

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 СОЦИОТЕРАПИИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ  
ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

*Методические рекомендации*

Санкт-Петербург  
2018

**УДК:616.895.8: 615.865(075.4)**

Особенности социотерапии при расстройствах шизофренического спектра: методические рекомендации: методические рекомендации/ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: Лутова Н.Б., Гусева О.В., Коцюбинский А.П. – СПб., 2018. – 28 с.

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

**Авторы-составители:** Н.Б. Лутова, О.В. Гусева, А.П. Коцюбинский.

**Рецензенты:**

Бабин С.М. — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

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

**Аннотация**

Методические рекомендации посвящены социотерапевтическим 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 врачей-психиатров и клинических психологов.

© НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2018.

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	4
МИЛЬЕ-ТЕРАПИЯ .....	5
Основные принципы и цели милье-терапии.....	5
Материально- техническое обеспечение проведения занятий .....	7
Методика проведения занятий .....	7
Типы вмешательств милье-терапевта .....	13
Показания для назначения милье-терапии .....	17
Эффективность использования метода .....	18
ТЕАТР-ТЕРАПИЯ.....	19
Методика проведения театр-терапии .....	21
ТАНЦ-ТЕРАПИЯ .....	23
Методика проведения занятий .....	25
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	26
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	27

## **ВВЕДЕНИЕ**

Последние десятилетия целью психиатрической науки и практики во всем мире стал переход от задач достижения симптоматической ремиссии к восстановлению (выздоровлению) больных с тяжелыми психическими расстройствами. Это придало новый импульс развитию реабилитации, поискам новых подходов (как теоретических, так и практических) и широкому использованию социотерапевтических программ для психиатрического контингента больных. Этому в значительной мере способствовало распространение биопсихосоциальной модели терапии психических болезней, основанной на использовании функционального диагноза, направленного на интегральную оценку состояния пациентов, включая установление феноменологического (психопатологического), психологического и социального диагнозов. Именно такой подход является на настоящей момент наиболее прогрессивной формой деятельности психиатрического здравоохранения, становящейся стандартом обслуживания больных в развитых странах. Значение социотерапевтических воздействий в комплексном реабилитационном подходе трудно переоценить, поскольку именно они направлены на улучшение проблемно-решающего поведения пациентов, их социализацию, позволяя им лучше воспользоваться эффектами, достигаемыми с помощью психофармакологических препаратов. В тоже время, выбирая те или иные социотерапевтические подходы, работникам психиатрического здравоохранения важно иметь представления о теоретических основах и протоколе проведения того или иного метода, что позволяет персонифицировать лечебный процесс и получить эффект от проводимых интервенций. В данных методических рекомендациях представлены современные социотерапевтические подходы, теоретической основой которых является коррекция нарушений идентичности.

## **МИЛЬЕ-ТЕРАПИЯ**

### **Основные принципы и цели милье-терапии**

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

Психотерапевтам хорошо известно, что пациенты с тяжелыми нарушениями личностных функций и самоконтроля даже при длительных курсах стандартных методик психотерапии нередко демонстрируют лишь небольшие положительные изменения копингового поведения. Это, вероятно, связано с тем, что актуальная жизненная ситуация пациента и терапевтическая ситуация разделены во времени и пространстве, в результате чего у терапевта отсутствует возможность видеть жизненную ситуацию пациента в полной мере объективно, т.к. она может быть оценена только через ее субъективную подачу пациентом. Кроме того, больные с тяжелыми нарушениями личностных структур в трудных для себя реальных жизненных ситуациях обычно воспроизводят свой нарушенный поведенческий копинг, используя патологические защитные механизмы и привычные стратегии и

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

Врач, постоянно наблюдающий пациента в процессе милье-терапии, через призму его активности, взаимодействий с другими пациентами, получает доступ к более глубокой и всесторонней оценке иерархии проблематики больного, к видению нарушений его проблемно-решающего поведения и используемых защитных механизмов. Терапия в милье-группе дозированно стимулирует пациента

и дает возможность (путем «повторения и коррекции» в условиях поддерживающей обстановки) включению механизмов конфронтации больного с его патологическими потребностями, что создает возможность для компенсации тяжелых нарушений личностных функций.

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

### **Материально-техническое обеспечение проведения занятий**

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

### **Методика проведения занятий**

Начальным этапом милье-терапии является формирование группы, которая включает 12-16 пациентов и должна быть максимально гетерогенна по нозологическому составу. Известно, что однородный состав пациентов с тяжелыми нарушениями личностных функций препятствует созданию в группе конструктивной рабочей обстановки, атмосферы поддержки, развитию пациентами более зрелых способов психологической защиты и возможность коррекции их нарушенного проблемно-решающего поведения. Гетерогенная группа с различными уровнями нарушений Я-функций и разными вариантами используемых пациентами механизмов психологической защиты дает возможность больным с более тяжелыми нарушениями лучше увидеть конструктивность более зрелых форм поведения, оценить их разнообразие, овладеть новыми, более зрелыми защитными механизмами и способствует формированию устойчивой

мотивации для психотерапии. Так, члены группы с тяжелыми нарушениями Я-функций, которые не в состоянии наблюдать, рефлексировать и контролировать свое поведение, часто могут распознавать и понимать мотивы и смысл поведения других членов группы. Таким образом, они включаются в терапевтический процесс, идентифицируя себя с другими пациентами, соотнося реакции как группы, так и высказывания терапевта со своими внутриличностными проблемами.

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

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

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



избеганием занятий, отказом от деятельности и обсуждения, игнорированием реальности, вербальной и физической агрессией.

Следуя принципу гетерогенного состава группы, надо иметь в виду и то, что пациенты с особенно тяжелой и специфической симптоматикой (например, мутизмом, заиканием, гомосексуальной ориентацией или сексуальными перверсиями) не должны включаться в группу в единственном числе, так как их «исключительность» с самого начала может тормозить развитие группового процесса. Это обусловлено тем, что такие пациенты привлекают к себе излишнее внимание и могут становиться объектом агрессии. Включение нескольких больных со сходной симптоматикой легче воспринимается группой, и сами больные со специфической симптоматикой чувствуют себя комфортнее.

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

Правила, сообщаемые терапевтом для группы, следующие:

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

В ходе первых занятий милье-группы определяются границы работы группы

и планируются реальные задачи. При этом чрезвычайно важно, чтобы обсуждаемый и принятый группой проект был практически полезен и плодами деятельности группы можно было бы пользоваться. Такая перспектива может дать пациентам возможность прорыва сквозь многолетнее чувство собственной бесполезности и бессилия. Милые-терапевт на начальном этапе берет на себя активную ролевую позицию, выступая партнером в новой жизненной ситуации для пациента, чтобы дать больному возможность получения нового опыта, который может стать элементом для возможной коррекции искаженного, но ставшего привычным, копингового поведения и неконструктивных форм психологической защиты. Этим создается ощущение у больного успеха и положительное чувство своего существования. При обсуждении возможных вариантов деятельности группы позиция терапевта должна быть достаточно активной в направлении стимуляции конструктивных, реалистичных и творческих предложений по проекту. При этом важно, чтобы активность терапевта не воспринималась группой как «навязывание работы», так как это может способствовать воспроизведению привычной для многих пациентов регрессивной позиции, незрелых форм защиты и сопротивления. Часто обсуждение и принятие проекта является длительным и трудным для группы процессом в силу затруднений, объективно связанных с отсутствием у больных опыта последовательной целенаправленной деятельности, с привычным избеганием ими попыток решения проблем, с ожиданием прямого руководства, с выпадением метакоммуникативных приемов для налаживания общения и из-за возникающих межличностных конфликтов. Терапевт должен видеть и учитывать возникающие трудности, своевременно и адекватно осуществлять коррекцию и не позволять затягивать процесс принятия проекта. Для стимуляции творческой активности на этом этапе возможно использовать параллельную позитивную деятельность: посещение группой выставок, музеев, подготовку ее членами сообщений и докладов по какому-либо разделу истории искусства, народного творчества и ремесел. Важно, чтобы процесс принятия проекта группой явился для ее состава новым опытом, вызывая чувство положительного существования, и способствовал развитию группового взаимодействия.

Примерные варианты проектов:

- 1) благоустройство прогулочной территории;
- 2) строительство спортивной площадки;

- 3) ремонт отдельных помещений в отделение;
- 4) оборудование помещения для милье-терапии;
- 5) организация выставки творческих работ пациентов;
- 6) ремонт больничного оборудования;
- 7) создание интерьера в отделении, и.т.д.

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

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

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

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

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

Началом каждого занятия становится сбор милье-терапевтической группы, причем группа сама ответственна за присутствие всех ее членов, стимулируя и привлекая избегающих к участию в занятии. Такая ситуация способствует тому, что сами пациенты создают конфронтацию с патологической частью своего Я и с

сопротивлением, апеллируя к здоровым аспектам личности. При этом терапевт не должен допускать какого-то ни было проявления вербальной агрессии в отношениях между пациентами, помня об их низком уровне толерантности к стрессу. Для гарантированного обеспечения посещаемости группы ей может быть предложен выбор ответственных, которые постоянно меняются, за своевременное начало занятий. Этот прием усиливает ответственность каждого. Причиной неучастия в конкретном занятии может быть только значительное обострение симптоматики после осмотра и соответствующего заключения врача.

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

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

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

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

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

### **Типы вмешательств милье-терапевта**

**Эмоциональная поддержка** особенно важна на начальных этапах милье-терапевтического процесса как инструмент осуществления удовлетворительного контакта с пациентами, сообщения им эмоционального принятия, помощи, ободрения. Эмоционально поддерживая пациента, терапевт демонстрирует ему, что интерперсональное взаимодействие может быть конструктивным и эмпатийным.

Таким образом, создается безопасная обстановка для возможности воспроизведения пациентом дезадаптивных психологических защит, что и обеспечивает их последующую коррекцию. Наличие эмоциональной поддержки может помочь обойти активное сопротивление пациента, смягчить его конфронтационную настроенность. При этом эмоциональная поддержка не должна превращаться для пациента в ощущение «вседозволенности» и предмет манипулирования чувствами терапевта. Терапевт использует эмоциональную поддержку сознательно и в адекватной мере, лишь подкрепляя позитивные стороны поведения больного. В ходе милье-терапевтического процесса необходимость этого типа вмешательства должна осуществляться все реже, что может являться индикатором увеличения самостоятельности пациентов, их большей зрелости в проблемно-решающем поведении и коррекции инфантильной позиции.

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

Примерные приемы стимуляции в группе:

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

**Совет** – прием который следует применять в милье-терапии по возможности как можно реже, так как прямой совет может вести к поддержанию и даже

усилению регрессивной позиции больных. Но если все-таки возникает необходимость его применения, то этот прием следует вводить завуалированно, предлагая, например, больному несколько альтернативных вариантов решений, из которых он самостоятельно должен сделать выбор. Совет может быть использован как тренировка навыков проблемно-решающего поведения.

**Конфронтация** – это основной психотерапевтический прием в процессе милье-терапии, который используется после завершения начального этапа работы в группе, когда уже установлен устойчивый эмпатический контакт с пациентами, сформирована достаточная степень мотивации к лечению, создана атмосфера поддержки и принятия в группе. Материал, используемый для проведения приема конфронтации, черпается терапевтом непосредственно из поведения больного в милье-группе и служит для того, чтобы вывести в сознание, сделать доступным рефлексии и контролю его повторяющиеся, неконструктивные стратегии и тактику проблемно-решающего поведения, а также проявления сопротивления. При использовании этого приема терапевт сталкивается с определенными трудностями, которые заключаются в том, что:

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

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

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

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

1) *Регрессивное поведение*, которое проявляется в выраженной и неадекватной зависимости больного от терапевта или другого пациента, в пассивном ожидании их совета, чрезмерной чувствительности к оценке себя ими, ненасыщаемой потребности в сочувствии, сопереживании, в избегании принятия ответственности за собственное дезадаптивное поведение. Часто это выглядит как отказ от общения в группе и от включения в деятельность, что сопровождается объяснениями типа: «у меня ничего не получится», «я ничего не понимаю», «я боюсь что-либо испортить», «у меня получится хуже, чем у других» и т.п. При этом больной избегает обсуждения возникающей неудовлетворенности отношениями со

значимыми лицами и реализацией своих ожиданий, отвечая обычными для него поведенческими стереотипами в виде усиления несамостоятельности, зависимости или псевдоэмансипаторными вспышками агрессии, сменяющимися привычным принятием опеки.

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

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

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

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

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

**Объективация** – прием, использование которого необходимо для успешной коррекции дезадаптивных психологических защит. Его успешное применение зависит от того, насколько терапевту удастся выявить и продемонстрировать больному неосознаваемые им компоненты повторяющихся переживаний и поведения, а также то, насколько они не соответствуют объективной реальности. Таким образом, объективация препятствует тенденции больных к экстернализации



причин дезадаптации и стремится направить пациента на поиски истинных причин. В процессе милье-терапии объективацию возможно использовать следующими практическими приемами:

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

### **Показания для назначения милье-терапии**

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

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

- в периоде формирования ремиссии,

- с неглубокой депрессивной симптоматикой эндогенной природы,
- с психопатоподобной и неврозоподобной симптоматикой.

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

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

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

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

### **Эффективность использования метода**

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

При сравнительном анализе изменений вышеуказанных параметров у больных, получивших терапию в милье-группе и больных, не включавшихся в милье-терапию, были выявлены достоверные изменения параметров (вероятность различия средних показателей по коэффициенту Стьюдента  $p = 0,02$ ) конструктивного копинга «принятие ответственности» среди больных, получивших

милье-терапию. Кроме того, у больных, получивших милье-терапию, была обнаружена тенденция к изменениям таких инфантильных патологических защитных механизмов, как «расщепление, отрицание и идеализация» в сторону использования «рационализации» и «интеллектуализации», в то время, как в контрольной группе пациентов таких тенденций не выявилось.

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

### **ТЕАТР-ТЕРАПИЯ**

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

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

того, чтобы человек активнее участвовал в жизни.

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

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

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

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

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

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

Наш опыт использования театр-терапии в процессе лечения больных, страдающих эндогенными психическими расстройствами и расстройствами личности, предполагает, что данный метод включен в такую организацию лечебного процесса, при которой больной оказывается в едином терапевтическом поле воздействия системы психо- и социотерапевтических подходов, оригинальных или кардинально модифицированных.

### **Методика проведения театр-терапии**

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

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

Выбор пьесы и роли, как правило, не бывает случайным, он предопределяется конфликтной проблематикой пациентов, часто неосознаваемой.

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

Ведущую терапевтическую роль играет не спектакль, а репетиция, на которой большая часть времени отводится не на сценическое действие, а на его обсуждение. Актер рассказывает о своих ощущениях в процессе игры, а в комментариях других участников видит себя со стороны их глазами. Это помогает пациенту не только гармонизовать внутренний мир с объективным рисунком поведения, но и увидеть не осознававшиеся ранее нарушения идентичности. Важным эффектом является устранение диффузности идентичности. В ходе репетиционного процесса пациент начинает более четко определять, какие аспекты роли созвучны его личности, а от каких он может однозначно дистанцироваться.

Аплодисменты, эмоциональная поддержка группы способствуют преодолению скованности и страха перед общением. Результатом является повышение самооценки и адаптивности поведения в целом. Здесь театр-терапия оказывает побочный катарсический эффект.

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

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

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

## **ТАНЦ-ТЕРАПИЯ**

Танц-терапия – она из разновидностей невербальной терапии, которая

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

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

- восстановление гармонии между душой и телом;
- стимулирование пациента видеть различия между фантазией и реальностью;
- экстернализирование личных эмоциональных конфликтов и придание им физической формы для дальнейшей конструктивной переработки;
- задействование разных форм движений для понимания и принятия



себя как единого целого человека (Bernstein P.L., 1979).

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

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

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

### **Методика проведения занятий**

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

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

Пациенты рассаживаются в круг, внутри которого исполняется танец каждым из больных поочередно. Задача танцующего – в свободной импровизации перевести на язык своей индивидуальной пластики то настроение и чувства, которые навеивает музыка. Задача ведущего — сообщить пациентам, что от каждого

ождается не исполнение каких-то балетных па, а свободная, произвольная двигательная непринужденность в единении с музыкой, в которую он погружен всей душой и телом. Первым, в качестве образца, может выступить психотерапевт. Продолжительность танца не регламентируется.

Каждое выступление завершается его обсуждением всеми членами группы и психотерапевтом. Главная его задача – эмоциональная поддержка выступавшего. Критические замечания нежелательны. В процессе обсуждения больной должен узнать, насколько ему удалось быть свободным и непринужденным, насколько движения были разнообразны и согласованы с музыкой в ритмическом и содержательном отношении. Существенным элементом эмоциональной поддержки является сообщение о том, насколько передалось окружающим эмоциональное оживление, испытываемое больным в ходе выступления. Важной характеристикой является то, насколько пластика движений оказалась созвучной участникам группы и в то же время - что здесь было неожиданным, присущим индивидуальности выступавшего. Сам пациент сообщает о своих ощущениях в ходе танца и после него – что ему удалось выразить пластикой, какие ассоциации при этом возникли, снизилось ли напряжение, насколько внутренне свободным и уверенным он себя почувствовал, повысилось ли настроение, удалось ли отреагировать какие-то эмоции, не находившие вербального выражения.

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

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

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

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Представленные социотерапевтические подходы ориентированы на работу с больными шизофренией, аффективными расстройствами, расстройствами личности

и расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ. Описанные методы являются социотерапевтической составляющей общего лечебного комплекса, наряду с параллельно проводимой психо- и психофармакотерапией. Целью их воздействия являются не симптомы болезни, а личностные нарушения, способствующие возникновению и рецидивированию заболевания. Их проведение осуществляется терапевтической бригадой в условиях тесного взаимодействия всех ее членов с постоянным обменом информацией обо всех пациентах, участвующих в лечебном процессе. Такое построение лечебной программы дает возможность достичь положительных изменений системы адаптационно-компенсаторных механизмов пациентов, а на манифестном уровне добиться улучшения их проблемно-решающего поведения. Кроме того, для части больных – это становится «входом» для возможности использования эксплорационных методов психотерапии.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аммон Г. Динамическая психиатрия. - СПб.: Изд-во СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.- 1995.-198 с.
2. Бабин С.М. Психотерапия психозов: практическое руководство. - СПб.: СпецЛит.- 2012.- 336с.
3. Бек Дж. Когнитивная терапия: полное руководство. — М.: «Вильямс», 2006. — С. 400.
4. Вид В.Д. Раскрывающая реконструктивная психотерапия больных малопрогредиентной шизофренией. - Методические рекомендации. - Л.: 1991.- 21с.
5. Вид В.Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении. - СПб.: 1993.- 236с.
6. 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.
7. Гусева О.В. Краткосрочная фокальная психотерапия психодинамической ориентации при шизофрении: пособие для врачей. – СПб.: Изд-во СПбНИПНИ

- им. В.М. Бехтерева, 1999. – 39 с.
8. Гусева О.В., Коцюбинский А.П. Интегративная модель психотерапии эндогенных психических расстройств: руководство для врачей. – СПб.: СпецЛит.-2013.-287с.
  9. Еричев А.Н. Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией / Соц. и клин.психиатрия. -2007.-Т. 17.- Вып.1.-С.43-47.
  10. Еричев А.Н., Моргунова А.М., Коцюбинский А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия больных с параноидным бредом. Российский психиатрический журнал.-№4.-ГЭОТАР – Медиа.-М.: 2011.- С.45-50.
  11. Коцюбинский А.П. и др. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание – СПб.: Гиппократ+, – 2004. – 336 с.
  12. Коцюбинский А.П. и др. Аутохтонные не психотические расстройства /Под ред. А.П.Коцюбинского – СПб:СпецЛит, 2015. – 494 с.
  13. Старшенбаум Г.В. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия.- М.; Изд-во Высшей школы психологии. - 2003.- 367 с.
  14. Финзен А. Психоз и стигма. Преодоление стигмы- отношение к предубеждениям и обвинениям.- М.: Алетейя, 2001.-216с.
  15. Maldionidi С. Handbook of the art therapy.- New York, NY: Guildford Publications. Inc, 2003.
  16. Jones P. Drama as therapy: Theatre as living. - New York: Routledge. 1996.
  17. Kedem-Tahar E., Kellermann P.F. Psychodrama and drama therapy: a comparison.- The Arts in Psychotherapy. – 1996 Dec; 23(1): 27-36.
  18. Crawford M., Patterson S. Arts therapies for people with schizophrenia: an emerging evidence base.- Evid Based Ment Health. 2007 Aug; 10(3): 69-70.
  19. Ruddy R., Dent-Brown K. Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illness (review).- Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007; Iss.1.