P., 2006; Beck A. T. [et al.], 2009).

1) *Подбор доказательств «за» и «против».* Цель — помочь пациентам понять, что используемая ими интерпретация является одной из многих возможных альтернатив. Данная методика заключается в совместном с пациентом исследовании доказательств «за» и «против» его убеждения, подборе альтернатив к свидетельствам «за» и выделение наиболее адекватного объяснения. Применяя эту технику, терапевту следует быть терпеливым, настойчивым и гибким, чтобы побудить пациента к аккуратному тестированию реальности. Часто требуются многократные сеансы и разнообразные домашние

задания, направленные на отбор доказательств. При использовании данного метода полезно заполнить рейтинги убежденности в доказательствах, поддерживающих болезненные идеи: во-первых, для того, чтобы выявить, с какого доказательства начинать работу, а, во-вторых, для оценки изменения степени убежденности больного.

2) Поведенческие эксперименты. В дополнение к вербальным стратегиям, когнитивный терапевт может повлиять на образ мышления, проводя поведенческие эксперименты, чтобы протестировать корректность различных альтернативных интерпретаций тех или иных событий.

3) Техника ABC. Приобщаясь к модели ABC, пациенты обучаются разделять «А» (активирующее событие, имеющее искаженные интерпретации) от «В» (собственно интерпретации), что позволяет пациентам осознать влияние искаженных интерпретаций на эмоции и поведение («С») и обнаружить позитивные и негативные последствия данных интерпретаций. Таким образом, каждый пациент составляет модель ABC для своего собственного убеждения, которая вносится в таблицу.

4) Постановка другой перспективы. Используя этот подход, пациенту предлагается поставить себя на место других людей, особенно тех, кому пациенты доверяют, или рассмотреть свои убеждения с возможных других точек зрения. Например, можно задать следующие вопросы:

— Почему Вы думаете, что Вашего мужа (или сестру) это не убеждает?

— Если бы Вы поставили себя на место ученого, который пытается выяснить правду относительно этой ситуации, какие бы Вы задали вопросы? Какая бы Вам потребовалась информация, чтобы открыть правду?

Не всем удастся дистанцироваться от своих убеждений путем постановки другой перспективы, но многие пациенты могут таким образом подготовиться к рассмотрению альтернативных позиций.

5) Модификация типичных дисфункциональных мыслей (когнитивных искажений). Известно, что когнитивные искажения, такие, например, как чрезмерное обобщение, характерное для депрессивной личности, или ожидание катастроф, характерное для тревожной личности, способствуют снижению настроения и служат поддержке у пациента чувства угрозы. А. Т. Beck [et al.] (2009) выделяли следующие когнитивные дисфункции, характерные для бредовых больных:

- *эгоцентрическое отклонение* — приписывание информации и происходящих событий на свой счет;
- *отклонение экстернализации*, при котором внутренние ощущения и симптомы приписываются посторонним действующим силам;
- *искаженное восприятие намерений*, когда пациенты проецируют недоброжелательные или враждебные намерения на поведение других людей.

Во время сеанса и в качестве домашнего задания пациент осуществляет стандартную запись мыслей в структуре трехстолбцовой таблицы. Для этого врач помогает пациенту, с целью последующей модификации, проанализировать его мысли и идентифицировать когнитивные искажения. При работе с когнитивными дисфункциональными искажениями можно воспользоваться методами подбора доказательств «за» и «против», альтернативных интерпретаций, постановки другой перспективы.

б) Модификация дисфункциональных когнитивных схем. В том случае, если дисфункциональные когнитивные схемы поддерживают искаженные убеждения, план лечения может потребовать включения методов, которые будут обращены к модификации данных схем, что, в итоге, приводит к закреплению результатов лечения и сокращению риска рецидива.

Подводя итоги фазы модификации искаженных убеждений больного, можно сказать, что, анализируя частоту использования различных методик КПТ при наличии у больных такого рода убеждений, можно прийти к выводу, что основным и наиболее значимым методом является подбор доказательств «за» и «против» свидетельств, поддерживающих их болезненные убеждения.

Б. Лечение негативных симптомов. Несмотря на то, что практически все методы терапии исследовались на наличие способности влиять на эту группу расстройств, итоговый результат остается довольно скромным.

Существующие в настоящее время модели психотерапевтического влияния на негативные симптомы можно разделить на две группы: при первой из них в основе расстройства лежит модель когнитивного дефицита, а при второй — модель дисфункциональных установок, основанная на когнитивной парадигме А. Бека (2008).

1. Модель когнитивного дефицита получила наибольшее отражение в современной литературе.

Это обстоятельство связано прежде всего с тем, что когнитивный дефицит включает в себя не только нейрокогнитивные, но и социально-когнитивные дисфункции. При этом М.Бечи, R.Ricoaloni, S.Ali и соавт. (2012, цит. по Гурович И.Я., Папсуев О.О, 2015) считают, что социальные когнитивные дисфункции, опосредующие влияние нейрокогнитивного дефицита (Schmidt S.J. et al., 2011) в значительно большей степени обуславливают социальную дезадаптацию больных шизофренией, чем нейрокогнитивные, что, понятно, не лишено оснований, поскольку всякая деятельность человека связана с социальными отношениями (Гурович И.Я., Папсуев О.О., 2015).

При этом при составлении когнитивной концептуализации врач должен оценить степень выраженности нарушений собственно когнитивных расстройств, социального функционирования, мотивации к деятельности, выраженность ангедонии, гипотимии и возможное негативное влияние привходящих факторов, в том числе лекарственных средств. Такой совокупный

учет при составлении плана лечения различных факторов помогает приоритетной расстановке того или иного психотерапевтического метода.

Коррекция когнитивного дефицита осуществляется путем применения методик, основанных на двух основных подходах: компенсаторном и восстановительном.

Компенсаторный подход ориентирован на развитие сохранных когнитивных процессов, которые должны замещать функции пораженных или играть роль «протезов».

Восстановительный подход включает применение поведенческих методик, направленных на тренинг когнитивных и социальных навыков (Meichenbaum D. W., Cameron R., 1973; Wallace Ch., Nelson C., Liberman R. P. [et al.], 1980; Wallace Ch., 1984; Kopelowicz A., Liberman R. P., Zarate R., 2006).

При этом большинство созданных отечественных интегративных программ адресовано отдельным аспектам функционирования больных с расстройствами ШС, разработано с опорой на нейробиологическую модель развития шизофрении и с преимущественным акцентом на тренинге когнитивного дефицита и социальных навыков (Федоров А. П., 1991; Исаева Е. Р., Лебедева Г. Г., 2008).

Использование когнитивно-поведенческих методов при негативных проявлениях шизофренического спектра требует их модификации, учитывающей участие пациентов только в той деятельности, которую они действительно могут выполнить. Так, например, в процессе работы с таким пациентом может быть выяснено, что до болезни он любил гулять по определенному маршруту. Таким образом, в качестве домашнего задания ему можно предложить пройти по этому маршруту рано утром, когда на улице мало людей. В том случае, если эта попытка окажется успешной, пациенту может быть предложена прогулка по этому маршруту 2 раза в неделю, либо поиск информации о данном районе города в интернете или в библиотеке, либо выполнение другого вида деятельности, с которой пациент точно может справиться и которая когда-то доставляла ему удовольствие. При этом терапевту следует заранее обсудить с пациентом возможные препятствия выполнения этих заданий.

2. Мишенью модели дисфункциональных установок, лежащей в основе когнитивно-поведенческой психотерапии, являются не первичные, а вторичные негативные симптомы. Рассматриваемая модель развивалась, в основном, в британской когнитивно-поведенческой традиции. Для отечественной психиатрии эти разработки пока являются новыми.

Существенным при этом является то обстоятельство, что эта работа рассчитана на долгосрочное сотрудничество врача с пациентом и его семьей, которое направлено на формирование у членов семьи, включая больного, адекватного представления о сроках лечения и достижении долгосрочных целей (например, трудоустройство, проживание отдельно от родителей,

создание семьи и т.д.). Долгосрочные цели дают надежду на будущее и мотивируют к деятельности, которая включает множество мелких шагов в настоящем для достижения существенных позитивных результатов в будущем.

Иногда долгосрочные цели больного, даже при достаточных сроках их осуществления, могут быть нереальными (например, стать политическим лидером или великим ученым). В этом случае лучше не рассеивать надежды пациентов, так как любая цель способствует мотивации, даже если эти цели в дальнейшем будут скорректированы. Например, терапевт может сказать: «Если Вы планируете стать кинозвездой, то что, прежде всего, Вам нужно будет сделать?» «Наверное, начать принимать душ и надевать свежую одежду?». Кроме того, можно использовать интересы пациента для повышения его активности (например, требующее энергетических усилий хобби).

После достижения запланированных краткосрочных целей пациент ставит перед собой более сложные задачи. Если краткосрочные цели не достигаются, то следует проанализировать возможные причины этого и пересмотреть план лечения с целью постановки таких целей, которые могут быть достижимы.

Уровень оптимальной социализации для каждого пациента значительно варьирует в зависимости от его личностных качеств и жизненного опыта. Одни больные еще до начала болезни имеют относительно ограниченные социальные навыки. Для других пациентов обстоятельства развития болезни приводят к социальной изоляции по причине стигматизации. Некоторые пациенты меньше вступают в общение для того, чтобы избежать появления тревоги, подкрепляющейся идеями отношения либо параноидными переживаниями.

Печатные материалы. Эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии повышается, когда параллельно используются печатные материалы (Williams С., 2001). Первоначально под «библиотерапией» понималось использование только специально подобранных художественных произведений, но в последние 20 лет начали активно внедряться специально написанные работы. В результате публикуются печатные материалы для больных, ориентированные на применение при определенных психопатологических состояниях (например: тревоге, депрессии, алкогольной зависимости, зависимости от никотина и т.д.).

В литературе освещены четыре метааналитических исследования материалов для самопомощи (Scogin F. [et al.], 1990; Gould R. A, Clum A.A, 1993; Marrs R., 1995; Cuijpers P. 1997). Результаты этих исследований подтвердили эффективность использования печатных материалов. Так, в исследовании Р. Cuijpers (1997) было показано, что эффективность терапии, включающей библиотерапию (с минимальным участием психотерапевта), в сравнении с контрольной группой оказывается большей. Практический опыт показывает, что их использование дает неоспоримые преимущества.

Пациенты не только занимаются в индивидуальном или групповом формате с психотерапевтом, но и параллельно самостоятельно работают с печатными материалами. В результате психотерапевт экономит время сессий, вынося значительную часть работы во «внеурочное» время. Еще одним несомненным плюсом является невольное усиление «авторитетности» позиции психотерапевта и обоснованности высказываемых им рекомендаций, особенно на начальных этапах профессиональной деятельности. Использование печатных материалов также помогает увеличить охват психотерапевтической помощью пациентов конкретного лечебного учреждения.

Наконец, привлечение печатных материалов помогает не только в психотерапевтической работе, но и в обучении новых специалистов, выработке критериев оценки эффективности реабилитационных мероприятий.

Таким образом, преимущества использования печатных материалов оказываются следующими:

- упорядочивается процесс психотерапии;
- уменьшаются временные затраты психотерапевта;
- формируется более активная позиция пациента в процессе психотерапии;
- растет охват психотерапевтической помощью;
- появляется возможность выработать и соблюдать стандарты оказания психотерапевтической помощи при разных психопатологических состояниях.

Когнитивно-поведенческая психотерапия помогает улучшить лекарственный комплайенс, не противопоставляя себя психофармакотерапии и гибко дополняя ее использование. Данное направление психотерапии, благодаря своей четкости, структурированности, выработки рабочей гипотезы и плана психотерапии хорошо сочетается с использованием бригадных форм помощи. Когнитивно-поведенческая психотерапия наиболее близка медицинской модели психотерапии и заслуживает более широкого внедрения в работу разных звеньев психиатрической службы.

Глава 3

ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Наиболее важные базовые понятия психодинамического подхода касаются представлений о структуре личности с психоаналитической позиции З. Фрейда, феномене неосознаваемой психологической защиты (Фрейд З., 1990, 1991, 1998; Фрейд А. 1993; Мак-Вильямс Н. 1998; Васильева Н. Д., 2006; Канн М., 1997; Мертенс В., 2001; Фенихель О., 2004), типе интрапсихического конфликта, феноменах «конфликта и дилеммы» и «структурного дефицита».

Отправной точкой для разработки техники психодинамической психотерапии заболеваний шизофренического спектра являются следующие два положения.

С одной стороны — это теоретические представления о развитии эндогенной психической патологии (модель болезни), наличии вызванных заболеванием конкретных дефицитов и необходимости наиболее действенными методами и приемами их смягчения или устранения в основных областях психологического функционирования.

С другой стороны, не менее существенное значение имеют представления о личностном адаптационном потенциале и необходимости его усиления в процессе лечебно-восстановительных мероприятий, что тесно переплетается с вопросами психологической адаптации к болезни, обучения больных новому стилю жизни в условиях длительного течения психического заболевания.

В рамках традиционной психиатрии общепризнанным является выделение в психопатологических проявлениях эндогенных психозов, поведении больных и системе их взаимоотношений:

- а) первичных, базовых, преимущественно когнитивных нарушений и
- б) вторичных, адаптационно-компенсаторных феноменов.

Близкая позиция обосновывается и в рамках современного психодинамического подхода: в качестве основы болезненного процесса рассматривается процесс дезинтеграции «Я» (психоаналитически обозначается как фрагментация «Я»). Согласно этой точке зрения, дезинтеграция автоматически вызывает процесс саморегуляции «Я-системы» (или психическое контррегулирование), которое проявляется в форме психопатологических симптомов, рассматриваемых в качестве попытки реорганизации ее психической связности и последовательности. Все симптомы психического заболевания, зависящие от формы его протекания, можно условно разделить на несколько уровней, которые варьируют и колеблются по интенсивности их выраженности, нередко смешиваясь между собой. Это положение в рамках данной системы координат представляются в следующем виде (Hartwich P., Grube M., 2003):

1) симптомы непосредственного воздействия дезинтеграции (или первичные когнитивные нарушения, которые не могут быть объяснены психодинамически);

2) симптомы, носящие в целом защитный, компенсаторный характер (психопатологические симптомы заболевания, имеющие защитную функцию и представляющие собой попытки контррегуляции);

3) симптомы, которые могут быть объяснены психодинамически (феномены психологической защиты в узком смысле слова — отрицание, проекция, расщепление);

4) симптомы, состоящие из смешения, соединения второго и третьего, а иногда — всех трех видов.

Это обстоятельство требует разработки системы психотерапевтических воздействий, затрагивающей, по возможности, все уровни нарушений (в данной работе мы сознательно не касаемся методов лекарственного воздействия, обязательно присутствующих во всех случаях лечения эндогенных психозов).

Сравнительный анализ разницы психодинамических моделей психотерапии при заболеваниях пограничного и психотического уровней (Соколова Е. Т., 2002) позволяет более четко увидеть отличия в целях, ведущих куративных факторах, позиции психотерапевта и психотерапевтических вмешательствах.

Таблица 1

Сравнительный анализ разницы психодинамических моделей психотерапии

Характеристики психодинамических моделей	Характер психических расстройств	
	Расстройства пограничного уровня	Расстройства психотического уровня
Основная стадия развития расстройства	Эдипова	Прездипова
Основные взаимоотношения	Триада	Диада
Цель психотерапии	Проработка конфликта	Новая структура «Я»
Фактор изменения (ведущие куративные факторы)	Инсайт	Эмпатия
«Модус операнди» (позиция психотерапевта и характер его вмешательства)	Терапевтическая нейтральность и интерпретация	Эмпатия и возмещение раннего дефицита

Видный современный представитель динамической психиатрии С. Менцос (Mentzos S., 2000), исследуя вопросы теории, практики и техники психотерапии при эндогенных психозах, выделяет три основных подхода:

Первый — применение психотерапии, направленной на укрепление «Я» пациента, усиление интеграции и устойчивости.

Второй — психотерапия с глубокими интерпретациями конфликтов, преимущественно основанных на скрытых агрессивных импульсах (М. Кляйн, 1997).

Третий — предоставление пациенту возможности получения нового эмоционального опыта в рамках имеющихся отношений с терапевтом.

Клиническая практика показала, что методы классического психоанализа могут успешно использоваться при терапии невротических состояний, но никак не могут рассматриваться в качестве адекватных при лечении эндогенных психических расстройств.

При проведении психодинамической психотерапии с больными ШС, в основе модификации техники наибольшее значение придается процессам холдинга (забота) и контейнирования (принятие, вмещение психотерапевтом эмоциональных переживаний пациента) по сравнению с интерпретативными техниками, используемыми при невротических расстройствах (Фонда П., Йоган Э., 1998):

1. В терапевтическом отношении психоаналитик для пациента — это совсем новый объект, соединяющий черты реального объекта и объекта, выстроенного в проекциях и переносах. Он не может быть только нейтральным зеркалом, он всегда соучаствует в терапевтическом процессе и находится в интеракции с субъектом-пациентом.

2. Отношения психоаналитик-пациент строятся не только на уровне переноса-контрпереноса (модель в этой «диаде» взята из взаимодействия матери и ребенка), но включают аспекты реальных взаимодействий. «Длительные реальные взаимоотношения психотерапевта и пациента выполняют функцию средства коррекции возможного их искажения, превалирующего во внутренней реальности, и влияют на реакцию пациента на внешние объекты. Эти отношения предоставляют пациенту возможности, которых он был лишен в детстве; пройти процесс эмоционального развития в условиях реальных взаимоотношений с надежной и благожелательной родительской фигурой» (W. R. D. Fairbairn, 1958).

3. Пациентам с особенно тяжелыми формами психической патологии в большей степени нужны не интерпретации, а холдинг, контейнирование, эмпатия, аффективная включенность психоаналитика, уважение к своему психическому пространству.

4. Сеттинг (окружающая обстановка, параметры психотерапевтической ситуации), исходя из теории объектных отношений, требует большего внимания как пациента, так и психоаналитика не только к вербальной коммуникации, но и невербальной (жесты, мимика, движения).

5. В лечении тяжелых психических расстройств (психозы, тяжелые депрессии) терапевтический процесс продолжается на более примитивном уровне, когда терапевтическую функцию несет сам сеттинг, эмпатичность психоаналитика, холдинг и контейнирование, которые, в свою очередь, гарантируют безопасное присутствие и доверие.

Во многих работах, посвященных психодинамической психотерапии эндогенных психических заболеваний (Фонда П., Йоган Э., 1998; Менцос С.,

2001; Тэхкэ В., 2001), подчеркивается недостаточность интерпретативной техники, гораздо большее значение придается реальному поведению терапевта; при этом перенос может либо вообще не исследоваться, либо рассматриваться частично (анализируется только вариант отрицательного переноса). Особый акцент придается созданию устойчивой атмосферы безопасности и, одновременно, атмосферы поощрения и уважения, в рамках которых пациент может получать новый позитивный опыт, что способствует снижению дезадаптивных форм психологических защитных механизмов личности. Внимание фокусируется на текущих событиях и новых формах взаимоотношений с психотерапевтом; причем эти отношения должны не только прояснять прошлое, но и иметь точки соприкосновения с будущим.

Вместе с тем, по данным литературы, психодинамически ориентированная психотерапия эффективна лишь для определенной, довольно узкой группы пациентов с эндогенными расстройствами (Вид В. Д., 1993, 2001, 2008; Менцос С., 2001; Мучник М. М., Семке В. Я., Семке А. В., 2001; Тэхкэ В., 2001; Рутан Дж., Стоун У., 2002; Гусева О. В., 1999, 2007). По терминологии И. Ялома (2005), такие пациенты — «высоко функционирующие личности», у которых заболевание протекает приступообразно с ремиссиями высокого качества или в рамках малопрогрессирующих форм эндогенных психозов. Прочно утвердилось мнение, что для других форм эндогенных психозов психодинамический формат является малоэффективным.

Психодинамическая психотерапия может проводиться в индивидуальной или групповой форме.

Методика проведения индивидуальной психодинамической психотерапии.

При психодинамической психотерапии пациентов с расстройствами ШС сам больной и психотерапевт находятся лицом к лицу, друг против друга — оба в креслах. Использование основных правил является менее строгим: в частности, выполнение фундаментального правила — свободное ассоциирование — менее соблюдается, а при лечении больных с психотическими проявлениями заболевания — не используется вовсе; модифицируются и такие параметры, как длительность психотерапевтической сессии, частота сеансов, общая длительность терапии. Диалог психотерапевта и пациента протекает в свободной, спонтанной форме. При этом вербальная активность психотерапевта значительно выше по сравнению с его поведением при классическом психоанализе (по данным исследования А. Дюрссен, выше в 5 раз). Психодинамическая психотерапия может быть длительной и краткосрочной (Sifneos P., 1967; Straker M., 1977; Marmor J., 1979; Chessick R., 1982; Bennett M., 1989; Leichsenring F., Leibing E., 2004), продолжительность лечения зависит от числа конфликтных зон, которые должны быть проработаны в ходе такого лечения. Длительность психодинамически ориентированных форм психотерапии, как правило, ограничивается сроком 50—80 сеансов.

Частота психотерапевтических сеансов составляет, как правило, 2—3 раза в неделю. Длительность сессии может варьировать от 30 минут до 45—50 минут. В условиях стационара реализуется модель краткосрочной психодинамической психотерапии, а во внебольничных условиях, при достаточности ресурсов пациента — возможна и длительная психодинамическая психотерапия.

Согласно А. Дюрссен (Duhrrssen A., 1988), все разнообразные психотерапевтические вмешательства в рамках психодинамической психотерапии можно привести к определенным категориям:

1) вмешательства, определяющие аффективную атмосферу, которые, кроме всего прочего, содержат чувственное оценивание пациента и могут иметь следующий характер: утешение и подбадривание; признание; понимание; понимающее согласие; сдержанность и скепсис; критика; порицание;

2) вмешательства, имеющие «педагогический» характер и служащие для восполнения учебных дефицитов пациента: информация и разъяснение (инструктаж); советы; предложения; требования; запреты;

3) непосредственно аналитические вмешательства, которые касаются бессознательной динамики пациента: уточняющие вопросы или комментарии — для углубления представлений о наметившейся проблематике; задающие тему вопросы и комментарий — для целенаправленного сбора психодинамически важного материала и для подготовки к толкованию (так называемые «руководящие вопросы»); толкование или интерпретация — для расширения объема сознания; возврат к предыдущим интерпретациям, темам и проблемам — в плане проработки и с целью сохранения процесса переобучения; комментарий и интерпретации, служащие как помощь в принятии решения в различных конфликтных ситуациях.

При этом основной метод работы психотерапевта — это так называемые «руководящие вопросы» по А. Дюрссен (Duhrrssen A., 1988), позволяющие выделить психодинамически значимый материал:

1. Нейтральный комментарий.
2. Соучастующее подтверждение.
3. Понимающее согласие.
4. Наводящие (или направляющие, ведущие клиента дальше) вопросы.
5. Уточняющие вопросы.
6. Направленная смена темы.
7. Называние, вербальное обозначение смутных переживаний пациента.
8. Разъяснения.
9. Аналитические толкования.
10. Разъяснение взаимосвязей между прошлым и настоящим.
11. Напоминание пациенту (возврат пациента) уже известной, такой же по смыслу ранней тематики.
12. Стимулирование к обучающим процессам через информирование, рекомендации поведения; ориентирующая и наставляющая помощь в

разрешении многочисленных повседневных вопросов (распределение финансов, покупки, организация и проведение досуга).

Целью начального этапа индивидуальной психотерапии является психодинамическая оценка, осуществляемая в ходе предварительных интервью. Наиболее важны следующие аспекты:

1) обстоятельства, при которых возникло заболевание, и при которых произошло обращение за помощью;

2) история жизни;

3) важные объекты в прошлом;

4) самое раннее воспоминание;

5) недавние или повторяющиеся сновидения;

6) опыт, почерпнутый от прежних курсов лечения;

7) особенности общения пациента с врачом;

8) пробная интерпретация (Урсано С., Зонненберг С., Лазар С., 1992).

Основой для проработки индивидуальной проблематики служит материал, получаемый в ходе индивидуальных сессий, предъявляемый самим пациентом в виде «своей истории». Кроме того, используются данные, являющиеся результатом оценки и интерпретации психотерапевтом невербального поведения пациента, а также анализ его поведения в группе (например, в рамках индивидуально - группового формата) и в отделении в целом. Тщательному анализу подвергается весь биографический материал пациента, включая его значимые отношения в прошлом и настоящем, а также чувства, страхи, фантазии и сновидения. В результате изучения и анализа данной информации постепенно выстраивается символический треугольник, в основании которого - идентификация базового психодинамического конфликта, а две другие грани – это проявления ведущего интрапсихического конфликта: 1) в реальном социальном поле (текущие интерперсональные отношения) и 2) во взаимодействии с психотерапевтом.

Наиболее важные динамические конфликтные темы больных с расстройствами ШС связаны с неразрешенными симбиотическими отношениями (противоречие тенденций к отделению и слиянию), нарциссическими нарушениями, а также страхом отвержения, утраты любви и зависимостью от объекта. У больных с непсихотическими эндогенными психическими расстройствами наиболее часто встречаются темы зависти, ревности, искажения «Эго – идеала», конфликтные темы «контроля-подчинения». Выявляемые интрапсихические нарушения в первую очередь выступают в виде устойчивых дезадаптивных способов поведения и ригидных способов психологической защиты, в виде неадекватных эмоциональных реакций и крайне субъективных, искаженных способов восприятия всего событийно – объектного контекста окружающего в целом.

Идентификация интрапсихической конфликтной проблематики больных с эндогенными психическими расстройствами имеет ряд особенностей (Гусева О.В. , 1999).

1. Особенности мобилизации неосознаваемых аспектов переживаний.

При эндогенных психозах извлечение бессознательного материала на поверхность осуществляется силами самого болезненного процесса. Содержание внутреннего конфликта выносится на поверхность в символической форме, становится доступным для понимания психиатра или психотерапевта через анализ бреда и галлюцинаций или других психопатологических феноменов. Поэтому для психотерапевта важно изучение не только истории жизни пациента, но также подробное исследование его психопатологических переживаний.

2. Идентификация интрапсихического конфликта на основании процесса переноса. Больные эндогенными психозами чаще склонны развивать идеализирующий перенос, напоминающий отношения матери и ребенка, склонны к проявлению регрессивных тенденций. Однако иногда перенос бывает очень быстрым, интенсивным, проявляется в прорыве подозрительно - агрессивных оттенков эмоций и поведенческих реакций («страх сближения с объектом»). Больные с непсихотическими формами эндогенной патологии чаще развивают в переносе реакции соперничества, идеализации – обесценивания (адресуют психотерапевту неправомерные требования и ожидания с последующими упреками и реакциями разочарования). В групповой ситуации явления переноса формируются быстрее, а в некоторых случаях они отчетливы с первых дней работы группы.

3. Иррациональность болезненных чувств. Конфликтная тема переживается как непонятная, «хроническая боль в душе»; сам больной активно фиксируется на этом, настаивает на проработке этой темы в первую очередь. Это чувство связывается со значимым лицом, детально описываются проявления «явного конфликта». Лишь специальное исследование приводит к пониманию «скрытого, неосознаваемого конфликта».

4. Анализ психопатологического симптома. При отрицании каких-либо конфликтов и проблем в жизни со стороны пациента конфликтная тема высвечивается в совместной работе терапевта и больного через анализ психопатологического симптома, его происхождения (в какой ситуации, какие чувства испытывал, какие значимые люди привлечены, в какой ситуации усиливались или возобновлялись психопатологические переживания, какие чувства сопровождают), оценки значения этого симптома.

5. Роль сновидений в идентификации конфликтных переживаний.

Конфликтная тема чаще всего выявляется в каком-то ярком сновидении, иногда - в повторяющихся сновидениях. Очень часто сны, рассказанные на ранней стадии лечения, способны указать на ведущие конфликты пациента. На более

позднем этапе лечения защитные механизмы делают сны более трудными для понимания.

6. Тест на свободные ассоциации. В некоторых случаях идентификация динамического конфликта может быть осуществлена с привлечением теста на свободное ассоциирование. Больному предлагается в течение 30- 45 минут произносить вслух все приходящие мысли, без цензуры.

7. Использование типичных формулировок пациента в беседе с психотерапевтом как выражения базового конфликта.

Таким образом, можно констатировать, что общей тенденцией в модификации методов индивидуальной психодинамической психотерапии для работы с больными ШС является формирование нового психотерапевтического формата, отвечающего запросам больных.

Методика проведения групповой психодинамической психотерапии

Психодинамический формат группы в психиатрической практике встречается значительно реже, чем чисто поведенческие, когнитивно-поведенческие или группы экзистенциальной направленности. В то же время лечебные факторы этого подхода – групповая сплоченность, феномен универсализации, возможность самораскрытия и получения коррективного эмоционального опыта, интерперсональное обучение, навыки тестирования реальности в групповой безопасной ситуации – уникальны и по силе воздействия имеют бесспорные преимущества перед многими другими методами. Это обусловлено использованием в психодинамической психотерапии более широкого арсенала приемов, с возможностью воздействия на более глубокие внутренние пласты личности, с коррекцией неосознаваемых компонентов переживаний (Рутан Дж., Стоун У., 2002).

Наш многолетний опыт ведения групповой психотерапии с больными шизофренического спектра как психотического, так и непсихотического уровня позволяет предложить следующую схему **модификации психотерапевтического процесса** (Гусева О.В., 2001, 2010).

В условиях стационара предпочтительны закрытые группы численностью 6-7 человек, оптимальная длительность курса в пределах 25-30 сессий, с частотой занятий 3 раза в неделю. При этом на каждом занятии поочередно один больной оказывается в фокусе внимания.

Работа психотерапевта при проведении занятий протекает в трех плоскостях:

- создание и поддержание терапевтической среды и соблюдение границ («структура»);
- разъяснение смысла скрытых групповых процессов, происходящих в группе («процесс»);
- интерпретация фокальных конфликтных тем отдельных пациентов («содержание»).

В связи с этим, в отличие от классической психоаналитической процедуры, психотерапевту приходится довольно часто брать на себя ответственность, а в определенных ситуациях проявлять решимость (например, чтобы удержать пациента от ухода из группы). С другой стороны, психотерапевту приходится часто отклоняться от привычного сеттинга (окружающая обстановка, параметры психотерапевтической ситуации) в рамках терапии и, сокращая дистанцию, идти навстречу пациенту, позволять то, что не принято в стандартном варианте психодинамической психотерапии: продление сеанса, внеплановый сеанс в связи с внештатной групповой ситуацией, внезапный приход пациента без предварительной договоренности или внезапное прекращение посещения групповых занятий пациентом на некоторое время.

В групповой ситуации интервенции психотерапевта включают «руководящие вопросы», комментарий, конфронтацию, предоставление участникам вспомогательного «Эго» психотерапевта, «прояснение чувств», интерпретации и т.д. Кроме того, психотерапевт создает и поддерживает эмоциональную атмосферу в группе, что можно назвать аффективными вмешательствами (одобрение, сочувствие, эмоциональная поддержка).

Позиция психотерапевта при работе с больными эндогенными психозами отличается значительной директивностью, особенно на начальном этапе работы группы и значительно меньшей директивностью - с больными непсихотического уровня. При работе с больными психотического уровня поведение психотерапевта отличается большей вербальной активностью, формулированием так называемых «руководящих вопросов», способных выявить психодинамически значимый материал, побуждением участников к взаимодействию. Активность участников с расстройствами ШС непсихотического уровня, как правило, достаточная с самого начала работы группы. Они в большей степени готовы к самораскрытию, взаимодействию друг с другом, быстрее формируют атмосферу доверия, в большей степени эмоционально реагируют и проявляют к лицам противоположного пола.

Основной модус взаимодействия в группе – это самораскрытие и получение обратной связи от других участников, взаимооценка, разъяснения и интерпретации ведущего. Участники группы спонтанно рассказывают о ситуациях, которые их в настоящее время волнуют, тревожат; выражают свои чувства (страх, ощущение вины, недоверие или обида, раздражение). Эмоциональный фокус охватывает постоянно меняющиеся текущие отношения участников: с членами группы, ведущим группу психотерапевтом, с членами семьи, партнерами, друзьями и знакомыми, другими пациентами отделения, врачами, средним и младшим медицинским персоналом.

У больных ШС наиболее действенная составляющая групповой психотерапии — обратная связь от членов группы - зачастую несет в себе элементы когнитивных искажений в восприятии или трактовке происходящего

и прошедшего, поэтому прием предоставления вспомогательного «Эго» психотерапевта используется наиболее часто. Соответственно, при работе с эндогенными больными непсихотического уровня эти соотношения изменяются в сторону большей активности участников и меньшей - психотерапевта.

В рамках краткосрочной стационарной психодинамической психотерапии решаются следующие задачи:

- 1) разъяснение и проработка дезадаптивных стереотипов поведения;
- 2) понимание определенных механизмов психологической защиты с изменением поведения;
- 3) лучшее опознание своих чувств с возможностью формирования более устойчивой аффективной регуляции;
- 4) понимание своих скрытых потребностей и установок с возможностью их коррекции;
- 5) формирование более реалистичного образа «Я»;
- 6) более реалистичное восприятие окружающих.

Перечисленные задачи последовательно решаются на разных **стадиях группового развития** (Гусева О.В., 2011).

Первая стадия. На первой стадии (регрессия, зависимость, пассивность) групповые процессы определяются следующей дилеммой по отношению к психотерапевту: зависимость, идеализация и, одновременно, попытки разорвать зависимость, отрицать болезнь, что блокируется страхом отвержения.

Дилемма по отношению к группе проявляется, с одной стороны, потребностью в установлении контактов, принадлежностью к группе, желанием теплых, безопасных отношений, с отказом от своей индивидуальности, то есть искаженных представлений о себе («сильный и ответственный», либо наоборот, «зависимый и беспомощный», «лишенный любви», «всегда под давлением со стороны семьи» и т.д.). С другой стороны — желанием сохранить «фальшивый фасад» как привычный способ функционирования, но остаться при этом в одиночестве, изоляции.

На этом этапе действия психотерапевта должны быть направлены на снижение общей групповой тревоги, создание атмосферы большей безопасности и постепенного формирования большего доверия. Вмешательства ведущего группы состоят в прояснении чувств (тревоги, растерянности, завуалированной агрессии) и интерпретации защитных стереотипов поведения.

Защитные поведенческие реакции на начальном этапе работы группы существенно различаются у больных ШС психотического и непсихотического уровней. В первом случае – это отчуждение, отказ от самораскрытия и коммуникации, деструктивные протестные реакции, отрицание проблем, уход из группы. Во втором случае – это, как правило, демонстративные реакции, а уровень тревоги и регрессивных тенденций значительно меньше.

Инициум первой стадии является наиболее трудным в работе с больными ШС психотического уровня; именно в этот период наиболее часты уходы из группы в связи с тревогой, фрустрацией инфантильных потребностей. Больные непсихотического уровня имеющие большую силу «Эго», более способны выдерживать тревогу. Тем не менее, целесообразно использование некоторых приемов, способствующих повышению доверия в группе: например, участников просят закрыть глаза и представить, «что самое плохое может произойти с ними в группе». Возможность выразить свои чувства, соприкосновение с феноменом универсализации переживаний значительно снижают напряжение и тревогу в группе.

Большинство больных эндогенными психическими расстройствами на начальном этапе работы группы воспринимают психотерапевта как «идеального родителя», которому вручают все заботы о себе, ожидая бесконечного принятия, опеки и руководства. Интерпретации ведущего помогают участникам осознать свои внутренние страхи перед отвержением, непониманием, выражением своего мнения или чувств, невозможностью привлечь внимание других значимых лиц и пр., а также получить подтверждение, что их понимают и принимают без негативной оценки и готовы оказывать поддержку.

Важно избегать чрезмерной фрустрации пациентов, предъявляя завышенные требования к их способности к самопониманию и самораскрытию на группе или задавая чрезмерно быстрый темп группового взаимодействия. Психотерапевт должен ощущать нарастание тревоги или напряжения в группе, своевременно вводя различные игровые приемы, в том числе и релаксационные. С другой стороны, важно соблюдать баланс между игровыми приемами и вербальной дискуссией относительно групповой динамики и анализом проблемного материала отдельных участников, прояснением чувств.

Следует обратить особое внимание на групповой защитный эмоционально-поведенческий феномен: группа начинает требовать «как можно больше игр», так как они способствуют воссозданию атмосферы детской беззаботности и, в большинстве своем, обеспечивают нарциссическую подпитку. В конечном итоге завершение этого этапа способствует созданию атмосферы большей безопасности и большего доверия, с одной стороны, но, с другой стороны, приводит к формированию общегруппового защитного феномена псевдосолидарности с целью сохранения этой хрупкой видимости доверия и безопасности.

Вторая стадия. В отличие от стандартной схемы психодинамической групповой психотерапии, вторая стадия работы с больными ШС в рамках психодинамической психотерапии представлена процессами псевдосплоченности, с уменьшением зависимости от врача. На этой стадии характерно объединение больных и формирование общегруппового защитного феномена псевдосолидарности. Это проявляется в декларировании ощущения

«дружной единой семьи с общностью проблем друг друга», подчеркиванием важности сохранения теплой, доброжелательной атмосферы с комплиментами в адрес друг друга, создании общегруппового мифа о своей уникальности, чувствительности, непохожести на всех остальных и желании создать свой особый мир, где они могут «укрыться» от реалий жизни настоящей. Участники оказывают сопротивление при обсуждении взаимодействия в группе на более глубоком уровне с анализом неконструктивных высказываний, установок, эмоциональных реакций. При работе с эндогенными больными непсихотического уровня групповые дезадаптивные защитные феномены выражены в меньшей степени.

Психотерапевт на этой стадии конфронтирует участников с амбивалентными желаниями и установками, разъясняет дезадаптивный характер подобного стереотипа поведения, интерпретирует скрытое содержание эмоциональных и поведенческих реакций, создает условия для уменьшения тревоги. Этому способствуют проективные ролевые игры, обсуждение результатов которых дает значимый материал для последующего анализа. Завершение второй стадии характеризуется распадом общегруппового защитного феномена псевдосолидарности. Участники начинают лучше осознавать наличие индивидуальностей, столкновение интересов, больше проявляются тенденции к проявлению своего «Я» в группе.

Третья стадия. На следующей стадии (стадия конфронтации и конфликтов) постепенно формируются четыре основные подгруппы, различающиеся занимаемой позицией в группе в целом и отношении к происходящим в ней процессам: конструктивная, деструктивная, дефицитарная и невротическая (формирование таких четких подгрупп более характерно для эндогенных больных психотического уровня).

Пациенты с конструктивной позицией мотивированы на работу над своими проблемами, им интересны проблемы других участников, они способны преодолевать тревогу при самораскрытии на группе, что вызывает чувства гордости, удовлетворения и служит стимулом для продолжения работы.

Деструктивная позиция проявляется в оппозиционно-агрессивном поведении в группе с обвинениями в адрес ведущего и всей группы в целом, открыто выражаемого недоверия окружающим, «ощущения раздражения и протеста против всех, желания покинуть группу». Характерные высказывания: «Проблемы других людей меня не интересуют, группа угнетает, подавляет, вызывает раздражение», «Я не понимаю, зачем это нужно».

Дефицитарная (безразличная) позиция характеризуется пассивным, отстраненным поведением участников, заявлениями типа: «Скучно, группа ничего не дает мне лично», «У меня апатия ко всему, проблемы других от меня далеки». Деструктивная и дефицитарная позиции являются проявлением сформированного защитного стереотипа поведения, за которым скрывается тревога, боязнь отвержения, повышенная ранимость по отношению к

рассогласованию между своими ожиданиями и их реальным воплощением в группе. Невротическая позиция характеризуется сочетанием активного желания работать над своими проблемами с повышенной тревожностью, сомнениями в возможности быть понятыми и принятыми, что не блокирует возможность конструктивной работы над проблемами других участников. Типичные высказывания следующие: «Хочу делиться, обсуждать, но ощущаю тревогу, так как боюсь непонимания, отвержения», «Боюсь не соответствовать ожиданиям других», «Боюсь, что не смогу ясно и понятно, лаконично и последовательно изложить свою проблему». Ведущему важно разъяснить значение и природу данного поведения того или иного пациента, показать взаимосвязь защитных паттернов поведения в групповой ситуации и в реальной жизни пациента.

В этой стадии выявляются или обостряются конфликты между подгруппами участников с обвинениями в неконструктивном поведении друг друга, конфликты между отдельными участниками группы, а также отдельные претензии к ведущему, выражаемые в форме явной или завуалированной вербальной агрессии со стороны некоторых участников группы.

Для начального этапа этой стадии характерны общегрупповые паттерны поведения, проявляющиеся в следующих основных вариантах.

1. Выражение завуалированной агрессии (смещение агрессии на другой объект или общественные институты, когда группа начинает бурно обсуждать недостатки современной медицины или высказывает критику и недовольство в адрес определенных руководящих структур). Характерно восприятие личной ситуации с позиции «втянутого во взаимоотношения», в которых пациента либо эксплуатируют, либо угрожают, либо отвергают.

2. Явное выражение вербальной агрессии, по интенсивности превышающей уровень вызвавшей ее причины (гнев, раздражение, обидные реплики, «поиск козла отпущения»). При этом характерно быстрое эмоциональное заражение всей группы агрессивными эмоциями и феномен объединения против одного члена группы или против ведущего.

3. Демонстрация масочного ролевого поведения, «ложного фасада» (когда, например, вся группа на рациональном, осознаваемом уровне делегирует полномочия лидера какому-то одному члену группы, отмечая его положительные стороны, а при анонимном тесте он оказывается аутсайдером, при этом в качестве лидера называются либо случайные, либо самые слабые фигуры).

4. Избегание конфронтации, уклонение при столкновении с конфликтной ситуацией в группе («вся группа хранит молчание», «попытки соскальзывания на другие темы», попытки игнорировать разъяснения и интерпретации ведущего, что является следствием неосознаваемой «идентификации с агрессором»).

Проработка групповых феноменов неосознаваемой агрессии или неосознаваемого страха перед ее выражением, состоящая в прояснении чувств,

интерпретации ведущего способа психологической защиты и разъяснении сложившегося доминирующего стиля взаимоотношений с окружающими в целом способствует переходу на следующую стадию.

Четвертая стадия. Эта стадия достаточной зрелости группы и большей групповой сплоченности, характеризуется заметной независимостью от ведущего группу, рабочей атмосферой, конструктивной работой над своими проблемами каждого участника. Важно отметить, что в процессе взаимодействия в группе и его анализа со стороны психотерапевта (разъяснение, интерпретация) постоянно извлекается и актуализируется материал, полученный в рамках предыдущих занятий.

Свидетельством перехода группы на стадию групповой сплоченности является готовность группы в целом решать и обсуждать сложные вопросы интерперсональных отношений без избегания, тревоги, с максимально возможной открытостью и конструктивностью. Самым важным достижением этой стадии является возросшая способность аффективной регуляции, что проявляется в способности членов группы в конфликтной ситуации отстаивать свою позицию или выражать критику альтернативной позиции в приемлемой социальной форме. Участники обретают способность обсуждать возникающие проблемы с большей деликатностью, эмпатией, большим пониманием мира другого человека, его чувств.

Психотерапевт должен следить за тем, чтобы каждый участник группы поочередно оказывался в фокусе внимания группы со своими специфическими затруднениями. Иногда требуется мягкое стимулирование наиболее замкнутых и тревожных пациентов. При этом групповая дискуссия не носит характер биографического исследования. В фокусе всегда должна находиться определенная конфликтная динамическая тема, которая проходит в виде «красной линии» через все составные части лечебной программы, но решается постепенно, последовательно и теми средствами, которыми располагает конкретная психотерапевтическая модальность (когнитивная, поведенческая или психодинамическая).

В целом, групповая динамика представляется в виде последовательного формирования определенных общегрупповых феноменов психологической защиты, с влиянием которых на поведение участников и групповую атмосферу традиционно связывается прохождение группой определенных стадий и их преодоления. На разных этапах работы группы последовательно вскрываются и прорабатываются вопросы:

- а) доверия, затем контроля (лидерства, власти) - подчинения;
- б) зависимости - автономии; рассогласования негативного образа «Я» и завышенных ожиданий успешности, адресованных нереалистически завышенному идеальному «Я»;
- в) подавленных негативных эмоций в виде деструктивной агрессии, зависти, ревности и других; прорабатываются дезадаптивные механизмы

психологической защиты в виде неосознаваемого отрицания болезни, в виде расщепления в восприятии окружающих и т.д.

В классической модели групповой психодинамической психотерапии в качестве основного механизма воздействия на феномены дезадаптивной психологической защиты выступают конфронтация, интерпретация, проработка. В рамках данной модификации перечень этих механизмов оказывается более широким, а вмешательство в виде интерпретации играет второстепенную роль. Редукция индивидуальных и групповых защитных феноменов происходит благодаря многим механизмам: удовлетворению потребностей пациентов в безопасности, внимании, принятии; идентификации с психотерапевтом и другими участниками группы; переживанию нового положительного эмоционального опыта отношений в группе (включающего эффекты универсализации переживаний, групповой сплоченности и др.) разъяснению и интерпретации. Каждый участник в группе проходит путь осознания и преодоления (в той или иной степени) своих индивидуальных способов дезадаптивной психологической защиты.

В отечественной психиатрии первой работой, посвященной исследованию динамической психотерапии при шизофрении, является монография В. Д. Вида (1991, 1993, 2008). Автор разработал оригинальный подход, названный им **«Раскрывающая реконструктивная психотерапия больных малопрогредиентной шизофренией»**. Разработанная им общая стратегия психотерапии шизофрении предполагает четкую последовательность работы психотерапевта:

- 1) выявление основных зон дезадаптации пациента;
- 2) коррекцию дезадаптивных паттернов поведения.

В дальнейшем осуществляется проведение коррекции дезадаптивных форм психологической защиты, также с четким соблюдением определенной последовательности:

- выявление мишеней (в качестве мишеней психотерапии автор рассматривает искажения восприятия важнейших мотивационных структур, основные дезадаптивные психологические установки, феномены нарушения внутренней картины болезни);
- выстраивание иерархии мишеней;
- их идентификация и выбор наиболее целесообразных вмешательств.

Основные типы интервенций психотерапевта в раскрывающей реконструктивной психотерапии —

- эмоциональная поддержка,
- стимуляция,
- совет,
- разъяснение,
- уточнение,
- конфронтация,

- объективация,
- интерпретация.

Наиболее полно были разработаны методы объективизации (приемы трансперсональной проекции, приемы моделирования, приемы сопоставления с социокультуральными нормами), способствующие «выявлению ведущих неосознаваемых компонентов переживаний и поведения, их конкретизации, вербализации и демонстрации больному их несоответствия объективной действительности» (Вид В.Д., 1993). Данный метод рекомендован для использования в индивидуальном и групповом вариантах.

Глава 4

ИНТЕГРАТИВНЫЕ МОДЕЛИ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Основой интегративной методологии является принцип целостности, который рассматривает психику индивида как чрезвычайно сложную, многоуровневую, саморегулирующуюся систему. Системное рассмотрение личности в рамках интегративного психотерапевтического подхода к пациентам с расстройствами ШС является оправданным не только с точки зрения необходимости целостного воздействия на их личность и поведение, но и с точки зрения наличия сложной иерархии основных психотерапевтических симптомов-мишеней.

Интегративные психотерапевтические подходы, разрабатываемые в течение последних двух десятилетий, общеизвестны; они объединены стремлением к достижению большей эффективности лечения и строятся на принципах либо теоретической интеграции, либо технического эклектизма, либо на принципе общих неспецифических факторов психотерапии.

Оригинальной разработкой этого направления является *«Метод лечения и психологической диагностики в клинике динамической психиатрии»* – результат совместных разработок Санкт-Петербургского НИПНИ им. В. М. Бехтерева и психиатрической клиники Немецкой академии психоанализа (Мюнхен, ФРГ). Этот метод основан на концепции Г. Аммона о роли нарушений идентичности личности в генезе психических заболеваний (Аммон М., Бурбиль И., Вид В.Д., Гусева О.В., Залуцкая Н.М., Лутова Н.Б., 2004, Вид В.Д., 2008). Опирающийся на теоретические основы психоаналитической теории, метод оказался очень созвучным отечественной концепции мультифакторного генеза психических заболеваний (биопсихосоциальной концепции болезни) и полипрофессиональной модели оказания психиатрической помощи на современном этапе (модели бригадного обслуживания).

Отличительная особенность метода – в использовании комплекса психо- и социотерапевтических подходов: индивидуальной и групповой психотерапии, милье-терапии, арт-терапии, музыка-терапии, театр-терапии и танц-терапии, составляющих слитный, функциональный механизм с формированием единого терапевтического пространства психиатрической клиники, с циркулированием информации о каждом больном на всех уровнях его обслуживания (администрация клиники, лечащий психиатр, групповой психотерапевт, психолог, средний мед. персонал). Метод позволяет одновременно проводить психологическую диагностику и лечение, используя интегративные (когнитивно-поведенческие, когнитивно-аналитические, психоаналитические) и невербальные психотерапевтические приемы – для трансформации нарушенной идентичности (диффузной, деструктивной или дефицитарной) в здоровую, конструктивную идентичность.

При этом в индивидуальной терапии большое значение придается формированию правильных базисных отношений с больным, основанных на доверии пациента к психотерапевту, и способности психотерапевта к оказанию оптимальной эмоциональной поддержки.

Авторы особо привлекают внимание к поведению пациента в психотерапевтической ситуации: «Пациент с деструктивной идентичностью не желает отказываться от присвоенного им себе права позволять себе то, что не позволено другим. Он будет проявлять агрессию, упрекая психотерапевта в том, что тот не желает понять правомерности его притязаний. Пациент с дефицитарной идентичностью будет стараться делегировать психотерапевту решение своих проблем, а стимуляцию к формированию зрелого, автономного поведения будет трактовать как черствость и нежелание помочь. Больной с задержавшимися симбиотическими отношениями с родителями будет настаивать на бесконечности эмоционального подкрепления, отказываясь понять, что в данном случае оно не насыщаемо, и будет обвинять психотерапевта в отсутствии заботы и внимания с его стороны» (Аммон М., Бурбиль И., Вид В.Д., Гусева О.В., Залуцкая Н.М., Лутова Н.Б., 2004, Вид В.Д., 2008).

Проявления агрессии в каждом случае должны быть вскрыты и проработаны, т.к. только преодоление агрессии делает для больного возможным различие конструктивной и нарушенной идентичности. Задача психотерапевта - обучить больного использовать реакцию окружающих для идентификации здоровой и нарушенной идентичности. Для этого используется прием сопоставления реальных ситуаций поведения больного из прошлого и текущего опыта с оценкой этого поведения участниками группы. Проблемные ситуации чередуются со сходными ситуациями, в которых сам больной или другие лица вели себя конструктивно – также в сопоставлении с уже иной реакцией окружения. В результате больной начинает распознавать нарушенные компоненты своей идентичности.

На определенном этапе работа включает существенный компонент поведенческого тренинга. Больной начинает понимать, что принятие или отвержение со стороны окружающих предопределяется следованием социальным нормам или пренебрежением ими. Психотерапевт стимулирует больного к использованию конструктивных вариантов поведения в реальных ситуациях, взамен прежних, деструктивных. Позитивная реакция окружающих играет роль положительного подкрепления, содействуя распространению и упрочению продуктивного поведения за пределами терапевтической ситуации.

Описываемая авторами тактика эффективна лишь в том случае, если потенциал агрессии достаточно снижен в ходе ее проработки, а рисунок конструктивного поведения для больного четко понятен и выполнен. Элементы конструктивного поведения в ситуации «здесь и теперь» должны получать адекватное эмоциональное подкрепление. Широко используются приемы

когнитивно-поведенческой терапии: типовые, повторяющиеся проблемные ситуации реального поведения больного сопоставляются друг с другом, выявляются свойственные больному стереотипы дезадаптивного когнитивного функционирования и неадекватных стратегий поведения. Проводится совместный подбор выполнимых для больного вариантов конструктивного поведения для замены ими дезадаптивных с немедленным использованием в реальных ситуациях социального взаимодействия. В случаях дефицитарной идентичности особое внимание уделяется расширению репертуара поведенческих навыков. При этом психотерапевт продолжает жестко оппонировать деструктивным компонентам идентичности больного, не теряя с ним базисных отношений.

Психотерапевт использует прием сопоставления современных проблемных ситуаций с таковыми из его раннего детства, помогая увидеть их сходство и социальные механизмы формирования. Психотерапевт привлекает внимание к дезадаптивным стереотипам семейного взаимодействия, показывая их значение для дальнейшей жизни больного и никогда не теряя связь с текущим моментом. Для некоторых больных достаточно проведение психотерапии на уровне сознания, с использованием когнитивно-поведенческих приемов. Однако неосознаваемые механизмы психологической защиты могут блокировать коррекцию когнитивного функционирования больного, а их проработка значительно расширяет возможности терапии идентичности. Подробное освещение методов коррекции неосознаваемых механизмов психологической защиты приведено В.Д. Видом (2008).

В существующей психиатрической практике при проведении комплексного лечения больных ШС наиболее разработанными из числа психотерапевтических являются когнитивно-поведенческий и психодинамический подходы, применяемые изолированно друг от друга, с преимущественным акцентированием в практическом использовании лишь первого варианта. В основе каждого подхода лежит своя теоретическая модель развития патологии и четко разработанная система вмешательств, однако каждый из них имеет значительные ограничения. Изолированное использование когнитивно-поведенческой психотерапии обусловлено недостаточной психотерапевтической мотивацией и комплаентностью пациентов данной группы, с чем нередко связано раннее прерывание этими больными терапии при психологически более сложных формах ее проведения. Ограничения изолированного использования психодинамической психотерапии связаны со сниженной возможностью переносить тревогу, недостаточной способностью говорить на языке чувств, недоверием пациентов, их закрытостью и пассивностью, необычайной хрупкостью их психики. При изолированном применении этих психотерапевтических методов наблюдаются также ограничения в переносе полученных навыков за пределы психотерапевтической ситуации.

Отмеченные сложность и многоуровневость психических нарушений у больных ШС, требуют не только значительной модификации применяемых классических методов, но и их практической интеграции.

Нами разработана оригинальная **«Интегративная (мультимодальная) краткосрочная модель психотерапии при эндогенных психических расстройствах»** (Гусева О.В., 2011; Гусева О.В., Коцюбинский А.П., 2013), построенная на смысловом соединении психообразовательных, когнитивно-поведенческих и психодинамических методов, осуществляемая бригадой специалистов (врач психиатр, клинический психолог и психотерапевт).

Согласно нашей точке зрения и опыту работы с эндогенными пациентами, первичные (или когнитивные) нарушения оптимально могут быть разрешены в рамках когнитивно-поведенческой подхода при использовании приемов когнитивного научения, коррекции нарушенных коммуникативных структур. Для проведения же эффективной коррекции вторичных нарушений требуется более широкое применение психодинамических методов: исследование внутреннего мира пациента — его чувств, страхов, мотивов поведения, его интрапсихических конфликтов и дезадаптивных психологических установок. Кроме того, при эндогенных психозах особое значение имеет феномен осознания болезни и отношения больного к факту психического заболевания, что также сопровождается формированием многочисленных защитных психологических реакций, поэтому первой необходимой составляющей интегративной модели является психообразование. В рамках каждого из названных подходов необходимо выстраивание системы поэтапного решения задач, направленных на коррекцию и формирование адекватной внутренней картины болезни.

В качестве основных задач в рамках разработанной модели выступают следующие:

- 1) коррекция искажений и неадекватных представлений по поводу психических заболеваний и способов лечения;
- 2) ревизия жизненных планов и обучение новому стилю жизни;
- 3) усиление базовых когнитивных возможностей пациента;
- 4) коррекция нарушенных коммуникативных структур;
- 5) идентификация и, в некоторой степени, разрешение актуального интрапсихического конфликта больного, и, как следствие, гармонизация и укрепление структуры «Я» пациента (работа с актуальной психодинамической проблематикой должна быть длительной с возможным продолжением в формате индивидуальной терапии).

Обоснование необходимости сочетания и последовательной смены психообразования, когнитивно-поведенческих и психодинамических методов в структуре единого психотерапевтического занятия построено на следующих представлениях:

1. **Психообразование** лиц, страдающих психическими заболеваниями, является необходимой базой, после освоения которой можно начинать работу по изменению определенных параметров личности и межличностного взаимодействия. Больной, не имеющий достаточной критики к болезни в целом и к отдельным аспектам ее проявления, не может понимать более тонкие нюансы человеческого взаимодействия и продуктивно анализировать дефекты своего поведения. Кроме того, у больных эндогенными психозами, с характерными когнитивными изменениями восприятия информации, представление о болезни подвергается еще большим искажениям (с учетом личностной значимости ситуации), что делает уровень психиатрического просвещения и дидактики недостаточным. Для достижения положительной динамики в этой области необходимо проведение коррекции дезадаптивных форм психологической защиты по отношению к болезни, что предполагает переход на следующий, более глубокий уровень работы — психодинамический.

2. В рамках **когнитивно-поведенческого подхода** в качестве наиболее важных задач рассматривается коррекция нарушенных коммуникативных структур. Исходной точкой при этом является представление, что объективно сложившаяся структура коммуникации определяет поведение человека, его взаимодействие с окружающими и способы решения актуальных задач. Коммуникации больных эндогенными психозами нарушены в двух основных и взаимосвязанных сферах: первая — восприятие, переработка и обмен информацией; вторая — межличностное взаимодействие. В связи с этим актуальной представляется коррекция навыков, необходимых для всех этапов обмена информацией: от зарождения мысли до кодирования и выбора канала передачи (слова, либо жесты, мимика и т. д.) и декодирования, т. е. проверки правильности понимания сообщения другим человеком. Для решения этих задач оптимально использование специально разработанных или отобранных игровых приемов в ситуации интенсивного группового общения и межличностного группового научения.

С нашей точки зрения, с целью улучшения коммуникативных структур у больных шизофренией необходимо осуществлять коррекцию и обучение навыкам слушания, восприятия, выражения чувств и желаний, навыков прояснения ситуации и отстаивания своих прав, а также готовности к продолжению взаимодействия. Однако без осознания глубинных внутренних причин нарушенных межличностных отношений и дефектов поведения невозможно добиться стойкого преобразования межличностного взаимодействия. Только детальный анализ ранних событий жизни, хронических фрустраций и травматических переживаний, оказывающих влияние на актуальное поведение, может способствовать определенной структурной перестройке личности и коррекции поведения. Для этого необходим переход на более глубокий уровень проработки нарушений, включая недостаточно осознаваемые мотивы поведения и подавляемые переживания.

3. Психодинамический подход позволяет соприкоснуться с глубинными, интимными переживаниями индивида, выявить зависимость неудач взрослой жизни от переживаний детства. Это позволяет больному осознать наличие определенной связи между длительными психотравмирующими взаимоотношениями в значимом окружении больного, с одной стороны, и формированием определенных способов психологической защиты, лежащих в основе тех или иных искажений его личности и дезадаптивных паттернов поведения — с другой. Вся психическая патология разворачивается на арене внутреннего мира пациента и, как представляется, трудно добиться стойкого прогресса в лечении, игнорируя этот субъективный мир больного, с его противоречивыми чувствами и желаниями, ощущением изоляции, неудовлетворенными потребностями, страхом, недоверием и нарушенными межличностными связями. Постепенное преодоление этого негативного опыта взаимодействия не только с ближайшим окружением, но и с миром в целом, возможно лишь через коррективный эмоциональный опыт, через выстраивание новых безопасных и удовлетворяющих объектных отношений в психотерапевтической ситуации (психотерапевтические отношения), проработку интрапсихических конфликтов и дезадаптивных психологических установок.

В связи с вышесказанным, разработанная интегративная модель психотерапии эндогенных психических расстройств с оказанием лечебной помощи полипрофессиональной бригадой включает три подпрограммы:

- 1) психообразовательную;
- 2) когнитивно-поведенческую;
- 3) психодинамическую.

Задачи первой подпрограммы — освоение пациентами необходимой информации о болезни, формирование адекватной внутренней картины болезни и навыков опознания первых признаков рецидива, понимание взаимосвязи симптома и социального стрессора, обучение навыкам совладания с отдельными симптомами, формирование комплаенса, чувства контроля и ответственности; а также понимание необходимости ревизии жизненных планов и обучение новому стилю жизни.

Задачи второй подпрограммы — освоение пациентами навыков конструктивного межличностного взаимодействия, обучение алгоритму успешной коммуникации на поведенческом уровне (преодоление тревоги и страха, освоение и закрепление социальных навыков), обучение навыкам различения информации, улучшение перцепции, повышение социальной компетенции.

Задачи третьей подпрограммы — коррекция механизмов психологической защиты по отношению к психическому заболеванию, опознание сложившихся неадаптивных стереотипов поведения, улучшение способности тестирования реальности, коррекция образа «Я» (детоксикация

чувства вины, повышение самооценки, уменьшение рассогласования «Я» реального и «Я» идеального). В итоге — осознание истоков своих актуальных проблем (влияния ранних нарушенных отношений и подавленных чувств, неосознаваемых мотивов на затруднения в реальной жизни).

В каждой из этих подпрограмм четко структурированы четыре этапа:

- 1) диагностика;
- 2) предъявление пациенту нарушений в проблемной зоне;
- 3) формулирование психотерапевтической концепции пациенту;
- 4) осуществление психотерапевтических вмешательств.

Таким образом, основой разработанной модели является логически взаимосвязанная и объединенная в рационально согласованную общую систему интеграция радикально модифицированных приемов, относящихся к различным теоретическим направлениям групповой психотерапии.

Предлагаемая интегративная модель отличается от существующих стандартных моделей построением индивидуальной лечебной стратегии (для каждого отдельного больного) внутри группового формата психотерапии, с диагностикой нарушений в проблемной зоне и последовательной, поэтапной их проработкой приемами различных модальностей от простого к более сложному — психообразовательными, когнитивно-поведенческими и психодинамически ориентированными методами, сменяющимися друг друга в процессе каждого занятия.

Особое значение имеют специально разработанные или отобранные из числа уже известных различные игровые приемы, адресованные двум различным уровням психотерапевтических мишеней.

Один из наиболее важных аспектов разработанной модели — использование **бригадного метода обслуживания**. Каждый специалист полипрофессиональной бригады (1 или 2 психиатра, клинический психолог и психотерапевт) реализует профессиональные знания, выполняя свою качественно специфическую работу. При этом каждый участник бригады включен в единый функциональный механизм с формированием единого терапевтического пространства, в котором при условии использования приемов различных психотерапевтических модальностей проводится поэтапная проработка нарушений в проблемной зоне пациента.

В качестве наиболее важных отличительных особенностей разработанной стратегии психотерапии представляется подход, ориентированный на модель болезни с двухуровневой (невротической и психотической) системой мишеней, что требует проведения психотерапевтических интервенций различной глубины и направленности (на осознаваемые и недостаточно осознаваемые аспекты переживаний). Соблюдение этих условий, на наш взгляд, в наибольшей степени обеспечивает баланс между «активацией ресурсов» и «прояснением проблем» - именно с этими компонентами модели действенных факторов Grawe К. (1998) связывает эффективность психотерапии.

Принципиально новым, по сравнению с существующими интегративными моделями терапии эндогенных психических заболеваний, является интеграция в единую лечебную стратегию значительно модифицированной процедуры психодинамической психотерапии, с широким использованием невербальных и вербальных игровых приемов, заменяющих так называемые «свободные ассоциации».

Таким образом, все используемые в нашей программе ролевые игры можно разделить на два типа: коммуникативные и проективные. Все ролевые игры проводятся в виде чередования игры и получения обратной связи; в первом случае - от других участников группы, во втором - с разъяснением и интерпретацией ведущего, с последующим обсуждением всей группой. В качестве коммуникативных упражнений использовались как известные в литературе тесты и ролевые игры — («Необитаемый остров», "Мой портрет глазами группы", "Молчащее и говорящее зеркало", разыгрывание группой сказки «Аленький цветочек» — так и самостоятельно разработанные, в соответствии с конкретной клинической ситуацией - игры «Двое в чужой стране», «Роботы и строгая приемная комиссия», «Цветные ленточки» (Гусева О.В., Коцюбинский А.П., 2013). Следует особо подчеркнуть, что даже известные игровые приемы, применяемые у больных с пограничной патологией, были существенно модифицированы с учетом актуальных возможностей пациентов ШС на этапе стационарного лечения, их личностных особенностей.

Кроме того, нами были использованы структурированные игровые тесты Hirsch R., Pfingsten U. (2007), ориентированные на коррекцию коммуникативных структур больных; при этом с каждым пациентом прорабатывались его индивидуальные затруднения с использованием трех групп стандартных упражнений (повышение уверенности и навыки отстаивания своих прав, навыки выражения своих чувств, навыки установления контактов).

Реализация предлагаемой четырехэтапной интегративной модели психотерапии эндогенных психозов состоит из двух фаз: подготовительной и основной.

Подготовительная фаза реализуется в первую неделю работы с больным, она отводится для формирования группы и включает предварительное интервью с каждым кандидатом в группу, а затем — групповое собрание длительностью 2 часа.

Основная фаза в разработанной модели занимает 40 психотерапевтических часов, что составляет 20 ежедневных занятий длительностью по 2 часа, в течение четырех недель. В целом групповой цикл составляет 43 психотерапевтических часа (обязательных) и, при необходимости, от 1 до 2—3 психотерапевтических часов (дополнительных) для каждого пациента. В каждом групповом занятии ежедневно происходит последовательная смена

подпрограмм: психообразовательной (длительность 30 минут), затем — когнитивно-поведенческой (длительность 30 минут) и затем психодинамической (длительность 50 минут). Каждую из этих подпрограмм, составляющих части целостного занятия, ведет один из членов психотерапевтической бригады.

В целях психологической диагностики нарушений социальной компетенции отдельного больного нами была разработана **индивидуальная карта участника** программы. В данной карте в закодированной форме фиксируются наиболее значимые нарушения функционирования пациента, специально разработанные упражнения, а также домашние задания для каждого больного.

Разработанную модель психотерапии можно рекомендовать к применению в стационарных и амбулаторных условиях, так как она может быть гибко трансформирована с учетом условий проведения и преобладающего состава больных в группе. Предлагаемый вариант краткосрочной интегративной групповой психотерапии рекомендован для больных ШС с относительно благоприятным течением (приступообразные формы и вялотекущие формы эндогенных психозов), с достаточной сохранностью личности, мотивацией к изменению сложившейся ситуации и наличием реабилитационного потенциала.

При этом мы особо акцентируем положение, что интенсивная интегративная психотерапия с включением психодинамического модуля рассчитана на довольно узкую группу пациентов эндогенными психозами. Это группа пациентов молодого возраста, с небольшим сроком заболевания и благоприятными характеристиками течения болезни, достаточно высоким уровнем образования и личностной сохранностью. Может возникнуть вопрос о целесообразности и правомерности разработки специальных программ для довольно узких групп больных. Мы полагаем, что это оправданно и необходимо, так как описанная группа пациентов является наиболее перспективной в плане восстановления личного и социального статуса после болезни и реинтеграции в здоровое сообщество.

Реализация методики интегративной модели психотерапии больных с заболеваниями шизофренического спектра требует рассмотрения следующих вопросов;

1. Организация психообразовательной составляющей
2. Организация когнитивно-поведенческой составляющей
3. Реализация психодинамической составляющей

1. Организация психообразовательной составляющей

Содержание данной части интегративной программы составляет психообразование в форме предоставления по определенной последовательной схеме информации о болезни и лечении, а также обучение новому стилю жизни в условиях длительного течения психического заболевания и рассмотрение вопросов адаптации к болезни. Отличительная особенность психообразовательной составляющей в данной модели — формирование

нового содержательного аспекта психообразовательного подхода, направленного на коррекцию дезадаптивных механизмов психологической защиты. В полном объеме это можно сделать, только сочетая обучающие, образовательные методы с психодинамическими, так как проработка неосознаваемых форм психологической защиты по отношению к болезни требует включения определенных приемов, разработанных в рамках психодинамического подхода.

Таким образом, интеграция психообразовательного и психодинамического подходов является необходимой и обоснованной. Данный аспект работы, направленный на выявление, осознание и проработку механизмов психологической защиты по отношению к болезни, начинается в психообразовательной части разработанной модели и последовательно продолжается в психодинамической ее части.

Занятия по программе психообразовательной составляющей интегративной модели психотерапии проводятся ежедневно по 30 минут на протяжении всего четырехнедельного цикла.

Методика проведения занятий подробно изложена в руководстве (Гусева О.В., Коцюбинский А.П., 2013), в данном издании мы ее опускаем в целях экономии времени читателя.

В разработанной нами программе, в отличие от ранее опубликованных программ по психообразованию (Семенова Н. Д., Сальникова Л. И. 1998; Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., 2002; Гурович И. Я., Семенова Н. Д., 2007; Ландышев М. А., Четверикова С. Н., 2009), большое внимание уделяется вопросам **адаптации к болезни и обучению новому стилю жизни** в условиях длительного заболевания (Гусева О. В., 2009).

Адаптация к болезни предполагает рассмотрение следующих вопросов:

а) Обсуждение феномена скрытого отрицания болезни. Данный феномен проявляется в том, что пациент лишь формально признает наличие болезни и принимает лекарства, однако все его жизненные установки и планы исключают этот реально существующий факт или крайне его обесценивают. Варианты скрытого отрицания заболевания проявляются в излишне биологической модели психического страдания, иррациональной установке на отсутствие возможности его рецидива, экстернализации причин дезадаптации и т.п. Ведущий психообразовательной программы должен стимулировать групповую дискуссию на тему «Моя жизнь, значимые цели, ближайшие планы и моя болезнь». В дальнейшем с каждым участником прорабатывается его конкретный способ скрытого отрицания болезни, с привлечением мнений и оценок всех участников, с использованием методов группового давления, тестирования реальности в групповой ситуации. Проработка неосознаваемого отрицания болезни продолжается в психодинамической части занятия.

б) Обсуждение феномена «расщепленного восприятия болезни». Данный феномен проявляется в том, что Образ «Я» и «Образ болезни» существуют в

сознании пациента отделенными друг от друга; адекватное, объективное представление о болезни не интегрируется в «Я»-концепцию пациента. Обсуждение этой темы начинается в рамках психообразовательной программы в форме групповой дискуссии, затем продолжается в психодинамической составляющей интегративной психотерапевтической программы в виде проработки механизма психологической защиты в виде расщепления.

в) «Принятие болезни». В процессе обсуждения и проработки данной темы, пациенты постепенно должны смириться с фактом болезни, принять это как новую реалию жизни, научиться в этой ситуации планировать будущее, видеть перспективы. Ведущий организует групповую дискуссию на тему «Планирование жизни в ситуации болезни». Очень важно формирование надежды, выстраивание позитивной программы на будущее, подчеркивание роли самого пациента в борьбе с болезнью.

г) Обучение навыкам совладания с некоторыми симптомами заболевания. Каждый пациент в рамках этой задачи делится с окружающими своими наработанными приемами совладания с теми или иными симптомами. Например, как он преодолевает тревогу, как удается отвлекаться от «голосов», какие меры позволяют ощутить утешение при депрессии или способствуют переключению энергии при маниакальном возбуждении.

д) Ревизия определенных жизненных целей и ожиданий собственной успешности. Решение этих задач предполагает более подробный анализ соответствия прежних, доболезненных установок и своих возможностей на данном этапе (утомляемость, снижение выносливости по отношению к стрессам, особенности характера, острота восприятия и переключаемость на фоне

Обучение новому стилю жизни в условиях заболевания предполагает решение следующих вопросов:

а) Поиск новых точек опоры. Решению этой проблемы в значительной степени способствует знакомство с ролью помогающих амбулаторных служб, деятельностью неформальных объединений родственников пациентов и самих пациентов, с основными положениями закона об оказании психиатрической помощи населению, формирование новой среды общения с акцентом на поддержании взаимоотношений с наиболее близкими по духу пациентами отделения. Существенным является также оказание поддержки в создании неформальных групп пациентов для взаимопомощи, проведения досуга на послевыписном этапе.

б) Обучение нахождению оптимального соотношения самочувствия и нагрузки. В рамках данной задачи пациент должен научиться различать нагрузку, дающую удовлетворение, радость, и мотивирующую на новые достижения, от нагрузки, результатом которой может быть истощение, упадок сил, апатия или обострение симптомов заболевания.

в) Обучение стратегии «малых достижений и побед». Пациенты обучаются выработке последовательных задач, определению этапов в продвижении к главной цели, с возможностью объективной оценки своего достижения, умению самопохвалы, пролонгирования позитивных чувств радости, гордости за себя в связи с достижением малой победы.

В целях правильного понимания пациентами планируемой работы ведущие должны 2—3 раза предъявить описание аналогичных ситуаций, четко обозначить главную и промежуточные цели, план действий по их реализации. Затем каждый пациент, описывая конкретную ситуацию из своей жизни, с помощью ведущего и членов группы выстраивает конечную и промежуточные цели, выбирает наиболее решаемую в данный момент промежуточную цель и намечает те реальные шаги, которые необходимы для ее достижения. В одних случаях больному необходимо для этого научиться более ясно и точно выражать свои чувства, в других — научиться преодолевать свою тревогу и неуверенность, в-третьих — более реалистично воспринимать социальный контекст ситуации, без субъективных искажений.

Последовательная проработка указанных вопросов (адаптация к болезни и обучение новому стилю жизни) занимает в нашей программе 7—8 занятий в психообразовательной части программы и продолжается затем в психодинамической ее части (проработка механизмов психологической защиты по отношению к болезни в виде расщепления, неосознаваемого отрицания болезни).

В конце каждого занятия ведущие проводят короткий опрос по ключевым вопросам рассмотренной темы. При завершении всего цикла занятий участники группы заполняют опросник, отражающий динамику информированности пациента о психическом заболевании, уровень комплаентности. Как показывает наш опыт, все пациенты отмечают в процессе занятий психообразованием уменьшение тревоги в связи с фактом заболевания, возможность более четко и реалистично планировать свое будущее, понимание своей роли в борьбе с болезнью.

Итогом работы в рамках психообразовательной программы является формирование адекватной внутренней картины болезни, понимание значения своей роли в совладании с болезнью. Особое внимание ведущие должны уделять формированию навыков опознания первых признаков рецидива заболевания, формированию комплаенса. Как правило, в рамках психообразования должна быть выявлена взаимосвязь социального стрессора и возникновения рецидива. В дальнейшем в рамках психодинамической программы проводится детальное исследование этой взаимосвязи с диагностикой индивидуального стрессора у каждого пациента, анализом причин и формированием наиболее конструктивных способов совладающего поведения.

2. Организация когнитивно-поведенческой составляющей

Когнитивно-поведенческая составляющая занимает в ежедневном занятии 30 минут. Проводится лицом, имеющим сертификат психотерапевта, или клиническим психологом, имеющим опыт проведения тренинговых программ. Центральное место отводится ролевым играм, так как они особенно пригодны для имитации межличностного взаимодействия. В первой части (коммуникативное активирование) игровые приемы имеют исключительно коммуникативную направленность. Они являются наиболее эффективным способом преодоления страха и напряжения, способствуют как уменьшению проявлений дезадаптивной психологической защиты, так и формированию атмосферы доверия, взаимной симпатии и доброжелательной заинтересованности. Кроме того, в рамках игры процесс обучения протекает более интенсивно, и новые поведенческие навыки осваиваются без особых затруднений.

Во второй части (тренинг социальной компетентности) используется набор стандартных упражнений. Отбор и проигрывание ситуаций проводится, исходя из конкретной проблематики каждого отдельного участника, в связи с чем для каждого больного разрабатываются домашние задания. Группа контролирует выполнение домашних заданий каждым отдельным участником.

Отличительной чертой таких заданий является перенос взаимодействия участников группы за пределы группового поля, с выполнением домашних заданий в «двойках» и «четверках», что способствует более быстрому формированию групповой сплоченности и взаимного доверия. Это очень важный элемент разработанной программы, значение которого состоит в том, что в рамках когнитивно-поведенческих занятий формируются условия (доверие, раскрепощенность, ощущение принятия в безопасной ситуации, групповая сплоченность), которые позволяют в дальнейшем более эффективно, за короткий срок перейти к групповому взаимодействию уже с психодинамических позиций.

Структура данной составляющей включает два основных элемента: **коммуникативное активирование и тренинг социальной компетенции.**

Коммуникативное активирование включается в программу на самых первых этапах работы когнитивно-поведенческой составляющей интегративной программы, занимает 7—8 ежедневных занятий длительностью по 30 минут. В дальнейшем его сменяет тренинг социальной компетенции, также проводимый по 30 минут ежедневно.

Цели коммуникативного активирования:

- 1) формирование атмосферы доверия и защищенности, взаимного интереса;
- 2) диагностика нарушений коммуникативных навыков;
- 3) формирование коммуникативных навыков.

В качестве мишеней психотерапии выступают следующие нарушения (Hahlweg K., Durr H., Dose M. [et al.], 1995; Margraf J., 2003):

- ролевая неуверенность,
- пассивность,
- малая степень доверия,
- отсутствие навыков прояснения ситуаций взаимодействия,
- стереотип избегающего поведения при отсутствии навыков выражения негативных эмоций
- в целом низкая активность во взаимодействии.

Выявлению конкретных мишеней у отдельного участника способствует фиксация ведущим деструктивных высказываний или элементов поведения в ходе занятия, а также опора на информацию о многочисленных ситуациях повседневного общения участников группы в отделении.

В начале каждого занятия по 7÷10 минут проводятся общие игровые тесты, которые имеют целью создание атмосферы доверия и безопасности (например, игровой тест, проводимый в парах: «Комплимент», «Я уверен, что ты...», «Все боятся, а я не боюсь», «Три слова», игровой тест с запретом на называние определенных чисел натурального ряда и заменой их каким-либо действием). В качестве «разминки» эффективны общегрупповые упражнения, направленные на тренировку внимания и памяти, координации когнитивных, эмоциональных и двигательных реакций.

Особо следует подчеркнуть, что больные данной нозологической группы в большей степени готовы к работе в парах или малых группах (тройки, четверки) и не могут сразу включиться в общегрупповой формат. В ходе занятий происходит постепенное усложнение заданий: от ролевых тестов в паре (тренировка «совместного действия», тренировка «эмпатического взаимодействия» и т. д.) — до общегрупповых, например, разыгрывание группой определенной ситуации с неоднозначными чувствами.

Тренинг социальной компетентности. Современное понимание социальной компетентности объединяет способность осуществлять свои личные потребности и реализовывать личные цели во взаимодействии с окружающими, одновременно сохраняя с ними хорошие устойчивые отношения (Рубин К. Х., Роуз–Крэспор Л., 2001; Pfingsten U., 2003; Hirsch R., Pflingsten U., 2007). В психиатрии под социальной компетенцией понимается имеющаяся у индивидуума потенциальная способность к эффективному взаимодействию с социальной средой (Schröder H., Vorweg M., 1978), как способность и готовность, на основании совокупности знаний, умений и способов деятельности, к разрешению теоретических и практических задач, реализации личностью жизненных планов, соотносимых с потребностями общества. Социальная компетентность — это не постоянное свойство личности, это несколько различных способностей; наиболее важные из них: умение отстаивать свои права, выражать чувства и желания, устанавливать и развивать контакты (Уоллен Д., 2001). У больных ШС нарушены, как правило, все важнейшие навыки. Особенно выраженные затруднения отмечаются в

способности выражения чувств (Розенберг М., 2001; Дак С., 2001). Однако некомпетентное поведение в каждой из основных областей может быть обусловлено различными факторами: эмоциональными, когнитивными, поведенческими или их сочетанием (Ибриегит М. О., 1997; Рубин К. Х., Роуз-Крэспор Л., 2001; Hinsch R., Pfingsten U., 2007). В некоторых социальных ситуациях негативное влияние на поведение оказывают тревога и страх; длительное преобладание этих чувств, аффектов приводит к формированию ограничительных или избегающих поведенческих стратегий. В других социальных ситуациях поведение избегания связано с отсутствием необходимых социальных навыков, что особенно характерно для больных эндогенными психозами, очень часто не имеющих самых необходимых навыков общения. Например, неразрешимой проблемой становится вопрос о назначении свидания с девушкой или просьба к преподавателю о разъяснении того или иного непонятого вопроса в рамках учебного процесса, или получение разъяснения по поводу работы какой-либо муниципальной службы. В третьем случае некомпетентное социальное поведение является результатом нарушения когнитивных процессов: проявлением когнитивного дефицита (Магомедова М. В., 2000) или когнитивных искажений (изъяны восприятия и интерпретации социальных ситуаций).

Важной задачей этой части программы является установление индивидуального профиля нарушений социальных способностей для каждого участника группы, и, в дальнейшем, разработка тренинговых упражнений и игровых тестов для развития конкретных типов социальной компетенции. Для отработки индивидуальных специфических затруднений в социальном взаимодействии каждый пациент получает свое домашнее задание.

Используя теоретические представления U. Pfingsten (2003) и практические разработки R. Hinsch, U. Pfingsten (2007) и B. Schmitz-Niehues, Y. Erim (2000), мы адаптировали *тренинг социальной компетенции для больных эндогенными психозами*. Для целей такого тренинга специально разработана карта участника программы, с фиксацией ведущих типов нарушений социальной компетентности. В карте отражается ежедневная работа пациента в данной программе и обратная связь от ведущего в виде оценки успешности выполнения групповых заданий в процессе тренинга и индивидуальных — в условиях внегруппового пребывания.

Алгоритм проведения тренинга социальной компетентности интегративной представляется следующим:

1. Диагностика (выявление трудных социальных ситуаций, поведение в таких ситуациях, тенденции избегания, последующие проблемы).
2. Определение ведущего типа нарушения социальной компетенции:
 - а) нарушения использования и проведения в жизнь собственных прав и обоснованных интересов, неумение предъявлять окружающим обоснованные

требования, а также неадекватное отклонение необоснованных требований, предъявляемых больному со стороны окружающих;

б) нарушения в области выражения чувств, потребностей и желаний, трудности в отношении к критике, трудности в поисках компромисса;

в) нарушения в области установления и развития контактов (способность привлекать к себе, заинтересовывать незнакомых людей, становиться центром внимания и позволять себе ошибки, желание вызвать симпатию).

3. Выявление ведущих причин нарушения того или иного типа социальной компетенции:

а) аффективные расстройства;

б) дефицит необходимых социальных навыков;

в) нарушения когнитивных процессов или содержания жизненных представлений.

4. Создание объяснительной концепции для конкретного пациента.

5. Проведение терапевтических вмешательств в процессе группового тренинга.

6. Фиксация данных в специально разработанной карте.

7. Самостоятельная работа пациента согласно домашним заданиям, фиксированным в карте.

8. Результаты проведения последовательных шагов согласно данному алгоритму отражаются в конце каждой недели в карте участника интегративной программы.

На начальном этапе тренинга социальной компетенции с каждым пациентом прорабатываются проблемные ситуации с использованием стандартных упражнений (Hinsch R., Pfingsten U., 2007). Содержание стандартных ролевых ситуаций группируется вокруг следующих трех аспектов:

1) «навыки отстаивания своих прав, уверенного поведения»;

2) «умение выразить чувства, поддерживать отношения»;

3) «установление контактов, завоевывание симпатии».

На каждую тему предложено 14-16 стандартных описаний коротких ситуаций взаимодействия, которые заставляют индивидуума испытать определенные затруднения, дискомфорт (Hinsch R., Pfingsten U., 2007). Участнику группы предлагается проиграть наиболее проблемную для него ситуацию из трех обозначенных выше тем в группе, с последующим обсуждением, высказыванием критических замечаний, анализом самого участника по поводу испытываемых затруднений. Визави в игровой ситуации может быть другой участник или ведущий.

Следующий этап тренинга включает проработку затруднительных ситуаций, непосредственно связанных с актуальными отношениями в жизни каждого члена группы (в семье, с друзьями, сослуживцами, в групповой ситуации и т.д.) и описанных им в карте участника программы.

3. Реализация психодинамической составляющей

Психодинамическая часть занимает в ежедневном занятии 50 мин., проводится лицом, имеющим сертификат психотерапевта. Работа ведущего данную часть программы включает три аспекта: создание и поддержание терапевтической среды и соблюдение границ, разъяснение смысла скрытых групповых процессов, происходящих в группе, а также интерпретация ведущих конфликтных тем отдельного пациента. При этом один больной на каждом занятии поочередно оказывается в фокусе внимания.

Внимательный читатель сразу отметит, что сохраняются те же ключевые приемы работы и те же стадии группового процесса, что и в обычной психодинамической группе. Поэтому мы не будем повторять эти общие моменты, которые уже были изложены в главе 3. Акценты в описании психодинамического модуля будут сосредоточены только на модифицирующих приемах.

Модификация психотерапевтического процесса состоит в активном введении в структуру занятий проективных ролевых игр, которые заменяют так называемые «свободные ассоциации», что позволяет получить психодинамически значимый материал на основе игрового вербального и невербального взаимодействия.

Кроме того, все происходящие процессы в данном психодинамическом модуле четко увязываются с процессами в предыдущих частях интегративной программы. В психодинамической части интегративной программы игровые тесты носят проективный характер, позволяя участникам группы соприкоснуться с неосознаваемыми чувствами, желаниями, установками и, благодаря интерпретации психотерапевта, понять внутренние мотивы тех или иных поступков (игры «Смятый лист», «Экранизация моих проблем», «История жизни выбранного мной сувенира», «Альтернатива» и др.).

Проективные групповые игровые приемы позволяют выявить реакции пациентов на поражение, соперничество, ревность или зависть и т. д. В определенных упражнениях ставится задача спровоцировать участников на выражение подавленных негативных чувств, научить опознавать эти эмоции и выражать негативные чувства, не разрушая отношения с другими участниками («Кто лидер группы?»).

Необходимо подчеркнуть, что и проективные игры, и коммуникативные выполняют важную диагностическую роль, ибо в процессе игры наиболее четко выступают те или иные нарушения, дающие дополнительную диагностическую информацию для ведущих занятия психотерапевтов.

Предложенный прием позволяет более активно получать психодинамически значимый материал (вытесненные из сферы сознания аспекты взаимоотношений, подавленные чувства и воспоминания и другие недостаточно осознаваемые переживания).

Кроме того, модифицированная техника отличается от стандартной психодинамической процедуры включением проективных упражнений и тестов, выстраиваемых в определенной последовательности на всем протяжении психотерапевтического цикла; при этом часть игровых приемов направлена на провокацию подавленных негативных эмоций с целью их идентификации и дальнейшей проработки. Важно подчеркнуть, что в качестве основной мишени для одного пациента выделяется один фокус или ключевая конфликтная тема.

Постепенное движение от простого к сложному, логическая взаимосвязь происходящего в различных частях, составляющих интегративную психотерапию, проявляется в том, что, например, усвоенный пациентом алгоритм успешной коммуникации в процессе когнитивно-поведенческой составляющей подвергается более глубокому осмыслению в процессе психодинамической части программы. При этом осознание своих подавляемых чувств, мотивов, нереализованных потребностей способствует более тонко нюансированному восприятию контекста коммуникативной ситуации с возможностью опознания чувств и потребностей другого человека, что создает предпосылки для формирования более гармоничных взаимоотношений с окружающими (возможность выстраивать более доверительные и глубокие, длительные отношения со значимыми другими, освоение позиции компромисса, установление отношений сотрудничества).

В рамках предлагаемой краткосрочной психодинамической психотерапии в структуре интегративной модели решаются следующие задачи:

- 1) разъяснение и проработка дезадаптивных стереотипов поведения пациентов в основной конфликтной зоне;
- 2) формирование многоуровневого инсайта на болезнь, интерпретация определенных механизмов психологической защиты пациентов по отношению к болезни;
- 3) работа над улучшением опознания своих чувств пациентами, формирование более устойчивой аффективной регуляции;
- 4) коррекция недостаточно осознаваемых установок пациентов, раскрытие мотивов поведения;
- 5) формирование более дифференцированного восприятия окружающих и более реалистичного образа «Я», работа по улучшению тестирования пациентами реальности в целом.

В групповой ситуации вмешательства психотерапевта включают широкую палитру воздействия словом: так называемые «руководящие вопросы», конфронтация, предоставление своего «Эго» участникам, прояснение (кларификация) чувств, комментариев и т. д. Кроме того, психотерапевт создает и поддерживает эмоциональную атмосферу в группе, что можно назвать аффективными вмешательствами (одобрение, сочувствие, эмоциональная поддержка). На всех стадиях развития группы периодически вновь

актуализируется необходимость проработки дезадаптивных механизмов психологической защиты в виде отрицания и расщепления в восприятии болезни у того или иного пациента.

В терапевтическую ситуацию привносятся особые, новые элементы: обучение, воспитание, проявление заботы о пациенте, активное выстраивание позиции сотрудничества с родственниками пациента, формирование поддержки среди значимого окружения пациента.

Сказанное последовательно решается на разных стадиях группового развития.

Первая стадия. На первой стадии используются проективные игры: «Двое в чужой стране» — выявляющие темы доверия, страха перед раскрытием, игра «Слушай тишину» — в качестве упражнения, снижающего уровень тревоги. В конце первой стадии или начале второй — проводится проективная игра «Тройка» или аналог этой игры (проигрываемый на осознаваемом уровне) — «Ряд влияния», затрагивающие темы власти; направленные на выявление неосознаваемых или подавленных желаний: стремления к лидерству, претензий на первенство (одна часть пациентов). Одновременно выявляются позиции пассивности, уклонения, установка на снятие ответственности (вторая часть пациентов). Большее значение имеет выявление у многих участников глубокого рассогласования негативного образа «Я» и завышенных ожиданий успешности, адресованных нереалистичски завышенному идеальному «Я». Расхождение между представлением индивидуума о себе, реальным его поведением и представлениями о нем окружающих интерпретируется. В последующем к этому расхождению группа в процессе своей работы возвращается под углом зрения оценки уровня совпадения первоначально заявленной индивидуумом позиции с динамикой его реального поведения в группе, а также с отслеживанием изменения позиции других конкретных участников группы.

Вторая стадия. На второй стадии рекомендуется проективная игра «История жизни выбранного мной сувенира» — выявляющая индивидуальные недостаточно осознаваемые конфликтные образования, либо аналогичные игры «Смятый лист», «Экранизация моих проблем». Эти проективные тесты дают очень большой, значимый материал, по сути идентифицируют «ключевую конфликтную тему» пациента, которая подлежит интерпретации, и используются во всех последующих занятиях.

Третья стадия. На этой стадии рекомендованы специально разработанные нами игры и тесты: «Цветные ленточки», «Кто лидер группы», целью которых является провокация негативных подавленных эмоций, конфронтация с этими чувствами, проработка и освобождение. Кроме этого, перечисленные упражнения позволяют каждому участнику увидеть себя глазами других, понять, какие чувства он вызывает, насколько он популярен в группе, что нравится или отвергается в его поведении. Обсуждение результатов

стимулирует пациента к изменению непродуктивной позиции в группе. Используется также вариант известной проективной игры «Идеальная психотерапевтическая группа», — «Альтернатива».

Четвертая стадия. На этой стадии используются упражнения «Дары учения», «Что еще не успел сказать?» «Роботы и строгая приемная комиссия». Цель этих упражнений - подготовка к завершению работы группы и определенное подведение итогов. Наиболее эффективны в рамках разработанной программы следующие проективные игры: «Тройка», «Экранизация моих проблем», «История жизни выбранного мной сувенира», «Альтернатива», «Цветные ленточки», «Кто лидер в группе», «Волшебный бинокль». Для всего цикла занятий разработана последовательная смена проективных игр, в соответствии с ключевой темой.

Интегративная модель психотерапии (Гусева О.В. Коцюбинский А.П., 2013) была апробирована на протяжении 4,5 лет в психиатрическом стационаре СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева. Было проведено 17 групповых циклов, в которых участвовало более 160 больных эндогенными психическими расстройствами. Дизайн исследования эффективности включал анализ количественных и качественных показателей: с одной стороны, использование методик, позволяющих осуществить адекватное измерение изменений и выражение их в количественных показателях (с последующей статистической обработкой), а с другой, анализ отдельных субъективных описаний пациентов о результатах психотерапии в свободной эвристической форме. Проведен статистический контроль эффективности (с контрольной группой), с использованием 6 методик (SBAK, FKBS, IP, SVF, Гиссенский личностный тест в 2 вариантах, а также специально разработанное нами интервью для оценки информированности о болезни и комплайентности), с подтверждением эффективности разработанной программы. Полученные результаты изложены в книге, где также представлены подробные описания ролевых игр и приемов, отдельные зарисовки из работы психотерапевтической группы, а также иллюстрации в виде клиничко-психотерапевтического описания ведения пациентов в рамках разработанной модели.

Глава 5

СОЦИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Милье- терапия

Основные принципы и цели милье-терапии.

Основная идея, положенная в основу концепции милье-терапии, заключается в представлении, что человек способен к развитию благодаря влиянию других людей и окружающей обстановки. Теоретический концепт динамической терапии исходит из положения, что каждый индивид несет в себе знаки и черты специфической атмосферы, а также групповой динамики первичной группы, в которой он развивался, ценности которой интернализировал и с которой в целом идентифицировался. При этом групповая динамика первичной группы может быть не только «конструктивной», но также «деструктивной» или «дефицитарной», что приводит к нарушениям развития личности пребывающего в ней ребенка и вызывает нарушения его идентичности. Использование милье-терапии, как писал Г.Аммон (1973, 1995), дает возможность больным получить опыт новых отношений, посредством которых развивается и корригируется его идентичность. Психоаналитическая модель милье-терапии была создана Эрнстом Зиммелем в конце 20-х годов XX века, а затем развита и продолжена Вильямом Меннингером в США. В последние десятилетия милье-терапия широко применялась и продолжала свое развитие благодаря профессору Гюнтеру Аммону в клинике Ментершвайге в Германии.

Психотерапевтам хорошо известно, что пациенты с тяжелыми нарушениями личностных функций и самоконтроля даже при длительных курсах стандартных методик психотерапии нередко демонстрируют лишь небольшие положительные изменения копингового поведения. Это, вероятно, связано с тем, что актуальная жизненная ситуация пациента и терапевтическая ситуация разделены во времени и пространстве, в результате чего у терапевта отсутствует возможность видеть жизненную ситуацию пациента в полной мере объективно, т.к. она может быть оценена только через ее субъективную подачу пациентом. Кроме того, больные с тяжелыми нарушениями личностных структур в трудных для себя реальных жизненных ситуациях обычно воспроизводят свой нарушенный поведенческий копинг, используя патологические защитные механизмы и привычные стратегии и тактику, вместо того, чтобы размышлять, обсуждать и анализировать свои внутренние конфликты. Это происходит в силу того, что они не способны воспользоваться возможностями интерпретации и инсайта. В отличие от формализованных методов психотерапии, в милье-терапии актуальная жизненная ситуация пациента перемещается в терапевтическую ситуацию и становится идентичной с ней. Терапевт и пациент не разделены во времени и пространстве: они

действуют в общей ситуации, где явно выявляются такие паттерны пациента, как его попытки выйти из терапевтической ситуации, желание возложить на врача свои эго-функции и ответственность (что свидетельствует о тенденции больного к экстернализации своих проблем). Кроме того, пациент бессознательно стремится вовлечь терапевта в свои патологические потребности. Включаясь в милье-терапевтический процесс, врач и больной вместе вступают в актуальную жизненную и терапевтическую ситуацию, имея разные цели: пациент стремится удалить жизненную ситуацию из терапевтической, а психотерапевт - стремится их совместить. Между этими двумя противоположно направленными векторами, представляющими психодинамическую основу, и происходит милье-терапевтический процесс. Таким образом, жизненная ситуация пациента становится не только доступной для наблюдения и контроля врачом. Она превращается в часть лечебного процесса, который обеспечивает больному новую защищающую эмоциональную атмосферу, дающую возможность воспроизведения его патологических форм реагирования и последующей их коррекции. При этом терапевт регулирует уровень стимулирующей обстановки. В психотерапевтическом поле появляется возможность контактов с другими пациентами, обладающими собственной, индивидуальной активностью, взаимодействия с новыми партнерами в конкретном общем проекте, мобилирующем творческие резервы больных. В создаваемых милье-терапией новых условиях «закрытая система» внутриспсихических конфликтов пациента постепенно становится более доступной для понимания терапевтом и пациентом и появляется возможность лечебной коррекции.

Врач, постоянно наблюдающий пациента в процессе милье-терапии, через призму его активности, взаимодействий с другими пациентами, получает доступ к более глубокой и всесторонней оценке иерархии проблематики больного, к видению нарушений его проблемно-решающего поведения и используемых защитных механизмов. Терапия в милье-группе дозированно стимулирует пациента и дает возможность (путем «повторения и коррекции» в условиях поддерживающей обстановки) включению механизмов конфронтации больного с его патологическими потребностями, что создает возможность для компенсации тяжелых нарушений личностных функций.

Наш собственный опыт применения динамически ориентированной милье-терапии позволяет сформулировать данный подход как психотерапевтический метод для лечения больных психозами, заключающийся в том, что пациенты, функционируя в группе, самостоятельно создают проект для совместной деятельности, что дает совмещение во времени и пространстве их актуальной жизненной и терапевтической ситуаций, в результате позволяя проводить психодинамически ориентированные вмешательства, которые направлены на коррекцию патологических защитных механизмов и искаженных стратегии и тактики проблемно-решающего поведения.

Материально-техническое обеспечение проведения занятий.

Милье-терапевтическая группа проводится врачом и/или психологом совместно с двумя котерапевтами. Милье-терапевтическая группа является открытой группой и проводится не менее 6-ти часов в неделю, обычно 2 раза по 3 часа. Целесообразна длительность терапии в целом не менее 80 часов.

Методика проведения занятий.

Начальным этапом милье-терапии является формирование группы, которая включает 12-16 пациентов и должна быть максимально гетерогенна по нозологическому составу. Известно, что однородный состав пациентов с тяжелыми нарушениями личностных функций препятствует созданию в группе конструктивной рабочей обстановки, атмосферы поддержки, развитию пациентами более зрелых способов психологической защиты и возможность коррекции их нарушенного проблемно-решающего поведения. Гетерогенная группа с различными уровнями нарушений Я-функций и разными вариантами используемых пациентами механизмов психологической защиты дает возможность больным с более тяжелыми нарушениями лучше увидеть конструктивность более зрелых форм поведения, оценить их разнообразие, овладеть новыми, более зрелыми защитными механизмами и способствует формированию устойчивой мотивации для психотерапии. Так, члены группы с тяжелыми нарушениями Я-функций, которые не в состоянии наблюдать, рефлексировать и контролировать свое поведение, часто могут распознавать и понимать мотивы и смысл поведения других членов группы. Таким образом, они включаются в терапевтический процесс, идентифицируя себя с другими пациентами, соотнося реакции как группы, так и высказывания терапевта со своими внутриличностными проблемами.

В такой новой для себя ситуации, путем распознавания собственных конфликтов в поведении и реакциях других, пациенты способны приблизиться к пониманию собственных проблем. Кроме того, адекватное формирование группы позволяет обойти некоторые трудно преодолимые инфантильные защитные механизмы, свойственные больным с тяжелыми личностными расстройствами: искажение восприятия себя и окружающих, искажение идеальных представлений, инфантильные проекции. В поведении такого рода инфантильные защитные механизмы могут проявляться, например, следующим образом: молчанием, избеганием занятий, отказом от деятельности и обсуждения, игнорированием реальности, вербальной и физической агрессией.

Следуя принципу гетерогенного состава группы, надо иметь в виду и то, что пациенты с особенно тяжелой и специфической симптоматикой (например: мутизмом, заиканием, гомосексуальной ориентацией или сексуальными перверсиями) не должны включаться в группу в единственном числе, так как их «исключительность» с самого начала может тормозить развитие группового процесса. Это обусловлено тем, что такие пациенты привлекают к себе

излишнее внимание и могут становиться объектом агрессии. Включение нескольких больных со сходной симптоматикой легче воспринимается группой и сами больные со специфической симптоматикой чувствуют себя комфортнее.

На первом занятии милье-группы ведущий занятия врач или психолог знакомят участников с правилами для группы, обращаясь с ее членами как с лицами, несущими полную ответственность за свое поведение, способными оценивать реальную ситуацию и обсуждать в группе свои страхи, трудности и конфликты.

Правила, сообщаемые терапевтом для группы, следующие:

- 1) пациентам разъясняется, что милье-терапия считается полноценным методом психотерапии и является лечебным воздействием;
- 2) требуется обязательное, регулярное посещение занятий;
- 3) объясняется необходимость выполнения больным возложенных на них задач и указывается на ответственность за их выполнение;
- 4) требуется конфиденциальность в отношении полученной в ходе группы информации;
- 5) запрещается обсуждение вне группы групповой ситуации и поведения отдельных членов группы;
- 6) возлагается равная ответственность на всех членов группы за осуществление проекта;
- 7) запрещается проявление агрессии в виде прямых угроз, брани и физического насилия;
- 8) ставится неперемное условие активного предъявления своих предложений, желаний, страхов и трудностей, связанных с участием в группе.

В ходе первых занятий милье-группы определяются границы работы группы и планируются реальные задачи. При этом чрезвычайно важно, чтобы обсуждаемый и принятый группой проект был практически полезен и плодами деятельности группы можно было бы пользоваться. Такая перспектива может дать пациентам возможность прорыва сквозь многолетнее чувство собственной бесполезности и бессилия. Милье-терапевт на начальном этапе берет на себя активную ролевую позицию, выступая партнером в новой жизненной ситуации для пациента, чтобы дать больному возможность получения нового опыта, который может стать элементом для возможной коррекции искаженного, но ставшего привычным, копингового поведения и неконструктивных форм психологической защиты. Этим создается ощущение у больного успеха и положительное чувство своего существования. При обсуждении возможных вариантов деятельности группы позиция терапевта должна быть достаточно активной в направлении стимуляции конструктивных, реалистичных и творческих предложений по проекту. При этом важно, чтобы активность терапевта не воспринималась группой как «навязывание работы», так как это может способствовать воспроизведению привычной для многих пациентов регрессивной позиции, незрелых форм защиты и сопротивления. Часто

обсуждение и принятие проекта является длительным и трудным для группы процессом в силу затруднений, объективно связанных с отсутствием у больных опыта последовательной целенаправленной деятельности, с привычным избеганием ими попыток решения проблем, с ожиданием прямого руководства, с выпадением метакоммуникативных приемов для налаживания общения и из-за возникающих межличностных конфликтов. Терапевт должен видеть и учитывать возникающие трудности, своевременно и адекватно осуществлять коррекцию и не позволять затягивать процесс принятия проекта. Для стимуляции творческой активности на этом этапе возможно использовать параллельную позитивную деятельность: посещение группой выставок, музеев, подготовку ее членами сообщений и докладов по какому-либо разделу истории искусства, народного творчества и ремесел. Важно, чтобы процесс принятия проекта группой явился для ее состава новым опытом, вызывая чувство положительного существования, и способствовал развитию группового взаимодействия.

Примерные варианты проектов:

- 1) благоустройство прогулочной территории;
- 2) строительство спортивной площадки;
- 3) ремонт отдельных помещений в отделении;
- 4) оборудование помещения для милье-терапии;
- 5) организация выставки творческих работ пациентов;
- 6) ремонт больничного оборудования;
- 7) создание интерьера в отделении, и.т.д.

На первых занятиях члены группы выбирают организатора проекта и его помощников, которые отвечают за координацию ситуаций, связанных с практической реализацией проекта, и отвечают за этот аспект перед милье-терапевтом, обсуждая возникающие трудности и конфликты. Периодически проводится ротация организаторов с целью вовлечения других пациентов в новую для них реальность. При выборе организатора проекта и его помощников психотерапевт должен учитывать терапевтическое значение данной процедуры, используя ее как корректирующий прием и для механизмов психологической защиты, и для тренировки проблемно-решающего поведения.

Желательно, чтобы на роль организатора каждый раз предлагался бы пациент с наименьшим уровнем нарушений личностных функций, а роли помощников могут быть использованы для коррекции пациентов, имеющих следующие устоявшиеся поведенческие стереотипы:

- регрессивные ролевые шаблоны;
- манипулятивный уход от психосоциального стрессора;
- невосприятие собственной роли в формировании дезадаптации.

Можно привести следующие примеры объема и характера деятельности организатора и помощников:

- планирование подбора и заготовки необходимых инструментов и материалов для работы;
- взаимодействие с административно-хозяйственной службой лечебного учреждения;
- получение помощи и консультаций у технических специалистов;
- организация материально-технической поддержки спонсоров для осуществления проекта.

Началом каждого занятия становится сбор милье-терапевтической группы, причем группа сама ответственна за присутствие всех ее членов, стимулируя и привлекая избегающих к участию в занятии. Такая ситуация способствует тому, что сами пациенты создают конфронтацию с патологической частью своего Я и с сопротивлением, апеллируя к здоровым аспектам личности. При этом терапевт не должен допускать какого-то ни было проявления вербальной агрессии в отношениях между пациентами, помня об их низком уровне толерантности к стрессу. Для гарантированного обеспечения посещаемости группы ей может быть предложен выбор ответственных, которые постоянно меняются, за своевременное начало занятий. Этот прием усиливает ответственность каждого. Причиной неучастия в конкретном занятии может быть только значительное обострение симптоматики после осмотра и соответствующего заключения врача.

Начальная стадия занятия длится 30 минут, после чего пациенты приступают непосредственно к работе над проектом.

В начале занятия милье-терапевт проводит обсуждение рабочего плана на текущий день. Рассматриваются любые конструктивные предложения пациентов, вносимые в проект, в результате чего стимулируются и используются их творческие возможности. Указываются перспективы деятельности каждого члена группы на текущее занятие и подчеркивается их ответственность за выполнение конкретной для каждого задачи. При этом терапевт должен становиться активным партнером в данной ситуации, оказывая избирательное положительное подкрепление всем здоровым аспектам личности больного. В этом случае терапевт, помимо всего прочего, выступает и как носитель модели эффективного социального поведения, тем самым формируя у пациентов мотивацию к конструктивному поведению, при этом не подавляя больного своей «успешностью», и как эмпатичный партнер, создавая больным возможность «повторения и коррекции». Действия терапевта с самого начала занятия должны характеризоваться высоким уровнем четкости и конкретности, вмешательства должны быть частыми, но краткими. Целесообразно использовать ведение протокола занятий группы, где фиксируются выполнение каждого пункта предыдущего занятия и вносится план на текущий день. Не следует, переходя к новой деятельности, позволять оставлять невыполненными пункты плана прошлого занятия. К ведению протокола занятий привлекаются все члены группы по очереди, что способствует:

- 1) их активации;
- 2) поддержанию чувства ответственности;
- 3) стимуляции творческого самовыражения;
- 4) обучению навыкам нового функционирования.

В процессе непосредственной работы над проектом в инициуме работы группы терапевт активно стимулирует деятельность больных собственным активным участием, тем самым беря на себя существенные функции Я пациента, осуществляя неформальное, но контролируемое взаимодействие между пациентами, что служит целью для их эмоциональной коррекции. В продолжение процесса работы в милье-группе удельный вес непосредственной активной деятельности терапевта должен уменьшаться, что зависит от укрепления степени мотивации больных к включению в работу группы и возвращения каждому больному функций его собственного Я и функции самоконтроля. Динамика копинга больного в группе является наглядным индикатором повышения адаптивности его целостного социального поведения.

В заключение каждого занятия отводится время 30-40 минут для совместного обсуждения, в ходе которого вербализуются как новые положительные чувства и опыт, так и напряжение, конфликты и трудности, возникающие в ходе совместной работы. Проводится мониторинг субъективных ощущений пациентов и обсуждается зависимость возникающих у них эмоций и поведенческих реакций от меняющейся объективной ситуации, складывающейся в группе в ходе занятия. Планируются конкретные действия на следующий день, необходимые подготовительные мероприятия для работы над проектом, выбираются ответственные. В данном контексте терапевт истолковывает действия и конфликты пациентов, но не столько путем аналитической интерпретации, сколько обозначая это приемами своего поведения, игнорируя инфантильные стороны личности больного и обращаясь к здоровым частям Я пациента. Чрезвычайно важно подчеркивать любые положительные сдвиги, будь то улучшение самочувствия пациента, творческое предложение, исходящее от него, увеличение продуктивной активности или осознание причин нарушенного копинга.

Типы вмешательств милье-терапевта.

Эмоциональная поддержка особенно важна на начальных этапах милье-терапевтического процесса как инструмент осуществления удовлетворительного контакта с пациентами, сообщения им эмоционального принятия, помощи, ободрения. Эмоционально поддерживая пациента, терапевт демонстрирует ему, что интерперсональное взаимодействие может быть конструктивным и эмпатийным. Таким образом, создается безопасная обстановка для возможности воспроизведения пациентом дезадаптивных психологических защит, что и обеспечивает их последующую коррекцию. Наличие эмоциональной поддержки может помочь обойти активное сопротивление пациента, смягчить его конфронтационную настроенность. При

этом эмоциональная поддержка не должна превращаться для пациента в ощущение «вседозволенности» и предмет манипулирования чувствами терапевта. Терапевт использует эмоциональную поддержку сознательно и в адекватной мере, лишь подкрепляя позитивные стороны поведения больного. В ходе милье-терапевтического процесса необходимость этого типа вмешательства должна осуществляться все реже, что может являться индикатором увеличения самостоятельности пациентов, их большей зрелости в проблемно-решающем поведении и коррекции инфантильной позиции.

Стимуляция – необходимый прием работы терапевта в милье-группе с психотическими пациентами, так как особенностью такой группы, в частности, является ее низкая сплоченность и низкий уровень активности. Стимуляция применяется, особенно на начальном этапе работы группы, достаточно часто, что способствует побуждению инициативы пациентов. Основная цель этого приема – мобилизация самостоятельной когнитивной деятельности больных, активного участия в решении проблем. При этом терапевт должен соизмерять степень интенсивности стимуляции с энергетическими и когнитивными возможностями больного. Кроме того, излишне жесткая и требовательная стимуляция может восприниматься пациентом как воспроизведение его прежней семейной ситуации и оцениваться больным как угроза или насилие, провоцируя появление в ответ труднопреодолимого сопротивления.

Примерные приемы стимуляции в группе:

- 1) вопросы с программируемым ответом;
- 2) просьба о помощи, содействии другим пациентам в работе;
- 3) обращение к профессиональным знаниям и навыкам пациента, применимых в работе над проектом;
- 4) привлечение хобби, интересов, художественных способностей больных к работе над проектом.

Совет – прием который следует применять в милье-терапии по возможности как можно реже, так как прямой совет может вести к поддержанию и даже усилению регрессивной позиции больных. Но если все-таки возникает необходимость его применения, то этот прием следует вводить завуалированно, предлагая, например, больному несколько альтернативных вариантов решений, из которых он самостоятельно должен сделать выбор. Совет может быть использован как тренировка навыков проблемно-решающего поведения.

Конфронтация – это основной психотерапевтический прием в процессе милье-терапии, который используется после завершения начального этапа работы в группе, когда уже установлен устойчивый эмпатический контакт с пациентами, сформирована достаточная степень мотивации к лечению, создана атмосфера поддержки и принятия в группе. Материал, используемый для проведения приема конфронтации, черпается терапевтом непосредственно из поведения больного в милье-группе и служит для того, чтобы вывести в

сознание, сделать доступным рефлексии и контролю его повторяющиеся, неконструктивные стратегию и тактику проблемно-решающего поведения, а также проявления сопротивления. При использовании этого приема терапевт сталкивается с определенными трудностями, которые заключаются в том, что:

1) вводимый в сознание больного материал может восприниматься как враждебность терапевта;

2) используемый прием может оказаться слишком чуждым и неприемлемым для больного, приводя его к утрате оценки объективной реальности и вызывая нарушение контакта.

В этих случаях терапевт должен приостановить движение в направлении конфронтации, усилив эмпатический элемент контакт с пациентом.

Примеры поведения больных, являющиеся мишенями для применения конфронтации, следующие:

1) *Регрессивное поведение*, которое проявляется в выраженной и неадекватной зависимости больного от терапевта или другого пациента, в пассивном ожидании их совета, чрезмерной чувствительности к оценке себя ими, ненасыщаемой потребности в сочувствии, сопереживании, в избегании принятия ответственности за собственное дезадаптивное поведение. Часто это выглядит как отказ от общения в группе и от включения в деятельность, что сопровождается объяснениями типа: «у меня ничего не получится», «я ничего не понимаю», «я боюсь что-либо испортить», «у меня получится хуже, чем у других» и т.п. При этом больной избегает обсуждения возникающей неудовлетворенности отношениями со значимыми лицами и реализацией своих ожиданий, отвечая обычными для него поведенческими стереотипами в виде усиления несамостоятельности, зависимости или псевдоэмансипаторными вспышками агрессии, сменяющимися привычным принятием опеки.

2) *Масочное ролевое поведение*, проявляющееся в активной псевдосотрудничающей позиции больного, когда внешняя атрибутика (например, занятие роли организатора в группе) дает ему возможность искусственного удовлетворения потребности принятия себя окружающими при объективно крайне слабых психологических и коммуникативных наличествующих возможностях. В группе такие пациенты выглядят «удобными»: они готовы к работе, формально соглашаются с терапией, покладисты, активно отстаивают групповые правила. Нередко при таком «камуфляжном» рисунке поведения начинающими терапевтами просматривается патологический защитный механизм данной стратегии и сопротивление, препятствующее проникновению в интрапсихический конфликт больного. Надо отметить, что у данной категории пациентов нередко возникают трудности в налаживании общения с членами группы: они излишне требовательны к другим, игнорируют чужие трудности, негибки в отношениях, избегают обсуждения проблем, ожидая от партнеров жесткого следования

предписанным схемам, нередко отвечая на возникающие трудности реакцией ухода от общения или агрессией.

В таком случае терапевт, опираясь на получаемый в ходе терапевтического процесса материал, может использовать следующие приемы конфронтации:

1) обсуждение тех трудных для пациентов ситуации, в которых стереотипно проявляется их нарушенный поведенческий копинг;

2) обсуждение причин неадекватных эмоциональных реакций или, напротив, их отсутствие в значимых ситуациях;

3) выявление несоответствия между декларированными больным установками, взглядами, намерениями и реальным поведением.

Объективация – прием, использование которого необходимо для успешной коррекции дезадаптивных психологических защит. Его успешное применение зависит от того, насколько терапевту удастся выявить и продемонстрировать больному неосознаваемые им компоненты повторяющихся переживаний и поведения, а также то, насколько они не соответствуют объективной реальности. Таким образом, объективация препятствует тенденции больных к экстернализации причин дезадаптации и стремится направить пациента на поиски истинных причин. В процессе милье-терапии объективацию возможно использовать следующими практическими приемами:

- сопоставлением оценок каждого пациента с оценками членами группы его представлений о себе, его положения в группе;
- типов его взаимодействия с другими пациентами;
- трактовкой причин его трудностей в группе;
- анализом и сравнением ситуаций, полученных в ходе милье-терапии, в которых предполагается действие и воспроизведение стержневого механизма психологической защиты;
- сопоставлением повторяющихся эмоциональных и поведенческих реакций, выявляемых у других участников группы, с аналогичными патологическими реакциями в сходных ситуациях у конкретного пациента, что способствует лучшему распознаванию больным вызвавших их причин с последующим предложением больному сымпровизировать «непривычные для него» действия в ходе дискомфортной ситуации с целью тренировки проблемно-решающего поведения.

Показания для назначения милье-терапии.

Милье-терапевтическая группа формируется из пациентов психиатрического стационара (отделения), исходя из индивидуального подбора терапевтической программы, всесторонне охватывающей возможности реабилитационных мероприятий, необходимых для каждого конкретного больного.

В милье-терапевтическую группу направляются пациенты с обязательным учетом всех аспектов функционального диагноза. Подбор

больных в группу обсуждается лечащим врачом совместно с милье-терапевтом. Лечащий врач должен представить конкретные мишени для терапевтического вмешательства и сформулировать ожидания от терапии. Исходя из функционально-динамического (биологического) аспекта функционального диагноза милье-терапия показана пациентам с абортивной психотической симптоматикой, часто на выходе из психотического приступа, то есть:

- в периоде формирования ремиссии,
- с неглубокой депрессивной симптоматикой эндогенной природы,
- с психопатоподобной и неврозоподобной симптоматикой.

Исходя из психологических характеристик (функционально-психологического аспекта функционального диагноза), милье-терапия показана пациентам, для которых, в результате тяжелых нарушений личностных структур, обнаруживаются искажения важнейших мотивационных структур, дезадаптивные психологические установки и патологические защитные механизмы, которые не позволяют быть эффективным в рамках эксплорационной (инсайт-ориентированной) индивидуальной и групповой психотерапии.

Учитывая функционально-социальный аспект функционального диагноза, милье-терапия показана больным, выявляющим нарушения стратегии и тактики проблемно-решающего поведения, таких как:

- регрессивные ролевые шаблоны,
- масочное ролевое поведение,
- защитное избегание контактов, отказ от попыток решения проблем,
- выпадение метакоммуникативных приемов для налаживания общения,
- межличностные конфликты из-за неэффективного выполнения социальных ролей.

Временным противопоказанием для милье-терапии может являться эскалация психопатологической симптоматики.

Эффективность использования метода.

В целях объективации вклада милье-терапии в изменения личностных параметров больных психозами (в ходе применения стандартной терапии) был использован набор методик, отражающих динамику изменений типов защитных механизмов (FKBS, SBAK) и копинг-стратегий (Lazarus, SVF) пациентов. В исследование включалось 40 пациентов, имеющих диагноз шизофрения и маниакально-депрессивный психоз.

При сравнительном анализе изменений вышеуказанных параметров у больных, получивших терапию в милье-группе и больных, не включавшихся в милье-терапию, были выявлены достоверные изменения параметров (вероятность различия средних показателей по коэффициенту Стьюдента $p < 0,02$) конструктивного копинга «принятие ответственности» среди больных, получивших милье-терапию. Кроме того, у больных, получивших милье-терапию, была обнаружена тенденция к изменениям таких инфантильных

патологических защитных механизмов, как «расщепление, отрицание и идеализация» в сторону использования «рационализации» и «интеллектуализации», в то время, как в контрольной группе пациентов таких тенденций не выявилось.

Таким образом, эффективность милье-терапии заключается в том, что ее применение вносит положительный вклад в изменения стратегии и тактики проблемно-решающего поведения больных психозами, улучшая показатели их социального функционирования и повышая адаптационные возможности пациентов.

Театр-терапия

Театр-терапия или драматерапия – метод, использующий театральную постановку в целях усиления личности и направленный на улучшение психического здоровья. Данный метод основан на идее, что участие в театральной постановке (проигрывание роли) способствует идентификации проблем пациента и открывает для него альтернативные пути их преодоления.

Театр-терапия относится к экспрессивным методам психотерапевтических вмешательств и может применяться как индивидуально, так и в группах под руководством терапевта (Malchiodi С., 2003). Данный метод применяется для пациентов с широким спектром нарушений: эндогенных психических расстройств, расстройств личности, посттравматического стрессового расстройства, расстройств пищевого поведения и при наличии аддиктивных нарушений. Он используется у взрослых, детей и подростков (Kedem-Tahar Е., Kellermann P.F. 1996). Этот терапевтический подход предполагает, что применение творческого метода, задействуя и усиливая креативность пациента, позволит улучшить такие его параметры, как самовыражение и понимание себя (Crawford M., Patterson S., 2007). Это достигается путем повествования историй, их создания, проигрывания ролей и их перестановке. Использование импровизаций, применение образности, масок, реквизита – все это стимулирует театральный, а, значит, и творческий процессы. Р. Jones (1996) в своей книге «Драма как терапия» подчеркивал, что театральная постановка — это больше, чем имитация жизни и является ценным способом для того, чтобы человек активнее участвовал в жизни.

То, что участие в театральных постановках имеет целительную силу, было подмечено давно. Еще с 30-40-х годов XX века энтузиасты ставили спектакли для психиатрических пациентов, но использование театр-терапии в современном виде связано с именем Джакоба Морено (1993) – создателя психодрамы. Он писал, что использование его метода позволяет клиенту: решить проблему, или достичь катарсиса, узнать правду о себе, вскрыть патологические паттерны своего поведения и межличностных проблем. В целом, специалисты в этой области подчеркивают, что креативность и спонтанность, которые возникают в процессе театр-терапии, позволяют участнику процесса улучшить свое психологическое и эмоциональное

состояние благодаря тому, что здесь происходит реконструкция аспектов жизненного опыта на глазах других и при их поддержке и эмпатийной включенности.

Театр-терапия не работает напрямую с трудностями, которые испытывает пациент. Здесь терапевты работают с историями, метафорами и объектами, создавая безопасную для пациента дистанцию от того материала, который является крайне болезненным при прямом с ним соприкосновении. Но надо иметь в виду, что болезненный материал полностью не удаляется, поскольку в ходе пьесы через персонажи проявляется поведение и вскрывается динамика человеческих отношений. Считается, что у больных эндогенными психозами театр-терапия позволяет:

- поддерживать и проявлять эмоциональную экспрессию;
- сфокусироваться на размышлениях;
- расслабиться;
- ощутить поддержку/эмпатию;
- усилить самоутверждение и мотивацию.

Для того, чтобы пациент в ходе театр-терапии смог достичь улучшения в психологической сфере, необходимо, чтобы были задействованы динамические процессы.

Во-первых, считается, что здесь посредством театральной идентификации пациент получает возможность экстернализовать свои внутренние конфликты, задействуются театральные приемы в виде проигрывание роли, а также открывать новые для себя чувства и эмоции, отыгрывая свои эмоции и переживания во внешний мир.

Во-вторых, «срабатывает» дистанцирование. Поддержание дистанцирования важно в двух аспектах: с одной стороны, оно обладает «анестезирующим» эффектом, поскольку через проигрывание роли и посредством «отыгрывания во вне» фантазий через метафоры и символы, ограничивает доступ пациента к собственному «материалу», который настолько болезнен, что недоступен для прямого обсуждения (Ruddy R., Dent-Brown K., 2008). С другой стороны, дистанцирование – это поле для размышлений и открытий самого себя. Отношения между фантазией и реальностью – это повторяющаяся ситуация в ходе театр-терапии, основывающаяся на парадоксе «что вымыслено, то и реально», где реальные события и эмоции воплощаются на подмостках (Jones P., 1996). В этом и есть глубокая связь между жизнью и драмой. Участники приносят свой собственный жизненный опыт в театр-терапию, а опыт, полученный в ходе терапии, привносится ими в реальную жизнь.

Наш опыт использования театр-терапии в процессе лечения больных, страдающих эндогенными психическими расстройствами и расстройствами личности, предполагает, что данный метод включен в такую организацию лечебного процесса, при которой больной оказывается в едином

терапевтическом поле воздействия системы психо- и социотерапевтических подходов, оригинальных или кардинально модифицированных.

Методика проведения театр-терапии

Организация занятий театр-терапией такова: занятия проводятся в группе до 20 человек продолжительностью в среднем 2 часа один раз в неделю, перед спектаклем – чаще. Занятия проводят психиатр и психолог, прошедшие подготовку по групповой психотерапии.

Содержанием занятий является подготовка и представление какого-либо произведения театральной драматургии. На этом внешнее сходство с любительским спектаклем заканчивается, потому что театр-терапия – это не драмкружок, а лечебный процесс. Существенной особенностью метода является то, что пациенты сами выбирают пьесу и роли, являясь одновременно артистами, режиссерами, зрителями и критиками.

Выбор пьесы и роли, как правило, не бывает случайным, он предопределяется конфликтной проблематикой пациентов, часто неосознаваемой. Важным моментом являются направляющие действия ведущих специалистов при выборе пьесы, поскольку для пациентов характерен уход от своей проблематики, что выражается в усилении сопротивления, часто сопровождаемом регрессом, который проявляется в предложениях пациентами взять в качестве материала для постановки широко известные детские пьесы. При достижении консенсуса относительно материала для постановки, ведущим важно мягко регулировать распределение ролей и обозначить зоны ответственности каждого участника. Как непрофессионалы, пациенты, несмотря на заданную роль, играют самих себя, делая прозрачными нарушения идентичности, которые иногда трудно обнаружить в психотерапевтической беседе. Диагностические возможности расширяет смена исполняемых ролей, предлагаемая пациенту в ходе репетиционного процесса. Это способствует осознанию больным своих конфликтов и отреагированию их. Роль позволяет больному отреагировать свои конфликты и сделать их осознаваемыми, что открывает путь к их разрешению. Роль также помогает удовлетворить скрытые желания, осознание которых углубляет и дифференцирует самовосприятие, облегчая коррекцию идентичности. Играя роль, больной активно входит в такие формы взаимодействия, на которые он в реальной жизни зачастую никогда бы не решился. Но он легко делает это, так как его защищает роль – он не ожидает нежелательного поворота событий, приобретая при этом социальный опыт на эмоциональном уровне. Поведение лишь внешне формализуется текстом пьесы. За фасадом текста – многообразный рисунок взаимодействия с партнерами, в которых визуализируются нарушения идентичности, также часто не осознаваемые больными. В связи с предоставляемыми терапевтическими возможностями, ведущим целесообразно предлагать и осуществлять ротацию участников, давая им попробовать себя в различных ролях.

Ведущую терапевтическую роль играет не спектакль, а репетиция, на которой большая часть времени отводится не на сценическое действие, а на его обсуждение. Актер рассказывает о своих ощущениях в процессе игры, а в комментариях других участников видит себя со стороны их глазами. Это помогает пациенту не только гармонизовать внутренний мир с объективным рисунком поведения, но и увидеть не осознававшиеся ранее нарушения идентичности. Важным эффектом является устранение диффузности идентичности. В ходе репетиционного процесса пациент начинает более четко определять, какие аспекты роли созвучны его личности, а от каких он может однозначно дистанцироваться. Аплодисменты, эмоциональная поддержка группы способствуют преодолению скованности и страха перед общением. Результатом является повышение самооценки и адаптивности поведения в целом. Здесь театр-терапия оказывает побочный катарсический эффект.

В задачи психотерапевта осуществление режиссерских функций не входит. Он регулирует постановочный процесс лишь при возникновении кризисных ситуаций, поскольку провал спектакля категорически исключен. Его задача – интерпретировать нарушения идентичности, которые выявляются как на сцене, так и в ходе группового взаимодействия за ее пределами. Полученные находки используются для того, чтобы, отходя от постановочного процесса, связать их с поведением больного в клинике, в других группах, а также для восстановления истории возникновения нарушений идентичности в раннем возрасте. Трудности освоения роли могут быть проявлением сопротивления больного коррекции идентичности. Преодоление сопротивления должно проводиться с привлечением соответствующего материала из других терапевтических групп.

По завершении подготовки спектакль представляется в клинике. Публикой являются все пациенты, все сотрудники и приглашенные пациентами родственники и друзья. Спектакль является важным заключительным аккордом, позволяющим участнику постановки прочувствовать свою причастность к группе и свой вклад в достижение общего успеха. Успешное проведение роли способствует укреплению идентичности – пациент осознает, что был индивидуален не как персонаж, а как личность. Спектакль позволяет также всем членам терапевтической бригады увидеть те аспекты личности пациентов, которые могли бы остаться для них скрытыми. Также участие в театральной постановке и представлении ее на публике способствует дестигматизации участников – лиц, страдающих психическими расстройствами.

При отсутствии финансовых возможностей для проведения театр-терапии реквизита не требуется. Сцена, декорации и костюмы могут быть воображаемыми. Однако все это в принципе не так сложно сделать, для чего могут быть привлечены проекты милье-групп клиники.

Танц-терапия.

Танц-терапия – она из разновидностей невербальной терапии, которая является «первичным связующим звеном для невербальной коммуникации» (Wennerstrand A., 2008). В 40-х годах XX века пионером танцевальной терапии стала М. Чейз, которая, танцуя вальсы с психиатрическими пациентами на заднем дворе больницы, обнаружила положительный эффект от занятий. В дальнейшем она сформулировала значение танца в терапии «... как экстернализацию тех чувств, которые не могут быть выражены в осмысленной речи, но передаются в ритмическом, символическом действии» (Chance M., 1975). В 60-х годах в США была основана Американская ассоциация танцевальных терапевтов (ADTA), а в 1979 году было сформулировано определение данного метода: «Танцевальная терапия — это психотерапевтическое использование танца и движения как процесса, способствующего интеграции эмоционального и физического состояния личности».

Можно найти огромное количество публикаций, посвященных танцевальной терапии разных направлений, имеющих различные идеологические корни, что отражается в разнообразии методов работы. Можно сказать, что танц-терапия вобрала в себя множество различных психотерапевтических подходов — от психоаналитических теорий и психодинамической терапии до поведенческой, телесно-ориентированной и гештальт-терапии. Специалисты используют данный метод в качестве лечебного и корригирующего подхода у детей и взрослых с различными проблемами — от аутизма до различных невротических состояний. Применяется она также и среди пациентов, страдающих шизофренией. Одним из специалистов, который широко использовал данный метод в работе с шизофреническими пациентами, стала Т. Шуп (1974), которая описала свой опыт в труде «Присоединяйтесь к нашему танцу», ставшим настольной книгой для многих танцевальных терапевтов. В своей работе она структурировала танцевальную терапию для больных шизофренией, описала темы танцевальной сессий, их задачи. Во многом, благодаря ее труду, были сформулированы задачи танцевальной терапии применительно к психотическим больным:

- восстановление гармонии между душой и телом;
- стимулирование пациента видеть различия между фантазией и реальностью;
- экстернализирование личных эмоциональных конфликтов и придание им физической формы для дальнейшей конструктивной переработки;
- задействование разных форм движений для понимания и принятия себя как единого целого человека (Bernstein P.L., 1979).

Разнообразие предлагаемых методик проведения танцевальной терапии таит для начинающего специалиста опасность лишиться теоретической базы как опоры при использовании танц-терапии, а, значит, опасность эклектизма.

В нашей, почти двадцатилетней практике, теоретической основой танцевальной терапии является представления о нарушенной идентичности больных эндогенными расстройствами, сформулированные Г. Аммоном (1995). Нарушения идентичности на соматическом уровне проявляются в том, что человек не в ладу со своим телом. В общении он скован, неловок. Подтверждаемое объективно, со стороны, недовольство своим телом и пластикой движений вносит свой вклад в общую низкую самооценку больного.

Задача танц-терапии – помочь больному обрести психологическое единство со своим телом и принять себя на телесном уровне. Благодаря участию в занятиях, у пациента возникает возможность в защищенном пространстве группы выразить себя, познать свое телесное Я и границы тела, а также посредством языка тела установить контакт с группой (Аммон, М., 2004). Кроме того, танцевальная терапия включена в единое лечебное поле вербальных, невербальных и средовых воздействий.

Методика проведения занятий.

Занятия проводятся 1-2 раза в неделю, продолжительностью 60-90 минут. Состав группы 8-10 человек. Занятия проводят психиатр и психолог, прошедшие специализацию по групповой психотерапии.

В качестве звукового фона используется полиритмичная классическая музыка. Использование современной танцевальной музыки с жестким ритмом грозит превращением танц-терапии из метода лечения в дискотеку. Музыкальное произведение приносит сам пациент или заранее выбирает его из набора, предлагаемого психотерапевтом. Вместо мелодической музыки могут использоваться перкуссионные инструменты или ритмичное хлопанье в ладоши участников группы.

Пациенты рассаживаются в круг, внутри которого исполняется танец каждым из больных поочередно. Задача танцующего – в свободной импровизации перевести на язык своей индивидуальной пластики то настроение и чувства, которые навеивает музыка. Задача ведущего — сообщить пациентам, что от каждого ожидается не исполнение каких-то балетных па, а свободная, произвольная двигательная непринужденность в единении с музыкой, в которую он погружен всей душой и телом. Первым, в качестве образца, может выступить психотерапевт. Продолжительность танца не регламентируется.

Каждое выступление завершается его обсуждением всеми членами группы и психотерапевтом. Главная его задача – эмоциональная поддержка выступавшего. Критические замечания нежелательны. В процессе обсуждения больной должен узнать, насколько ему удалось быть свободным и непринужденным, насколько движения были разнообразны и согласованы с музыкой в ритмическом и содержательном отношении. Существенным элементом эмоциональной поддержки является сообщение о том, насколько передалось окружающим эмоциональное оживление, испытываемое больным в

ходе выступления. Важной характеристикой является то, насколько пластика движений оказалась созвучной участникам группы и в то же время - что здесь было неожиданным, присущим индивидуальности выступавшего. Сам пациент сообщает о своих ощущениях в ходе танца и после него – что ему удалось выразить пластикой, какие ассоциации при этом возникли, снизилось ли напряжение, насколько внутренне свободным и уверенным он себя почувствовал, повысилось ли настроение, удалось ли отреагировать какие-то эмоции, не находившие вербального выражения.

Важно отслеживать динамику занятий, то есть больной должен узнать о положительной динамике в перечисленных параметрах, которая отмечается от выступления к выступлению. Динамика может также проявляться в изменении выбора больным используемых музыкальных произведений.

Важная задача психотерапевта – связать эту положительную динамику с меняющимся рисунком моторики больного в общении вне танцтерапии.

Благодаря участию в занятиях пациенты приобретают уверенность в себе, развивают доверие в группе и контактность, а также получают доступ к бессознательным чувствам на невербальном уровне, что становится базисом, облегчая вербальные методы.

Заключение

Таким образом, краткий обзор наиболее востребованных модифицированных форм когнитивно-поведенческой и психодинамической психотерапии, проводимых в сочетании с адекватной современной психофармакотерапией, позволяет сделать вывод о возможности получения существенных дополнительных клинических и социальных эффектов. Они могут быть суммированы в следующих показателях: снижение уровня рецидивирования заболевания, улучшение комплайенса, потенцирование эффектов психофармакотерапии, повышение социальной компетентности и улучшение качества жизни больных (Вид В.Д., 1993, 2008; Мучник М.М [и др.], 2001; Старшенбаум Г.В., 2005, Бабин С.М., 2012; Гусева О.В., Коцюбинский А.П., 2013).

Как свидетельствует наш опыт, интегративный психотерапевтический подход обладает наибольшими возможностями в плане оптимизации помощи больным с расстройствами шизофренического спектра и повышения уровня их социального восстановления.

Вопросы для самоконтроля

1. С какой моделью развития эндогенных расстройств согласуется понимание этих состояний в КПП?
2. Какова рекомендуемая длительность сеанса когнитивно-поведенческой психотерапии?
3. Что такое когнитивная концептуализация?
4. Опишите техники, используемые при лечении позитивных симптомов?
5. Каковы основные преимущества использования печатных материалов?
6. Назовите ключевые принципы психодинамической и когнитивно-поведенческой моделей психотерапии.
7. Какие ключевые приемы использует психотерапевт психодинамической ориентации в стандартной (классической) процедуре проведения?
8. Какие отличия в проведении психодинамической психотерапии с больными пограничного уровня и больными шизофренического спектра?
9. Назовите показания и противопоказания к психодинамической психотерапии у больных шизофренического спектра.
10. Каковы основные стадии группового процесса при проведении групповой психодинамической психотерапии при заболеваниях шизофренического спектра?
11. Назовите составные части "интегративной модели психотерапии эндогенных психических расстройств" и задачи, решаемые в каждом модуле.
12. Назовите отличительные особенности и задачи образовательного модуля "интегративной модели психотерапии эндогенных психических расстройств".
13. Каковы основные преимущества интегративных психотерапевтических программ в лечении заболеваний шизофренического спектра?
14. Назовите отличительные особенности психотерапии в составе психодинамического модуля "интегративной модели психотерапии эндогенных психических расстройств".

Рекомендуемая литература.

Аммон Г. Динамическая психиатрия.- СПб.: Изд-во СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.- 1995.-198 с.

Бабин С.М. Психотерапия психозов: практическое руководство.- СПб.: СпецЛит.- 2012.- 336с.

Бек Дж. Когнитивная терапия: полное руководство. — М.: «Вильямс», 2006. — С. 400.

Вид В.Д. Раскрывающая реконструктивная психотерапия больных малопрогредиентной шизофренией. - Методические рекомендации.- Л.: 1991.- 21с.

Вид В.Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении.- СПб.: 1993.-236 с.

Воловик В.М., Днепровская С.В., Вайзе Х. Методы восстановительного лечения и реабилитации психически больных./ Клинические и организационные основы реабилитации психически больных. Под ред. М.М. Кабанова и К.Вайзе - М.: Медицина, 1981. – С. 308-372.

Гусева О.В. Краткосрочная фокальная психотерапия психодинамической ориентации при шизофрении: пособие для врачей. – СПб.: Изд-во СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1999. – 39 с.

Гусева О.В., Коцюбинский А.П. Интегративная модель психотерапии эндогенных психических расстройств: руководство для врачей. – СПб.: СпецЛит.-2013.-287с.

Еричев А.Н. Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией / Соц. и клин. психиатрия.-2007.-Т. 17.- Вып.1.-С.43-47.

Еричев А.Н., Моргунова А.М., Коцюбинский А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия больных с параноидным бредом. Российский психиатрический журнал.-№4.-ГЭОТАР – Медиа.-М.: 2011.- С.45-50.

Коцюбинский А.П. и др. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание – СПб.: Гиппократ+, – 2004. – 336 с.

Коцюбинский А.П. и др. Аутохтонные непсихотические расстройства /Под ред. А.П.Коцюбинского – СПб:СпецЛит, 2015. – 494 с.

Старшенбаум Г.В. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия.- М.; Изд-во Высшей школы психологии. - 2003.- 367 с.

Финзен А. Психоз и стигма. Преодоление стигмы- отношение к предубеждениям и обвинениям.- М.: Алетейя, 2001.-216с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

ПРОГРАММА ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ЗАНЯТИЙ (темы лекций)

Основная часть (для больных и родственников)

1.	Причины психических заболеваний (основные модели): 1) генетическая, предполагающая существование наследственно детерминированного биологического фактора, определяющего возникновение заболевания; 2) психодинамическая, рассматривающая в качестве этиопатогенетических детерминант психосоциальные факторы; 3) «диатез-стрессовая», в основе которой лежит представление о психобиологической природе шизофрении; 4) биопсихосоциальная.
2.	Депрессия. Частота встречаемости. Отличие депрессии от плохого настроения. Ощущение человека, находящегося в депрессивном состоянии (безысходность, представление о непонимании его окружающими). Соматизированная депрессия, депрессия с возбужденностью (ажитированная). Необходимость приема лекарственной терапии.
3.	Мания. Особенности поведения и мышления человека в маниакальном и гипоманиакальном состоянии. Снижение критики к своему состоянию в этом периоде заболевания. Причины того, почему пациенты, находящиеся в маниакальном состоянии, часто не обращаются за помощью. Маниакально-депрессивный психоз. Типы течения. Сложности в психологической и социальной адаптации после перенесенных приступов.
4-5.	Шизофрения. Распространенность данного заболевания. Теории возникновения. Модель уязвимость-диатез-стресс-болезнь. Симптомы шизофрении (бред, галлюцинации, нарушения мышления, апато-абулические проявления). Типы течения: непрерывный, приступообразно-прогредиентный, рекуррентный. Вероятность возникновения заболевания у детей в случае болезни одного из родственников.
6.	Медикаментозная терапия. Основные механизмы действия препаратов. Основные группы препаратов, используемых в психиатрической практике (нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, нормотимики, корректоры). Препараты, улучшающие сон. Основное и побочные действия медикаментозных препаратов. Представление о положительных и отрицательных плацебо-реакциях, о времени наступления положительного эффекта при приеме медикаментозных препаратов и длительности лечения.
7.	Совладание с депрессией. Опознание состояния, когда необходима помощь врача. Помощь врача и самопомощь. Выявление негативных мыслей, когнитивных нарушений сопровождающих депрессию.
8.	Основные проблемы, с которыми сталкиваются больные психическими заболеваниями (необходимость ограничения курения, приема кофе и алкоголя, исключение приема наркотиков, преодоление нежелания лечиться). Возможность быстрого формирования при психических расстройствах алкогольной зависимости и сложности лечения.
9.	Стигматизация и пути ее преодоления. Определение понятия «стигма».

	Самостигматизация. Разделение ограничений, накладываемых проявлениями болезни, и самоограничений.
10.	Основные причины рецидивов (отсутствие у больного адекватной критики к заболеванию или недостаточное понимание им своего состояния, побочные явления от применяемых лекарств, отсутствие комплайенса во взаимоотношениях с лечащим врачом). Пути, способствующие уменьшению рецидивов.
11.	Стресс, пути его преодоления, редукция стресса.
12-13	Тренинговые занятия: поведение в стрессовых ситуациях (пассивное, активное). Определение типа совладающей стратегии, используемой пациентом. Успешные стратегии и неуспешные стратегии совладания. Использование методов модификации поведения (элементы тренинга коммуникативных навыков; ролевые игры, моделирующие различные сложные для пациентов ситуации).
14.	Модель решения проблем (идентификация проблемы — перечень альтернативных решений — обсуждение «за» и «против» каждого из решений — выбор оптимального решения — практическое применение).
15.	Пути решения практических проблем повседневной жизни (трудоустройство, финансы, быт...).

Дополнительная часть (для родственников пациентов):

16.	Навыки взаимодействия с людьми, страдающими психическими заболеваниями. Основные стратегии и правила поведения.
17.	Общение с людьми, страдающими галлюцинациями и бредом.
18.	Правила обращения с человеком, отличающимся необычным поведением. Предотвращение агрессивного поведения больного родственника.
19.	Определение адекватных ожиданий от больного. Выявление реальных целей и ожиданий родственников в отношении самих себя.
20.	Убеждение больного лечиться и принимать лекарства. Причины отказа от медикаментозной терапии (неадекватная самооценка, улучшение состояния, побочные симптомы, мнение окружающих).

Рекомендуемый план использования ежедневных занятий интегративной психотерапии больными в стационарном отделении

Занятие 1

1. Тема психообразовательной составляющей: «Причины психических заболеваний».
2. Коммуникативный тренинг: разминка, игровые тесты в парах, тройках, четверках.
3. Психодинамическая составляющая: знакомство, выработка общих целей, обсуждение группового соглашения; диагностика состояния группы (обсуждение тревоги, напряжения).

Домашнее задание: проведение в парах, вне терапевтического поля группы, игры «Двое в чужой стране».

Занятие 2

1. Психообразовательная составляющая: продолжение темы первого занятия.
2. Коммуникативный тренинг: разминка, игровые тесты — «Три слова», воспроизведение слов в прямом и обратном порядке.
3. Психодинамическая составляющая:

а) обсуждение результатов игры «Двое в чужой стране» в первых парах, взаимная презентация;

б) проведение проективного теста «Ряд влияния» или «Тройка», обмен мнениями и комментариев ведущего.

Занятие 3

1. Психообразовательная составляющая: диалог с членами группы по теме «Причины психических заболеваний».

2. Коммуникативный тренинг: игровые тесты на внимание, координацию когнитивных и двигательных реакций («Бабочка», «Три стихии», «Саймон сказал»).

3. Психодинамическая составляющая:

а) «Двое в чужой стране» — следующие пары, взаимная презентация;

б) игра «Молчащее и говорящее зеркало», обмен чувствами и мнениями; комментарий ведущего по поводу групповой динамики.

Занятие 4

1. Психообразовательная составляющая: тема «Течение, формы и прогноз психических заболеваний».

2. Коммуникативный тренинг: игровые тесты «Числа натурального ряда».

3. Психодинамическая составляющая:

а) «Двое в чужой стране» — следующие пары, взаимная презентация.

б) игра «Необитаемый остров», обмен чувствами и мнениями (комментарий ведущего — тема власти, распределения ролей в группе и в жизни, соотношение и рассогласование субъективных ожиданий и реальной ситуации).

Занятие 5

1. Психообразовательная составляющая: опрос и обсуждение темы предыдущего занятия.

2. Коммуникативный тренинг:

а) обучение алгоритму успешной коммуникации;

б) знакомство участников с индивидуальными картами участника группы, домашнее задание по заполнению карт.

3. Психодинамическая составляющая: проведение теста «Мой портрет глазами группы», комментарий ведущего по поводу конкретных результатов и групповой динамики.

Занятие 6

1. Психообразовательная составляющая: тема «Основные симптомы психических заболеваний — тревога, депрессии, мании».
2. Коммуникативный тренинг: обучение алгоритму успешной коммуникации, обсуждение результатов заполнения индивидуальных карт участника группы, карт, домашние задания.
3. Психодинамическая составляющая:
 - а) проективный тест «Волшебный бинокль», свободный обмен чувствами и мнениями, комментарий ведущего.
 - б) обсуждение конфликтной темы одного из пациентов.

Занятие 7

1. Психообразовательная составляющая: обсуждение темы предыдущего занятия, диалог с группой.
2. Коммуникативный тренинг: игра «Аленький цветочек», обсуждение. Домашние задания по карте (на основании выявленных дефектов в проведенной игре).
3. Психодинамическая составляющая: обсуждение конфликтной темы одного из пациентов (выявленной проективным тестом «Волшебный бинокль»).

Занятие 8

1. Психообразовательная составляющая: тема «Основные симптомы психоза».
2. Тренинг социальной компетенции: диагностика, заполнение индивидуальных карт, проработка стандартных упражнений в группе.
3. Психодинамическая составляющая: проективный тест «История жизни моего сувенира», обсуждение ролей в игре и в жизни, неосознаваемые потребности, нереалистичные желания, рассогласование ожиданий и реальной ситуации.

Занятие 9

1. Психообразовательная составляющая: тема «Обнаружение первых признаков рецидива», домашнее задание — заполнение индивидуального листа тревожных признаков в карте участника группы.
2. Тренинг социальной компетенции: проработка стандартных упражнений в группе, индивидуальные домашние задания.
3. Психодинамическая составляющая: обсуждение конфликтной темы одного из пациентов.

Занятие 10

1. Психообразовательная составляющая: продолжение обсуждения темы предыдущего занятия.
2. Тренинг социальной компетенции: проработка стандартных упражнений в группе, домашние задания.
3. Психодинамическая составляющая: проективный тест «Альтернатива» («Идеальная психотерапевтическая группа»), свободный обмен мнениями и чувствами. Комментарий ведущего. Интерпретация ведущих защитных механизмов (выявление нереалистичных ожиданий, идеализации, тенденция к уходу от конфликтов и жизненных трудностей).

Занятие 11

1. Психообразовательная составляющая: тема «Лечение психических заболеваний», опрос по теме.
2. Тренинг социальной компетенции: проработка стандартных упражнений в группе, домашние задания.
3. Психодинамическая составляющая: проективный тест «Цветные ленточки». Спонтанный обмен чувствами и мнениями. Разъяснения ведущего. Интерпретация ведущих защитных механизмов. Комментарий ведущего по поводу групповой динамики.

Интерпретация ведущим вытесняемых чувств и стремлений (зависть, ревность, конкуренция).

Занятие 12

1. Психообразовательная составляющая: тема «Лечение психических заболеваний, побочные эффекты». Комплаенс при заболеваниях психической сферы. Опрос по теме.

2. Тренинг социальной компетенции: проработка стандартных упражнений в группе, домашние задания (заполнение карт участника группы с целью идентификации индивидуальных затруднительных ситуаций).

3. Психодинамическая составляющая: обсуждение конфликтной темы одного из пациентов.

Занятие 13

1. Психообразовательная составляющая: тема «Социальные стрессы и обострение болезни». Диалог с группой.

2. Тренинг социальной компетенции: демонстрация ведущими инсценировки с определенной затруднительной ситуацией — описание ситуации, формулирование главной и промежуточных целей, выбор приоритетной цели, планирование конкретных шагов к достижению цели. Обсуждение с группой данной ситуации.

3. Психодинамическая составляющая: обсуждение конфликтной темы одного из пациентов.

Занятие 14

1. Психообразовательная составляющая: тема «Социальные стрессы и обострение болезни». Диалог с группой.

2. Тренинг социальной компетенции: инсценировка ведущими темы № 2 затруднительной ситуации, обсуждение с группой (главные и промежуточные цели, выбор приоритета, конкретные шаги для достижения цели).

3. Психодинамическая составляющая: проведение обсуждения в группе на тему активности участников, авторитета, лидерства в группе, а затем анонимного теста «Кто лидер группы». Сопоставление результатов. Интерпретация ведущим неосознаваемых защитных механизмов.

Занятие 15

1. Психообразовательная составляющая: тема «Адаптация к болезни». Диалог с группой

2. Тренинг социальной компетенции: проработка конкретной ситуации одного из пациентов. Домашнее задание для каждого пациента: описание затруднительной ситуации, цели, приоритеты, план действий.

3. Психодинамическая составляющая: обсуждение конфликтной темы одного из пациентов.

Занятие 16

1. Психообразовательная составляющая: тема «Адаптация к болезни». Диалог с группой.

2. Тренинг социальной компетенции: проработка конкретной ситуации одного из пациентов.

3. Психодинамическая составляющая: проективный тест «Роботы и строгая приемная комиссия». Спонтанный обмен чувствами и мнениями. Комментарий и интерпретации ведущего. Разъяснения по поводу групповой динамики.

Занятие 17

1. Психообразовательная составляющая: тема «Адаптация к болезни». Диалог с группой.

2. Тренинг социальной компетенции: проработка домашних заданий.

3. Психодинамическая составляющая: обсуждение конфликтной темы одного из пациентов.

Занятие 18

1. Психообразовательная составляющая: тема «Обучение новому стилю жизни». Диалог с группой.

2. Тренинг социальной компетенции: проработка конкретных ситуаций пациентов.
Домашние задания.

3. Психодинамическая составляющая: проективный тест «Смятый лист» или «Экранизация моих проблем». Спонтанный обмен чувствами и мнениями. Интерпретации ведущего по поводу вытесненных чувств и защитных механизмов, комментариев по поводу групповой динамики.

Занятие 19

1. Психообразовательная составляющая: тема «Обучение новому стилю жизни». Диалог с группой.

2. Тренинг социальной компетенции: проработка конкретных ситуаций пациентов.
Обсуждение домашних заданий.

3. Психодинамическая составляющая:

а) обсуждение конфликтной темы одного из пациентов;

б) проективные тесты по К. Фопелю — «Дары учения», подготовка к расставанию, оценка результатов участия в группе.

Обмен чувствами и мнениями. Интерпретация ведущим групповой динамики.

Занятие 20

1. Психообразовательная составляющая: тема «Обучение новому стилю жизни». Диалог с группой. Заключение.

2. Тренинг социальной компетенции: проработка конкретной ситуации пациента.
Обобщение опыта. Напутствия ведущего.

3. Психодинамическая составляющая: проективные тесты по К. Фопелю — «Что я почти забыл?», оценка результатов участия в группе». Взаимные пожелания и благодарности.

Обсуждение результатов участия в данной лечебной программе; сопоставление и анализ ведущим высказываний участников и результатов терапии по индивидуальным картам участников.

Заключение ведущего.

**Ольга Васильевна Гусева,
Александр Николаевич Еричев,
Александр Петрович Коцюбинский,
Наталья Борисовна Лутова**

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ И СОЦИОТЕРАПИИ ПРИ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Редакционно-издательский отдел ФГБУ НИПНИ им. В.М.Бехтерева
192019, г. Санкт-Петербург, ул.Бехтерева, д,3
тел . 000
факс ...
E-mail ...

Подписано в печать г.
Формат Бумага офсетная
Печать ризограф. Гарнитура «Times». Печ.лист ...
Тираж 100 экз. Заказ №

Отпечатано в
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3