

Геннадий  
Старшенбаум

ПСИХОЛОГИЯ.  
ВЫСШИЙ КУРС

18+

# САМАЯ ПОЛНАЯ ЭНЦИКЛОПЕДИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТА



---

## КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

---

**Геннадий Владимирович Старшенбаум**  
**Самая полная энциклопедия**  
**психотерапевта.**  
**Клиническая психология**  
**Серия «Психология. Высший курс»**

*Текст предоставлен правообладателем*

*[http://www.litres.ru/pages/biblio\\_book/?art=63636251](http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=63636251)*

*Самая полная энциклопедия психотерапевта. Клиническая психология:*

*АСТ; Москва; 2021*

*ISBN 978-5-17-134630-0*

### **Аннотация**

Перед вами – современное практическое руководство по диагностике и психотерапии психических расстройств. Его автор – профессор Московского института психоанализа Г. В. Старшенбаум, психиатр-психотерапевт высшей квалификации, перу которого принадлежат признанные читателями и научным сообществом учебно-практические руководства по различным разделам психотерапии.

Руководство соответствует стандартам Международной классификации болезней 11-го пересмотра МКБ-11 (с учетом обновлений, вступающих в силу в 2022 году) и дополнено сведениями из DSM-5 (Справочника по диагностике и статистике

психических расстройств Американской психиатрической ассоциации).

В книге приведены диагностические критерии расстройств, описаны их клиника и течение, проанализирована психодинамика и указаны методы психотерапии, материал дополнен клиническими иллюстрациями. Руководство снабжено словарем специальных терминов, приводится библиография на русском языке за последние 20 лет.

В формате PDF A4 сохранен издательский макет книги.

# Содержание

Основные принципы МКБ-11	9
Общие вопросы психотерапии	14
Когнитивно-поведенческая терапия	15
Суггестивная терапия	21
Психоанализ	30
Экзистенциально-гуманистический подход	34
Групповая терапия	39
Тренинговые группы	40
Групп-анализ	47
Экзистенциальная группа	53
Семейная терапия	56
Супружеская терапия	58
Детско-родительская терапия	70
Семейная терапия	76
Нейрогенные расстройства развития	94
Расстройство интеллектуального развития	96
Диагностические критерии DSM-5	96
Клиника	97
Расстройства развития речи и языка	100
Клиника речевых расстройств	100
Психотерапия заикания	103
Клиническая иллюстрация	109
Расстройства аутистического спектра	113

Диагностические критерии DSM-5	114
Расстройство развития навыков обучения и координации движений	119
Расстройство дефицита внимания с гиперактивностью	124
Клиника и лечение РДВГ	126
Расстройство стереотипных движений	135
Первичные тики или тиковые расстройства	137
Шизофрения и другие первичные психотические расстройства	140
Шизофрения	142
Клиника шизофрении	143
Течение шизофрении	146
Принципы психотерапии	151
Конец ознакомительного фрагмента.	159

# **Геннадий Владимирович Старшенбаум Самая полная ЭНЦИКЛОПЕДИЯ психотерапевта**

## **Клиническая психология**

Геннадий Владимирович Старшенбаум – практикующий психиатр-психотерапевт высшей категории, кандидат медицинских наук. Много лет проработал в качестве психотерапевта, заведующего психоневрологическим диспансером, наркологическим отделением и отделениями пограничных состояний, заместителя главного врача психиатрической больницы по лечебной части, руководителя отдела суицидологии Московского НИИ психиатрии. В настоящее время является профессором Института Психоанализа, где ведет, в частности, курс «Общая психопатология и психодинамическая психиатрия».

Им опубликован ряд научных монографий и учебно-практических руководств: «Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия», «Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей», «Суицидология и кризисная пси-

хотерапия», «Психосоматика и психотерапия», «Психологический тренинг», «Энциклопедия начинающего семейного психолога», «Большая энциклопедия начинающего психолога» и др.

Новая книга Г. В. Старшенбаума «Клиническая психология и психотерапия» обобщает и систематизирует материал, изложенный в перечисленных изданиях. Описаны клинические особенности, диагностические критерии, течение и психодинамика расстройств, приведены соответствующие методы психотерапии, в том числе – разработанные автором. Книга проиллюстрирована большим количеством случаев из практики и снабжена словарем специальных терминов. Сочетание клинического, психологического и психотерапевтического подхода, индивидуализированный выбор терапии на основе дифференциальной диагностики и анализа глубинных механизмов психического расстройства делают это руководство настольной книгой как для студентов, так и для опытных специалистов.

Учащимся оно поможет усвоить материал и сдать экзамены по психиатрии. Профессионал найдет в нем самые современные данные о психических расстройствах и методах дифференцированной клинической психотерапии. Человек, интересующийся проблемами душевной жизни, получит возможность заглянуть в свои самые таинственные уголки и тем самым лучше понять себя и других людей.

В качестве стержневой оси построения руководства

использована Международная Классификация Болезней МКБ-11, которая будет введена в практику с 1 января 2022 года. Теоретической основой руководства является психоанализ, поэтому все расстройства рассматриваются через призму DSM-5 – последней редакции Справочника по диагностике и статистике психических расстройств Американской психиатрической ассоциации, еще не переведенного на русский язык.

Структура книги подчинена единому принципу: каждая тема начинается с диагностики расстройства, затем описываются его клинические и психодинамические особенности, приводятся современные методы психотерапии и в заключение анализируется клинический случай.

E-mail: [star.39@mail.ru](mailto:star.39@mail.ru)



# Основные принципы МКБ-11

На смену Международной классификации 10-го пересмотра МКБ-10, принятой в 1992 г., пришла МКБ-11 (ICD-11 MMS: ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics). В основу класса «Расстройства психики, поведения и нейроразвития» в МКБ-11 положено Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 5-го пересмотра Американской психиатрической ассоциации DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.).

В соответствии с МКБ-11 расстройства психики, поведения и нейроразвития характеризуются клинически значимыми нарушениями в познании человека, его эмоциональной регуляции или поведении, которые отражают дисфункцию в психологических или биологических процессах или процессах развития, лежащих в основе психического и поведенческого функционирования. Эти нарушения, как правило, связаны со стрессом или нарушениями в личных, семейных, социальных, образовательных, профессиональных или других важных областях функционирования.

Диагностические категории в МКБ-11 упорядочены с точки зрения их развития: расстройства нейроразвития располагаются в начале, а завершают классификацию нейрокогнитивные расстройства, которые представляют собой сниже-

ние ранее достигнутого уровня функционирования.

Расстройства сгруппированы на основе предполагаемых общих причин (например, расстройства, связанные со стрессом), а также внешних проявлений (например, диссоциативные расстройства). Для диагностики расстройства требуется нарушение функционирования в личной, семейной, социальной, учебной, рабочей и других областях жизни. Учитывается степень тяжести: легкая, умеренная, тяжелая. Во многих случаях вводится уточнение: с психотическими нарушениями или без них.

В соответствии с подходом МКБ-11, нацеленным на весь жизненный период, в книге отсутствует выделение детских расстройств. Например, расстройства питания и приема пищи объединены в знак признания взаимосвязи этих расстройств на протяжении всей жизни. На этом же основании эмоциональные расстройства детского возраста включены в группу тревожных или связанных со страхом расстройств.

Не используется устаревшее категоричное разделение между соматическими и психогенными, органическими и неорганическими расстройствами. Акцент делается на внутренней картине болезни. Так, ипохондрия диагностируется не по отсутствию медицинских доказательств, а по наличию страха перед болезнью. Агорафобия (греч. agora – площадь) вопреки названию описывается не как страх открытых пространств, в которых проявляются симптомы расстройства, а как страх не вырваться из людской толпы, не получить необ-

ходимую помощь или опозориться.

Для диагностики анорексии не требуется наличия выраженного эндокринного расстройства, потому что последнее наблюдается не во всех случаях анорексии и, даже если признаки его присутствуют, это является следствием низкого веса, а не отличительной чертой расстройства. Диагноз нервной булимии не требует приступов переедания и может быть диагностирован на основе того, что человек обеспокоен потерей контроля за приемом пищи независимо от того, сколько он съел на самом деле.

Устранены все подтипы шизофрении и личностных расстройств из-за отсутствия у них прогностической достоверности или пользы в выборе лечения. Химические зависимости рассматриваются не как следствие употребления психоактивных веществ, а в контексте аддиктивного процесса. В группу аддиктивных расстройств включено игровое расстройство на основании общих патофизиологических механизмов и клинического течения.

Из класса «Расстройства психики, поведения и нейроразвития» выведены в качестве самостоятельных классов расстройства сна-бодрствования и состояния, относящиеся к сексуальному здоровью: сексуальные дисфункции, гендерное несоответствие и парафилии.

# Сравнительная характеристика рубрик МКБ-10, DSM-5 и МКБ-11

МКБ-10	DSM-5	МКБ-11
Умственная отсталость. Нарушения психологического развития. Гиперкинетические расстройства. Тикозные расстройства. Стереотипные двигательные расстройства	Расстройства нейроразвития	Расстройства нейроразвития
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	Расстройства шизофренического спектра и другие психотические расстройства	Шизофрения или другие первичные психотические расстройства. Кататония
Аффективные расстройства	Биполярные и связанные с ними расстройства. Депрессивные расстройства	Расстройства настроения
Тревожно-фобические и другие тревожные расстройства. Эмоциональные расстройства детского возраста	Тревожные расстройства	Тревожные или связанные со страхом расстройства
Обсессивно-компульсивное расстройство	Обсессивно-компульсивные и связанные с ними расстройства	Обсессивно-компульсивные или сходные расстройства

Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации	Расстройства, связанные с психическими травмами и стрессорами	Расстройства, непосредственно связанные со стрессом
Диссоциативные расстройства	Диссоциативные расстройства	Диссоциативные расстройства (включена деперсонализация-дереализация)
Расстройства приема пищи. Расстройство питания в раннем детском возрасте	Расстройства питания и приема пищи	Расстройства питания и приема пищи
Неорганический энурез. Неорганический энкопроз	Расстройства выделения	Расстройства выделения
Соматоформные расстройства. Неврастения	Расстройства, связанные с соматическими симптомами	Расстройства соматических ощущений или телесного дискомфорта
Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ	Связанные с веществами и аддитивные расстройства	Расстройства, обусловленные употреблением психоактивных веществ или аддитивным поведением
Расстройства привычек и влечений	Расстройства разрушения, нарушения контроля импульсов и действий	Расстройства контроля импульсов
Оппозиционно-вызывающее расстройство у детей и подростков	Расстройства разрушения, нарушения контроля импульсов и действий	Расстройства разрушительного или диссоциального поведения
Расстройства личности и поведения у взрослых	Расстройства личности	Расстройства и акцентуации личности
Парафилии	Парафильные расстройства	Парафильные расстройства
Симулятивное расстройство	Имитационное расстройство (включено в «Расстройства, связанные с соматическими симптомами»)	Имитационное расстройство
Органические психические расстройства	Нейрокогнитивные расстройства	Нейрокогнитивные расстройства
Расстройства сна неорганической природы	Расстройства сна-бодрствования	Раздел «Расстройства сна-бодрствования»
Половая дисфункция	Сексуальные дисфункции	В разделе «Состояния ст...

# Общие вопросы психотерапии

Дж. Мармор (1998) выделяет семь общих знаменателей различных терапевтических подходов:

- 1) хорошие отношения и сотрудничество между терапевтом и пациентом;
- 2) ослабление напряжения на начальной стадии, связанное с надеждой на получение помощи;
- 3) получение информации от терапевта;
- 4) оперативное изменение поведения за счет одобрения или неодобрения терапевта;
- 5) приобретение социальных навыков на модели терапевта;
- 6) убеждение и внушение, в том числе скрытое;
- 7) тренинг навыков адаптации при условии эмоциональной поддержки терапевтом.

# Когнитивно-поведенческая терапия

Целью когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) является коррекция неадекватных когниций (понятий, значений). Главными задачами при этом становятся осознание правил неверной обработки информации и замена их на правильные. От пациента требуется безусловное принятие положения: «Чтобы изменить чувства, надо изменить вызвавшие их идеи».

*Операционализация поведения* позволяет очень четко определить проблему и осуществить анализ поведения, представив его в виде цепи отдельных операций. *Функциональный анализ* предполагает отслеживание последовательности событий и осуществляется по трехчленной формуле: предыстория; результирующее поведение; последствия данного поведения.

Самым распространенным подходом является ***оперантное обусловливание***, когда используемые подкрепители могут быть материальными или социальными. При этом похвала и внимание могут оказаться столь же эффективными, как деньги или сладости.

Оперантные техники подразделяются на формирование, использование символических наград, заключение взаимовыгодных контрактов, управление ситуацией и тайм-аут. *Формирование* состоит из подкрепления изменений неболь-

шими шагами, которые постепенно приближают к намеченной цели. Использование символических наград означает, что для поощрения ребенка за успешное поведение используется система баллов.

*Заключение взаимовыгодных контрактов* включает соглашение с родителями о принятии необходимых изменений вслед за изменениями, происшедшими у их детей. *Управление ситуацией* заключается в использовании или прекращении использования наград и наказаний в зависимости от поведения ребенка. *Тайм-аут* – это наказание, при котором детей заставляют стоять в углу или отправляют в свою комнату.

Техники *респондентного обусловливания* включают модификацию физиологических реакций. Здесь наиболее часто используются систематическая десенсибилизация, тренинг уверенности в себе (ассертивный тренинг), терапия по выработке отвращения (аверсивная терапия) и секстерапия.

*Систематическая десенсибилизация* – это постепенное погружение в воображаемую проблемную ситуацию в состоянии безопасности и релаксации. *Ассертивный тренинг* направлен на выработку умений выдвигать требования, отказываться и критиковать, смело устанавливать контакт, открыто обращать внимание на себя, собственные цели и интересы и позволять себе ошибаться. *Аверсивная терапия* заключается в формировании рефлексорной реакции отвращения на дисфункциональный ранее привлекательный возбудитель.



В *секстерапии* подбирают ориентированную на данную пару программу упражнений для перехода от оргазмоцентрического подхода к межличностному, повышения уверенности в своем праве на чувственное удовольствие, улучшения контроля над собственными ощущениями и обратной связи в процессе полового акта, ликвидации тревожного ожидания неудачи.

**Когнитивно-аффективные** техники включают прерывание мыслей, рационально-эмоциональную терапию, моделирование А. Бандуры, когнитивную реатрибуцию и самомониторинг.

*Прерывание мыслей* состоит в осознании и волевой остановке дисфункциональной мысли. *Рационально-эмоциональная терапия* А. Эллиса включает в себя личностную оценку события, выявление иррациональных установок по отношению к нему и их сознательную коррекцию. После этого проблемная ситуация многократно моделируется для тренировки контроля эмоций и формирования конструктивных установок.

В *моделировании Бандуры* применяются следующие приемы:

1. Пациент в состоянии релаксации при закрытых глазах подробно описывает вслух стрессовую ситуацию.
2. Психотерапевт подготавливает альтернативное решение проблемы.
3. Пациент осуществляет дома выборочную пробу пере-

живаний.

4. Достигнутые результаты описываются в дневнике и обсуждаются с психотерапевтом.

5. Пациент заучивает вслух альтернативный диалог, предложенный психотерапевтом.

*Когнитивная реатрибуция* – это процесс активного изменения дезадаптивных паттернов мышления и замещения их конструктивными мыслями и установками. Психотерапевт помогает пациенту выявить несостоятельные когнции, например необоснованные представления о своем супруге или ребенке, которыми пациент привычно обосновывает свое чувство враждебности или вины и неполноценности. Эта цепочка представлений замещается реалистичным, более содержательным и многосторонним представлением, здравыми суждениями. Новые атрибуты закрепляются в дискуссии, ролевой игре, в повседневной жизни.

*Самомониторинг* – это наблюдение и регистрация собственного поведения, которое человек хочет изменить. Чтобы научить клиента самомониторингу, терапевт вначале демонстрирует образец самомониторинга сам, затем пациент практикует самомониторинг под наблюдением и с предоставлением обратной связи от терапевта.

**Нарративная терапия** заключается в том, что клиент осмысливает и выстраивает свою жизнь на основе нарративов – историй, которые ему рассказывали и которые он сам

рассказывает о мире и себе. В стратегии нарративной психотерапии выделяют три стадии. На первой стадии психотерапевт имеет дело с проблемным нарративом, причем его мало интересуют причины проблемы. Далее он выявляет исключения: частичные победы над неприятностями и примеры эффективных действий. И наконец, это поддержка. Терапевт поощряет проиграть ситуацию как движение к социально поддерживаемому действию.

Тактика нарративной психотерапии предполагает использование тщательно разработанной серии вопросов.

1. Деконструктивные вопросы экстернализируют проблеме, выводят ее вовне: «Что вам нашептывает депрессия?», «К каким выводам вы пришли из-за данной проблемы?».

2. Вопросы, открывающие новое пространство; они выявляют уникальные эпизоды: «Бывали ли времена, когда проблема могла бы испортить вашу жизнь, но ей это не удалось?»

3. Вопросы предпочтения помогают убедиться в том, что уникальные эпизоды представляют собой предпочтительный опыт: «Улучшил иной образ действий положение вещей или ухудшил?», «Было это положительным или отрицательным событием?».

4. Вопросы о развитии повествований, цель которых – создать новое повествование на основе предпочтительных уникальных эпизодов: «Чем это отличается от того, что вы сделали бы прежде?», «Кто сыграл роль в формировании тако-

го образа действия?», «Кто первым заметит произошедшие в вас положительные изменения?».

5. Вопросы о смысле задаются для того, чтобы можно было преодолеть негативный взгляд на себя и подчеркнуть положительные стороны: «О каких ваших особенностях говорит тот факт, что вы сумели справиться с этим?»

6. Вопросы, способствующие перенесению повествования на будущее, предназначены для того, чтобы поддержать изменения и подкрепить позитивное развитие: «Каким вам видится наступающий год?»

# Суггестивная терапия

Л. Вольберг (Wolberg, 1980) описывает четыре этапа краткосрочной **гипносуггестивной психотерапии**.

1. Поддерживающая фаза, во время которой достигается гомеостаз благодаря «заживляющему» влиянию отношений с терапевтом, плацебо-эффекту терапевтического процесса (ожиданию улучшения) и облегчающему эффекту катарсиса (эмоционального отреагирования).

2. Апперцептивная фаза, характеризующаяся способностью к пониманию, даже минимальному, смысла симптомов в терминах актуального конфликта, основных личностных потребностей и психологических защит.

3. Фаза действий, заключающаяся в изменении определенного невротического паттерна, проявляющемся затем в различной перспективе.

4. Интегративное переучивание, которое происходит после окончания терапии на основе цепи реакций, начавшейся во время терапии.

Для ускорения терапевтического процесса автор применяет следующие процедуры.

- Установление раппорта (безусловного доверия к терапевту).
- Описание области проблемы как фокуса для вскрытия.

- Выделение с клиентом рабочей гипотезы о психодинамике его трудностей.
- Интерпретация сновидений.
- Максимально быстрое преодоление сопротивления.
- Выделение в качестве терапевтических мишеней таких симптомов, как чрезмерное напряжение, тревога и подавленность, навязчивые страхи и иррациональные убеждения.
- Обучение клиента достижению инсайта как корригирующей меры.
- Составление клиентом плана действий для достижения желаемых изменений.
- Поиск элементов переноса и разрешение его прежде, чем он укрепитсЯ.
- Поддержка развития жизненной философии.

М. Эриксон (2013) описывает четыре метода краткосрочной гипнотерапии.

**1. Замена симптома:** пациент представляет ситуацию, в которой невозможна коррекция вызывающей причины, а терапевт заменяет нарушение функции сравнительно безобидным симптомом, который принимается пациентом.

**2. Трансформация симптома:** терапевт использует невротическое поведение, трансформируя личностные намерения, которые оно изначально обслуживало, без коренного изменения самой симптоматики.

**3. Улучшение симптома:** терапевт оставляет весь син-

дром, но смягчает его.

**4. Коррекция эмоциональных реакций:** пациент включается в интенсивные эмоциональные проблемы, терапевт создает атмосферу для изменений эмоциональных реакций.

М. Эриксон разработал способы наведения транса, которые делают психотерапевта более похожим на пациента и формируют у пациента бессознательное ощущение, что психотерапевт «свой», создают между ними лучший контакт и доверие. Чаще всего используются подстройки по телу (поза и жесты), подстройки по дыханию, по используемому в общении словарю, по голосу и речи, по ценностям.

Применяются следующие способы наведения транса.

- Вербализация – словесное обозначение наблюдаемых двигательных и вегетативных реакций пациента.
- Невербальная подстройка – синхронизация дыхания, ритма речи и раскачиваний терапевта с ритмом дыхания пациента.
- Невербальное ведение – замедляя свое дыхание и речь, терапевт замедляет и ритм дыхания пациента.
- Последовательное наложение сенсорно-репрезентативных систем (осязательной, слуховой, зрительной): «Вы чувствуете...», «Отчетливо слышите мой голос...», «Перед вашим мысленным взором...» и т. д.
- Воспроизведение предшествующего транса – воссозда-

ние и закрепление воспоминаний трансовых состояний, возникавших при езде в транспорте и в других естественных условиях.

- Метод «якоря» – на первом сеансе формируется рефлекс: «якорь» (усаживание в кресло, прикосновение терапевта и т. п.) и наведение транса.
- Описание обычно наблюдающихся реакций при погружении в транс.
- Рычажное поведение – пациенту предлагают вытянуть руку перед собой и связывают постепенное опускание руки с погружением в транс.
- Разрыв шаблона – целенаправленно прерываемое автоматизированное действие ведет к мгновенному трансу (например, терапевт приветственным жестом протягивает к пациенту руку, но перед рукопожатием отводит ее).
- Метод перегрузки – в быстром темпе подаются противоречивые инструкции, приводящие пациента в замешательство, после чего формулировки становятся более упорядоченными и способствуют установлению раппорта (гипнотической связи).
- Двойное наведение – по другую сторону от пациента находится ассистент, пациент слышит одновременно два текста внушения транса – то параллельных, то расходящихся по содержанию; транс наступает через 1–2 минуты.

Ассистент контролирует ситуацию при возникновении



неизбежных трансовых состояний у ведущего терапевта. Это способствует раскрепощению интуиции гипнотерапевта, повышению его сенсорной восприимчивости и подсознательной подстройки к пациенту.

Взамен директивных формул, классической гипнотерапии, направленных на устранение или ослабление симптомов, используются расплывчатые формулировки, позволяющие клиенту интуитивно наполнять их наиболее полезным для себя содержанием.

Доступ к скрытым ресурсам обеспечивают приемы отождествления с «образом достижения», «путешествие во времени», «наложение образов». Широко используется рассказывание пациенту, находящемуся в состоянии легкого транса, историй со «встроенными сообщениями и командами», которые выделяются голосом, жестом или прикосновением.

Гипнотерапия остается высокоэффективным методом лечения диссоциативной амнезии, диссоциативного расстройства идентификации (расстройства множественной личности), заикания, энуреза, курения, булимии и ожирения, соматоформных расстройств, психосоматических болезней, сексуальных дисфункций, а также применяется для снятия болевого синдрома и тревоги в акушерстве, когда фармакологические средства могут повредить плоду. В Германии гипноз применяют в стоматологии.

У истероидных личностей при гипнотизации возможны

такие осложнения, как возбуждение, припадки, спонтанный сомнамбулизм, потеря раппорта, переход сомнамбулизма в непробудный сон (гипнотическую летаргию). Описана также невротическая гипномания (зависимость от гипнотического состояния, напоминающая наркотическую) и гипнофобия (навязчивый страх гипноза). У пограничных личностей может развиваться некритический эротический перенос. У параноидных пациентов могут усилиться идеи воздействия. Нарциссические и шизоидные пациенты впадают в выраженную зависимость от гипнотерапевта, приписывают ему всемогущество.

Соматические больные нередко отказываются от необходимых лекарств и позволяют себе чрезмерные физические нагрузки, что приводит к усложнению основного заболевания. Прекращение гипнотерапии может сопровождаться синдромом отмены (абстиненции) с колебаниями настроения от тоски до агрессии, обострением первичной симптоматики, а в отдельных случаях – развитием острых психотических состояний.

Большинство описанных отрицательных последствий гипнотерапии возникает вследствие недостаточной профессиональной компетентности гипнотерапевта, поэтому не так давно гипнотерапией могли заниматься лишь прошедшие соответствующую специализацию врачи (как правило, психиатры).

Ассистентка стоматолога вводит в транс пациентку и

в заключение внушает:

– Если вы почувствуете боль, ваша рука сама поднимется.

К креслу пациентки подходит врач, ее рука поднимается и обхватывает его мужское достоинство.

Пациентка произносит сонным голосом:

– Доктор, мы же не будем делать друг другу больно?

**Аутотренинг (АТ)** по сравнению с гипнотерапией требует более активной установки клиента, исключает его зависимость от терапевта. Подразумевается, что человек по собственному желанию может управлять своим бессознательным, достаточно лишь подсказывать ему нужные формулы самовнушения.

Лечебный механизм аутотренинга связан с развивающейся в результате мышечной релаксации нейтрализацией стрессового состояния и уменьшением общей тревожности. Выделяют две ступени АТ: низшая АТ-1 (вегетативная саморегуляция) и высшая АТ-2 (аутогенная медитация, психическая саморегуляция в состоянии транса).

АТ-1 состоит из шести стандартных упражнений, которые выполняются в позе кучера на облучке, полулежа или лежа:

- 1) тяжесть в конечностях;
- 2) тепло в конечностях;
- 3) регуляция сердечного ритма;
- 4) регуляция дыхательного ритма;
- 5) тепло в области живота;

б) прохлады в области лба.

Работа над каждым упражнением занимает примерно две недели, весь курс АТ-1 длится около 3 месяцев. Упражнения выполняются путем мысленного повторения соответствующих формул самовнушения. Х. Клейнзорге и Г. Клюбмиес (1965) внедрили в терапевтическую практику направленную органотренировку – модификацию АТ-1 для определенных психосоматических расстройств.

Упражнение «Покой» уменьшает мышечное напряжение, успокаивает и улучшает сон, «Сосуды» – снижает давление, «Сердце» – улучшает кровообращение миокарда и восстанавливает сердечный ритм, «Легкие» – помогает при бронхальной астме, «Живот» – при нарушениях пищеварения, выделения и половых расстройствах, «Голова» – при головной боли, мигрени, гипотонии. Эти упражнения в авторской модификации удобно использовать с помощью моей аудиокниги «Психосоматика и психотерапия».

АТ-2 является по сути аутопсихоанализом в состоянии медитации и состоит из семи упражнений «высшей школы» И. Шульца: фиксация спонтанных цветовых представлений; вызывание определенных цветовых представлений; визуализация конкретных предметов; сосредоточенность на зрительных образах – символах абстрактных понятий; концентрация пассивного внимания на произвольно вызываемых эмоционально значимых ситуациях; вызывание образов других людей; «ответ бессознательного» на вопросы «Чего я

хочу?», «В чем моя проблема?» и т. п. Бессознательное отвечает потоком образов, в которых пациент видит себя со стороны в различных ситуациях. В результате наступают катарсис и аутогенная нейтрализация, то есть излечение. Эти и другие методы работы с образами подробно изложены в моей книге «Психоанализ сновидений».

— Теперь мой сын занимается медитацией. Я, правда, не знаю, что это такое, но, во всяком случае, лучше уж медитировать, чем сидеть сложа руки.

# Психоанализ

Психоанализ рассматривает человека как управляемого своими инстинктами к жизни и смерти. Причина заболевания видится в подавлении Суперэго сексуальных и враждебных инфантильных влечений. Цель терапии состоит в превращении бессознательного в сознательное, преодолении детской амнезии, раскрытии вытесненных воспоминаний. В современной психодинамической терапии используется ранняя интерпретация переноса, проводится его анализ в течение всего лечения, бессознательные конфликты переводятся в терминологию объектных отношений. Внимание больше фокусируется на эмоциональном опыте пациента, повышается значение анализа контрпереноса и контрсопротивления терапевта. Меньше внимания уделяется генетическому (историческому) материалу, особенно на ранних стадиях работы. Изменяется акцент с формирования невроза переноса на его разрешение. В связи с этим интерпретируется сопротивление разрешению переноса, в том числе смещение внимания вовне и в прошлое, анализируются трансферентные остатки и проблема замещения аналитика.

**Перенос** – восприятие вместо реального человека какой-то значимой фигуры из своего прошлого. Благодаря раппорту клиент воспринимает терапевта как родительскую фигуру, в гипнозе он бездумно выполняет внушения суггесто-

ра, этому могут помешать его самовнушения. В гипнозе они недоступны контролю терапевта, а в психоанализе дело облегчает сознательный диалог.

Невроз переноса воспроизводит детско-родительский конфликт клиента в процессе анализа. Например, в эдиповом конфликте инцестуозные импульсы блокировались страхом инцеста и кастрации. Оживлению этого конфликта способствует фрустрация, отказ аналитика безмерно удовлетворять перенапряженную потребность клиента в самоотверженной любви со стороны родительской фигуры. Терапевтическая работа переносится в сферу выявления, осмысления и преодоления невроза переноса.

Клиенты с пограничной и нарциссической личностной организацией демонстрируют не перенос, а отыгрывание в переносе, которое является и стилем взаимоотношений с терапевтом, и стилем защиты от базовой тревоги и депрессии. Клиент ничего не вспоминает, но повторяет, «отыгрывает» вытесненные переживания в переносе. Если же повторяющиеся аффективные реакции пациента не находят разрядки в отыгрывании в переносе, они ведут к оживлению чувств и воспоминаний, что приводит к стадии проработки базовой тревоги и депрессии.

**Интерпретация** – расшифровка смысла чего-то сложного для понимания клиента, процесс разъяснения и толкования полуосознанного материала. Хорошая интерпретация вызывает удовлетворение: «Я знаю, что ты знаешь, что

я знаю».

**Инсайт** (insight – англ. прозрение, озарение) – осознание и изменение мотивов защитного поведения. Интеллектуальный инсайт – способность понимать, грамотно формулировать свою симптоматику и держать под контролем эмоционально заряженный материал. Эмоциональный инсайт – способность ощутить такой материал «до глубины души».

**Соппротивление** – противодействие осознанию бессознательного материала в процессе психоанализа, неприятие интерпретаций аналитика. З. Фрейд (Freud, 1926) выделил пять видов сопротивлений, исходящих из Я, Оно и Сверх-Я. Из Я исходят три вида сопротивлений, выражающихся в форме вытеснения, переноса и выгоды от болезни. Из Оно – четвертый вид сопротивления, связанный с навязчивыми повторениями и требующий для его устранения тщательной проработки. Из Сверх-Я – пятое сопротивление, обусловленное сознанием вины, чувством вины или потребностью в наказании и противящееся всякому успеху, в том числе и выздоровлению с помощью анализа.

Для преодоления сопротивления З. Фрейд (Freud, 1910) рекомендует выполнить два условия. Во-первых, благодаря соответствующей подготовке пациент сам должен был подойти к забытому травматическому материалу. Во-вторых, он должен настолько осуществить перенос на врача, что его чувства к врачу сделают невозможным новое бегство в болезнь.



**Контрперенос** – перенос аналитика на клиента. Для начинающих аналитиков характерны следующие типы контрпереносных реакций.

- Реалистичная реакция-ответ (симпатия к привлекательной клиентке, робость перед агрессивным клиентом).
- Реакция на перенос (клиент соблазняет психолога и вызывает у него возбуждение и испуг; клиент льстит психологу и провоцирует его напыщенность).
- Реакция-ответ на материал, вызывающий затруднения у психолога (клиент переживает горе, а психолог сам еще не оправился от смерти близкого человека).
- Характерологические реакции-ответы психолога (соперничество с клиентом своего пола, потребность в восхищении клиента другого пола).

Встречаются два психоаналитика:

- Говорят, ты женился? На ком?
- Да, женился. Правда, она грязнуля, некрасивая и готовить не умеет – но зато какие видит сны!

# Экзистенциально-гуманистический подход

Основные положения экзистенциально-гуманистического направления таковы (А. Е. Айви и др., 1999).

- Мы существуем в мире.
- Наша задача – постичь смысл этого.
- Мы познаем себя в отношениях с миром, в частности, через отношения с другими людьми.
- Тревожность есть либо результат отсутствия этих отношений с самим собой, с другими, с миром в целом, либо неудач в выборе и принятии решений.
- Мы ответственны за то, как мы конструируем мир.
- Хотя мир есть то, что взаимодействует с нами, мы сами решаем, что значит этот мир, и именно мы придаем ему упорядоченность.
- Задача психотерапевта – как можно полнее понять мир клиента и поддержать его во время принятия решения.

Экзистенциальная терапия по И. Ялому (2000) преследует следующие цели: 1) стать честным по отношению к себе; 2) расширить свое видение личных перспектив и окружающего мира в целом и 3) прояснить, что придает смысл настоящей и будущей жизни. Ключевыми понятиями терапии служат: самосознание, самоопределение и ответственность,

одиночество и взаимосвязь с другими, поиск аутентичности и смысла, экзистенциальная тревога, смерть и небытие.

Основными задачами экзистенциальной терапии являются:

- расширение границ сознания и самопонимания;
- принятие ответственности за свою жизнь;
- развитие способности любить других и разрешать себе быть любимым;
- развитие способности радоваться жизни без чувства вины;
- развитие способности свободно выбирать и рисковать, принимая неизбежность переживания тревоги и вины;
- развитие чувства бытия;
- увеличение осмысленности жизни;
- развитие способности ориентироваться в реальном времени жизни.

В основе каждой терапевтической беседы лежит экзистенциальный парадокс в разных проявлениях: «жить – это умирать», «решиться на одно действие – значит, пропустить все другие возможности» и т. д. Терапевт исследует вопросы смысла и действия в окружающем мире, уделяя особое внимание взглядам клиента на мир. Необходимо помнить, что поиски смысла могут усилить тревожность и стать стрессообразующим фактором для человека с хрупкой психикой.

**Принятие** означает, что клиент имеет право чувствовать

и думать по-своему, и это не должно мешать сохранять к нему интерес и симпатию, даже когда терапевту не нравятся какие-то особенности его поведения. Принять неприятные стороны клиента – значит расширить самопринятие.

**Парадоксальное предписание** должно быть сформулировано по возможности в юмористической форме, при этом сталкиваются и взаимно нейтрализуются страх перед гиперболизированной опасностью и ирония по поводу доведенной до гротеска тревожной реакции. Парадоксальное намерение построено на том, что пациент должен захотеть, чтобы осуществили (при фобии) или чтобы он сам осуществил (при obsессии) то, чего он так опасается. Метод мобилизует возможности человека к самоотстранению и существенно помогает при лечении тревожной ипохондрии. Парадоксальные техники обладают очень мощным воздействием, и их нужно использовать с осторожностью.

Большое значение придается **терапевтическим метафорам**, что снижает сопротивление. Учитываются опасности **блокировки** процесса:

- вопросы, позволяющие терапевту лучше понять проблему (они приводят к интеллектуализации);
- любые версии, интерпретации, диагнозы (тогда ведущим становится терапевт);
- выбор темы терапевтом (давление на клиента);
- переключение внимания на собственный опыт (не является эмпатическим сопровождением клиента).

**Сопротивление** воспринимают как проявление силы и стремления к независимости. Однако выраженное упорное сопротивление, как и быстрое появление ярких признаков регресса с примитивными защитами, указывает на то, что клиенту или нужно больше поддержки, чем предусматривает экзистенциально-гуманистический подход, или требуется психодинамическая психотерапия.

Отличительной особенностью экзистенциально-гуманистической терапии является **личностная включенность терапевта** в отношения с клиентом, фокус на переживании «здесь – сейчас – с нами». Экзистенциальный терапевт не изучает клиента, не лечит его и не учит, а проживает с ним вместе час жизни, будучи самим собой, чтобы помочь и ему познать себя самого.

Терапевт должен осознавать, что блокирует его полное присутствие. Обычно это тревога, связанная с реальным противостоянием между двумя людьми, и самый удобный для профессионала способ защититься от нее – техничный взгляд на человека. Экзистенциальный терапевт должен быть зрелым человеком, стремящимся к полноте жизненных переживаний, прошедшим интенсивную супервизию и тренинги. Специалист со смутным представлением об этом подходе обманывает себя и своих клиентов и может представлять для них опасность.

Подробнее о методах индивидуальной психотерапии см.

мою книгу «Психотерапия для начинающих».

Большинство людей в действительности не хотят свободы, потому что она предполагает ответственность, а ответственность большинство людей страшит.

*З. Фрейд*

# Групповая терапия

Групповая терапия, как и индивидуальная, базируется на трех основных теоретических подходах. Поведенческий тренинг помогает аддиктам усилить самоконтроль в ситуациях искушения, тренинг социальной компетентности повышает уверенность в себе. Психоаналитический подход является теоретической основой группового психоанализа, трансактного анализа, психодрамы. На гуманистическом подходе основана идеология групп встреч, экзистенциальных и гештальт-групп.

# Тренинговые группы

В каждом занятии можно выделить следующие этапы:

- 1) постановка задачи, то есть определение поведения, которое нуждается в коррекции и тренинге;
- 2) инструктаж и обучение участников исполнению сцены запланированной ситуации;
- 3) разыгрывание ситуации;
- 4) моделирование желательного поведения;
- 5) отработка оптимального поведения в течение всего занятия;
- 6) получение обратной связи – поведение активных участников разыгрываемой сцены в конце занятия обсуждают остальные участники группы;
- 7) перенесение навыков из учебной ситуации в реальную жизненную обстановку. **Репетиция поведения** представляет собой методику ролевого проигрывания жизненных ситуаций. Группа обычно начинает с легких ситуаций, актуальных для большинства участников, и постепенно переходит ко все более сложным. Ключевыми компонентами методики являются моделирование, инструктаж и подкрепление.

*Моделирование* – это формирование лучшего способа поведения каждого участника группы в его конкретной ситуации.



*Инструктаж* включает советы, обратную связь и поддержку руководителя группы, который помогает участникам найти оптимальный выход из трудной ситуации.

*Подкрепление* – это одобрение или неодобрение той или иной формы поведения участника всей группой или руководителем.

**Ролевые игры** широко используются как дополнительные элементы в рамках поведенческой и разговорной терапии, как дидактический метод (в учебных заведениях, при супервизии и в балинтовской группе).

*Спонтанные игры* возникают в группе, уже имеющий определенный опыт в проведении ролевого тренинга. Участники по собственной инициативе разыгрывают актуальную групповую ситуацию в соответствии со сложившейся социальной иерархией.

*Тематически-центрированные игры* посвящены определенным темам, важным для данного состава участников. Примерный перечень тем устанавливается в начале курса, при необходимости группа вносит в него коррективы. Выделяют тематические циклы: детство и фантазии; особенности характера, принципы, эмоции; интересы, мотивы и ситуации; межличностные отношения, секс и семья.

*Конфликт-центрированные игры* эффективны при проработке микросоциальных конфликтов – между пациентами клиники и персоналом, учащимися и преподавателями, со-

трудниками фирмы и администрацией и т. п.

*Личностно-центрированные игры* фокусируются на проблеме отдельного участника, например семейном конфликте. Обмен ролями дает ему возможность лучше понять позиции значимых других лиц, а членам группы помогает пережить аналогичные собственные конфликты.

В групповой терапевтической ролевой игре выделяют следующие фазы:

- 1) круговая беседа (выявление тем и конфликтов);
- 2) переход к игре;
- 3) распределение ролей;
- 4) фаза игры;
- 5) ролевая обратная связь, то есть рассказ о переживаниях;
- 6) вербальный анализ ролевой игры;
- 7) сообщение о понимании конфликтов;
- 8) проработка и апробация альтернативных способов переживания и поведения;
- 9) выход из роли и возвращение к реальной жизни.

Целью **группы тренинга умений** является выработка такого поведения, которое является приемлемым не только для индивидуума, но и для общества в целом. К основным видам жизненных умений, которым обучают в группе, относятся управление эмоциями, планирование своего ближайшего и отдаленного будущего, принятие решений, родитель-

ские функции, коммуникативные умения, уверенность в себе.

Группы тренинга умений довольно жестко структурированы, а их руководители активно руководят группой, ставя перед участниками конкретную цель и планируя каждое задание. Задачи группы тренинга умений обычно сводятся к решению двух основных проблем: избыток чего-то (много курит, пьет много спиртного, несдержан, испытывает навязчивый страх); недостаток чего-то (недостаток сна, контактов, уверенности в себе).

Рабочий процесс может быть условно разделен на следующие этапы:

- 1) постановка задачи, то есть определение поведения, которое нуждается в коррекции и тренаже;
- 2) инструктаж и обучение участников исполнению сцены запланированной ситуации;
- 3) разыгрывание ситуации;
- 4) моделирование желательного поведения;
- 5) отработка оптимального поведения в течение всего занятия;
- 6) получение обратной связи: поведение активных участников разыгрываемой сцены после занятий обсуждают остальные участники группы.

Члены группы осваивают новый для них способ поведения, наблюдая за тем, как его моделируют другие участники

или руководитель, а также за своими реакциями на моделируемое поведение. Моделирование особенно полезно, когда участники имеют очень слабое представление о том, как надо действовать в данной ситуации, чтобы их поведение было уверенным. Группы, состоящие из более опытных участников, могут сразу переходить к фазе репетиции поведения. Разыгрывая различные роли, члены группы вовлекаются в групповой процесс и приобретают новые полезные поведенческие навыки.

В группах **рационально-эмоциональной поведенческой терапии** (РЭПТ-группах) А. Эллиса большое значение придается выделению и когнитивной реконструкции иррациональных мыслей. Цель РЭПТ – дать понять членам группы, что они сами ответственны за свои трудности, помочь им выявить процесс самоограничения, который поддерживает их расстройство, отказаться от иррациональных и пораженческих взглядов на свою жизнь и заменить их более рациональными и толерантными.

Широко применяется метод «Трех колонок» А. Бека: «Автоматические мысли», «Когнитивные искажения» и «Рациональные реакции», направленный на формирование контроля за неадекватными мыслями и замену их рациональными. Используется также формула поведения «ABCDE» А. Эллиса, где А (antecedents) – активирующее событие (что предшествовало поведению); В (belief) – мнение о событии; С (consequence) – последствие (эмоциональное или поведен-

ческое) события; D (dispatng) – последующая реакция на событие (в результате мыслительной переработки); E (effect) – завершающее ценностное умозаключение (конструктивное или деструктивное).

Ведущий структурирует групповой процесс таким образом, чтобы члены группы столкнулись с необходимостью конструктивных изменений. Члены группы несут ответственность за критическое отношение к самоограничивающим способам мышления как у себя, так и других членов группы. От них ожидают продолжения напряженной работы по изменению аналогичных способов мышления за пределами группы.

Чтобы научиться отличать «мне было бы лучше» от «я должен», используется рациональная ролевая игра. Применяется моделирование, чтобы участники научились принимать различные идеи. Юмор помогает довести до абсурда иррациональные мысли. Безусловное принятие показывает членам группы, что терапевт принимает их со всеми их особенностями, что повышает и самопринятие участников.

Энергичное оспаривание терапевтом иррациональных убеждений заставляет участников заменить некоторые неадекватные идеи более разумными. Чтобы члены группы убедились в своем преувеличенном страхе перед рискованным поведением, поощряются откровенные высказывания друг о друге, разговоры на интимные темы, признания в «постыдных» мыслях и желаниях, объятия.

Членам группы предлагают вести дневник, в котором они записывают ситуации, при решении которых испытывают затруднения. В дальнейшем эти ситуации могут проигрываться в группе. Кроме того, участник получает «домашнее задание», выполнить которое он может, только участвуя в какой-то конкретной ситуации, вызывающей у него страх или неуверенность в себе.

При проведении РЭПТ в форме *марафона* первые несколько часов члены группы выполняют упражнения, направленные на то, чтобы они сблизились, шли на риск, делились самыми болезненными и «постыдными» переживаниями, испытывали сильные чувства. Когда у участников снижается уровень психологической защиты, начинается анализ эмоциональных проблем, который завершается осознанием и коррекцией неадаптивных когний.

Заключительные часы марафона посвящаются обсуждению впечатлений друг о друге в технике «горячего стула», самораскрытию аутсайдеров и выработкой домашних заданий. Через 6–10 недель группа собирается на контрольную 4-часовую сессию, на которой участники рассказывают, что они вынесли из марафона, как справились с домашними заданиями и какие изменения произошли в их жизни.

# Групп-анализ

В аналитической группе пациент воплощает свой эдипов конфликт в трехсторонних отношениях, в которых так или иначе могут участвовать терапевт и другие участники группы. Часто эдипов треугольник образуется между терапевтом и оставшейся частью группы. Терапевт и группа переживаются в этом случае как два объекта и наделяются качествами эдиповых фигур – одна фигура большая, сильная, желанная и соблазнительная, а вторая – могущественная, угрожающая, наказывающая и потенциально осуществляющая отмщение.

В процессе работы группа становится бóльшим, чем сумма составляющих ее членов. Возникает новое измерение – «групповая душа». Каждый член группы отражен в ней в личностном, межличностном и надличностном плане. Личность каждого участника группы развивается, как усложняются функции отдельных нейронов по мере усложнения нервной системы.

Терапевтический контракт включает основополагающее правило: каждый имеет право говорить свободно и спонтанно (свободная дискуссия как групповая свободная ассоциация). Члены группы поднимают проблему и продуцируют бессознательный материал; постепенно принимают на себя ответственность за спонтанное взаимодействие, делают ин-

терпретации и делятся с другими участниками группы своими инсайтами; становятся вспомогательными терапевтами друг для друга.

Группа под руководством терапевта вырабатывает более честные способы коммуникации. При этом происходит «самообучение в действии»: пациент активно участвует в общегрупповом процессе, добиваясь понимания другими и одновременно пытаясь также понять их. Основной закон групповой динамики: группа лечит потому, что в целом она является эталоном нормы, от которого каждый член группы в отдельности отклоняется. Групп-анализ является психотерапией, осуществляемой самой группой и направленной на группу, включая ведущего.

Группа может одновременно функционировать на четырех уровнях общения.

**1. Уровень текущих событий** – рассказ о своей жизненной ситуации, происходящее «здесь и теперь» в группе, восприятие психотерапевта как авторитетной фигуры.

**2. Уровень переноса** – отношения и взаимодействия членов группы рассматриваются в свете взаимных переносов. Группа может представлять собой семью, ее членов, братьев и сестер; аналитик – отца или мать.

**3. Уровень телесных или психических образов** – каждый участник отражает бессознательные элементы «Я» партнеров. Члены группы могут проецировать друг на друга нежелательные и отвергаемые части своего «Я», любя-



мые или нелюбимые внутренние объекты или части объектов. Вся группа в целом символизирует собой мать или образ тела.

4. **Первичный уровень** – уровень первичных образов по З. Фрейду и архетипических образов коллективного бессознательного по К. Г. Юнгу.

Функционирование аналитической группы затрудняют три специфических конфликта: 1) между потребностью участников раствориться в группе и сохранить свою независимость от нее, 2) между потребностями группы и отдельных участников и 3) между конструктивными и деструктивными групповыми тенденциями. Эти тенденции – результат того, что другие, с одной стороны, являются соперниками на пути полного обладания терапевтом, а с другой стороны, совместно с терапевтом представляют собой всемогущие образы родителей, из-за чего сохраняется болезненная конфронтация с собственной беспомощностью и слабостью.

На этом фоне возникает базовый конфликт участников группы, который состоит в том, что, с одной стороны, идет соперничество с другими членами группы за полное обладание терапевтом как эдиповым объектом, в то время как с другой стороны, как само собой разумеющееся, от неделимого единства участников группы ожидается неограниченное ничем совершенство.

Пациенты формируют желанные отношения с подходя-

щими объектами, чтобы избежать столкновения с нежелательным подсознательным материалом и не включиться в избегаемые отношения, которые могут превратиться в губительные. Члены группы могут вступать в желанные отношения, рассуждая о своих чувствах вместо того, чтобы проявлять их друг к другу. При этом они объединяются на основе избегающего отношения к аналитику, символизирующего для них раскрывающее начало и опасного тем, что не захочет проявлять заботу. Переносы между членами группы могут быть вторичными по отношению к переносам на психотерапевта, а экскурсии в прошлое – проявлением избегающих отношений.

В группе воспроизводятся основные проблемы социальной жизни: отношения человек – человек, отношения человек – группа и отношения группа – терапевт. Это отражает парные отношения в семье, восприятие матери как удовлетворяющей индивидуальные потребности и отца как авторитетного представителя социальных требований. Отношения группы с руководителем проходят три стадии: 1) его обожествление, 2) соперничество с ним и 3) установление компромисса путем формирования новых групповых отношений.

В группе развиваются два процесса: 1) отношения человека с другими людьми и с группой в целом; 2) урегулирование отношений группы и психотерапевта. Эта динамика соответствует проблеме ребенка, налаживающего отношения

с окружающим миром, матерью как человеком, так и символом, а позже приспособляющегося к треугольной эдиповой ситуации и к существованию, присутствию, статусу и значению отца.

Внутриличностные конфликты участников входят во внутреннюю структуру группы и определяют динамику группового процесса. Например, пациент с проблемами орального уровня включается в групповой процесс, когда тот затрагивает проблемы кормления, зависимости и границ.

В процессе взаимодействий группа в целом и каждый ее участник балансирует между параноидно-шизоидной и депрессивной позицией по М. Кляйн. В первой из них группа склонна к расколу и неконтролируемой агрессии, использует примитивные психологические защиты и может объединиться только против общего врага. В депрессивной позиции группа выдерживает амбивалентные отношения, переживает чувство вины за нанесенный человеку ущерб.

Закрытая группа, выполнив поставленные в начале работы задачи, вступает в завершающую фазу, когда группа освобождается от переноса, а терапевт – от контрпереноса. Это требует проработки боли разлуки, страха расставания, который проявляется разочарованием в психотерапевте (реакция девальвации), кратковременным преходящим обострением симптоматики. Некоторые пациенты ищут различные предлоги, чтобы покинуть «умирающую» группу. Если группа в состоянии самостоятельно анализировать сложившуюся си-

туацию, то терапию пора прекращать.

# Экзистенциальная группа

Групповая динамика направлена на выявление того, как поведение каждого члена группы рассматривается другими, заставляет других испытывать определенные чувства, создает у других мнение о нем и влияет на их мнение о самих себе. Формирование ответственности включает принятие каждым участником группы следующих убеждений.

- Осознание того, что жизнь иногда устроена нечестно и несправедливо.
- Осознание того, что в конечном счете не избежать какой-то части жизненных страданий и смерти.
- Осознание того, что какова бы ни была близость с другими людьми, все равно я должен справиться с жизнью в одиночку.
- Встреча с базовыми вопросами моей жизни и смерти, благодаря которой я могу теперь проживать свою жизнь более честно и меньше вовлекаться в тривиальности.
- Осознание того, что я несу конечную ответственность за то, как я проживаю свою жизнь, независимо от того, сколько поддержки и руководства получаю от других.

Эффективность работы оценивается прежде всего по конкретным фактам из жизни клиентов; учитывается оценка положительных изменений их ближайшим окружением. Пози-

тивные изменения в группе происходят по следующим направлениям:

- предпочтение начинает отдаваться тревоге самостоятельного выбора, а не чувству безопасности (нередко – в состоянии зависимости от других);
- появляется стремление самому определять себя, а не быть отражением чужих ожиданий;
- возникает понимание, что, хотя в жизни можно изменить далеко не все, всегда есть возможность изменить свое отношение к неизменному;
- принимаются собственные ограничения без того, чтобы страдало чувство ценности самого себя, что находит выражение в формуле: для того чтобы быть ценным, необязательно быть совершенным;
- приходит новое осознание «помех» для жизни в настоящем: увязание в прошлом, чрезмерное планирование будущего, желание одновременно сделать многое.

Динамика терапевтического процесса следующая.

1. Участники все свободнее выражают свои чувства, последние имеют все большее отношение к «Я», участники все чаще различают объекты своих чувств (окружающих, собственное «Я», взаимоотношения между ними) – появляется открытость опыту.
2. Участники все чаще замечают несоответствие между каким-либо переживанием и своей концепцией «Я», осозна-

ют угрозу такого несоответствия, осознают чувства, от которых раньше защищались отказом или искажением – происходит углубление переживаний.

3. Неприемлемые ранее чувства включаются в концепцию «Я», при этом ослабляются механизмы защиты, различаются реальные угрозы и безусловное положительное отношение терапевта, участники все отчетливее чувствуют безусловную положительную самооценку – наступает самопринятие.

4. Источником представлений участников о себе все больше являются их собственные ощущения, их реакции все реже зависят от предполагаемой оценки окружающих – формируется внутренний локус контроля.

5. Все чаще как удовлетворительные оцениваются те стимулы и собственные действия, которые сохраняют и усложняют организм и «Я» в настоящем и будущем – происходит вхождение в процесс жизни.

Подробнее о групповой психотерапии см. мою книгу «Психологический тренинг».

Собрать стадо из баранов легко, трудно собрать стадо из кошек.

*С. Капица*

# Семейная терапия

Семейная терапия является одним из основных подходов в современной психотерапии, суть которого состоит в том, что в качестве «клиента» для семейного терапевта выступает не индивид, проявляющий те или иные нарушения, а вся его семья. Семейная терапия ориентирована на оптимизацию семейного окружения индивида (психотерапия семьи), при этом используется групповой семейный эффект для лечебного воздействия на пациента (психотерапия семьей).

В рамках системного подхода семья рассматривается как система отношений, которые оказывают влияние на членов семьи и предписывают поведение. Симптомы считаются лишь признаками дисфункциональности, индивидуальная коррекция их является излишней. Для нормализации поведения и состояния отдельных членов семьи достаточно психотерапевтической коррекции стиля отношений между членами семьи и закрепление нового, не ведущего к болезненным расстройствам стереотипа.

Психотерапевту, организующему работу с семьей, приходится решать следующие проблемы.

- Работать сразу со всей семьей или сначала с отдельными ее членами?
- Работать с семьей одному, с котерапевтом или терапевтической бригадой?



- Приглашать семью к себе или выезжать к ней на дом?
- Придерживаться директивного стиля ведения или недирективного?
- Начать с важнейших семейных проблем или с частных?
- Иметь подробный план действий или действовать «по обстоятельствам»?

Ответы на перечисленные вопросы не должны определяться теоретическими ориентациями или характерологическими особенностями пациентов. Они должны решаться в зависимости от особенностей семьи, ее проблемы, условий работы. Например, в период знакомства с семьей, члены которой отличаются авторитарностью и ригидностью взаимоотношений, возможен недирективный стиль; в момент постановки определенных задач предпочтительнее использовать директивный стиль; преодолеть вызванную перестройкой взаимоотношений фрустрацию лучше вновь с помощью недирективного стиля; реакция на рецидивы неблагоприятных отношений в семье может потребовать директивности.

# Супружеская терапия

Пары сами решают для себя, каковы их цели, нередко довольствуясь кратковременным возвращением медового месяца. Эффективнее, однако, исследовать детство обоих партнеров, историю брака, сформировать гипотезу для понимания текущего конфликта, затем провести параллели между детскими конфликтами и напряжением в браке. Основная цель терапии – сделать полученный материал доступным обоим партнерам для понимания и проработки.

М. Боуэн (2015) разработал Шкалу дифференциации «Я», которая описывает ранг функционирования от выраженной конформности до полной самостоятельности. Наверху шкалы находятся личности с высоким уровнем Целостного «Я», мало подверженного внешним влияниям, определяемого собственными ценностями и внутренней этикой. На нижнем конце шкалы находятся личности с Ложным «Я», содержание которого определяется либо стремлением соответствовать ожиданиям других, либо бессмысленным бунтом. Структура Ложного «Я» формируется для приспособления к окружающей среде и состоит из множества убеждений, установок, разделяемых потому, что их разделяет и считает правильными та группа, с которой идентифицирует себя человек.

Люди вступают в брак, выбирая партнера с приблизительно-

но совпадающей с их степенью дифференциации. При этом один супруг может выглядеть более импульсивным, а другой – более сдержанным в проявлении своих чувств – речь скорее идет о различии в стилях совладания с эмоциями. Например, очень импульсивная, живущая своими чувствами жена и рациональный, держащий все под контролем муж, скорее всего, обладают схожим уровнем дифференциации. Два Ложных «Я» сливаются в МЫ, где один становится носителем инициативы и ответственным за принятие решений. Возникает тревога, связанная со страхом исчезновения – следовательно, необходимо реагировать дистанцированием и отчуждением, что затем стимулирует следующий цикл поисков близости, или депрессию и отчуждение, или поиск новых систем отношений.

Обычная психотерапия направлена на то, чтобы разрешить или «выговорить» конфликт. Это позволяет снизить уровень конфликтности момента, но может свести на нет слабую попытку индивида достигнуть чуть большей дифференциации от супружеской слитности. Если он заменяет такую попытку слепым следованием советам психотерапевта, то снова попадает в ловушку слитности, но теперь уже слитности с психотерапевтом.

Необходимо, чтобы терапевт не вовлекался в эмоциональный процесс, существующий между супругами, и вместе с тем поддерживал его в активном состоянии. Для повышения дифференциации «Я» супругов терапевт задает вопро-

сы по очереди то одному, то другому супругу, выясняя, что думает один по поводу того, что сказал терапевту другой. Это предотвращает эмоциональное взаимодействие между супругами на сессии и позволяет каждому «слышать» другого, оказавшись вне автоматического действия сложившихся эмоциональных цепочек, которые управляют их привычным обменом эмоциональными реакциями.

Второй прием заключается в том, чтобы раскрывать попытки каждого супруга объединиться с терапевтом против партнера. Третий прием – занять по отношению к партнерам определенную позицию, это позволяет им занять аналогичные позиции по отношению друг к другу. Четвертый важный аспект – учить партнеров знанию о функционировании эмоциональных систем и стимулировать с их стороны усилия, направленные на дифференциацию по отношению к их родительским семьям.

Терапия фокусируется:

- на отношениях супругов, их взаимодействиях во время сессий между собой и терапевтом;
- на проекциях неудовлетворенных в детстве желаний (с идеализацией супруга, взаимной проективной идентификацией, рационализацией собственных поступков через поведение другого);
- на модели родительской семьи (с переносом черт родителя противоположного пола на партнера и неадекватными реакциями на соответствующие проявления, актуализацией

собственных детско-родительских конфликтов в борьбе за лидерство и за «правильное» воспитание детей, с копированием родителя своего пола после рождения ребенка);

- на модели сибсов; в этом случае различают комплементарный брак с взаимодополняющими ролями и некомплементарный, когда у обоих в первичной семье была одинаковая роль.

Супругов обучают прямо говорить о положительных и негативных чувствах, избегая уклончивости и обвинений. Поощряют их выражать свои желания позитивно («что я хочу», а не «чего я не хочу»). Выбатывается навык конкретной просьбы (что, где и когда) вместо требования с оттенком угрозы. Парам помогают обсуждать, на каких условиях супруги готовы изменить свои отношения, используя конкретные пожелания, компромиссы и письменные соглашения. Эти тренировки помогают разрешению супружеских конфликтов и профилактике рецидивов.

В качестве нового условия вводятся правила «конструктивного спора» по С. Кратохвилу (1991). Правила вступают в силу, когда члены семьи испытывают потребность выражения агрессии по отношению друг к другу:

- 1) спор может проводиться только после предварительного согласия обеих сторон, а выяснять отношения следует как можно быстрее после возникновения конфликтной ситуации;

- 2) тот, кто начинает спор, должен ясно представлять цель,

которую хочет достичь;

3) все стороны должны принимать активное участие в споре;

4) спор должен касаться только предмета спора, недопустимы обобщения типа «...и всегда ты...», «ты вообще...»;

5) не допускаются «удары ниже пояса», т. е. применение аргументов, слишком болезненных для одного из участников спора.

Обучение такой технике, как правило, обеспечивает устойчивость против выражения агрессии, умение в этих условиях находить верную линию поведения.

Организуется обсуждение супругами широкого круга проблем, касающихся их совместной жизни и способов решения различных общих вопросов. На начальном этапе терапии такая дискуссия помогает поколебать устоявшиеся представления участников, зародить у них сомнения в очевидности, универсальности их убеждений. Далее формируется адекватное представление о том или ином аспекте брака.

Вначале изучаются ситуации неудовлетворенных ожиданий, сформировавшиеся в первичной семье. Прослеживается динамика межличностных отношений и ее связь с динамикой интрапсихических процессов каждого супруга. Терапевт обращает внимание на постоянно проявляющиеся модели взаимодействия и ищет бессознательные силы, кото-

рые побуждают к повторению. Постепенно он знакомится с защитными аспектами этих повторяющихся циклов. Когда доверие установлено, появляется возможность помочь паре понять смутную тревогу, скрывающуюся за защитой, и научиться ей противостоять.

Каждый из супругов высказывает свои жалобы на партнера. Как правило, вначале этот процесс хорошо контролируется, затем начинает нарастать напряжение, каждый из супругов начинает приводить доводы для оправдания своей точки зрения. В процессе взаимных обвинений супруги переходят от общения с терапевтом к общению друг с другом. Пара начинает вести себя менее скованно, что важно для возникновения интерпретаций и инсайтов. Интерпретации помогают ослабить напряжение. После этого обычно становится доступен материал интимной жизни, ранее скрытые факты и воспоминания.

Когда достигнута атмосфера безопасности, терапевт может начать выявлять проективные механизмы и вновь возвращать их в супружеские взаимоотношения. Затем супруги «вернут себе» те части себя, которые они спроецировали на партнера. Как только исчезает потребность полагаться на проективную идентификацию, супруги получают возможность принять обремененные комплексом вины либидинозные и агрессивные части своего Эго, которые были отчуждены.

После завершения терапии пара остается в лучшем по-

ложении, чем индивидуальный пациент, поскольку тревога, вызванная зависимостью от терапевта, смягчена тем, что партнеры располагают друг другом. Терапевт должен позволить себе стать лишними и с терпением относиться к отвержению. Когда он переживает вместе с парой прекращение терапевтических отношений, он в очередной раз прорабатывает свои ранние утраты, повторяя соответствующие стадии личной терапии.

**Эмоционально-фокусированная психотерапия** имеет три задачи: построить терапевтический альянс с супругами, помочь супругам получить доступ к своему эмоциональному опыту и осознать его, сделать возможным общение супругов друг с другом о своих страхах, потребностях. Применяются следующие техники.

*Отражение.* Терапевт повторяет важные слова и эмоционально нагруженные фразы пациента. Это позволяет терапевту следовать за эмоциональными смыслами пациента и вызывает у последнего чувство контакта с терапевтом.

*Подтверждение.* Терапевт подтверждает, что с точки зрения данного супруга все воспринимается, переживается и выглядит именно так, как говорит пациент и что для пациента эти чувства важны и осмысленны. Используя подтверждения, терапевт легко может быть в контакте с обоими супругами, не теряя нейтральности своей позиции.

*Эмпатическое слушание.* Терапевт постоянно фокусиру-



ется на наиболее сильных смыслах, первичных эмоциях и потребностях супругов, неочевидных для них самих.

*Усиление.* Терапевт замедляет темп речи, говорит более мягким голосом, выделяет какие-то слова или фразы клиента и повторяет их несколько раз.

*Извлекающие чувства вопросы.* Терапевт задает вопросы о переживаниях в той или иной ситуации, проявляя внимание к нюансам переживаний и неясным моментам взаимодействий.

*Эмпатическое предположение* – это предположение о тех чувствах и переживаниях, которые лежат в глубине опыта пациента. Они могут осознаваться лишь частично, или пациент может не согласиться с отражением терапевта, но в любом случае терапевт здесь вносит в обратную связь какие-то новые элементы, которых не было в речи пациента.

*Рефрейминг проблем.* Дистресс в супружеской паре связывается с наличием негативного цикла в их отношениях. Поведение каждого из супругов объясняется в рамках его или ее реагирования в цикле. Этот цикл обозначается как враг отношений, и супругам предлагают объединиться в борьбе с ним.

**Системная семейная терапия субличностей.** Р. Шварц (2004) выделяет три группы субличностей.

*Изгнанники* – запертые субличности, обремененные стыдом, виной или идеей, что они недостойны любви. Они по-

стоянно создают ситуации, в которых пациент оказывается жертвой.

*Менеджеры* изолируют Изгнанников от всей системы, чтобы они не «затопили» ее своими тяжелыми чувствами. Менеджеры жестки и ригидны из-за того, что на них возложено слишком много ответственности. Как и Изгнанники, они нуждаются в заботе и исцелении, но уверены, что должны прятать эти потребности и принести себя в жертву системе.

*Пожарные* «гасят» те чувства, которые обрушиваются на человека в том случае, если Менеджеры не смогли выдержать в какой-то момент натиск Изгнанников. Пожарные могут сделать человека сфокусированным на самом себе (нарциссичным), с нездоровой по сравнению с другими тягой к материальным благам. Если Менеджеры стремятся спрятать Изгнанников как можно дальше, то Пожарные ищут что-то, что могло бы насытить или успокоить Изгнанников.

Супруги с зависимостями находятся больше во власти Пожарных, переживающие хроническую депрессию – во власти Менеджеров, страдающие от приступов страха – во власти Изгнанников.

Супруги знакомятся со своими «субличностями», дают им имя и предполагают их возраст и пол. Следующий шаг – это заселение в воображении каждой маленькой личности в собственный домик, безопасное место. Затем следует знакомство субличностей друг с другом и установление добро-

соседских отношений. С субличностью стараются договариваться, а если не получается, то и обманывать их. Так, клиент может писать письма себе-Ребенку или стать вожаком компании внутренних сказочных персонажей. Для взаимодействия с Критиком клиент может поставить себе задачу написать или нарисовать как можно больше в ограниченный срок, чтобы не дать Критику «опомниться».

**Формы супружеской терапии.** В *индивидуальной* супружеской терапии лечение проходит каждый супруг по-одиночке. В *сотрудничающей* терапии каждый супруг имеет своего терапевта, они в свою очередь регулярно встречаются друг с другом для выявления искажений реальности в версиях своих пациентов. Активно используется конфронтация с позициями пациента на основе информации от другого терапевта. Встречи терапевтов также обогащают информацию, получаемую ими в результате контрпереноса. Вариантом сотрудничающей терапии является *стереоскопическая техника* – встречи вчетвером, супругов и их терапевтов. При этом супруги на модели коммуникации терапевтов обучаются конструктивному общению.

Одной из самых распространенных форм супружеской терапии является *совместная* терапия, когда супруги лечатся вместе одним терапевтом. Совместная терапия показана, когда имеется острый межличностный конфликт с выраженной мотивацией к сохранению брака и хорошими докризисны-

ми взаимоотношениями супругов. Котерапия с терапевтами обоих полов защищает каждого супруга от представления о нападении на него терапевта противоположного пола.

В *согласованной* терапии лечение супругов отдельно проводит один и тот же терапевт. *Комбинированная* терапия представляет собой комбинацию индивидуальной, согласованной и совместной терапии. Она проводится в триаде: пациент – терапевт – пациентка. Терапевтическая задача заключается в разрешении несогласий, сомнений и искажений в коммуникациях. Устанавливаются эмпатические отношения с каждым супругом, создается такая ролевая модель взаимодействия, которая отличается от ранних нездоровых отношений в родительских семьях пациентов. Поддерживается самоуважение супругов, проясняются их «Я-образы», создается атмосфера доверия.

В *групповой терапии супружеских пар* работают одновременно с несколькими парами. Предпочтительнее закрытые гомогенные по возрасту и образованию группы. Пары могут параллельно работать отдельно. Работа обычно ведется двумя котерапевтами – мужчиной и женщиной. Группа помогает придумывать и разыгрывать модели и ситуации, которые могут использовать супруги; отдельные пары сравнивают свое поведение. В конце курса группа оценивает слабости и преимущества каждой пары.

В начале сессии рассматриваются личные вопросы участников, затем общие вопросы каждой пары, межличностные

вопросы, затрагивающие разных членов группы, и наконец, вопросы группы как целого. Во вторую половину сессии включают упражнения на обсуждаемую тему. Используются тематические и свободные дискуссии, обсуждение биографий, ролевые игры, коммуникативный тренинг. Проигрываются и комментируются различные формы общения и способы решения проблем, вырабатываются и сравниваются супружеские соглашения и контролируется их выполнение.

Применяются специфические групповые техники:

- публичный диалог супружеской пары;
- разбор проблем отдельных супружеских пар;
- два круга (мужчины во внутреннем круге обсуждают свои семейные проблемы, как бы не замечая жен во внешнем круге, затем мужчины и женщины меняются местами);
- мужская и женская подгруппы занимаются с разными терапевтами.

# Детско-родительская терапия

Особенности семейных отношений, порождающие невротизацию ребенка:

- неудовлетворение потребности ребенка в общении с родителями, принятии и сопереживании;
- индивидуально-типологические особенности ребенка: «трудный темперамент», чрезмерное возбуждение, проблемы дисциплины, невнимательность, импульсивность, опосредующие формирование родительского отношения;
- фрустрация жизненно важных потребностей родителя в связи с воспитанием ребенка (потребность в сне и отдыхе, безопасности, общении с друзьями; личные достижения, карьера, профессиональный рост);
- негативное эмоциональное отношение к ребенку как проявление посттравматического стресса (например, вследствие фатального совпадения рождения ребенка и психологической травмы утраты близкого человека);
- идентификация ребенка с неприятной личностью, вызывающей отвращение у родителя, и, как следствие, перенос на него негативного эмоционального отношения;
- мистификация и искажение образа ребенка как результат проекции негативных качеств и приписывания их ребенку;
- личностные особенности родителя (неадекватный тип

привязанности родителя, инфантильность, акцентуации характера, невротический тип личности, тревожно-депрессивные расстройства);

- неблагоприятная семейная атмосфера: низкая степень удовлетворенности браком и конфликтность в супружеских отношениях, высокий уровень тревоги и эмоциональной напряженности;
- тенденция к уходу от решения семейных проблем и возникающих конфликтов;
- инверсия супружеских и родительских ролей (например, роль матери выполняет бабушка, а роль отца – мать);
- образование в семье эмоционально обособленных пар (например: отец – сын, бабушка – внук), а также существование изгоев;

Среди матерей, невротизирующих детей, можно выделить следующие типы.

- Царевна Несмеяна: чрезмерно сдержанная в выражении чувств, проявлении доброты и отзывчивости. Такая мать не признает детского шума и веселья, испытывает навязчивую потребность делать замечания, стыдить, выискивать недостатки.
- Снежная Королева: повелевающая, жесткая, непреклонная, внутренне холодная, равнодушная к страданиям других.
- Спящая Красавица: склонная к депрессивному мироощущению, заторможенная, самовлюбленная, отстраненная

от потребностей ребенка.

- Унтер Пришибеев: грубая, постоянно командует детьми, недоверчиво относится к их опыту, легко раздражается, часто использует физические наказания.
- Суматошная Мать: непоследовательная, противоречивая, взбалмошная, неугомонная. В своих действиях и воспитательных мерах бросается из одной крайности в другую. Любой пустяк превращает в трагедию.
- Наседка: тревожно-беспокойная мать. Сопровождает каждый шаг детей, охраняет от трудностей, стремится все сделать за ребенка, а также заменить собой сверстников.
- Вечный ребенок: мать, которая так и не стала взрослой. Она обидчива, капризна. Детей воспринимает как обузу, а себя – как жертву.

Неблагоприятные черты личности отцов, обуславливающие патогенный тип воспитания:

- психомоторная нестабильность и импульсивность (в отличие от аффективной неустойчивости у матерей). Дети, как правило, при этом страдают заиканием и тиками;
- мнительность (в отличие от тревожности у матерей);
- настороженность, недоверчивость в контактах, зависимость (в отличие от доминирования в отношениях у матерей);
- гиперсоциальность, которая оттенена настойчивостью и упрямством, мелочной пунктуальностью и педантизмом.



**Методика М. Эриксона и Дж. Хейли (2001).** Проблемное поведение беспокойного подростка рассматривается как фактор, стабилизирующий семейную систему. Поведение ребенка защищает родителей друг от друга, заставляет их поддерживать друг друга, вместе искать выход, который заключается в учете следующих положений.

- Симптомы ребенка играют защитную роль.
- Ребенок способен принимать ответственность за отклоняющееся поведение.
- Иерархия власти в семье нарушена, так как ребенок контролирует родителей.
- Настоящая проблема не в ребенке, а в способе общения в данной семье.
- Как только власть возвращена родителям, путаница, несостоятельность и конфликты в семье прояснены, ребенок снова может вести себя более нормально и ответственно, не доставляя беспокойства другим членам семьи.

**Методика К. Маданес (1999).** Симптоматическое поведение заменяется на адаптивное с сохранением межличностной выгоды, получаемой ранее семьей от симптома. Применяются следующие стратегии.

1. Симптоматическое поведение ребенка заменяется на метафорическое, которое призвано выполнять в семье позитивную функцию.

2. Создаются условия, при которых родители могут решить проблемы семьи, после чего проблемное поведение ребенка перестает символизировать родительские неудачи, а его новое, более адекватное поведение становится метафорой родительского успеха.

3. Нарушения поведения ребенка служат одновременно метафорой и решением родительской проблемы. Семье помогают найти другое решение проблемы.

4. Родителям советуют поощрять проявление симптома и просить ребенка притворяться, что этот симптом существует. Напряжение ослабляется, так как все лишь притворяются.

**Методика С. Палаццоли (2002).** В семье с несколькими соперничающими детьми, один из которых является выделенным пациентом, заявляют, что симптоматическое поведение пациента является альтруистическим, поскольку служит защитой «настоящего» больного – его брата или сестры, которые не справились бы с ролью выделенного пациента. Затем выявляют, что привилегированный ребенок находится с родителями в тайном союзе, который блокирует его собственное развитие. После этого и данного ребенка объявляют здоровым, и переходят к патологизирующим позициям родителей. Наконец рассматривают формулу: безумных в семье нет, была лишь безумная игра, и она при ближайшем рассмотрении перестает быть нужной.

При терапии семьи с единственным ребенком – выделенным пациентом, находящимся в конфликте с родителями, имеются две опасности: 1) занять сторону ребенка и начать критиковать родителей и 2) присоединиться к коалиции ребенка с одним из родителей против другого. В любом случае не занимайте подростковую позицию, обвиняющую во всех проблемах родителей и требующую от них перестроиться. Направьте проблемы отношений между поколениями на себя, не критикуя и не обесценивая родителей.

Цель воспитания – научить наших детей обходиться без нас.

*Э. Легвуд*

# Семейная терапия

Системный подход в семейной терапии охватывает разные модели: динамическую, коммуникативную, структурную, стратегическую и др.

**В динамическом подходе** М. Боуэна (2015) актуальный семейный конфликт понимается как стремление партнеров овладеть одним и тем же объектом, занять одно и то же место или исключительное положение, играть несовпадающие роли, достичь несовпадающих целей или использовать для их достижения взаимоисключающие средства. Самостоятельное разрешение конфликта его участниками затруднено из-за взаимного непонимания, неприятия, взаимозависимости, незрелости, невротических тенденций.

Терапия направлена на осознание ранних объектных отношений, феноменов желания переноса и контрпереноса, проявляющихся у отдельного индивида, между членами семьи, между семьей и психоаналитиком. Основное внимание обращается на социальные влияния, модели проекции и идентификации, «неоконченное дело» или травму в родительской семье, сублимацию фрустраций, механизмы решения проблем и адаптации, «ключи» к бессознательному идентифицированного пациента.

*Наследование внутрисемейных паттернов отношений.* Множество симптоматических паттернов, таких как алкого-

лизм, инцест, физические симптомы, насилие и суициды, повторяются из поколения в поколение. Узнавание и исследование таких паттернов дает возможность семье понять, какие способы адаптации она использует, и тем самым избежать повторения пагубных моделей в настоящем и их перехода в будущее, освоив другие, плодотворные способы совладания с ситуацией.

*Дифференциация* обозначает степень разумного, самостоятельного функционирования личности. В «слитной» семье дифференцированность возможна лишь при разрыве симбиотических отношений. Однако из-за незавершенности детско-родительских отношений сохраняется значение родительских интроектов, сопряженных с тревогой поглощения, что приводит к интимофобии.

*Триангуляция* (образование треугольника) легко возникает у недифференцированных членов семьи, которые при возникновении конфликта пытаются привлечь третье лицо для эмоциональной поддержки или разрядки напряжения. Третьим объектом может быть и какая-то деятельность, например, работа у супругов или появление симптоматического поведения у ребенка.

*Эмоциональный разрыв.* Наиболее часто его причиной становится невозможность соответствовать ожиданиям другого, особенно, если эти ожидания приписываются ему. Так, ребенок изо всех сил стремится соответствовать образу, который, по его представлению, соответствует ожиданиям ро-

дителей и более всего успокоит и поддержит их, и тогда, может, он и сам начнет чувствовать себя лучше. Но стремление быть тем, кем на самом деле не являешься, неизбежно приводит к печальному финалу.

*Семейный проективный процесс* заключается в проецировании родителями определенной функции в семейной системе на конкретного ребенка. Функциональные роли детей (сиблинговые позиции) зависят, в частности, от порядка их рождения: старшие берут на себя ответственность за младших, двое старших соперничают и т. д. Результатом становится низкий уровень дифференциации «Я».

*Семейный перенос.* Терапевт работает с семьей в терминах семейного переноса и контрпереноса, относясь к семье как к клиенту, а к поведению ее членов – как симптому. Исследуются проблемы детско-родительских отношений в семье каждого из супругов, а затем их проявления в супружеских, детско-родительских отношениях в нынешней супружеской семье. Такой аналитический материал дает возможность концептуально объяснить механизмы взаимодействия внутри- и межличностных конфликтов в семье, причины образования различных типов семейной патологии.

Перенос позволяет членам семьи или семье в целом проецировать свои неразрешенные объектные отношения на терапевта. Этот процесс особенно легко возникает при ведении семьи двумя разнополыми терапевтами, которые ассоциируются с родителями. Заново переживая и проигрывая

повторяющиеся модели прошлого – по отношению к терапевту и членам семьи – человек начинает рассматривать их объективно и с помощью терапевта вырываться из патологического круга.

*Соппротивление* носит коллективный характер и чаще проявляется более открыто, чем в индивидуальной терапии. Проявления сопротивления могут быть следующими.

- Терапия застряла в положении плато, сессии однотипны и предсказуемы.
- Терапевт слишком активен при выборе темы разговора.
- Терапевт и семья выработали дружеские отношения, которые стали важнее, чем обращение к конфликтам.
- Терапевт взял на себя определенную роль в семье (сочувствующий слушатель супругов или фигура строгого родителя для детей), заменяя недостающую функцию в семье.

Семья неосознанно пытается использовать терапевта в решении семейных конфликтов для усиления позиций одного или нескольких членов семьи, переложить на него ответственность за проблемного члена семьи. В случае кризиса, сформировавшегося или проявившегося в период терапии, семья обвиняет терапевта в происходящем, представляя его в роли «козла отпущения», чтобы еще на какой-то период сохранить шаткое равновесие в семье.

*Аналитические техники семейной терапии:*

- свободная дискуссия – аналог свободных ассоциаций в

индивидуальной терапии;

- отражение, прояснение, анализ контекста фраз, слов, их специфики у каждого члена семьи, толкование сновидений;
- исследование объектных отношений членов семьи по сферам (психоэмоциональная, сексуально-эротическая, культурного общения, материально-бытовая, воспитательная);
- проигрывание терапевтом роли защитника, контролирующего межличностную опасность, обеспечивающего недостающие членам семьи эмпатические составляющие для улучшения комплементарности отношений;
- использование психотерапевтом самого себя в качестве «инструмента» для тестирования реальности, образца объективного межличностного взаимодействия;
- противодействие неуместному отрицанию, смещению и рационализации конфликта;
- трансформация скрытого, неявного конфликта в открытую форму взаимодействия, поднятие скрытого внутреннего конфликта до уровня межличностного взаимодействия;
- нейтрализация паттернов формирования роли «козла отпущения», укрепляющей позицию одного члена семьи за счет принесения в жертву другого;
- сопоставление паттернов поведения в родительских семьях;
- анализ пересекающихся переносов-контрпереносов, индивидуального и семейного сопротивления (защит);



- преодоление сопротивления и ослабление общего конфликта, чувства вины и страха посредством конфронтации и интерпретации;
- моделирование нового поведения, межличностное научение, проработка.

*Интерпретации* помогают семье проанализировать ранние объектные отношения в терминах переноса и взять их под сознательный контроль. Терапевт старается интерпретировать сопротивление его при первом же проявлении, не дожидаясь, в отличие от индивидуальной терапии, когда оно станет очевидным для пациента. Причиной этого является то, что сопротивление в семейной терапии с большей вероятностью может принять форму отыгрывания действием.

Благодаря интерпретациям члены семьи начинают понимать, как их прошлое незаметно влияет на их настоящее. Это приводит к эмоциональному дистанцированию от актуального конфликта и его сознательной переработке. В то же время следует учитывать, что интерпретации *бессознательного* материала могут вызывать тревогу, которая означает, что они будут отвержены. Интерпретации должны ограничиваться *предсознательным* материалом – тем, который пациент смутно осознает. Интерпретации не должны ни подбадривать, ни направлять членов семьи; они лишь способствуют появлению нового материала, забытого или вытесненного, и мобилизуют чувства, которые раньше избегались.

Помимо ограничения интерпретаций определенного материала, выявляемого членами семьи, терапевт также ограничивает количество проведенных интерпретаций. Обычно их бывает две или три за время сеанса. Все остальное время терапевт занимается извлечением материала, при этом стараясь не быть директивным.

Нередко выявляется *двойной зажим*, в основе которого лежит внутриличностное амбивалентное расщепление типа «Мне очень хочется, чтобы ты подошел ко мне, но твое приближение так пугает меня, что лучше не подходи, и вообще не будем об этом – так что же ты не подходишь?». В таком случае терапевт интегрирует в своем сознании обе несовпадающие части, иначе они могут распределяться среди остальных членов семьи.

Характерной особенностью патологических отношений не только между членами семьи, но и между терапевтом и дисфункциональной семьей является отсутствие возможности для различения. Это выражается как в виде мнимого уподобления желаний и страхов (посредством идентификации, выполняющей функцию межличностного защитного механизма), так и в виде их противопоставления (амбивалентного расщепления/проективной идентификации).

Необходимо избегать вовлечения в треугольники и учить избегать их членов семьи. Для этого задают объективный и рациональный тон беседе, направляют ее ход, поощряют членов семьи обращаться непосредственно друг к другу. Делают

акцент не на объяснении возможных мотивов поведения, а на констатации того, «кто, что, когда и где кому сказал или сделал».

Особое внимание уделяется воспоминаниям детства и ассоциациям, связанным с отношениями с родителями. После того как вскрыты исторические корни происходящих семейных конфликтов, проводятся интерпретации того, как члены семьи продолжают восстанавливать прошлые, часто искаженные образы из своего детства. Данные для таких интерпретаций поступают из реакций переноса на терапевта или на других членов семьи, а также из действительных воспоминаний.

Для пациентов важно не только осознать свои бессознательные потребности, но и пережить и выразить подавленные части своей личности. Этому способствует поощрение выражения сдерживаемых импульсов, что снижает напряжение защитных реакций. Терапевт поощряет инсайт, вскрывая мотивы, лежащие в основе поведения членов семьи.

В ходе терапии члены семьи познают, что их психологическая жизнь больше, чем их сознательный опыт, и приходят к пониманию и принятию подавленных частей своей личности. Все достигнутые инсайты прорабатываются – преобразовываются в новые, более зрелые способы поведения.

От меня ушли четыре жены, потому что я по ошибке принимал их за свою мать.

*К. Грант*

**Коммуникативный подход.** В. Сатир (2018) описала дисфункциональную семью как замкнутую систему, которая держится на жестких, бесчеловечных правилах, исключающих честное самораскрытие и личностный рост. Общение является косвенным и неопределенным, а социальные связи осуществляются с позиций страха, заискивания или обвинений. Члены такой семьи занимают одну из четырех позиций (Миротворец, Обвинитель, Рассуждающий и Отвлекающий).

Дисфункциональная личность не имеет навыков адекватного общения. Ее сообщения, посылаемые на различных уровнях коммуникации, противоречивы, а поведение не соответствует словам. Такая личность принимает за настоящее прошлые впечатления или фантазии о будущем, не может сличить их с реальной ситуацией и восприятием этой ситуации партнером по общению.

Терапевтический процесс состоит из следующих этапов.

**1. Коммуникативная диагностика семейной проблемы.** Выясняют, как партнеры принимают решения: заискивая? задираясь? наставляя? отстраняясь? или делая вид, что им все безразлично? Открыто обсуждают все варианты, с учетом мнения каждого или нет? Выявляют супружеские мифы: «Если ты меня любишь... а) я в порядке; б) ты догадываешься, что мне нужно; в) ты должен думать, чувствовать и действовать как я». Определяют, кто находится в центре

коммуникативного процесса, кто является звездами в семейной группе, кто изолирован, кто мешает коммуникативному процессу, кто его поддерживает. Чтобы разобраться в несогласованных, перепутанных взаимоотношениях в закрытой семье, составляют карту семьи, в которой отмечают связи в парах и треугольниках. Прослеживают хронологию семейных кризисов, выясняют способы их разрешения. Наконец, выявляют влияние моделей родительских семей.

**2. Включение терапевта в семейную коммуникацию.** Терапевт контактирует с каждым членом семьи, выступает в роли переводчика между ними и помогает установить прямые контакты. Он предельно использует мастерство и творческие возможности членов семьи, задействует максимальное число каналов восприятия и все репрезентативные системы, чтобы наиболее полно обучить всех членов семьи.

**3. Тренинг навыков адаптивного общения.** Применяются проясняющие вопросы, корректирующие замечания, обучающие техники, используется «семейная скульптура», тренируются коммуникативные навыки. Вводятся следующие четыре принципа общения.

- 1) Членам семьи надо говорить о своих мыслях и чувствах от первого лица.*
- 2) Следует точно выражать свои чувства.*
- 3) Вербальное и невербальное выражения чувств должны совпадать.*
- 4) Необходимо учитывать уровень понимания собеседни-*

ка.

**4. Этап новой семейной ситуации.** Данный этап внешне может быть сходным с первым, поэтому терапевтический цикл повторяется несколько раз, однако с каждым разом этап хаоса становится все короче и все менее противоречивым. Заключительная стадия работы состоит в закреплении достигнутых изменений, при этом для членов семьи важно идентифицировать эти изменения, оценить свои новые возможности и представить, как они будут использовать их в будущем. В это время терапевт отсоединяется от семьи.

Ни один мужчина не сможет стать хорошим отцом, пока он не научится понимать своего отца.

*Т. Уайлдер*

В последние десятилетия наблюдается смещение фокуса семейной терапии с уровня коммуникации в семье на уровень ее организации. Акцент делается на проблемах иерархической неконгруэнтности, когда в семье сталкиваются две одновременно действующие, но исключаящие друг друга сильные структуры. Повышенное внимание уделяется метафорам, отражающимся в симптомах и паттернах внутрисемейного взаимодействия, растет интерес к пониманию специфичности и психодинамики симптома.

В рамках структурной семейной терапии С. Минухина (1998) фокусируются на образцах и формах внутрисемейного взаимодействия, распределения власти, модусе принятия решений, границах, близости членов семьи и дистанции

между ними, альянсах, сговорах, ролях, правилах, сходстве и взаимном дополнении. М. Эриксон и Дж. Хейли (2001), К. Маданес (1999), С. Палаццоли (2002) и другие представители стратегической семейной терапии тщательно разрабатывают план работы, предусматривающий многообразные воздействия на семью. Количество сессий ограничивается десятью по принципу «сейчас или никогда!». Основное внимание уделяется четырем элементам: симптомам, метафорам, иерархии и власти. Патологические симптомы рассматриваются как проблемы, возникшие при переходе семьи от одной стадии жизненного цикла к другой. Система взаимодействия, возникшая вокруг симптома, которым страдает идентифицированный пациент, может являться метафорой системы взаимодействий, сформированной на основе другой проблемной ситуации в семье, заменяя ее. Позитивное истолкование симптома предполагает отношение к нему как к одному из способов адаптации, задачей терапии является поиск других способов.

Терапевт формулирует проблему в коммуникативных терминах таким образом, чтобы она могла быть решена. Она рассматривает ее как способ, с помощью которого один член семьи передает сообщение другому и пытается определенным образом влиять на его отношение к себе. Например, когда ребенок отказывается посещать школу, он выражает своим проблемным поведением не только собственный страх, но и страх матери. Таким образом, симптом служит метафо-

рическим выражением коммуникативной проблемы, а изменение метафор и аналогий становится фокусом терапии.

**Семейная дискуссия** может преследовать следующие цели.

1. Коррекция неправильных представлений: о различных аспектах семейных взаимоотношений; о способах решения семейных конфликтов и других проблем; о планировании и организации семейной жизни; о распределении обязанностей в семье и др.

2. Обучение членов семьи методам дискуссии, предполагая цель дискуссии – не доказать свою правоту, а совместно найти истину, не прийти к соглашению, а установить истину.

3. Обучение членов семьи объективности (стремление привести их к одинаковому мнению или снижение уровня его поляризации по актуальным семейным проблемам).

В процессе проведения семейной дискуссии психолог действует такие приемы, как эффективное использование молчания, умение слушать, обучение с помощью вопросов, постановка проблемы, повторение, резюмирование.

**Обусловленное общение** достигается тем, что в обычные, привычные семейные взаимоотношения вводится какой-то новый элемент. Цель его – дать возможность членам семьи осуществить коррекцию нарушений в данном отношении. Один из приемов – обмен между членами семьи записками. В этом случае при обсуждении какого-либо вопроса члены семьи не говорят, а переписываются. Цель – замед-



лить процесс коммуникаций, чтобы члены семьи могли наблюдать его и анализировать. Это и дополнительная возможность прийти в эмоциональное фоновое состояние тем, кому это было крайне необходимо, чтобы далее рассуждать на рациональном уровне.

**Выявление семейных моделей взаимодействия.** С этой целью членов семьи просят воспроизвести фрагмент диалога или спора, а не описывать их.

**Ролевая игра** предусматривает проигрывание ролей в различного рода играх, символизирующих семейные отношения. Это могут быть совместные рисунки и марионетки, игра в куклы, ролевая карточная игра, «звериная семья», «соломенная башня», «пластилиновый мир», «песочница», живые скульптуры, обмен детско-родительскими ролями и т. д.

Во время ролевых игр члены семьи получают возможность выразить свое отношение друг к другу в символической форме, быстрее понять чувства других и мотивы их поступков, что повышает эффективность терапии и сокращает продолжительность курса лечения. Эта методика в наибольшей степени подходит к семьям с детьми от 5 до 12 лет и родителями с недостаточной эмпатией и склонностью манипулировать друг другом через интеллектуализацию.

**Семейная скульптура.** Каждый член семьи должен создать свой живой портрет семьи, расставляя остальных согласно собственному взгляду на дистанцию между ними, на

ту деятельность, которую они осуществляют по отношению друг к другу, и на чувства, которые при этом испытывают. Таким образом опыт каждого воплощается и проецируется в живую картинку. При этом несоответствия между представлениями о структуре семьи ее различных членов являются очень существенными и могут быть легче выявлены в ситуации «ваяния» семейной скульптуры, чем на основе традиционных вербальных техник.

Терапевт вмешивается в ваяние, предлагая свои варианты и непосредственно комментируя творческий процесс. Таким образом он помогает членам семьи перераспределить их позиции в семье, способствуя этим созданию более приемлемых границ внутрисемейных субсистем. К «идеальной» скульптуре семьи можно обращаться впоследствии для того, чтобы проследить динамику психотерапевтического процесса.

**Вызов семейной структуре.** Терапевт подвергает сомнению точку зрения, что семейная проблема заключается в поведении идентифицированного пациента. Терапевт присоединяется к нему, одобряет его поведение как вызванное его чуткостью и альтруизмом и возлагает ответственность за семейную проблему на всю семью. Каждый из родителей усиливает свои попытки вступить в коалицию с терапевтом и завоевать его более благожелательное отношение. Терапевт отказывается отдавать предпочтение кому бы то ни было. Идентифицированный пациент переходит из позиции роди-

теля по отношению к своим родителям в позицию их брата или сестры и начинает отказываться от своих симптомов. Он начинает играть менее значительную роль как на сессиях, так и в домашней жизни.

### **Указания (директивы):**

- указания членами семьи делать что-то;
- указание делать нечто иначе, чем до сих пор;
- указание не делать чего-то, что они до сих пор делали.

Меры, которые усиливают эффективность этих директив:

- сделать директиву как можно более точной;
- призвать на помощь других членов семьи, которые напомним бы индивиду о том, что не нужно делать;
- установить систему наград и наказаний, которые помогли бы индивиду удержаться от нежелательных действий.

Директивы делятся на прямые и парадоксальные. В случае парадоксальной директивы истинная ее цель противоположна провозглашенной. Терапевт в этом случае требует поступить определенным образом, рассчитывая, что члены семьи поступят как раз наоборот. Терапевт, работающий с конфликтной семьей, может предписать им конфликтовать в определенных условиях и случаях, втайне рассчитывая, что такое предписание разрушит присущий данной семье «сценарий» конфликтов, сделает конфликты смешанными и искусственными в глазах семьи.

Директивы наиболее эффективны в следующих случаях.

1. Семья способна вести себя иным, чем сейчас, образом,

и такое поведение создает возможность для коррекции нарушения.

2. Имеется возможность перехода семьи к правильному, ненарушенному поведению путем расчленения этого перехода на этапы нарушения, так как в жизни семьи необходимо что-то делать иным способом.

3. Имеется возможность реорганизации условий жизни семьи и снятия таким образом нарушений в ее жизни (изменение места жительства, тех или иных сторон быта, досуга, режима семьи и т. п.).

Высокая эффективность этой техники наблюдается на том ее этапе, когда в ходе занятий члены семьи уже научились всему для самостоятельного решения проблем семьи, и теперь нужно лишь помочь им научиться применять полученные знания в повседневной семейной жизни.

Семейный терапевт должен освоить педагогический подход, уметь прояснить цели семьи, не склонять семью ни к какому типу взаимоотношений, честно признавать границы своих возможностей. Он должен работать в единой команде с семьей, подчеркивать позитивную роль семьи в терапевтическом процессе, с пониманием и сочувствием относиться к интенсивным эмоциональным проявлениям в семье. Ему следует помогать членам семьи в их развитии, информировать семью о самых различных возможностях лечения, помогать семье в психологическом и медицинском образовании с помощью научно-популярной литературы, обеспечи-

вать семью информацией о возможной социальной помощи, быть готовым прийти на помощь семье в любой момент.

Подробнее о семейной психотерапии см. мою книгу «Энциклопедия начинающего семейного психолога».

# Нейрогенные расстройства развития

В данный кластер МКБ-11 включены поведенческие и когнитивные расстройства, возникающие в период развития и сопряженные со значительными трудностями в приобретении и выполнении определенных интеллектуальных, двигательных, языковых или социальных функций. Группа нарушений развития нервной системы МКБ-11 включает в себя такие группы МКБ-10, как *умственная отсталость, нарушения психологического развития*, а также *расстройство дефицита внимания с гиперактивностью (РДВГ)*.

Основные изменения в МКБ-11 включают переименование умственной отсталости в МКБ-10, которая была устаревшим и стигматизирующим термином, неадекватно охватывающим диапазон форм и причин, связанных с этим состоянием, в *расстройства интеллектуального развития*. Последние продолжают определяться, основываясь на значительных ограничениях в интеллектуальном функционировании и адаптивности поведения, в идеале определяются с помощью стандартизированных, соответственно нормируемых и индивидуально подбираемых метрик.

Функциональные области разделены на три составляющие: концептуальные, социальные, практические; выделены

три возрастные группы (раннее детство, детство/юность и зрелость) и четыре уровня тяжести (легкий, средний, тяжелый, глубокий). Поведенческие индикаторы описывают те навыки и способности, которые обычно наблюдаются в рамках каждой из этих категорий.

**РДВГ** пришел на замену гиперкинетическому расстройству в МКБ-10 и был перемещен в группу нарушений развития нервной системы по причине раннего начала, характерных расстройств в интеллектуальном, двигательном и социальном функционировании и частым сочетанием с другими нарушениями развития нервной системы. Этот шаг также был направлен на то, чтобы развести близкие РДВГ разрушительное поведение и *диссоциальные расстройства* по той причине, что при РДВГ разрушения, как правило, носят непреднамеренный характер. РДВГ в МКБ-11 характеризуется как преимущественно невнимательный, преимущественно гиперактивно-импульсивный или смешанный тип и описывается на протяжении всей жизни.

Наконец, хронические *тикозные расстройства*, включая синдром Туретта, классифицируются в разделе МКБ-11 также как «Заболевания нервной системы» и дублируются в группе расстройств развития нервной системы из-за их частого сочетания и типичного начала в раннем периоде развития.

# **Расстройство интеллектуального развития**

При речевых и языковых расстройствах в процессе развития у людей возникают трудности в понимании или создании речи и языка или в использовании языка в контексте общения, который заметно ниже уровня интеллектуального функционирования, ожидаемого с учетом возраста. Нарушения интеллектуального развития представляют собой группу этиологически разнообразных состояний, возникающих в течение периода развития, характеризующихся весьма низкими показателями среднего интеллектуального функционирования и адаптивного поведения, которые примерно на два или более стандартных отклонения ниже среднего по результатам индивидуально проведенных стандартных тестов. Там, где отсутствуют подходящие тесты, диагностика нарушений умственного развития требует большей опоры на клиническое суждение на основе соответствующей оценки сопоставимых поведенческих показателей.

## **Диагностические критерии DSM-5**

Расстройство интеллектуального развития является расстройством периода развития, включающее как интеллектуальный, так и адаптивный функциональный дефицит в кон-



цептуальной, социальной и практической областях. При постановке диагноза опираются на следующие три критерия.

А. Недостаточность интеллектуальных функций, таких как рассуждение, решение проблем, планирование, абстрактное мышление, суждение, академическое обучение и обучение на опыте, подтвержденная как клинической оценкой, так и индивидуальным стандартизированным тестированием интеллекта.

В. Недостатки адаптивного функционирования, которые приводят к неспособности удовлетворить социокультурные стандарты в отношении личной независимости и социальной ответственности. Без постоянной поддержки адаптивный дефицит ограничивает функционирование в одном или нескольких видах повседневной жизни, таких как общение, участие в жизни общества и независимая жизнь в различных средах, таких как дом, школа, работа и общество.

С. Начало интеллектуального и адаптивного дефицита в периоде развития.

## **Клиника**

Расстройство интеллектуального развития заметно ограничивает адаптивное поведение, которое представляет собой набор концептуальных, социальных и практических навыков. Концептуальные навыки относятся к сфере общения и знаний (например, чтение, письмо, расчет, решение про-

блем и принятие решений). Социальные навыки — это навыки управления межличностными отношениями и взаимоотношениями, социальной ответственности, соблюдения правил и соблюдения законов, а также предотвращения поведения жертвы. К практическим навыкам относятся навыки, связанные с такими видами деятельности, как уход за собой, здоровье и безопасность, работа и отдых, использование денег и транспорта, бытовой техники и технологических устройств.

Среди людей с расстройством интеллектуального развития чаще, чем среди населения в целом, встречается агрессивное и саморазрушительное, оппозиционно-вызывающее и сексуально неприемлемое поведение.

Многие люди с расстройством интеллектуального развития более легковверны и наивны, их легче обмануть, и они более склонны к зависимости и стрессам, чем люди в общей популяции. Это может привести к различным последствиям, включая большую вероятность поведения жертвы, вовлечения в преступную деятельность и предоставления неточных заявлений правоохранительным органам.

Люди с расстройством интеллектуального развития подвергаются большему риску возникновения различных проблем со здоровьем (например, эпилепсии) и социальных трудностей (например, бедности) на протяжении всей жизни. Для человека с расстройством интеллектуального развития травматический и другой сложный жизненный опыт

может быть особенно проблемным. Принимая во внимание, что время и тип жизненных переходов различаются в разных слоях общества, как правило, люди с расстройством интеллектуального развития нуждаются в дополнительной поддержке, чтобы адаптироваться к изменениям в повседневной жизни, структуре или образовательным и жизненным условиям.

Есть много медицинских состояний, которые могут вызывать расстройство интеллектуального развития и которые, в свою очередь, связаны с конкретными дополнительными медицинскими проблемами. Различные дородовые (например, воздействие токсичных веществ или вредных лекарств во время беременности), родовые (например, проблемы в родах) и послеродовые факторы (например, инфекционные поражения головного мозга) могут способствовать возникновению расстройств интеллектуального развития, при этом множественные причины могут взаимодействовать между собой.

Ранняя диагностика причин расстройства интеллектуального развития, когда это возможно, может помочь в профилактике и лечении связанных с этим медицинских проблем (например, для людей с синдромом Дауна рекомендуется частый контроль функций щитовидной железы).

# **Расстройства развития речи и языка**

Расстройства развития речи и языка возникают в периоде развития и характеризуются трудностями в понимании и произношении слов или в использовании языка в процессе общения. Эти трудности находятся за пределами нормальных особенностей, ожидаемых для возраста и уровня интеллектуального функционирования. Наблюдаемые проблемы речи и языка не связаны с социальными или культурными факторами (например, региональными диалектами) и не полностью объясняются анатомическими или неврологическими нарушениями.

## **Клиника речевых расстройств**

### **Диагностические критерии DSM-5**

А. Постоянные трудности в освоении и использовании языка в разных условиях (то есть разговорного и письменного языка, языка жестов или других) из-за недостатка его понимания или произношения включают следующее.

1. Сокращенный словарный запас (знание слов и их использование).
2. Ограниченное строение фраз (способность соединять слова и окончания слов в форму предложения, соблюдая правила грамматики и морфологии).

3. Нарушения в беседе (способность использовать словарный запас и соединять предложения для объяснения или описания темы или серии событий в русле беседы).

В. Языковые способности значительно и количественно ниже ожидаемых по возрасту и приводят к функциональным ограничениям в эффективном общении, социальной активности, учебе или работе по отдельности или в любой комбинации.

С. Начало симптомов в раннем периоде развития.

Д. Трудности не связаны со слухом или другими нарушениями чувствительности и двигательных функций или другим медицинским или неврологическим состоянием и не объясняются нарушением интеллектуального развития или общей задержкой развития.

У детей с речевыми или языковыми расстройства развития отмечается быстрая, беспорядочная и аритмичная речь с повторениями и удлинениями в звуках, слогах, словах и фразах, часто с удалением или свертыванием слогов и пропусками окончаний слов, а также блокированием и избеганием слов или заменами. Речь может сопровождаться напряжением речевой мускулатуры, гримасами, морганием, движениями головы, сжиманием кулаков, постукиванием ног и напряжением тела.

Расстройство речевого развития часто сопровождается беспокойством в ожидании речи и избеганием речи. Мас-

штабы проблемы варьируются в зависимости от ситуации и могут быть более серьезными, когда есть необходимость общаться. Иногда возникновение дисбаланса может быть связано со значительным психологическим событием, таким как тяжелая утрата, и может упоминаться как «психогенное заикание». Хотя это явление можно наблюдать в раннем детстве и в подростковом возрасте, психогенное заикание обычно начинается во взрослом возрасте.

Наблюдаются постоянные недостатки в понимании или использовании языка (разговорного или письменного). Могут быть нарушены следующие языковые навыки.

- Способность понимать и использовать язык для передачи значения слов и предложений.
- Возможность использовать языковые правила, например, в отношении спряжения глаголов или окончаний слов и объединения слов в предложения.
- Способность разлагать слова на составляющие звуки и мысленно манипулировать этими звуками.
- Способность рассказать историю или поговорить. Способность понимать и использовать язык в социальных контекстах, например, делать выводы, понимать словесный юмор и неоднозначные значения.

Расстройство развития речи тесно связано с другими нарушениями развития нервной системы, в том числе с синдромом дефицита внимания и нарушением развития координации. Расстройство развития речи также часто связано

с трудностями в отношениях со сверстниками, эмоциональными расстройствами и разрушительным поведением, особенно у детей школьного возраста. Тяжелые речевые нарушения особенно вероятно связаны с социальными, эмоциональными и поведенческими нарушениями. Расстройство речевого развития может сохраняться во взрослом возрасте.

Потеря ранних первых слов на втором году жизни и, реже, потеря языковых навыков после трех лет является одним из проявлений расстройства аутистического спектра. Речевые способности могут также быть утрачены из-за заболеваний нервной системы, включая приобретенное повреждение головного мозга в результате инсульта, травмы или энцефалопатии (поражения головного мозга с психическими расстройствами). Сопутствующая потеря физических навыков вместе с речевыми способностями может указывать на нейродегенеративное заболевание.

## **Психотерапия заикания**

Заикание манифестирует обычно после испуга, под влиянием реакции окружающих дополнительно развивается страх публичной речи (логофобия), который замыкает порочный круг. При заикании сосуществуют желание и нежелание говорить, проявляется магическое отношение к словам и агрессия против слушателя, происходит смещение вверх функций сфинктеров и сексуализация речи. Язык как

орган речи выступает в роли фаллического символа. В этом плане говорение означает потенцию, а молчание – кастрацию. На анальном уровне говорение означает произнесение «грязных» слов и агрессивное действие против слушателя. Выпасть эти слова и проглотить их аналогично запретной детской игре с фекалиями.

Оральная эротичность проявляется в заикании в форме речевых амбиций, и тогда пациенты становятся мастерами художественного слова, певцами, ораторами и т. п. Однако глубинный конфликт сохраняется в виде готовности убивать собственные слова как представляющие интроецированные плохие объекты. Заикание блокирует опасные тенденции и символически наказывает за них. Оно появляется в присутствии авторитетных фигур, на которые переносятся амбивалентные чувства к родителям. Расстройство укрепляется вторичной выгодой, получаемой от заикания: письменные ответы на уроках, освобождение от устных экзаменов, потакание капризам дома и т. п.

Дети с логофобией, как и с другими социальными фобиями, склонны к эксгибиционизму, который в данном случае основан на магическом представлении о всемогуществе слов. Одобрение публики как будто успокаивает кастрационную тревогу, однако из-за подавленной садистической тенденции страх кастрации лишь усиливается и в результате возникает заикание. У девочек генитальный эксгибиционизм смещается на оральный уровень и заменяет более бо-



лезненное переживание чувства неполноценности из-за отсутствия пениса.

Установите с ребенком доверительные отношения, уменьшающие его напряжение и облегчающие готовность к занятиям со специалистами. Совместно с логопедом выработайте цикл речи, включающий: спокойствие, хладнокровие, уверенность – ритмичное дыхание – плавную интонацию – непрерывное течение речи – вживание в речевой процесс. Обучите ребенка речи только на выдохе, при полном звуке голоса, при мягком произношении согласных, при замедленном темпе речи. Применяйте модификацию речевого стиля: произношение слов нараспев, шепотом, ритмичная речь, остановка речи при появлении симптомов.

Добейтесь того, чтобы ребенок осознал циклический механизм заикания: мысленное представление неудачи – состояние возбуждения – задержка дыхания – торможение голоса – торможение речи. Установите связь логофобии с подтруниваниями и переживаниями, понижающими самооценку. Доведите до сознания ребенка понимание смысла заикания как средства власти. Дайте ребенку парадоксальное предписание «обзаикать» собеседника: терапевта, друга, родителя, прохожего. Проводите функциональные тренировки с постепенным повышением уровня трудности: чтение, свободный разговор, вопросы и ответы, присутствие нескольких лиц. Используйте ролевые игры в семье, в школе, с авторитетными лицами. Пусть пациенты выступают в роли друго-

го (друга, родителя, учителя), разговаривают по телефону с незнакомыми людьми.

Выработайте «запас прочности» с помощью различных помех: глубокое дыхание и расслабление мышц тела и гортани во время речи, неожиданные высказывание в адрес говорящего, речь из коротких отрывков с паузами и в коротком ритме, с воображением различных фобогенных ситуаций. В критических случаях – например, на устных экзаменах, возможна лекарственная поддержка транквилизаторами или противотревожными антидепрессантами. Предварительно проверьте, как действует на пациента тот или иной препарат.

При проведении *гипнотерапии* эффективны следующие формулы внушений. «В груди тепло и спокойно. Приятно прохладный воздух входит и выходит во время дыхания. Вдох успокаивает, выдох спокойный. Дыхание спокойное, ровное. При любом разговоре дышится спокойно и легко. Выдох долгий, непрерывный. Слова льются на выдохе сразу, без задержек. Сливаются в одно большое слитное слово. Гласные тянутся достаточно долго, создавая как бы смазку для согласных. Вовремя начинается новый вдох – спокойный, беззвучный. На вдохе молчишь, успокаиваешься. Говоришь только на выдохе – плавно, слитно, неторопливо. Волнения перестают мешать дыханию и речи. При волнении легко остановиться, успокоить дыхание, дать расслабиться го-

лосовым связкам. Это происходит само собой, совсем легко.

При любых обстоятельствах дыхание спокойное, ровное, глубокое. Речь начинается на выдохе сразу, льется легко, неторопливо, плавно. В груди и горле легко и свободно. На душе спокойно и легко, тепло и уютно. Случайные запинки легко оставлять без внимания. Как ни в чем ни бывало, продолжаешь говорить – смело и уверенно до конца. И тогда окружающие не замечают этих запинок. Случайные запинки перестают мешать твоей речи, перестают вызывать опасение новых запинок. При трудностях автоматически включается запас силы, смелости и бодрости.

Когда ты засыпаешь так, тебе легко может присниться или представиться, что ты стоишь в классе у доски. Все смотрят на тебя. И ты смотришь на всех спокойно и внимательно. Находишь поддерживающие и ободряющие глаза. Чувствуешь, что освобождаешься от скованности и страха. Держишься спокойно и уверенно. Говоришь, отвечаешь на вопросы легко и громко. Случайные запинки безразличны, они бывают у всех людей. Говоришь смело и уверенно до конца.

Сейчас ты чувствуешь себя хорошо отдохнувшим, спокойным. Твое тело, твой мозг, твоя речь хорошо отдохнули. Все время до следующего сеанса сохраняется спокойное, ровное настроение, спокойная, плавная речь. Начинаешь просыпаться, легко повторяешь за мной вслух: „Я говорю легко и свободно. Я говорю плавно и слитно. Речь льется свободно, без задержек. Мне легко так говорить. Я везде

могу так говорить. Мне легко и свободно с людьми. И людям приятно со мной. Я легко владею собой и своей речью. Я спокоен. Я уверен. Я легко владею собой. На счет от 5 до 1 проснешься полностью с чувством бодрости и уверенности, со спокойной уверенной речью. 5—4—3—2—1. Отлично!“»

Приведенные формулы закрепляйте на занятиях *ауто-тренингом*. Наиболее эффективны групповые занятия с последующим обсуждением успешного применения навыков аутотренинга во время речевого общения. Формулы самовнушения могут быть следующими. «Стою на высокой скале над морем. Волны бьются под ногами. Ветер усиливается, рвет одежду. Чувствую прилив сил и энергии. Врастаю в скалу, как могучее дерево. Стальная пружина разворачивается во мне. Я спокоен! Стою в переполненном зале. Все смотрят на меня. И я смотрю на всех спокойно и внимательно. Держусь с уважением и достоинством. Я такой же, как все. Я свободен от скованности и страха. Говорю, отвечаю легко и громко. Случайные запинки безразличны. Чувствую в себе силу, смелость и бодрость. Говорю смело и уверенно до конца. (Хором вслух.) Я говорю легко и свободно! Я говорю плавно и слитно! Речь льется свободно, без задержек! Мне приятно так говорить! Я везде могу так говорить! Я легко владею своей речью! Мне легко и свободно с людьми! И людям приятно со мной! Я спокоен! Я уверен! Я легко владею собой! (Громко вслух.) Я спокоен!!!»

## Клиническая иллюстрация

С детства у Луизы было чувство, что ее жизнь никому не нужна; чтобы заслужить хорошее отношение, надо быть хорошей девочкой. Ее родители развелись, когда ей было 4 года. До 10 лет Луиза жила у деда с бабушкой. Биологический отец несколько раз приезжал навестить Луизу, всегда с бутылкой, которую выпивал под интересные разговоры обо всем на свете. Бабушка была строгая, очень энергичная, все делала сама очень быстро и хорошо, учила всему, но все должно было быть по ней. Дед любил Луизу больше всех, играл с ней, баловал, приносил булочку с работы. Даже выходя с мусорным ведром, брал с собой конфету, которую давал внучке по возвращении. Дед был мягким, но его боялись, так как он не позволял нарушать свои моральные принципы.

Когда 1 сентября Луизе надо было идти в первый класс, ее положили на 2 месяца в больницу с дизентерией, и потом она долго была слабой, наблюдалась у врачей. Учительница в первых двух классах насильно кормила ее кашей, не отпускала с классного часа в музыкальную школу, крича на нее так, что Луиза от страха начала заикаться. Но у нее не было никого, кто мог бы ее защитить. В школу и из школы Луизу водила бабушка. Мать работала, жила в маленькой 1-комнатной квартире, встречалась с будущим отчимом Луизы. Мать приезжала к родителям не вечером в пятницу, как

ждала Луиза, а утром в субботу (Луиза ездит ко мне на психотерапию тоже утром в субботу). Приехав, мать общалась с родителями, занималась своими делами. Луиза ничего не ощущала, когда мать говорила ей слова любви.

Когда Луизе надо было идти в 3-й класс, мать вышла замуж, переехала к мужу и забрала дочь от своих родителей. Луиза пожаловалась отчиму на учительницу, и он договорился, чтобы девочку перевели к другой учительнице, которая оказалась очень милой. Луизу больше не спрашивали с места, не вызывали к доске. Отчим проявлял к Луизе любовь, и она впервые ощутила тепло на душе. Родители, особенно отчим, знают много стихов. Они чрезвычайно живые, интересные, мать всем интересуется до сих пор. У нее со вторым мужем до сих пор продолжают очень теплые непосредственные отношения. Перезанимавшись, Луиза выходила из своей комнаты к родителям на кухню, чтобы оживиться. Однако у нее нет способности так веселиться самой.

В семье было двусмысленное отношение к эротике. С одной стороны, Луизу одевали в подростковом возрасте так, что она выделялась на общем фоне, с другой стороны, никто не интересовался ее отношениями с мальчиками – это была запретная тема. Мать Луизы не женственная, как бы «свой парень». Она полюбила мужа Луизы больше, чем ее. Когда Луиза перед родами переезжала с мужем на другую квартиру, мать на прощание попросила дочь не обижать его.

Любимые песни Луизы – песни 30-х годов, которые дед

играл на баяне. Луиза окончила музыкальную школу по классу аккордеона, преподаватель рекомендовал ей учиться дальше на джазовом отделении. Луиза умоляла мать отдать ее в музыкальное училище, но родители решили, что у нее недостаточно способностей. Бабка с мамой внушили Луизе, что при их социальном положении ей не выбиться в люди.

Луизе разрешили письменно сдавать экзамены на аттестат зрелости. Она успешно сдала их, и перед ней поставили задачу поступить на географический факультет МГУ, который окончил отчим. У Луизы усилилось заикание, она поступила на лечение в Речевой центр, где прошла вышеописанный курс лечения. С отчимом была проведена беседа, после которой отношение семьи к девушке стало более эмпатичным. Речь нормализовалась, Луиза на общих основаниях успешно сдала экзамены в МГУ.

**Анализ наблюдения.** В эдиповой фазе развития пациентка фактически потеряла обоих родителей. В их роли выступили нормативные дедушка и бабушка по матери. При этом дедушка баловал девочку, бабушка ограничивала, а родители общались с ней формально. У пациентки развилась тревога разлуки, проявившаяся в форме «дизентерии» перед началом учебы в школе. На этом фоне поведение агрессивной учительницы спровоцировало заикание. Появившийся в это время отчим организовал пациентке щадящие условия учебы. Одновременно мать с отчимом внушали пациентке чувство социальной неполноценности (ей «не выбиться

в люди»), запретили ей продолжать занятия на аккордеоне (в подражание любимому дедушке) и направили на учебу по стопам отчима. Заикание усилилось в связи с предэкзаменационной тревогой, но после терапии речь нормализовалась.



# **Расстройства аутистического спектра**

Расстройство аутистического спектра (РАС) характеризуется постоянным дефицитом способности инициировать и поддерживать взаимное социальное взаимодействие и социальное общение, а также рядом ограниченных, повторяющихся и негибких моделей поведения и интересов. Расстройство начинается в период развития, обычно в раннем детстве, но симптомы могут не проявляться в полной мере до тех пор, пока социальные потребности не превысят ограниченных возможностей.

Дефицит является достаточно серьезным, чтобы вызвать ухудшение в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных сферах деятельности и обычно является распространенной особенностью функционирования человека, наблюдаемой во всех обстоятельствах, хотя они могут варьироваться в зависимости от социальных, образовательных или других условий. При этом человек обнаруживает полный спектр интеллектуальных функций и языковых способностей.

Многие дети проходят этапы повторяющихся игр и сфокусированных интересов как часть типичного развития. У застенчивых или поведенчески ограниченных детей, подростков или взрослых социальные взаимодействия могут быть ограниченными. Одна-

**ко модели поведения, характеризующиеся повторением, рутинной или ограниченными интересами не свидетельствуют о РАС, если нет также свидетельств нарушения взаимного социального взаимодействия и социального общения. Диагноз РАС следует рассматривать только в том случае, если имеется заметное и стойкое отклонение от ожидаемого диапазона способностей и поведения в этих областях, учитывая возраст человека, уровень его интеллектуального функционирования и социокультурный контекст.**

## **Диагностические критерии DSM-5**

**А. Постоянный недостаток в инициировании и поддержании социальной коммуникации и социальном взаимодействии, которые находятся за пределами ожидаемого диапазона типичного функционирования, учитывая возраст человека и уровень его интеллектуального развития, что проявляется в настоящее время или в истории в следующем.**

**1. Недостаток социального подхода и поддержания двустороннего разговора; сокращение обмена интересами, эмоциями или желаниями; неспособность инициировать социальные взаимодействия или реагировать на них.**

**2. Недостатки невербального коммуникативного поведения, используемого для социального взаимодействия, начиная, например, от плохо объединенного вербального и**

невербального общения, нарушений зрительного контакта и языка тела или недостатков в понимании и использовании жестов и заканчивая полным отсутствием мимики и невербального общения.

3. Недостатки в развитии, поддержании и понимании отношений от, например, трудностей с адаптацией поведения в соответствии с различными социальными контекстами и до трудностей в совместном творчестве или в дружбе и отсутствия интереса к сверстникам.

В. Ограниченные, повторяющиеся модели поведения, интересов или деятельности, проявляющиеся в настоящее время или в истории по крайней мере двумя из следующих примеров.

1. Стереотипные или повторяющиеся движения при использовании объектов или речи (например, простые двигательные стереотипии, выстраивание игрушек в ряд или подбрасывание предметов, повторение слов собеседника, особых фраз).

2. Настойчивость в отношении неизменной, жесткой приверженности рутинным или ритуализированным моделям вербального или невербального поведения (например, чрезмерные страдания при небольших изменениях, трудности с перемещениями, жесткие шаблоны мышления, ритуалы приветствия, необходимость выбирать один и тот же маршрут или есть одну и ту же пищу каждый день).

3. Сильно ограниченные, фиксированные интересы, которые являются ненормальными по интенсивности или направленности (например, сильная привязанность или озабоченность необычными объектами, чрезмерно ограниченными или настойчивыми интересами).

4. Повышенная или пониженная реактивность в процессе чувственного восприятия или необычный интерес к сенсорным аспектам окружающей среды (например, явное безразличие к боли/температуре, неприятие определенных звуков, запахов, тактильных и вкусовых ощущений от объектов, визуальная завороченность светом или движением).

С. Симптомы должны присутствовать в раннем периоде развития (но могут не проявляться в полной мере, пока социальные требования не превысят ограниченные возможности, или могут быть замаскированы выработанными стратегиями в дальнейшей жизни).

Д. Симптомы вызывают клинически значимые нарушения в социальной, профессиональной или других важных областях текущего функционирования.

Е. Эти нарушения не объясняются лучше расстройством интеллектуального развития или глобальной задержкой развития.

Небольшая часть людей с РАС может терять ранее приобретенные навыки. Эта регрессия обычно происходит в течение второго года жизни и чаще всего связана с использованием языка и социальной отзывчивостью. Если это происходит после трех лет, более вероятно, что это повлечет за собой потерю когнитивных и адаптивных навыков (например, потерю контроля над кишечником и мочевым пузырем, нарушение сна), а также регрессию языковых и социальных способностей и усиление эмоциональных и поведенческих нарушений.

Распространенными проявлениями симптомов РАС у детей младшего возраста являются умственные или другие задержки развития (например, проблемы с языком и двигательной координацией). В среднем детстве могут быть явные симптомы тревоги, в том числе социальная тревожность, отказ от школы и специфическая фобия. В подростковом и взрослом возрасте часты депрессивные расстройства.

Коммуникативные речевые трудности могут проявляться в:

- чрезмерно буквальном понимании чужой речи;
- речи, в которой отсутствуют нормальное звучание и эмоциональная интонация, которая кажется однообразной;
- недостаточной осведомленности о целесообразности выбора слов в определенных социальных контекстах;
- педантичной точности в использовании языка.

Социальная наивность, особенно в подростковом возрасте, может привести к эксплуатации со стороны других, риск этого может быть повышен использованием социальных сетей без надлежащего надзора. Некоторые люди с РАС способны функционировать адекватно, прилагая исключительные усилия, чтобы компенсировать свои симптомы. Такие усилия более типичны для женщин и могут оказывать вредное воздействие на психическое здоровье и благополучие.

Человек – такое живое существо, у которого есть разум, речь, умелые руки и способность решать, как все это использовать.

*Соня Шаталова, 8 лет. Диагноз: расстройство аутистического спектра.*

# **Расстройство развития навыков обучения и координации движений**

**Расстройство развития навыков обучения** характеризуется значительными и постоянными трудностями в обучении академическим навыкам, которые могут включать чтение, письмо или арифметику. Показатели успеваемости человека по затронутым академическим навыкам значительно ниже, чем можно было бы ожидать с учетом хронологического возраста и общего уровня интеллектуального функционирования, и приводят к значительным нарушениям академического или профессионального функционирования человека. Расстройство развития навыков обучения впервые проявляется, когда академические навыки преподаются в начальной школе. Трудности в обучении не связаны с расстройством интеллектуального развития, сенсорными нарушениями (зрение или слух), неврологическими или двигательными расстройствами, отсутствием образования, недостаточным знанием языка академического обучения или психосоциальными проблемами. Ограничения не связаны также с внешними факторами, такими как экономическое или экологическое неблагополучие или отсутствие доступа к образовательным возможностям.

У людей с расстройством навыков обучения обычно проявляются нарушения в различных основных психоло-

гических процессах, которые могут включать фонетическую и орфографическую обработку, память, исполнительные функции (включая сдерживающий контроль и планирование), обучение и автоматизацию символов (например, зрительных, буквенно-цифровых), сенсорно-двигательную интеграцию и скорость обработки информации.

У многих людей с расстройством навыков обучения отмечаются трудности с саморегуляцией внимания, которые недостаточно серьезны, чтобы диагностировать синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Тем не менее постоянные трудности с саморегуляцией внимания могут иметь пагубные последствия для академических результатов и препятствовать реакции на вмешательство или поддержку.

Появление ограничений обычно происходит в ранние школьные годы, но у некоторых людей их можно определить только в более позднем, в том числе в зрелом возрасте, когда требования к успеваемости, связанные с обучением, превышают ограниченные возможности. Трудности в обучении приводят к значительным нарушениям в академической, профессиональной или других важных областях деятельности человека.

Некоторые люди с расстройством обучения могут быть в состоянии поддерживать, казалось бы, адекватные уровни ключевых академических навыков, используя компенсирующие стратегии и необычайно высокий уровень поддержки или затрачивая необычайно высокие усилия и большое ко-



личество времени. Однако по мере того, как требования к эффективности ключевых академических навыков увеличиваются и превосходят возможности (например, в тестах на время, при чтении или написании длинных подробных отчетов в сжатые сроки, очень тяжелой учебной работе, как в старшей школе, послешкольном образовании или профессиональной подготовке), основные трудности в обучении становятся более очевидными.

**Расстройство развития координации движений** характеризуется значительной задержкой в приобретении грубых и мелких двигательных навыков и ухудшением выполнения скоординированных двигательных действий, что проявляется в неуклюжести, медлительности или неточности движений. Навыки координации движений значительно ниже ожидаемых, учитывая хронологический возраст человека и уровень интеллектуального функционирования.

Расстройство начинается обычно в раннем детстве и приводит к существенным и постоянным ограничениям в функционировании (например, в повседневной жизни, школьной работе, а также в профессиональной деятельности и досуге). Трудности с координацией движений не зависят только от болезни нервной системы, заболевания опорно-двигательной системы или соединительной ткани, сенсорных нарушений, и не объясняются лучше расстройством интеллектуального развития.

Расстройство обычно возникает в раннем периоде развития, но до 4 лет его трудно отличить от типичного развития. Поэтому диагноз расстройства развития координации движений обычно не ставится до 5 лет.

Маленькие дети с расстройством развития координации движений могут задерживаться в развитии двигательных функций (например, сидение, ползание, ходьба), хотя многие достигают типичных ранних двигательных показателей. Приобретение таких навыков, как ходьба по лестнице, работа педалями велосипеда, застегивание рубашек, собирание головоломок, завязывание шнурков обуви и использование застежек-молний, может быть отложено или создать трудности. Даже когда данный навык освоен, выполнение движения может показаться неловким, медленным или менее точным, чем у сверстников. Дети могут ронять вещи, спотыкаться, сталкиваться с препятствиями или падать чаще, чем сверстники.

Проявления расстройства развития координации движений обычно сохраняются во взрослой жизни. Дети более старшего возраста и взрослые с нарушением координации двигательной активности могут быть медленными или неточными в различных видах деятельности, требующих мелкой или грубой моторики, таких как командные виды спорта (особенно игры с мячом), езда на велосипеде, письмо, сборка моделей или других предметов или рисование карт.

**Экстремальная психосоциальная депривация** (неудовлетворенность потребностей) в раннем детстве может привести к нарушениям двигательных функций. В зависимости от начала, уровня тяжести и продолжительности депривации, двигательная функция может существенно улучшиться после того, как ребенок переведен в более благоприятную среду. Тем не менее некоторые дефициты могут сохраняться даже после длительного периода пребывания в среде, которая обеспечивает адекватную стимуляцию для развития.

# Расстройство дефицита внимания с гиперактивностью

Данное расстройство пришло на замену *гиперкинетическому расстройству* в МКБ-10 и перемещено в группу нарушений развития нервной системы по причине раннего начала, характерных расстройств в интеллектуальном, двигательном и социальном функционировании и частым сочетанием с другими нарушениями развития нервной системы. Расстройство дефицита внимания с гиперактивностью дифференцируется от разрушительного поведения и асоциальных расстройств по той причине, что при нем разрушения, как правило, носят непреднамеренный характер.

Расстройство дефицита внимания с гиперактивностью характеризуется постоянным (по меньшей мере 6 месяцев) проявлением невнимательности и/или гиперактивности-импульсивности с началом обычно в возрасте от 2 до 11 лет. Степень невнимательности и гиперактивности-импульсивности выходит за пределы нормальных отклонений, ожидаемых для возраста и уровня интеллектуального функционирования, и существенно мешает академическому, профессиональному или социальному функционированию.

Невнимательность относится к значительным трудностям в поддержании внимания к задачам, которые не обеспечивают высокий уровень стимуляции или частые награды. По-

добные трудности – отвлекаемость и проблемы с организацией деятельности. Гиперактивность относится к чрезмерной двигательной активности и неусидчивости, что наиболее очевидно в структурированных ситуациях, требующих поведенческого самоконтроля. Импульсивность – это тенденция немедленно действовать в ответ на стимулы, без обдумывания или рассмотрения рисков и последствий. Относительный баланс и специфические проявления невнимательных и гиперактивно-импульсивных характеристик у разных людей различны и могут меняться в ходе развития. Для того чтобы поставить диагноз расстройства, характер поведения должен четко наблюдаться в более чем одной ситуации.

Диагноз расстройства дефицита внимания с гиперактивностью (РДВГ) требует, чтобы эти симптомы были постоянными во времени, распространялись в различных ситуациях, значительно не соответствовали уровню развития и оказывали прямое негативное влияние на академическое, профессиональное или социальное функционирование.

Симптомы не должны быть связаны с воздействием какого-либо вещества (например, кокаина) или лекарственного средства (например, препаратов для замены функции щитовидной железы) на центральную нервную систему (включая эффекты отмены) или с заболеванием нервной системы.

Симптомы не должны объясняться лучше другим психическим расстройством (например, тревогой и расстройством, связанным со страхом, нейрокогнитивным расстрой-

ством, таким как бред).

Острое начало гиперактивного поведения у ребенка школьного возраста или подростка должно повысить вероятность того, что симптомы лучше объяснить другим психическим и поведенческим расстройством или другим заболеванием. Например, внезапное появление гиперактивности в подростковом или взрослом возрасте может указывать на возникающее психотическое или биполярное расстройство.

Некоторые люди могут впервые обратиться к клиницисту в подростковом или взрослом возрасте, когда требования превышают способность индивидуума компенсировать ограничения.

Симптомы невнимательности, гиперактивности и импульсивности присутствуют у многих детей, подростков и взрослых в определенные периоды развития (например, беспокойство часто встречается у детей без РДВГ, которые оказались в учебном заведении, не соответствующем их интеллектуальным способностям).

## **Клиника и лечение РДВГ**

Дети с РДВГ нередко являются плодом незапланированной или нежелательной беременности, растут в большой конфликтной или неполной малообеспеченной семье. У отцов этих детей обнаруживаются признаки диссоциального

расстройства личности и алкоголизм, у матерей нередко выявляется дисморфическое расстройство. Еще во время беременности плод проявляет излишнюю активность. Младенцы чрезмерно реагируют на внешние раздражители и беспокойно спят.

Во многих случаях симптомы гиперактивности могут преобладать у дошкольников и уменьшаться с возрастом и больше не проявляются после подросткового периода или могут быть отмечены как чувство физического беспокойства. Проблемы с вниманием могут чаще наблюдаться начиная с более позднего детства, особенно в школе и у взрослых в профессиональных условиях.

Расстройство связано с повышенным риском несчастных случаев. Мальчики бывают вспыльчивы, агрессивны, часто импульсивно совершают опасные действия, не учитывая их последствий (например, перебегают улицу, не оглядываясь по сторонам). При этом они не ищут приключений или острых ощущений. У девочек более выражена тревога, колебания настроения, нарушения мышления и речи.

В школьном возрасте расстройство больше всего проявляется трудностями в обучении. У подростков расстройство часто осложняется употреблением психоактивных веществ, соматизацией, асоциальным и суицидным поведением. К этому времени двигательная гиперактивность может пройти, но импульсивность и диссоциальное расстройство личности у многих сохраняется. Последними компенсиру-

ются нарушения внимания.

В семейной терапии акцент делается на тренировке ведения диалога с ребенком и оптимизации системы поощрений и наказаний, а также коррекции открыто агрессивного поведения ребенка. Родителям не следует все позволять ребенку и освобождать его от ответственности. Полезно разработать вместе с ними предсказуемую для ребенка систему поощрений и наказаний с четким подкреплением желательного и торможением нежелательного поведения.

Предложите ребенку заполнить следующую анкету.

- Когда я злюсь, я обычно... (Опиши, что ты делаешь. Это тебе помогает? Почему да или почему нет?)
- Как выражают гнев в моей семье: мама, папа, братья и сестры. Что я могу сделать, чтобы лучше справляться с гневом, обидой и т. п.?

Спросите у матери ребенка:

- Провоцировали ли вы проступки ребенка, употребляя слова «ты», «твой», «твоя» и т. п.? Задавая вопросы? Отдавая распоряжения? Выражая недовольство? Делая пренебрежительные замечания? Совершая сами такие поступки, чем вы недовольны в вашем ребенке?
- Подкрепляли ли вы проступки ребенка после их совершения, фиксируя на них отрицательное внимание? Ругая? Наказывая? Отчитывая? Плача? Расстраиваясь? Тревожась?
- Не провоцируете ли вы грубость, когда говорите с ре-



бенком пренебрежительно, резко? Не забывайте о законе: «Действие равно противодействию»? Враждебность ребенка может быть также реакцией на то, что вы расцениваете как недружелюбие его мрачность и отгороженность, а он просто занят своими переживаниями. Или его молчаливость, склонность к уединению, скрытность являются качествами его личности, и тогда это нужно принять как норму. Ведь на самом деле подобное поведение не угрожает вашему благополучию.

Разрешать ребенку все – значит относиться к нему как к взрослому; и это вернейший способ добиться того, чтобы он никогда не стал взрослым.

*Т. Сас*

Рекомендуется выкрасить комнату ребенка в спокойные тона, обставить ее простой и прочной мебелью. Следует поощрять игры и занятия, развивающие терпение и точные движения, ограничить число используемых одновременно игрушек, приучить ребенка самого убирать их на место. Необходимо избегать большого скопления людей и ограничивать число приходящих друзей. Желательно пребывание ребенка в небольшой школьной группе с самообслуживанием в классе и продуманным рассаживанием детей, где ребенку будет уделено индивидуальное внимание.

Для ослабления выученных неадаптивных поведенческих реакций и подкрепления социализированного поведения используются поведенческие техники. Для когнитивной кор-

рекции сниженной самооценки, дезадаптивных социальных установок и улучшения импульсивного контроля полезно разработать индивидуализированную программу постепенного приближения к сложным ситуациям межличностного взаимодействия, которую можно реализовать в процессе ролевых игр с тренировкой внутреннего контролирующего диалога.

При затяжном течении и стойкой школьной дезадаптации необходима госпитализация. В стационаре проводят систематические лечебно-педагогические мероприятия, занятия лечебной физкультурой, игротерапию, музыкотерапию, трудотерапию. С помощью приемов когнитивной терапии улучшается организация внутренней речи, способность формулировать самоинструкции, замечать свои ошибки и исправлять их.

И. Герасимова и Н. Чернавцева (2002) разработали программу групповой арттерапии возбудимых подростков, рассчитанную на 12 занятий продолжительностью по полтора часа два раза в неделю в течение двух месяцев. Основные цели программы включают снижение повышенной возбудимости подростков, расширение самопознания, личностную интеграцию и личностный рост.

Основные задачи:

- развитие коммуникативной культуры подростков (формирование невербального контакта с окружающим миром);

- стабилизация физиологического состояния;
- групповая проработка различных эмоциональных состояний;
- расширение репертуара эмоций и физических движений;
- научение социально-приемлемым средствам снятия физического и эмоционального напряжения;
- развитие множественности, импровизационности поведенческих реакций; реконструкция поведенческих стереотипов.

Количество участников не должно превышать 6 человек, предпочтительнее короткие и частые встречи. На первом этапе в программу занятий с целью снижения физического и эмоционального напряжения включаются катарсические техники. Каждая групповая встреча начинается и заканчивается рисуночной техникой «Мое настроение», в начале занятия ребята вывешивают рисунки на стену, в конце сессии дополняют ряд вторым рисунком. Совместное проживание необычного опыта, свобода в поведенческих проявлениях и групповая рефлексия дают подросткам возможность поближе познакомиться друг с другом и с ведущими, почувствовать себя группой.

Опробование участниками группы не свойственных им поведенческих ролей проходит в несколько этапов и на уровнях разной модальности: движение (я как то или иное животное) – звучание (нахождение образа себя в звучании музы-

кальных инструментов) – рисование – рефлексия. Одновременно используются упражнения, помогающие более глубокому знакомству подростков друг с другом: разговор при помощи музыкальных инструментов в трио, квартетах, оркестре. Необычный язык общения, метафоричность высказываний о себе позволяют участникам облечь в слова те мысли о себе, о которых не принято говорить в компании подростков.

На первых занятиях ребятам сначала предлагается выбрать роль любого животного и побыть в ней для двигательной разрядки. Через несколько занятий каждому предлагают выбрать животное, в повадках которого есть что-то близкое его характеру. Позже подростки выбирают и проживают роли животных, характеры которых противоположны их характерам. Затем ищут такое животное, в котором повадки первого и второго совмещались бы. Этот цикл упражнений завершается обсуждением, как перенести полученный опыт в жизнь.

Каждая встреча включает прослушивание музыки. Так, упражнение «Животные» на втором занятии проходит под музыку Сен-Санса из сюиты «Карнавал животных», финал которой звучит в быстром темпе и способствует бурному взаимодействию, раскрепощению и двигательному катарсису участников. Поскольку каждый отрывок сюиты носит вполне конкретное название («Черепашка», «Слон», «Антилопа» и т. д.), она используется также на шестом занятии при постановке танцев зверей, птиц, рыб. Когда подростки, ис-

полняя роль того или иного животного, следуют характеру соответствующего музыкального отрывка, проживание ими не характерных для них поведенческих ролей существенно облегчается.

На первых встречах подбираются спокойные, неконфликтные, медленные музыкальные произведения: орган-ные прелюдии Баха, отрывки из фортепианного концерта Шопена, медленные части концертов Вивальди. Во второй половине программы используется медитативная музыка, адресованная глубинным слоям психики. Отсутствие конкретных музыкальных образов позволяет привнести в прослушиваемое произведение собственное содержание.

На втором этапе в программу включаются техники, поощряющие участие подростков в коллективных творческих актах. Упражнение «Оркестр» позволяет участникам группы выплеснуть через игру на инструментах негативные переживания, поделиться чувствами, накопившимися в результате проживания привычных групповых ролей. На следующем этапе (занятия 6–9) особое внимание уделяется техникам и упражнениям, направленным на трансформацию образа «Я», реконструкцию поведенческих стереотипов, расширение репертуара эмоций и спектра физических движений. Здесь ценятся импровизация, множественность проявлений и предпочтений ребят.

Терапия завершается интеграцией личностных и групповых процессов и созданием ресурсной зоны. Последнее за-

нятие посвящается устному рефлексивному самоанализу динамики изменений участников группы, обмену мнениями и впечатлениями от работы.

На заключительном этапе (занятия 10–12) завершается интеграция личностных и групповых процессов и создается ресурсная зона. На самом последнем занятии проводится устный рефлексивный самоанализ динамики изменений участников группы, обмен мнениями и впечатлениями от работы.

Будучи родителем, как бы вы ни старались, время от времени вы будете разочаровывать ребенка, и в таких случаях он будет гневно плакать; думаю, у вас в таком случае есть одно утешение: гневный плач означает, что ребенок еще сохраняет веру в вас. Он надеется изменить вас.

*Д. Винникотт*

# **Расстройство стереотипных движений**

**Стереотипное двигательное расстройство** характеризуется произвольными, повторяющимися, стереотипными, явно бесцельными (и часто ритмичными) движениями, которые возникают в раннем периоде развития, не вызваны прямым физиологическим воздействием вещества или лекарственного средства (включая отмену) и заметно мешают нормальным действиям или приводят к нанесению телесных повреждений. Стереотипные движения, которые не являются травмирующими, могут включать в себя покачивание тела, покачивание головы, движения пальцев и взмахи рук. Стереотипное самоповреждающее поведение может включать в себя повторяющиеся удары головой, шлепки по лицу, тыканье в глаза и кусание рук, губ или других частей тела.

Многие маленькие дети демонстрируют стереотипное поведение (например, сосание пальца). У детей старшего возраста и взрослых повторяющееся поведение, такое как трясение ног, постукивание пальцами или самостимулирующее поведение (например, мастурбация), может наблюдаться в ответ на скуку. Эти виды поведения отличаются от стереотипного двигательного расстройства, поскольку они не приводят к значительному вмешательству в обычную повсе-

дневную деятельность и не ведут к телесным повреждениям, причиненным самим себе и являющимися достаточно серьезными, чтобы быть независимым объектом клинического внимания.

**Стереотипное расстройство движения без травм** – движения, которые не приводят к физическому повреждению пострадавшего человека даже без наличия защитных мер. Эти движения, включают, как правило, раскачивание тела, качание головой, движения пальцев и взмахи руками.

**Стереотипное расстройство движения с травмой** – движения, которые приводят к причинению пострадавшему человеку вреда, который является достаточно серьезным, чтобы быть независимым объектом клинического внимания, или который может привести к самоповреждению, если не будут приняты защитные меры (например, использован шлем для предотвращения травмы головы). Эти виды поведения, как правило, включают в себя удары головой, пощечины, тыканье в глаза и кусание рук, губ или других частей тела.



# Первичные тики или тикозные расстройства

**Хронические тикозные расстройства**, включая **синдром Туретта**, классифицируются в разделе МКБ-11 как «Заболевания нервной системы» и дублируются в группе расстройств развития нервной системы из-за их высокой коморбидности (например, с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью) и типичного начала в раннем периоде развития.

Первичные тики, или тикозные расстройства характеризуются наличием хронических двигательных и/или голосовых (звуковых) тиков. Двигательные и вокальные тики определяются как внезапные, быстрые, не ритмичные и повторяющиеся движения или вокализации. Для постановки диагноза тики должны присутствовать не менее одного года, хотя бы не постоянно.

Поражаются преимущественно мимические мышцы. Люди с тиками лица непроизвольно гримасничают, морщат лоб, поднимают брови, моргают, зажмуриваются, морщат нос, сжимают рот, оскаливают зубы, покусывают губы и другие части рта, высовывают язык, вытягивают нижнюю челюсть. У них наблюдается зевание, принюхивание, дрожание ноздрей, продувание воздуха через ноздри, свистящий вздох, усиленное дыхание, отрыжка, сосательные или чмокающие

звуки, прочищение горла.

У людей с тиками шеи происходят наклоны, подергивание или покачивание головой, скручивание шеи, смотрение по сторонам, вращение головой. Они также потирают руки, подергивают пальцами, перекручивают их и сжимают руки в кулак,жимают плечами, дергают ногами, коленями или большим пальцем, покачивают туловищем, подпрыгивают, ходят странной походкой.

Тики часто вызываются внушением, например, когда у человека спрашивают о специфических симптомах, тики, которые отсутствовали в течение некоторого времени, временно возобновляются. С психоаналитической точки зрения тики могут представлять собой действия, приостановленные в момент совершения. В таком случае тики помогают разрядить аффект, связанный с запрещенным влечением, наказанием за реализацию этого влечения или попыткой защититься от наказания. Например, тик лицевых мышц может отражать вытесненную и перемещенную вверх генитальную мастурбацию. При этом эксгибиционистская демонстрация символической мастурбации служит обретению нарциссической уверенности. Однако неконтролируемые Эго движения мышц вызывают нарциссическую обиду, страх и ненависть, как прежде вызывали угрожающие объекты.

Важной является реакция родителей на развившееся у ребенка нарушение. При незначительной выраженности расстройства его лучше игнорировать, поскольку усиление вни-

мания к тикам может усилить их. Из этих соображений не назначаются и лекарства. Если тики выражены и сопровождаются эмоциональными расстройствами, проводят поведенческую терапию, включающую три компонента.

**1-й компонент** – тренировка несовместимой с тиком реакции с помощью зеркала, например, напряжение затылочных мышц у человека с подергиванием головы, прижимание рук к бедрам или спинке стула у пациента с подергиванием плеч вперед.

**2-й компонент** – тренировка в улучшении восприятия собственного тика с целью научиться по возможности замечать его еще до его внешнего проявления. При этом человек повторно описывает свой тик, глядя в зеркало, выполняет его произвольно и пытается заранее заметить его наступление.

**3-й компонент** – соединение упражняемых несовместимых реакций с тиком или его предчувствием. Кроме того, человеку предлагают описывать ситуации, в которые тики бывают особенно часто, обсуждают с ним тяжесть тиков, проводят упражнения на релаксацию, указывают на незамеченные тики, привлекают к терапии членов семьи.

# Шизофрения и другие первичные психотические расстройства

В МКБ-11 группа **шизофрении и других первичных психотических расстройств** заменила группу **шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств** из МКБ-10. Термин «первичный» указывает на то, что *психотические процессы* являются основным признаком, в отличие от *психотических симптомов*, которые могут возникать как аспект других форм психопатологии (например, расстройств настроения).

Шизофрения и другие первичные психотические расстройства по МКБ-11 характеризуются выраженными нарушениями восприятия реальности и изменениями в поведении, которые проявляются такими позитивными симптомами, как упорный бред, постоянные галлюцинации, нарушения формального мышления (они обычно выступают в виде дезорганизации речи), грубо дезорганизованное поведение, переживания собственной пассивности и внешнего контроля, а также негативными симптомами, такими как притупленный или уплощенный аффект и отрешенность и психомоторные нарушения.

При шизотипическом расстройстве симптомы могут быть настолько сглажены, что могут характеризоваться скорее как

странности или специфические особенности, нежели очевидные психотические проявления. Эти симптомы возникают не вследствие использования психоактивного вещества или другого заболевания (например, расстройства настроения, бредового расстройства или расстройства вследствие употребления психоактивных веществ). Категории, входящие в данную группировку, не должны использоваться для классификации мнений, убеждений или поведения, которые являются культурно санкционированными.

# Шизофрения

В МКБ-11 устранены все подтипы **шизофрении** (параноидный, гебефренный, кататонический и пр.) из-за отсутствия у них прогностической достоверности или пользы в выборе лечения. Взамен подтипов используются категории симптомов:

- позитивные симптомы (бред, галлюцинации, дезорганизованное мышление и поведение, явления психического автоматизма);
- негативные симптомы (притупленный или уплощенный аффект, отсутствие или обеднение речи, безволие, безрадостность);
- симптомы депрессивного настроения;
- симптомы маниакального настроения;
- психомоторные симптомы (психомоторное возбуждение, психомоторная заторможенность, кататонические симптомы);
- когнитивные симптомы (в частности, дефицит скорости обработки информации, внимания/концентрации, ориентации, суждения, абстракции, словесного или визуального обучения и рабочей памяти).

Эти же шкалы симптомов могут применяться к другим расстройствам в группе (шизоаффективное расстройство, острое и преходящее психотическое расстройство, бредовое

расстройство).

## **Клиника шизофрении**

Шизофрения характеризуется нарушениями во многих психических модальностях, включая мышление (например, бред, дезорганизацию мышления), восприятие (например, галлюцинации), самопознание (например, переживание чувств, импульсов, мыслей или поведения как находящихся под контролем внешней силы), познание (например, нарушение внимания, вербальной памяти и социального познания), волю (например, потеря мотивации), аффект (например, притупленное эмоциональное самовыражение) и поведение (например, поведение, при котором появляются странные или бесцельные, непредсказуемые или неадекватные эмоциональные реакции, нарушающие организацию поведения). Могут присутствовать психомоторные нарушения, в том числе кататония.

Основными симптомами считаются упорный бред, постоянные галлюцинации, расстройство мышления и переживания влияния, пассивности или внешнего контроля. Чтобы можно было поставить диагноз шизофрении, симптомы должны сохраняться в течение как минимум одного месяца, не должны быть проявлением другого состояния здоровья (например, опухоли головного мозга) или следствием воздействия вещества или лекарственного средства на цен-

тральную нервную систему (например, кортикостероидов), включая абстиненцию (например, отмену алкоголя).

Специфическим феноменом, давшим название болезни, является *схизис* (греч. раздробление) – фрагментация психики, при котором отдельные формы переживаний становятся независимы или противоположны друг другу. В центре схизиса находится нарушение самосознания, которое проявляется следующим образом. Ослабляется витальность «Я», осознание полноты своей жизни, например, при ипохондрическом бреде. Уменьшается активность «Я», осознание собственного настроения, переживаний мышления и действия, например, при бреде воздействия и преследования. Понижается порог сознания, тем самым позволяя обычно вытесненным содержаниям бессознательно проникать в сознание в виде автономных вторжений.

Снижается ответственность и адекватность реакции «Я», появляется внутреннее рассогласование, утрачивается самоуправление. Обычная цепочка мыслей не доводится до логического заключения, что служит причиной недостаточного осмысления происходящего и таким образом приводит к неадекватным эмоциональным реакциям. Нарушается отграничение «Я», становятся размытыми и проницаемыми границы с окружающим, например, при бредовой ориентации в пространстве. «Я» пациента растворяется во «всем» или внешние воздействия подменяют его внутреннюю жизнь. Нарушение идентификации «Я» продуцирует



обособленные части личности; пациент уверен, что он одновременно прежняя личность и какой-то исторический персонаж, что приводит к бредовому расщеплению личности.

Основными диагностическими критериями шизофрении по Э. Блейлеру (1993) являются *четыре «а»*: ассоциации, аффект, амбивалентность, аутизм. Для ассоциаций характерно сосуществование несоединимых мыслей, бедное и не соответствующее реальности содержание мышления, плохое вероятностное прогнозирование и нелогичность. Последняя проявляется в беспорядочности ассоциаций, их поверхностности, разорванности, обстоятельности, соскальзывания с темы, а также в обрывах мыслей, повторении услышанных слов и патологических словообразованиях. Характерны аутистическое мышление, нарушение способности к абстрагированию и бредовые идеи.

Аффективность изменена в форме обеднения и притупления эмоций, их неадекватности и лабильности, дурашливости. Отмечаются волевые изменения: неадекватные побуждения и мотивации, сосуществование несоединимых желаний, то же в отношении решений. Нарушается коммуникация: появляются аутизм, эмоциональная и социальная отчужденность, агрессивность, неадекватность в социальной сфере.

У больных шизофренией выявляются достаточно типичные когнитивные ошибки. Это неправомерные обобщения (использование логически неоправданных параллелей

для объяснения событий), избирательное абстрагирование (неправомерное использование части для оценки целого), ошибки в правильной атрибуции собственной роли в происходящем и своей ответственности, ошибки в правильном построении причинно-следственной цепи событий, тенденции к «черно-белым» оценкам. Характерно нарушение различения рангов и модальностей коммуникативных сообщений (конкретное – абстрактное, прямое – метафорическое и пр.), ошибки в построении силлогизмов, неразличение контекста, определяющего смысл высказывания или поведения.

Пациенты испытывают трудности в приписывании правильной модальности как сообщениям, которые они получает от других и с которыми вербально или невербально обращаются к другим, так и собственным мыслям, ощущениям и восприятиям. Кроме того, они избегают личных местоимений, и их речь богата метафорами, которые для них могут иметь буквальное значение.

Ну почему, доктор, когда вы разговариваете с Богом, вы называете это молитвой, а когда Бог разговаривает со мной, то это шизофрения?!

## **Течение шизофрении**

В детстве больные пассивны, послушны и незаметны, у них отсутствует взаимопонимание с окружающими, бывают эпизодические психотические вспышки.

Манифестации болезни предшествует *продром* (предболезненное состояние), для диагностики которого необходимо наличие по крайней мере двух из нижеследующих симптомов:

- 1) отчетливая социальная изоляция (аутизм);
- 2) отчетливое ухудшение в психическом функционировании;
- 3) странное поведение;
- 4) нарушение правил личной гигиены;
- 5) неадекватный аффект;
- 6) специфические нарушения речи;
- 7) странные убеждения, влияющие на поведение и не соответствующие культурным нормам (появившаяся вдруг убежденность в возможности сверхпроницательности, вера в телепатию и т. п.);
- 8) необычные эпизоды ощущений, иллюзий, воздействия;
- 9) отчетливое снижение инициативы, интересов, энергии.

Развивается следующая симптоматика (В. А. Гурьева, В. Я. Гиндикин, 2002):

- снижение интеллектуальной продуктивности и успеваемости, обусловленное нарушением психического синтеза;
- нечеткость мышления, затруднения в описании своих переживаний;
- наплывы мыслей, снижение эмоциональной окраски, абстрактное мудрствование;

- вяло-депрессивный фон настроения с тревогой и растерянностью;
- боли в области сердца, учащенное сердцебиение или чувство замирания сердца без активного стремления к лечению;
- инертность с нереальными планами и уходом в себя или односторонняя активность с попытками самоизлечения, немотивированным переходом к физическому труду, вегетарианству;
- частые немотивированные поступки, неожиданные алкогольные эксцессы, суицидные попытки.

У детей и подростков болезнь начинается с невротических жалоб (головные боли, приливы с чувством жара, тянущие боли в шее, чувство перенапряжения). Постепенно обостряются преморбидные черты характера. Больные подолгу тщательно изучают свое тело (в частности, перед зеркалом). Нарастают безразличие к своей судьбе и аутизация с отчуждением от семьи.

При начале заболевания в 7–8 лет аутизация проявляется в виде симптома запойного чтения, когда оно становится единственным занятием ребенка днем и ночью, дома и в школе. Содержание прочитанного ребенок ни с кем не обсуждает, попытки отвлечь от чтения вызывают у него резкое раздражение.

Уже в дебюте заболевания выявляются характерные рас-

стройства мышления:

- неспособность к фокусировке внимания, повышенная отвлекаемость;
- бессвязность или разорванность мышления; слияние мыслей; исчезновение мыслей, ощущение пустоты в голове;
- соскальзывания с темы;
- наплыв бессвязных мыслей;
- расстройства в формулировании мыслей;
- неологизмы; затруднения образования новых понятий;
- отсутствие тенденции к дальнейшей переработке информации;
- расстройство мотивации;
- узость и односторонность самого мышления и опосредования.

Болезнь чаще начинается в 15–25 лет, начало может быть острым или постепенным. Острое начало после стресса или наличие аффективных симптомов связано с вероятностью более благоприятного исхода. Хроническое прогрессирующее течение сопровождается постепенной деградацией личности в форме апато-абулического синдрома с редукцией энергетического потенциала и социальным снижением. Продуктивные симптомы со временем блекнут, негативные нарастают. Рецидивы болезни (в среднем один раз в два года) наступают почти у всех больных, не получающих лечение, и у половины получающих его. Каждый второй больной со-

вершает попытку самоубийства.

Наблюдения за хроническими пациентами позволили сделать вывод, что в течении шизофрении можно выделить по крайней мере четыре фазы, длительностью примерно по 10–20 лет, в зависимости от продолжительности жизни.

- Преморбид (доболезненное состояние – с рождения до примерно 10 лет) – формирование шизоидной личности с характерными особенностями коммуникации и социальной адаптации.

- Продром (предболлезненное состояние – от 10 до 18–20 лет) – снижение социального функционирования, нарастание аутизации, «странностей» в поведении, ухудшение успеваемости, появление неспецифических симптомов (нарушения сна, тревога и др.).

- Прогрессирующая болезнь (с 18–20 до примерно 30 лет) – психотические приступы, сопровождающиеся ремиссиями с нарастанием дефекта или непрерывная психотическая продукция.

- Стабилизация (с 30 до 50 лет и старше) – психотические приступы становятся более редкими, менее тяжелыми, негативная симптоматика перестает нарастать, пациент находит определенную социальную нишу.

Некоторые авторы выделяют также фазу **улучшения** примерно после 30–40 лет течения болезни, когда психотические приступы могут полностью прекращаться и наблюдается тенденция к восстановлению социального функциониро-

вания.

Прогноз шизофрении ухудшается при постепенном начале заболевания, бедности психопатического мира, его близости к окружающей действительности и жесткой фиксации его структуры. Для терапевтического прогноза большое значение придается реакции больного на проявления симптоматики. Благоприятное терапевтическое значение имеют попытки своевременного распознавания приближающегося рецидива, обращение за медицинской помощью, активный прием лекарств, поиск социальной поддержки, избегание источников стресса, ограничение нагрузок, ответственности, проявляемых к себе ожиданий и требований.

К неблагоприятным признакам относятся мучительные самостоятельные попытки отделить реальность от психотических переживаний, демонстрация псевдонормальности и отрицание болезни, полная поглощенность психотическими переживаниями без попыток борьбы с ними, попытки отвлечься от слуховых галлюцинаций путем произвольных изменений уровня активности, переключение на различные виды работы или развлечений, алкоголизация и наркотизация.

## **Принципы психотерапии**

Лечение пациента с шизофренией включает госпитализацию, медикаментозное снижение возбудимости нервной си-

стемы и повышение способности пациента и его семьи справляться со стрессовыми ситуациями. Пациенты редко соглашаются на добровольную госпитализацию, обычно они отказываются от лекарств и могут включать медперсонал в бредовую систему.

Фармакотерапию желательно начинать лишь после установления терапевтического контакта. Нейролептики подавляют эмоциональные центры головного мозга, облегчая больному подавление чувств, в результате ослабевают позитивные симптомы; на негативные симптомы эти препараты не действуют. Быстрое наращивание доз нейролептиков и одномоментная их отмена обычно сопровождаются соматическим дискомфортом, двигательным возбуждением, тревогой. Появляющееся при этом «озарение сознания болезни» может привести к суициду.

Необходимо проявлять гибкость в отношении назначения времени проведения беседы, частоты и продолжительности встреч. Если пациент может выдержать только 10 минут общения, следует назначить ему другое время и непременно выполнить свое обещание, чтобы укрепить доверие пациента. От психотерапевта требуется пунктуально соблюдать свои обещания и договоренности с пациентом, объяснять причину назначения лекарств (например, для уменьшения тревоги, раздражительности, улучшения сна и аппетита), предупреждать о возможности побочных явлений. Не следует создавать иллюзию всемогущества; надо избегать



как собственного доминирования, так и манипулирования собой со стороны пациента.

Будьте постоянным и полезным (без желания спасать), уважайте личность пациента и его автономию, сосредоточьтесь на сохранившемся потенциале, проявляйте терпимость к нелепому и непредсказуемому поведению, а также терапевтический оптимизм. Учитывайте глубокую потребность пациента в эмпатии и одновременно отчаянный страх перед эмоциональной близостью, которая может уничтожить его внутренний мир. При этом предложение помощи может восприниматься как насилие или ловушка, вызывающая страх и агрессию.

Помогите пациенту осознать собственные желания в соответствии с его мнениями, убеждениями, мотивацией; почувствовать возможность установления отношений, в которых не отторгается его истинное «Я» и не отвергается он сам; разорвать те фрустрирующие ограничения, которые всегда возникают при его связях с другим человеком.

Конкретное мышление пациента обуславливает установление терапевтического контакта на конкретном языке жестов, мимики, восклицаний и намерений. Раздражение или недовольство пациентом, которое может промелькнуть в голосе или поведении терапевта, выражайте открыто, вербально, без недомолвок и двусмысленности, когда слова расходятся с мимикой. Учитывая неясность и амбивалентность высказываний и поведения пациента, давайте интерпрета-

цию его поведения и слов вслух, в мягкой и ненавязчивой форме. Не избегайте никаких тем, затронутых пациентом, поскольку это может привести к восприятию терапевта как враждебного родителя.

Обращайте внимание на то, какие чувства вызывает у вас пациент, чтобы получить представление о характерном для пациента стиле взаимоотношений. Отличайте чувства, которые являются прямой реакцией на личность пациента, от тех чувств, которые связаны с отвлеченными событиями, например, раздражение по поводу утренней драки пациента в отделении или из-за оскорбительных замечаний, которые пациент делает в отношении персонала.

Основные отличия психодинамической терапии пациентов с шизофренией исходят из ряда их особенностей.

1. Высокий уровень базальной тревоги, часто приближающийся к катастрофическому ужасу, который парализует активность.

2. Они не способны адекватно воспринимать и выносить амбивалентные высказывания и поведение психоаналитика. Двусмысленность, неоднозначность, непрокомментированные двойные коммуникации усиливают страх и тенденцию к расщеплению.

3. Склонные проецировать, пациенты обладают высоким уровнем подозрительности и опасениями за свою безопасность, что обязывает аналитика быть более открытым, чем с невротическими пациентами.

4. Затрачивая много энергии на организацию шизоидных защит, они быстро теряют «энергетический потенциал» в контакте с терапевтом, утомляясь от общения.

5. Они не готовы к близости в отношениях настолько, насколько к этому стремится невротик.

6. Парадоксальным образом они могут быть очень доверчивыми и склонными к слиянию с тем, кто к ним хорошо относится, не удерживая стандартных (невротических) границ коммуникации.

При уходе от чувства вины содержание переживаний остается в сознании, но «Я» не несет ответственности за них, так как воспринимает эти переживания как чуждые. Самообвинения воспринимаются как внушенные или озвучиваются в виде чужих голосов. Другая форма защиты – идентификация с мифической фигурой, которая по определению не может быть виноватой.

С учетом указанных особенностей техника свободных ассоциаций и провокация эмоционального напряжения противопоказана из-за опасности интеллектуальной и аффективной дезорганизации. Не проводится анализ сновидений, поскольку мышление больного и так сходно со сновидным. Не используются прямые интерпретации, так как сознание пациента заполнено потоком представлений из бессознательного. Интерпретация патологических симптомов основывается на знании особенностей архаичной психики и мифологии.

Избегают генетических интерпретаций, связывающих актуальные переживания с детскими травмами, поскольку подобные интерпретации способны усилить чувства страха, ненависти и вины. Эгосинтонность патологических защит и их вторичная выгода затрудняют осознание сопротивления, а попытка вскрыть его или, наоборот, удовлетворять инфантильные потребности пациента в зависимости и агрессии усиливает последние.

Некоторые элементарные для невротика аспекты внутренней и внешней реальности являются далеко не очевидными для пациента с шизофренией. Это касается, например, психотических представлений о том, что мысли и чувства равносильны действию, а фантазия не имеет ограничений от реальности. В работе с такими пациентами терапевт может чаще прибегать к прямым советам, особенно в том случае, когда от них зависит безопасность пациента. Важно подчеркивать, что пациент имеет много схожего с другими людьми в области фантазий, но только он допускает их ближе к сознанию, а другие – подавляют и отрицают их наличие. Когда это касается агрессивных фантазий, такие интерпретации могут снизить тревогу и чувство «инаковости», неадекватности.

Сопротивление терапии нарастает по мере приближения к болезненно воспринимаемому материалу в следующем порядке (В. Д. Вид, 2001).

1. Избирательное приведение аргументов в пользу своей защитной стратегии, произвольно вырванных из социально-

го контекста и свидетельствующих о недостаточном учете всей полноты ситуации.

2. Ссылки на затруднения памяти, внезапную невозможность понять, сосредоточиться, прочувствовать и т. п., на неправдоподобную неориентированность в заведомо известном больному вопросе или невозможность его сформулировать.

3. Излишняя податливость, поспешное согласие с высказываниями врача без внутреннего их принятия.

4. Слезы или внезапно появляющийся симптом, исключающий возможность обсуждения проблемы при внешне декларируемой желательности его продолжения.

5. Опоздание или неявка на сессию без убедительных причин.

6. Уклонение в ходе беседы от проблемы или конфликта, непродуктивное переадресование инициативы, соскальзывание на другую тему или в чрезмерные обобщения, использование юмора для обесценивания эмоциональной значимости переживаний, снижение их масштаба.

7. Снабжение реальных фактов произвольными истолкованиями их значения, внутренняя противоречивость сообщаемой информации, искажение причинно-следственных связей.

8. Бездоказательное отстаивание субъективной правомерности собственного дезадаптивного поведения.

9. Отрицание существования действительности (реально

имевших место событий, проявлений дезадаптации, реалистического прогноза).

10. Приведение псевдоаргументов, информации, содержащей намеренные, осознаваемые искажения реальной действительности.

11. Подача материала в очищенном от конфликтов и эмоций виде, молчание или малоинформативный речевой поток.

12. Стремление к сокрытию существенной для анализа проблем информации вплоть до отказа от ее сообщения и обсуждения.

13. Позиция терапевтического нигилизма: отрицание ценности терапии, постоянные жалобы пациента на отсутствие эффекта, на то, что он не узнает ничего нового.

14. Мгновенное бездумное отрицание смысла тщательной интерпретативной работы (в такие моменты часто виден контраст между жалобами на обманутые ожидания пациента и его торжествующим внешним видом).

# Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.