

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ ИМЕНИ В.М. БЕХТЕРЕВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Утверждено
к печати решением
Ученого Совета
НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева
Протокол № 9 от 15.11.2018

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ
ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Методические рекомендации

Санкт -Петербург

2018

УДК:616.895.8: 615.851(075.4)

Особенности психотерапии при расстройствах шизофренического спектра: методические рекомендации / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: О.В. Гусева, А.Н. Еричев, А.П. Коцюбинский – СПб, 2018. – 44 с.

Организация-разработчик: федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Авторы-составители: Гусева О.В., Еричев А.Н., Коцюбинский А.П.

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

Аннотация

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

Методические рекомендации предназначены для психиатров, психотерапевтов

© НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2018.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1. ПСИХОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА	4
1.1. Общие принципы и особенности проведения психотерапии при расстройствах шизофренического спектра	7
1.1.1. Показания для психотерапии	8
1.1.2. Противопоказания для психотерапии	9
1.1.3. Мишени для психотерапии	9
2. БАЗОВЫЕ МОДАЛЬНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ	9
2.1. Психообразование.....	11
2.1.1. Общие принципы программы психообразования	13
2.1.2. Особенности проведения психообразовательных занятий с больными шизофренического спектра.....	17
2.2. Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПП)	20
2.2.1. Использование КПП у больных с позитивными симптомами	22
2.2.2. Использование КПП у больных с негативными симптомами	24
2.2.3. Печатные материалы.....	26
2.3. Психодинамически ориентированная психотерапия	27
2.3.1. Методика проведения индивидуальной психодинамически ориентированной психотерапии.....	30
2.3.2. Методика проведения групповой психодинамически ориентированной психотерапии.....	34
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	43
РЕКОМЕНДОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА	44

ВВЕДЕНИЕ

Широкое внедрение психотерапии 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; Незнанов Н. Г., 2009, 2010). Однако, 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.

1. ПСИХОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

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).
- 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;

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. В. Д. Вид (2008) в качестве важнейшей задачи рассматривает коррекцию деформированных коммуникативных структур больных.

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).

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: большая 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*.

Многочисленные исследования эффективности психотерапии при шизофрении, подтвердили противорецидивный эффект и улучшение 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;).

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 доболлезненного 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.

Оптимальный алгоритм комплексной терапии в стационаре представляется следующим образом:

1. Первый этап (дезорганизация психики и поведения) - 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. 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.

1.1. Общие принципы и особенности проведения психотерапии при расстройствах шизофренического спектра

- Все приемы и техники различных психотерапевтических подходов должны быть модифицированы для работы с расстройствами ШС и адаптированы к решению специфических индивидуально-психологических проблем у больных ШС.
- Исключение проведения психотерапии как с пациентом невротического уровня.
- Начало психотерапии - на этапе консолидации психики, этапе становления ремиссии после купирования обострения.
- Позиция терапевта: он более вербально активен, занимает более директивную позицию. Одновременно, важно умение создать, обеспечить для пациента атмосферу доверия и безопасности.
- Рассматривая вопрос о целесообразности использования той или иной формы психотерапии при расстройствах ШС, необходимо учитывать этап болезни, степень сохранности личностных ресурсов и уровень мотивации больного;
- Желателен контакт между психотерапевтом и ведущим психиатром по поводу пациента, при долгосрочной психотерапии – оптимальный вариант – работа в «тандеме» психотерапевта и психиатра.
- Учет ресурсных возможностей пациента в процессе проведения психотерапии, контроль баланса «нагрузка/ самочувствие».
- Отступление от классических правил_(внеочередные сеансы, звонки, установка на свободный доступ к психотерапевту как альтернатива строгой предварительной записи, контакт с родственниками пациента и пр.)
- В стационаре оптимальный вариант - совмещение терапевтических ролей одним врачом (лечащий врач психиатр, он же индивидуальный психотерапевт и он же групповой психотерапевт), либо приоритетная роль лечащего психиатра до этапа упрочения ремиссии. (Совмещение ролей позволяет использовать в процессе психотерапии

информацию, полученную из переживаний психотического периода заболевания, т.к. внутренняя конфликтная проблематика пациента выносится на поверхность в остром периоде «силами психоза»).

- Реалистичность ожидания от результатов психотерапии при заболеваниях ШС.

1.1.1. Показания для психотерапии

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.

1.1.2. Противопоказания для психотерапии

- 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 внетерапевтическому отреагированию (суициды, агрессивные поведенческие реакции, алкогольные злоупотребления, 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 психотерапии уже на послегоспитальном этапе.

1.1.3. Мишени для психотерапии

С точки зрения психотерапевта, у больных шизофренического спектра (ШС) наиболее четко выступают следующие **мишени для психотерапии**: 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; 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).

2. БАЗОВЫЕ МОДАЛЬНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ

Базовыми модальностями психотерапии 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 и социотерапии* (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. Особая среда отделения включает разнообразные формы взаимодействия в рамках социо-терапевтических активирующих мероприятий психиатрического отделения.

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; и соответственно, могут проводиться на разных уровнях. Упрощенный вариант проводится в виде социально-коммуникативных групповых методов, где больные вместе осуществляют какую-либо деятельность с целью тренировки навыков взаимодействия. 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.

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.

2.1. Психобразование

Психобразование (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. Задачами психобразования 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.

2.1.1. Общие принципы программы психообразования

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. 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).

В настоящее время разработаны различные модели психообразования, 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 рецидивных 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.

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. 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).

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. 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. [etal.], 1989).

Важным компонентом терапии является обучение пациентов и их родственников способам преодоления стресса, обусловленного присутствием в семье психически больного, а также опознанию рецидивных расстройств. 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).

2.1.2. 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», перенести 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.

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.

2.2. Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПП)

В отечественной литературе имеются лишь немногочисленные 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 вмешательствах, соответствующих потребностям и возможностям пациента, использование классических когнитивно-поведенческих техник может привести к уменьшению выраженности негативных симптомов.

Наш опыт проведения КПП с пациентами ШС, 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. [etal.], 2009).

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

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

2.2.1. Использование КПП у больных с позитивными симптомами

Целью использования КПП при этом является модификация (трансформация) патологической связи между болезненными симптомами и искаженными убеждениями пациента (Beck A. T. [etal.], 2009).

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

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 [etal.] (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.

2.2.2. Использование КПТ у больных с негативными симптомами

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 доказано, 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.

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. 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.

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.

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.

2.2.3. 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.).

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. 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.

2.3. Психодинамически ориентированная психотерапия

Отправной точкой для разработки техники психодинамической психотерапии расстройств 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
- 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	Преэдипова
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

С. Менцос (Mentzos S., 2000), исследуя техники психодинамической 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).

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. 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.

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; Рутан Дж., Стоун У., 2002; Гусева О. В., 1999, 2007). Это «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.

2.3.1. Методика проведения индивидуальной психодинамически ориентированной 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 варианте. Психодинамическая психотерапия может быть длительной и краткосрочной, 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, с учетом ресурсных возможностей пациента.

Особенности взаимодействия психотерапевт - пациент

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, а 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» (W. R. D. Fairbairn, 1958). Пациентам с расстройствами ШС в большей степени нужны не интерпретации, а возможность получения нового эмоционального опыта в рамках имеющихся отношений с терапевтом.

3. В лечении психических расстройств ШС 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.

4. Сеттинг (окружающая обстановка, параметры психотерапевтической ситуации), требует большего внимания психоаналитика не только к вербальной коммуникации, но и невербальной (жесты, мимика, движения).

5. 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.

6. Более широкий перечень вмешательств психотерапевта (по сравнению с классическим вариантом психодинамической психотерапии).

Типы вмешательств психотерапевта в рамках психодинамической психотерапии при расстройствах ШС (Duhrssen A., 1988).

1) вмешательства, определяющие аффективную атмосферу и содержащие чувственное оценивание пациента: 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 (Duhrssen A., 1988), позволяющие выделить психодинамически значимый материал: нейтральный комментарий, сочувствующее подтверждение, понимающее согласие, наводящие (или направляющие, ведущие клиента дальше) вопросы, уточняющие вопросы, направленная смена темы, название, вербальное обозначение смутных переживаний пациента, разъяснения, аналитические толкования, разъяснение взаимосвязей между прошлым и настоящим, напоминание пациенту (возврат пациента) уже известной, такой же по смыслу ранней тематики, 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.Особенность 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 отчётливы 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.

2.3.2.Методика проведения групповой психодинамически ориентированной психотерапии

Лечебные факторы групповой психодинамической психотерапии – 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.

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. 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 отношением 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 группы, 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 выразить 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 групповые сессии.

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.) разьяснению и интерпретации. Каждый участник в группе проходит путь осознания и преодоления (в той или иной степени) своих индивидуальных способов дезадаптивной психологической защиты.

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, ИП, 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 клинико-психотерапевтического описания ведения пациентов в рамках разработанной модели.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итак, завершен краткий обзор, ориентированный на врачей практического здравоохранения, имеющих интерес к проблеме немедикаментозной составляющей комплексной терапии заболеваний шизофренического спектра (ЗШС). Мы ставили своей целью ознакомить читателя с наиболее востребованными модифицированными формами - когнитивно-поведенческой, психодинамически ориентированной, интегративной психотерапией, а также психообразовательными мероприятиями, проводимыми в сочетании с адекватной современной психофармакотерапией.

Изложенный материал подтверждает вывод о возможности получения существенных дополнительных клинических и социальных эффектов при использовании нелекарственных методов в комплексной терапии ЗШС. 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; Старшинам Г.В., 2005, Бабин С.М., 2012; Гусева О.В., Коцюбинский А.П., 2013).

РЕКОМЕНДОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Аммон Г. Динамическая психиатрия. - СПб: Изд-во СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. - 1995.-198 с.
- Бабин С.М. Психотерапия эндогенных психозов. СПб: СпецЛит. - 2011.
- Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. / СПб: Питер, 2003. - 298с.
- Вид В.Д., Воловик В.М., Гончарская Т.В., Днепровская С.В. Методы групповой психотерапии психически больных (методические рекомендации МЗ РСФСР). - Л., 1982.-39 с.
- Вид В.Д. Раскрывающая реконструктивная психотерапия больных малопрогрессирующей шизофренией (мишени, типы вмешательств) (методические рекомендации МЗ РСФСР). - Л., 1991.
- 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., 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.
- Коцюбинский А.П. и др. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание – СПб: Гиппократ+, – 2004. – 336 с.
- Реабилитация психически больных /Под ред. М.М.Кабанова и В.М.Воловика. Труды института им. В.М.Бехтерева. - Т.59 – Л., 1971.
- Менцос С. Психодинамические модели в психиатрии / пер. с нем. – М.: Алетейя, 2001. – 176 с.
- Старшенбаум Г.В. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия. - М.; Изд-во Высшей школы психологии. - 2003.- 367 с.