

The background of the cover is an abstract painting with vibrant, swirling colors. The palette includes deep reds, blues, greens, yellows, and oranges, all blended together in a dynamic, circular motion that creates a sense of depth and movement. The brushstrokes are visible, adding texture to the overall composition.

С. М. БАБИН

# ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОЗОВ

*Практическое руководство*

Санкт-Петербург  
СпецЛит

Сергей Бабин

**Психотерапия психозов**

«СпецЛит»

2011

**Бабин С. М.**

Психотерапия психозов / С. М. Бабин — «СпецЛит», 2011

ISBN 978-5-299-00480-9

Практическое руководство посвящено актуальной проблеме - применению психотерапии в психиатрической практике. В книге анализируются как теоретические вопросы, так и организационные и конкретные практические проблемы, связанные с включением системы психотерапевтической помощи в работу психиатрического стационара. Руководство позволяет внедрить в практическую деятельность психиатрических лечебно-профилактических учреждений основные стандарты и конкретные программы работы врача-психотерапевта в рамках полипрофессионального подхода к оказанию помощи психически больным. В издании приводятся адаптированные и модифицированные для применения в условиях российского здравоохранения различные вербальные и невербальные психотерапевтические методы, основанные на традициях отечественной и зарубежной (динамической) психиатрии. Описывается разработанная модель отделения, специализирующегося на психотерапии и реабилитации душевнобольных, которая объединяет психофармакотерапию, психотерапию и психосоциальную терапию. Это позволяет значительно увеличить эффективность и качество проводимого лечения. Автор надеется, что эти материалы будут полезны как для врачей-практиков - психотерапевтов, психиатров, клинических психологов и специалистов по социальной работе, так и для организаторов здравоохранения, администраторов психиатрических стационаров и диспансеров.

ISBN 978-5-299-00480-9

© Бабин С. М., 2011

© СпецЛит, 2011

# Содержание

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ	6
ВВЕДЕНИЕ	7
Глава 1	11
1.1. Введение в проблему	11
1.2. Психодинамическая психотерапия психотических расстройств	12
1.3. Когнитивно-поведенческая психотерапия психотических расстройств	26
Конец ознакомительного фрагмента.	28

# С. М. Бабин

## Психотерапия психозов

### УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

- ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения  
ВОЗКЖ-100 – разработанный Всемирной организацией здравоохранения опросник качества жизни  
ГАХН – Государственная академия художественных наук  
ГНЦ ССП – Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им В. В. Сербского  
КЖ-СМ – русскоязычная версия специфического модуля для психически больных (Качество жизни – Специфический модуль), разрабатываемая в настоящее время в Институте им. В. М. Бехтерева (Бурковский Г. В., Коцюбинский А. П., Левченко Е. В. [и др.], 1999)  
ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение  
МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра  
ОООИ – отделение Общероссийской общественной организации инвалидов  
ПНД – психоневрологический диспансер  
РПА – Российская психотерапевтическая ассоциация  
РЭТ – рационально-эмотивная терапия  
СД – «симпатическая дистанция»  
СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина  
ЭЭ-индекс – уровень эмоциональной экспрессивности в семье  
ЭЭ-концепция – модель эмоциональной экспрессивности Британской школы социальной психиатрии, согласно которой важнейшим фактором течения заболевания (частоты приступов, длительности ремиссий) является эмоционально-экспрессивный стиль семейного общения  
BIKEB (Bielefelder Klienten-Erfahrungs-Bogen) – Билефельдский вопросник опыта пациентов  
CGI (Clinical Global Impression Scale) – шкала глобальной клинической оценки  
DAP – Немецкая академия психоанализа  
DSM-III-R, DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) – американское руководство по диагностике и статистике психических расстройств  
ЕРРПС – центр раннего предупреждения и вмешательства при психозе в Австралии  
IPT (Integratives Psychologisches Therapieprogramm) – интегративная психологическая терапевтическая программа  
ISTA – Я-структурный тест Аммона  
PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) – шкала позитивных и негативных расстройств  
RIBW – в Нидерландах особая служба «жилья под защитой»  
SIPE/СИПЭ (International Society for the Psychopathology of Expression and Art Therapy) – международное общество психопатологической экспрессии и арт-терапии  
SUMD (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder) – шкала исследования осознания психического расстройства  
WADP (World Association for Dynamic Psychiatry) – Всемирная ассоциация динамической психиатрии

## ВВЕДЕНИЕ

В докладе Всемирной организации здравоохранения, который представляет всеобъемлющий обзор того, что известно о нынешнем и будущем бремени, связанном с психическими расстройствами в мире, отмечается, что за последние 50 лет эволюция психиатрической помощи привела к концепции оказания помощи в общине. Это основано на двух фундаментальных положениях: во-первых, на соблюдении прав лиц с психическими расстройствами и, во-вторых, на применении современных подходов и методов (ВОЗ, 2001). Само название доклада «Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда» подчеркивает новизну отношения к психическим расстройствам, которая дает дополнительные перспективы психически больным и их семьям во всех странах и во всех обществах. В этой новой концепции психотерапия рассматривается как плановое и структурированное вмешательство, направленное на изменение поведения, настроения, эмоциональной реакции на различные стимулы с помощью вербальных и невербальных средств. Психосоциальная терапия является, с точки зрения ВОЗ, не просто методом, а всеобъемлющим процессом, который дает возможность людям достичь своего оптимального уровня независимого функционирования в социуме. Психосоциальная терапия включает помощь в развитии социальных навыков и возможностей для реализации увлечений и досуга, которые необходимы для жизни, общения и ощущения собственной ценности (ВОЗ, 2001).

Психотерапии в комплексе лечебных воздействий при шизофрении и аффективных расстройствах всегда придавалось большое значение отечественными специалистами, такими как С. С. Корсаков (1911), Я. Г. Ильон (1928), Я. П. Бугайский (1930), Ю. В. Каннабих (1934), С. И. Консторум (1935), Д. Е. Мелехов (1941), М. О. Гуревич (1949) и др. В более позднее время на значение психотерапии в лечении психозов указывали С. Б. Семичов (1973), М. М. Кабанов (1985), Б. Д. Карвасарский (1985), В. Д. Вид (1993), Т. Б. Дмитриева, Б. С. Положий (1994), А. А. Чуркин (1995), Б. А. Казаковцев (1996), М. М. Кабанов, Н. Г. Незнанов (2003) и др.

Роль психотерапии существенно возросла в связи с развитием реабилитационного направления в психиатрии, методологической установкой которого является объединение медицинской, психологической и социальной моделей болезни в единую биопсихосоциальную модель (Кабанов М. М., 1977; Zubin J., 1990). М. Перре и У. Бауманн (2002) рассматривают психосоциальную реабилитацию в качестве интегрированного подхода, противопоставляя ее медицинской реабилитации в узком смысле слова. Согласно концепции реабилитации, разработанной в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева (Кабанов М. М., 1977, 1979, 1985, 1998; и др.), реабилитация – это не только профилактика, лечение и восстановление трудоспособности, но и интегративный подход к больному человеку, охватывающий все параметры его жизнедеятельности и опосредующий терапевтические воздействия через его личность.

Принятие биопсихосоциальной модели психического расстройства неизбежно ставит задачи организации полипрофессионального (врач-психиатр, врач-психотерапевт, клинический психолог, социальный работник) бригадного ведения пациента в психиатрическом учреждении, чему в отечественном здравоохранении в настоящее время уделяется еще недостаточное внимание (Казаковцев Б. А., 2001; Гуревич И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А., 2004).

Несмотря на имеющиеся в отечественной литературе описания как теоретических основ применения психотерапии и психосоциальной терапии в психиатрии, так и отдельных методов (Вид В. Д., 1974, 1993, 2001; Холмогорова А. Б., 1999; Карвасарский Б. Д., 2000; Кабанов М. М., Незнанов Н. Г., 2003; Гуревич И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А., 2004; и др.), большая часть исследований базируется на зарубежном опыте или носит преимущественно экспе-

риментальный характер. Имеющиеся рекомендации по практическому применению тех или иных техник и подходов носят лишь самый общий характер или ограничиваются отдельными изолированными методами психотерапии, которые не объединены во внутренне непротиворечивую в теоретическом и методологическом аспектах структуру. Отмечается явный дефицит работ, в которых анализировались бы современные российские системы оказания комплексной психиатрической помощи, приводились бы конкретные программы использования психотерапии и психосоциальной терапии в условиях реальной практики здравоохранения.

Данное руководство в максимальной степени лишено указанных недостатков. Здесь впервые в отечественной литературе приводится описание конкретной программы оказания психотерапевтической помощи в психиатрическом стационаре, успешно функционирующей на протяжении ряда лет в обычной психиатрической службе региона.

В настоящем руководстве дается краткий обзор основных существующих подходов к психотерапии и психосоциальной терапии психозов. Анализируются основные концепции психотерапии, базирующиеся на психодинамическом, когнитивно-поведенческом и экзистенциально-гуманистическом понимании. Также рассматривается психотерапия, основанная на семейных и системных подходах, и групповая психотерапия психотических расстройств. Следует отметить, что большая часть литературных источников, касающаяся психотерапевтических воздействий в «большой» психиатрии, относится к динамической или когнитивно-поведенческой моделям (Холмогорова А. Б., 1998; Карвасарский Б. Д., 2000; Вид В. Д., 2001), и в значительно меньшей степени представлены иные теоретические и практические подходы. Отличительной особенностью руководства является не столько теоретическое описание различных концепций, хотя и достаточно полное, сколько акцент именно на практических рекомендациях и конкретных технических приемах.

Подробно раскрываются такие насущные и практические вопросы, как основные стандарты работы врача-психотерапевта в психиатрии, показания и противопоказания для психотерапии психозов, объем и организация работы специалистов, функциональный диагноз, медицинская документация и др. Отдельное внимание уделено актуальной проблеме соотношения психотерапии и психосоциального вмешательства, рассматриваемой с практической точки зрения.

В руководстве рассматриваются особенности психотерапии и психосоциальной терапии в отдельных структурных подразделениях психиатрической службы: в отделении первого психотического эпизода, в реабилитационном отделении с общежитием для лиц, утративших социальные связи, в отделении принудительного лечения специализированного типа. Подробно описывается создание и работа отделения динамической психиатрии (психотерапии) в качестве модели психиатрического стационара, специализирующегося на психотерапии психически больных. Отдельное внимание уделяется таким ключевым понятиям для организации психотерапии при психозах, как терапия средой и терапевтическое сообщество, в том числе и новой для отечественных специалистов форме динамически ориентированной терапии средой – так называемой милье-терапии.

Не останавливаясь на хорошо известных специалистам методах и формах групповой психотерапии психически больных, в руководстве более подробно приводятся новые методики и модификации существующих, в разработке которых мы принимали непосредственное участие. Так, детально рассматривается оригинальный авторский метод вербальной групповой психотерапии душевнобольных, интегрирующий подходы динамического и экзистенциального направлений в психотерапии. Дается описание таких методов, как активная музыкальная психотерапия, танцевальная психотерапия, сказкотерапия и куклотерапия, применительно к психически больным. На конкретных примерах анализируется влияние арт-терапии и искусства аутсайдеров на процессы дестигматизации в нашем обществе.

Материалы, используемые в данном руководстве, лежат в основе докторской диссертации автора, успешно защищенной в декабре 2006 г. на диссертационном совете при Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева. Структура практического руководства не предполагает развернутого описания результатов научных исследований. Однако сама тематика нашей работы, посвященной психотерапии психозов, является достаточно новой и необычной для отечественной психиатрии и требует, на наш взгляд, определенной доказательной базы. Разумеется, не претендуя на всеобъемлющий характер, мы приводим результаты собственных исследований пациентов с психотическими расстройствами в процессе психотерапии и психосоциальной терапии. Таким образом, мы пытаемся разобраться, как работает и на что направлена психотерапия психозов. Полученные данные способствуют более глубокому пониманию и расширению наших представлений о механизмах действия психотерапии в комплексном лечении психических расстройств. Итоги исследования подтверждают эффективность психотерапии при стационарном лечении психозов в сравнительном плане с другими терапевтическими моделями. Мишенями психотерапевтического воздействия в этом случае является не психопатологическая симптоматика, а личностные характеристики, уровень качества жизни и психосоциальной адаптации.

В руководстве освещаются вопросы организации бригадных форм и методов работы в психиатрии и психотерапии, анализируется взаимодействие специалистов в бригаде, вопросы соотношения психотерапии и психофармакотерапии, проблема подготовки специалистов для полипрофессиональных форм работы, в том числе среднего и младшего персонала. Отдельное внимание уделено актуальной проблеме российской психотерапии – процессу супервизии специалистов.

Обширный список литературы поможет желающим самостоятельно и более глубоко изучить отдельные разделы и темы. В приложениях приводятся авторская классификация форм психосоциальной работы, учебный план усовершенствования для среднего медицинского персонала и социальных работников «Психосоциальная работа в психиатрии».

За время, пока данное руководство готовилось к изданию, в России опубликовано несколько новых работ, не все из которых нашли отражение в нашем обзоре. Например, сборник переводных материалов «Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация при тяжелых психических заболеваниях» (2002), книга «Шизофрения», входящая в серию изданий Всемирной психиатрической ассоциации «Принципы доказательной медицины и практика психиатрии» (2005), монография «Организационная эволюция системы психиатрической помощи» Н. Г. Незнанова [и др.] (2006), 3-е дополненное и переработанное издание монографии профессора В. Д. Вида «Психотерапия шизофрении» (2008), книга «Модели безумия: психологические, социальные и биологические подходы к пониманию шизофрении» Дж. Рида [и др.] (2008), руководство для врачей Б. А. Казаковцева «Развитие служб психического здоровья» (2009), монографии О. А. Власовой «Антипсихиатрия: становление и развитие» (2005) и «Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ: История, мыслители, проблемы» (2010), первый том учебника по клинической психологии под ред. А. Б. Холмогоровой, сборник «Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь)» под ред. И. Я. Гуровича и А. Б. Шмуклера (2010). На этом фоне руководство не потеряло своей актуальности. Это свидетельствует о том, что проблема психотерапии в психиатрии является весьма насущной для отечественных специалистов и будет успешно развиваться в дальнейшем.

Данное руководство позволяет внедрить в практическую деятельность психиатрических лечебно-профилактических учреждений основные стандарты и конкретные программы работы врача-психотерапевта в рамках полипрофессионального подхода к оказанию помощи психически больным. Здесь приводятся адаптированные и модифицированные для применения в условиях российского здравоохранения различные вербальные и невербальные психотерапевтические методы, основанные на традициях отечественной и зарубежной (динамиче-

ской) психиатрии. Разработанная модель отделения, специализирующегося на психотерапии и реабилитации душевнобольных, объединяющая на основе единой теоретической и методологической базы психофармакотерапию, психотерапию и психосоциальную терапию, позволяет значительно увеличить эффективность и качество проводимого лечения.

Успехи оренбургских психотерапевтов обусловлены использованием различных новых методов психотерапии, психосоциальной терапии и моделей организации психиатрической и психотерапевтической помощи, существующих в других регионах страны и за рубежом. Автор надеется, что руководство будет востребовано специалистами, работающими в области психиатрии и психотерапии, готов сотрудничать со всеми заинтересованными лечебными структурами, специалистами и будет рад предоставить интересующую их дополнительную информацию.

# Глава 1

## ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

### 1.1. Введение в проблему

Несмотря на разнообразный опыт использования психотерапии в лечении психотических расстройств аффективного и шизофренического спектров (Днепровская С. В., 1975; Воловик В. М., 1979; Костерева В. Я., 1979; Днепровская С. В. [и др.], 1979; Гончарская Т. В., Штыпель А. В., 1982; Бурно М. Е., 1989; Вид В. Д., 1991; Бабин С. М., 1998; Коцюбинский А. П., 1999; Холмогорова А. Б. 2000; и др.), по мнению В. Д. Вида (2001), в российской психиатрической клинике психотерапевтические подходы еще не находят должного понимания. Отчасти это объясняется дефицитом подготовленных профессионалов, а также привычными стереотипами мышления специалистов и организаторов здравоохранения (Казаковцев Б. А., 2000).

Лечение шизофрении, согласно подходу ВОЗ, имеет три основных компонента. Во-первых, лекарственное лечение для уменьшения симптомов и предупреждения рецидивов. Во-вторых, просветительские и психосоциальные вмешательства, помогающие пациентам и семьям справляться с болезнью, ее осложнениями и рецидивами. В-третьих, реабилитация помогает пациентам реинтегрироваться в социум и вновь вернуться к учебной или профессиональной деятельности.

Наиболее эффективными методами лечения различных психических и поведенческих расстройств считаются методы поведенческой, когнитивной, межличностной психотерапии, релаксации и поддерживающей психотерапии (консультирование).

За двадцать лет исследований установлено несколько видов ограниченной во времени психотерапии (когнитивно-поведенческая, межличностная терапия) депрессии, которые являются такими же эффективными, как и лекарственные препараты при легкой или средней степени данного расстройства.

Далее кратко излагаются основные принципиальные вопросы применения психотерапии при лечении психотических расстройств, при этом внимание акцентируется не столько на теоретических проблемах, сколько на практических рекомендациях и конкретных технических приемах. Следует отметить, что большая часть литературных источников, касающаяся психотерапевтических воздействий в «большой» психиатрии, относится к динамической или когнитивно-поведенческой моделям, и в них в значительно меньшей степени представлены иные теоретические и практические подходы.

## 1.2. Психодинамическая психотерапия психотических расстройств

Проблемы психодинамики при психозах шизофренического спектра и аффективных расстройствах подробно изложены в изданных работах, причем не только психодинамически ориентированных авторов (Куттер П., 1997; Менцос С., 2001), но и у исследователей, придерживающихся интегративных взглядов (Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж., 1994; Хелл Д., Фишер-Фельтен М., 1998; Хелл Д., 1999; Кискер К. П. [и др.], 1999; Перре М., Бауман У., 2002).

В доаналитический период развития психотерапии психотические расстройства считались неизлечимыми, при этом продуктивная симптоматика определялась как бессмысленная, полностью отсутствовали средства коммуникации между врачом и пациентом, страдающим шизофренией. Процессы мышления, чувства и высказывания больного психозом казались лишенными смысловой нагрузки, не имеющими значения и никак не связанными ни с началом заболевания, ни с его динамикой и актуальной ситуацией. Одним из первых психиатров, кто обратил внимание на связь между жизненной историей индивида и содержанием болезненных проявлений, был Пьер Жане (1859–1947). Его концепция психической патологии говорит о необходимости искать в бессознательном причины симптомов и рассматривает травмирующее воздействие как повреждение структуры личности (Шертук Л., Соссюр де Р., 1991; Лоренцер А., 1996). Однако при этом П. Жане остается скорее исследователем, чем врачом, он наблюдает и регистрирует поведение пациента и пытается лишь путем суггестивной манипуляции исправить симптоматику.

Принципиальное изменение, которое привнес психоаналитический метод Зигмунда Фрейда (1856–1939), заключается в «перевороте» отношений между врачом и пациентом, выражающемся в изменении структуры разговора. Если до этого момента больной должен был следовать жесткой медико-диагностической схеме, а врач определял лечение, то теперь пациент получает право свободно выбирать тему разговора и представлять свое страдание. Диагностирующий врач, по определению А. Лоренцера (1996), преобразуется в интерпретирующего слушателя. На место простого сбора анамнестических данных приходит особого рода понимание жизненной ситуации пациента, в том числе и его симптоматики, как «сценически разыгранных рассказов». Вначале это смущало самого родоначальника психоанализа, который отмечал, что «написанные мною истории болезни читаются, как повести» (Freud S., 1895). Однако постепенно именно особенности взаимодействия психотерапевта и пациента становятся в центре внимания исследователей и практиков (Кан М., 1997).

До середины прошлого века понятие психотерапии, в том числе и психотерапии психозов, фактически отождествлялось с психоанализом, хотя имели место и иные подходы (Kretschmer E., 1929). Именно психоанализ привнес понимание того, что любые проявления психической деятельности человека, включая психотические расстройства, несут в себе определенный смысл и, следовательно, могут быть поняты и осознаны. Однако З. Фрейд скептически относился к возможности применения психоаналитического лечения у психотических больных из-за неспособности данной категории пациентов к реакции переноса, невозможности формирования переносного невроза и терапевтического альянса. Тем не менее известен интерес З. Фрейда к деятельности психоаналитического санатория, основанного Е. Зиммелем в пригороде Берлина Тегель, где находились, в основном, больные с личностными расстройствами, которые считались неподдающимися психоаналитическому лечению.

Последующие исследования доказали, что неанализируемость психотического пациента в классическом смысле нельзя приравнивать к невозможности понимания и лечения путем различных модификаций исходного метода. Впервые с 1900-х гг. больных с диагнозом «шизофрения» лечит, используя аналитические процедуры, в швейцарской клинике Бургхельцли Карл

Густав Юнг (1875 – 1961), который рассматривает психоз как массивный прорыв бессознательного, затопляющего сознание, с которым личность пытается справиться посредством проекции в галлюцинации и бредовые идеи. С точки зрения динамической психотерапии сам процесс излечения есть восстановление нормального вытеснения.

Именно Швейцария становится в 20 – 30-х гг. прошлого столетия центром формирования новых подходов к терапии шизофренических психозов. Представители Цюрихской школы психиатрии первыми существенно модифицировали классическую психоаналитическую схему лечения. Сам Э. Блейер (1857 – 1939) использовал психоанализ как пояснительную теорию в своем описании шизофренических психозов, но не упоминал его в качестве терапевтической процедуры. Постепенный отход этого выдающегося европейского психиатра от психоаналитического движения, по мнению многих исследователей (Александр Ф., Селесник Ш., 1995; Ammon G., 1975), имел для развития психоаналитической теории и практики еще более глубокие последствия, чем позднее разрыв с К. Г. Юнгом, так как психоанализ потерял доступ к собственно психиатрической клинике и поэтому на долгое время дистанцировался от ее проблем.

П. Федерн (1871 – 1950) – один из пионеров психоаналитической терапии психозов, понимал шизофреническую реакцию как болезнь «Я», при этом не соглашаясь с некоторыми формулировками З. Фрейда, в особенности с его идеей, что при шизофрении «Я» насыщено либидо, отнятым от внешнего мира. П. Федерн (1952), наоборот, связывал это расстройство с недостатком энергии либидо в «Я». Согласно его взглядам, «Я» имеет границы (внутреннее и внешнее Я-отграничения по Г. Аммону), которые следует понимать не как статические, а как динамические, а шизофрения характеризуется утратой, ослаблением этих границ, что влечет за собой болезненное переживание психической деперсонализации, исчезновения «Я». П. Федерн рассматривал дефект границ «Я» как базовое нарушение при шизофренических психозах. В результате у пациента отсутствуют четкие различия между «Я» и внешним миром, и «Я» с трудом отличает ложные впечатления от реальности. В этом обеднении энергии границ «Я» П. Федерн также видит объяснение бредовых представлений при психотической реакции.

На работы П. Федерна оказали влияние труды психоаналитика и психиатра Пола Шилдера (1886 – 1940), который ввел понятие «образ тела», дающего опору для «Я» в повышении сознания индивидуума, которое серьезно искажается при психотических расстройствах и способствует распаду «Я» путем стирания его границ.

П. Федерн, полемизируя с З. Фрейдом, писал, что психотически реагирующие пациенты могут развивать чрезвычайно сильный перенос. Психотерапевтическое лечение шизофренических психозов, таким образом, должно быть направлено, прежде всего, на восстановление границ «Я». Выраженная слабость «Я» требует изменения нейтральной позиции психоаналитика на поддерживающую и более близкую, а также отказа от технических приемов, которые могут усиливать регрессию пациента. Взгляды П. Федерна оказали большое влияние на формирование подходов Я-психологии А. Фрейд, Г. Хартмана, Д. Рапапорта, Э. Эриксона и др. и, позднее, гуманструктуральной концепции личности Г. Аммона (1982).

К сходному представлению позднее пришел Л. Беллак со своей концепцией силы «Я», т. е. прочности и гибкости системы психических функций, которая влияет на интеграцию личности. Л. Беллак считал, что степень силы или слабости «Я» является решающей для формы, которую принимает патологическое поведение. Например, одно и то же содержание болезненного представления в зависимости от силы «Я» пациента может быть выражено психотически или невротически. Человек со слабым «Я» использует бредовые представления для выражения конфликтов, которые человек с сильным «Я» может выразить в снах, невротических симптомах или форме расстройства характера.

Л. Беллак разработал каталог отдельных Я-функций (отношение к реальности, регулирование инстинктов, отношение к объектам, мыслительные процессы, защита, автономные функ-

ции и др.) и их нарушений в надежде развить их дифференцированную этиологию на основе широко проводимых исследований (Bellak L., 1975).

Практическая деятельность Г. С. Салливана (1892 – 1949) и его работы, большинство из которых были опубликованы уже после его смерти, оказали большое влияние на понимание шизофренического процесса, развитие психотерапевтических подходов к этой патологии в условиях стационара и в целом на гуманизацию всей психиатрической помощи. В рамках созданной им концепции интерперсональной психиатрии Г. С. Салливан понимал формирование человека как результат межличностного общения. Он также разработал представление о личности как о многокомпонентной системе, являющейся продуктом такого общения. Говоря о ведущей роли межличностных отношений для человека в норме и при патологии, Г. С. Салливан все психические расстройства, включая психозы, описывает как процессы, имеющие межличностную природу, которые, соответственно, могут быть поняты лишь в контексте социальной среды, окружающей человека. Отклонения от нормы, имеющиеся у пациента, в той или иной степени присущи и поведению здорового человека. Психические расстройства не уникальны, а являются лишь следствием общечеловеческих межличностных проблем (Салливан Г. С., 1999).

Г. С. Салливан определяет шизофрению как реакцию, являющуюся мерой безопасности, с помощью которой индивид пытается защитить себя от затопления страхом и тревогой, в результате чего происходит отщепление тех областей опыта, которые связаны с чрезмерной травматизацией в раннем детстве. Шизофреническую реакцию он определяет как «шизофренический образ жизни», как попытку новой интеграции расщепленных областей психики. Г. С. Салливан различал два вида шизофрении: первая имеет органические причины и поэтому находится за пределами интерперсональной психиатрии, вторая включает в себя шизофренические расстройства, связанные с ситуативными факторами, при которых показана психотерапия.

Обнаружив, что классическая техника свободных ассоциаций ведет у пациентов, больных шизофренией, к усилению тревоги, Г. С. Салливан по-новому структурировал психотерапевтический процесс, отказавшись от нейтральной позиции аналитика и разработав метод «психиатрического (психотерапевтического) интервью». Тем самым он обеспечивает активное терапевтическое воздействие врача на межличностную ситуацию и уменьшает тревогу больного. Роль психотерапевта в данном методе можно определить как «участвующего наблюдателя». В ходе интервью условно выделяют четыре фазы:

- 1) формальное вступление, имеющее решающее значение для формирования базового доверия;
- 2) фазу исследования (рекогносцировки) определенной проблематики пациента;
- 3) фазу детального опроса, в ходе которой происходит проверка гипотез терапевта относительно отдельных аспектов взаимодействия пациента с другими людьми;
- 4) завершающую фазу, где психотерапевт подводит промежуточные итоги нового понимания происходящего с пациентом и дает мягкие рекомендации (Салливан Г. С., 2000).

Значительное влияние на психотерапию психозов оказали работы швейцарского психоаналитика Маргарет А. Сеше. Она придерживается психогенетической концепции происхождения шизофрении в результате ранней психотравмы и фиксации на начальных стадиях развития, в результате чего «Я» остается слабым, неинтегрированным и легко регрессирует на архаические ступени при любых повторных стрессах, что, в конце концов, приводит к болезни. В качестве психопатологической причины шизофрении М. А. Сеше рассматривает фрустрацию оральных потребностей, оральный дефицит, т. е. недостаток заботы, внимания, теплоты, что приводит к нарушению формирования структуры «Я». Отказ матери кормить ребенка – это как бы отказ в праве жить, поэтому наряду с саморазрушительными тенденциями возможно возникновение болезненного чувства вины из-за самого факта своего существования. Запрет на проявление агрессии, в широком смысле этого слова (интерес, контакты и т. п.), в свою оче-

редь способствует проявлению аутоагрессии. «Если пациент ищет удовлетворения, он вынужден сдерживать свою агрессию против личности, от которой он полностью зависит, обычно это его мать. Агрессия сначала может превратиться в слабость, равнодушие и меланхолию, однако, в конце концов, младенец обратит ее на себя».

М. А. Сеше (1951) описала 4 группы реакций шизофренических пациентов, учет которых крайне важен при проведении психотерапии.

1. Проявления шизофренического мира пациента (продуктивная симптоматика) на поведенческом уровне. Этот тип реакций важен для установления контакта с пациентом, в том числе и на невербальном уровне.

2. Негативная реакция на фрустрацию, проявляющаяся чувством вины, самодеструкцией и т. п. Это обуславливает необходимость для психотерапевта брать на себя ответственность за реализацию определенных побуждений пациента путем конкретных предписаний и/или назначений.

3. Позитивная реакция на фрустрацию, компенсаторная реакция, проявляющаяся продуктивной симптоматикой. Удовлетворение подобных компенсаторных желаний в терапии чаще всего не продуктивно.

4. Реакции, выражающие в символической форме желания и потребности пациента, имеют наибольшее значение для осуществления корригирующих воздействий в процессе лечения.

В качестве подхода к глубоко регрессированным пациентам М. А. Сеше была предложена техника символического удовлетворения фрустрированных потребностей, которая может рассматриваться как патогенетическая психотерапия, так как направлена на восполнение базальных потребностей индивида, раннее нарушение которых и привело к заболеванию. Для того чтобы психотерапевт был успешен при взаимодействии с пациентом-шизофреником, он должен предоставлять последнему переживания, аналогичные тем, которые происходят в здоровом симбиозе между матерью и ее младенцем. Удовлетворение потребностей – единственный язык, воспринимаемый и признаваемый индивидуумом до появления переживания собственного «Я», а также после его вторичной утраты вследствие регрессии (Тэхкэ В., 2001; Палмад Г., 2003).

Что означает такое адекватное удовлетворение и как оно может быть осуществлено? Непосредственное предложение пациенту прямого удовлетворения в конкретной форме чаще всего приводит к отрицательному результату и усилению негативизма и аутизации, так как повторяет и вновь воспроизводит прошлую симбиотическую неудачу, от которой больной защищается уходом и регрессией. То есть психотерапевт не должен пытаться выступить в роли нового и лучшего родителя для пациента. Его главная функция – представлять текущую реальность для пациента, избегая всякой ролевой игры и притворства, допуская, в том числе, отреагирование агрессивных импульсов. Символическая форма считается обязательной, так как обращение к инфантильным потребностям пациента напрямую способно привести лишь к усилению фрустрации и обострению чувства вины.

М. А. Сеше (1994) рассматривает лечение своей, теперь очень известной, пациентки Рене как «почти экспериментальное доказательство» своей фрустрационной гипотезы. Отсутствием контакта, что М. А. Сеше считает сущностью данного расстройства, больной шизофренией защищается от «проникновения кого-нибудь еще», а также от «взрыва аффективной и эмоциональной жизни». Неудовлетворенные оральные потребности приводят к установлению защиты в первичных отношениях, и психоз представляет собой «как возобновленную попытку индивида оживить изначальную травму, чтобы преодолеть ее, так и определенное отступление в субъективный мир, который один оплатит ему за переносимые фрустрации». Она описывает открытие у шизофренических пациентов «всех промежуточных фаз между высоко компенсированной фрустрацией и полной неспособностью найти способ уменьшения ее; в этом послед-

нем случае это оказывается переполненным самодеструктивными агрессивными побуждениями» (Спотниц Х., 2004).

Смысл психотерапии шизофрении по М. А. Сеше – в необходимости «пробить брешь в замке из слоновой кости» пациента. Это требует длительного времени и неоднократного повторения терапевтической процедуры, что способствует постепенному росту доверия и прохождению больным всех стадий развития «Я» от оральной до генитальной (Matussek P., 1976).

Аналогичные техники применительно к пациентам с глубокими нарушениями постулирует М. Балинт (1896 – 1970). При взаимодействии с больным, регрессировавшим до уровня базисного дефекта (патология доэдипального уровня), наиболее успешной тактикой психотерапии будет отказ от вмешательства при помощи интерпретаций и временное принятие регрессии. При этом для психотерапевта крайне важно избегать видимости всеведения и всемогущества. Напротив, он должен выказывать готовность к принятию и демонстрации некоторых функций первичных объектов, главной задачей которых является признание пациента и сопричастность ему. Внешне это проявляется в том, что психотерапевт должен быть рядом, он должен быть очень уступчивым, не оказывать чрезмерного сопротивления, должен быть неуничтожимым (как первичный объект) и должен дать возможность пациентам жить с ним в состоянии некоего гармоничного сочетания (Балинт М., 2002). Это не означает, что психотерапевт обязан восполнить лишения пациента и предоставить ему больше любви и заботы, чем его родители, тем более что это невозможно. Он может лишь дать клиенту достаточно времени, свободного от внешних стимулов и требований. Аналитик функционирует в эти моменты как человек, предоставляющий время и среду, и цель его работы заключается в том, чтобы дать возможность пациенту найти самого себя, принять себя и поладить с собой. По выражению М. Балинта, этот тип удовлетворения можно назвать заботой или даже «психологическим кормлением».

На первый взгляд, иной теоретической позиции придерживался Дж. Розен, создатель метода «прямого анализа» психотерапии больных шизофренией. Психотерапевт играет роль «приемного родителя», делая вид, что обладает «материнским» всемогуществом и всеведением, берет на себя ответственность за принятие и «перевоспитание» пациента. Автор убежден в полезности прямых интерпретаций, которые помогают психотику осознать неосознаваемые переживания и идеи. Однако особенностью подхода Дж. Розена является неподдельное внимание к пациенту и желание войти с ним в близкий контакт, чего часто можно достичь только на психотической основе – единственно возможной для больного на этом этапе. Эмоциональная привязанность к терапевту позволяет пациенту постепенно преодолеть регрессию и изоляцию.

Многие исследователи, таким образом, обращали внимание на необходимость для психотерапевта обладать определенными личностными качествами и техническими навыками для успешной работы с пациентами пограничного и психотического уровней. Вовлечение такого пациента в терапевтический процесс сопровождается настоящей первичной задержанной потребностью в эмпатической настройке терапевта (непрерывное эмпатическое исследование по Х. Кохут), которая помогает восстановить, поддержать и укрепить веру больного в собственную личную реальность (Столорю Р., Брандшафт Б., Атвуд Дж., 1999).

Ш. Роут (2002) сравнивает успешных психотерапевтов с мягкой игрушкой – большим плюшевым мишкой, их можно мысленно обнять, потискать, потрепать, погладить, какое-то время использовать, а затем выбросить, когда потребность в них отпадает. Чем больше у терапевта качеств, присущих любимой мягкой игрушке, тем лучше и естественнее он чувствует себя в контакте с пациентами, охваченными неудовлетворенными желаниями, лишенными привязанностей, например страдающими пограничными расстройствами личности и психозами. Речь идет о доступности переходного объекта в личности психотерапевта. Когда же эта доступность у специалиста менее выражена, тогда более вероятен его успех в работе с клиентами невротического спектра, т. е. людьми, у которых есть собственный вполне приемлемый внутренний «плюшевый мишка», и они обращаются за помощью по другим причинам.

Оригинальную концепцию терапевтического воздействия на психотического пациента предложила сотрудница и коллега Г. С. Салливана Фрида Фромм-Рейхман (1889 – 1957). С ее точки зрения, серия психотравм, связанных с переживаниями раннего детства, в конце концов и приводит к болезни. Вслед за Салливаном причину шизофрении автор видит в трудностях межличностных отношений. Аутизм пациентов, их недоверчивое отношение к окружающим связаны со страхом повторных отвержений. В соответствии с этой концепцией Ф. Фромм-Рейхман рассматривает психотерапию больных шизофренией как процесс восстановления доверия к миру путем установления новых отношений в диаде врач – больной и совместное с психотерапевтом осознание причин психоза (Fromm-Reichmann F., 1978). Именно формирование прочной эмоциональной связи с больным способствует разрушению тенденции психотического пациента к самоизоляции от окружающей среды. Поскольку уход в себя составляет сущность шизофренического процесса, личная значимая связь может вызвать у больного новое примирение с действительностью и стать исходным пунктом его выздоровления (Александр Ф., Селесник Ш., 1995; Гаррабе Ж., 2000).

Главным условием создания рабочего союза с пациентом является, по мнению Ф. Фромм-Рейхман (1950), установление взаимоотношений, основанных на полном доверии и свободе. Для достижения этого психотерапевту необходимо преодолеть свой собственный страх перед отгороженностью и закрытостью больного. После этого терапевт с помощью пациента осуществляет генетическое и динамическое исследование психотических проявлений, обсуждая обстоятельства, телесные и эмоциональные симптомы, сопровождавшие манифестацию заболевания, актуальную и прошлую ситуации. При этом большое значение приобретает наблюдение за пациентом в стационарных условиях, в том числе осуществляемое медицинским персоналом (что происходит в течение «других двадцати трех часов»), с целью изучения особенностей его межличностных отношений. Важно определить, насколько сам пациент осознает эти особенности и может их сознательно регулировать. Основой психотерапевтического процесса является исследование и понимание явных и скрытых психических операций как межличностных процессов.

Значимость внимательного и вдумчивого наблюдения за пациентом иллюстрирует ответ Ф. Фромм-Рейхман на вопрос, что, по ее мнению, является самым важным в психотерапии. «Если бы меня попросили сформулировать ответ в одном предложении, я бы сказала, что психотерапевт должен уметь слушать» (Роут Ш., 2002).

Разрабатывая технику интенсивной психотерапии больных шизофренией, Ф. Фромм-Рейхман, вслед за Салливаном, подчеркивает необходимость для терапевта быть активно включенным наблюдателем интерперсональных процессов, разворачивающихся между ним и пациентом.

Ф. Фромм-Рейхман предложила следующие модификации классической техники:

- 1) отказ от обычного местоположения психоаналитика за кушеткой (чтобы не нарушать чувство реальности и следить за состоянием больного);
- 2) отказ от строгого расписания сеансов и ориентировку в большей степени на динамику психокоррекционного процесса;
- 3) отказ от свободных ассоциаций (так как они могут усилить дезорганизацию мышления);
- 4) отказ от анализа сновидений (поскольку мышление больного шизофренией и так сходно со сновидным);
- 5) отказ от прямых интерпретаций (поскольку сознание больного и без того заполнено потоком представлений из бессознательного).

Основными приемами психотерапии по Ф. Фромм-Рейхман являются: осознание трудностей пациента во взаимоотношениях с другими людьми посредством наблюдения и анализа динамики его взаимодействий с психотерапевтом; актуализация забытых переживаний и исследова-

дование опасений, связанных с этим эмоциональным опытом; анализ сопротивления; создание атмосферы безопасности и внимания к бессознательному пациента.

Важным является понимание Ф. Фромм-Рейхман (1950) процесса переноса у психотического пациента. Если больной неврозом все-таки может понять неадекватный характер испытываемых переживаний, то психотический пациент воспринимает психотерапевта как всемогущую личность (злую или добрую), а не в качестве реального лица. Для коррекции этих отношений необходимо многократное и терпеливое прояснение для пациента реального положения дел.

При обсуждении особенностей контакта с психотическим пациентом Ф. Фромм-Рейхман развивает взгляды, несколько отличающиеся от подхода М. Сеше. Так, в частности, она подвергает сомнению необходимость удовлетворения фрустрированных потребностей. Больные шизофренией, несмотря на выраженную регрессию, не трансформируются в младенцев, а являются взрослыми людьми, и к ним следует относиться и уважать их как таковых. Еще П. Федерн отмечал, что, когда мы лечим шизофреника, мы одновременно имеем дело с несколькими детьми разных возрастов, но при этом важно не забывать, что больной на самом деле взрослый человек. Соответственно удовлетворение симбиотических потребностей пациента должно осуществляться таким образом и в таких формах, которые будут в принципе приемлемы для любого человека его возраста. Иными словами, необходимо обращаться к взрослой сохранной части «Я» пациента, при этом понимая его регрессивную составляющую, не пытаясь опровергнуть психотическую продукцию, но и не соглашаясь с ней.

Техники Ф. Фромм-Рейхман не утратили своего значения и сегодня (Krull F., 1987). Негативные же последствия имело широкое распространение ее взглядов о «шизофреногенной матери», вытекающих из концепции ранней психотравмы. Являясь лишь одной из теоретических попыток понимания психогенеза психоза, данное представление стало, тем не менее, крайне популярным, усугубив и без того тяжелое положение матерей больных шизофренией общественным порицанием и тягостным чувством вины (Холмогорова А. Б., 1999; Финзен А., 2001).

Понимание существа шизофренической реакции и процесса ее терапии значительно обогатили работы Г. Сирлиза (1975), в которых он рассматривал психотические расстройства как проявление патологии семейной группы. Эти представления в дальнейшем будут развернуты Г. Бейтсоном, Р. Лидс, Т. Лидсом и др. Шизофренически реагирующий пациент в годы своего раннего развития рассматривается окружающими не как самостоятельный индивидуум, а лишь как объект, поддерживающий равновесие семьи. Из-за страха потерять свою собственную идентичность мать и семейная группа запрещают пациенту развивать автономность, и, следовательно, любой рост личной идентичности неизбежно ассоциируется с чувствами страха и вины, связанными с опасениями разрушить само существование близких. С другой стороны, пациент живет в постоянном страхе потерять свое собственное «Я».

Этот конфликт находит свое выражение в патологическом симбиозе пациента с матерью или группой, за благополучие которой больной чувствует себя ответственным за счет своего собственного эмоционального и физического существования. С одной стороны, полностью растворяясь в этой симбиотической связи, с другой стороны, опасаясь этого растворения как потери собственной идентичности, он не может организовать собственную жизнь и поэтому находится в состоянии интенсивной и крайней изоляции. Это сопровождается запретом на разрешение первичных симбиотических отношений и во взрослой жизни, так как любая попытка отделиться будет сопровождаться ростом тревоги и параноидных тенденций (Ammon G., 1975).

Внешне подобные семьи представляются, по Г. Сирлизу, почти идеальными, что достигается запретом на восприятие и выражение негативных эмоций, ограничением внешних контактов, страхом перед любыми проявлениями независимости и автономности. Запрет на открытое

выражение конфликтов постоянно провоцирует у пациента чувство вины. Застывшие симбиотические отношения приводят к ограничению его самостоятельности, фактически «обученной беспомощности», отсутствию элементарных жизненных навыков и ожиданию, что любые проблемы за него будет решать кто-то другой.

И. Ялом (1999) считал, что, возможно, ни один из психотерапевтов не предпринимал столь последовательных и героических усилий для понимания внутреннего мира шизофреника, как Г. Сирлиз. Шизофреническую симптоматику Г. Сирлиз (1975) рассматривал не только как форму защиты, но и одновременно как попытку спонтанного лечения. В терапии глубоко нарушенных пациентов необходимо воссоздать этот опыт симбиотических отношений, для того чтобы пациент смог вновь его пережить в более благоприятной ситуации и убедиться, что другой человек, терапевт, в состоянии признать необходимую и важную роль пациента для деятельности «Я» самого аналитика и сотрудничать с ним в сознательном признании этого факта.

«По моему мнению, чтобы аутизм пациента мог быть преодолен, аналитик должен быть не только более надежным материнским щитом, чем мать пациента. Сначала аналитик должен признать, что пациент на него самого действует, как материнский щит. Это, по-моему, должно зайти так далеко, чтобы аналитик чувствовал себя удобно и свободно, входя в аутичный мир пациента как в часть своего собственного мира. Только тогда пациент сможет рассматривать его как идентификационную модель для принятия очень примитивных желаний зависимости и все более менять свой аутичный мир на мир, который представляет аналитик» (Searles H. F., 1975). Для этого терапевту необходимо признать и открыть в собственной личности предпосылки для установления выраженных симбиотических отношений; чем больше эти неизвестные области интегрируются в сознательную деятельность «Я» аналитика, тем скорее он сможет стать сильной «матерью», в которой нуждается пациент.

Психоаналитик Г. Сирлиз был одним из первых психотерапевтов, который обратил внимание на проблематику отношения к смерти у шизофренических пациентов, что позднее будет находиться в центре внимания экзистенциально ориентированных терапевтов (Ялом И., 1999). Вследствие незрелости своего «Я» пациент не смог интегрировать тяжелые утраты в своем раннем детстве и, следовательно, в настоящем не может примириться с перспективой величайшей из потерь – смерти, потери себя и всех, кого он знает. С точки зрения автора, больной становится и остается шизофреником с целью избежать конфронтации с фактом конечности жизни с помощью своей главной защиты против смерти – веры в собственное всемогущество и неуязвимость. Если страх смерти является центром психической динамики шизофреника, то работа с этими переживаниями и отрицанием смерти позволяет напрямую обратиться к глубинным личностным структурам (симбиотическим отношениям), ответственным за развитие данной патологии (Searles H. F., 1961). Больного шизофренией не менее, чем невротика, терзает факт неизбежности смерти, и, хотя реакция на него неодинакова по своей разрушительности, это доказывает одинаковую экзистенциальную природу человеческой реальности и служит основой для терапевтических вмешательств в рамках экзистенциальной психотерапии (Ялом И., 1999).

Идеи Г. Салливана, Ф. Фромм-Рейхман и других исследователей получили свое развитие в работах сотрудников института и клиники психиатрии в Топике (США), созданных братьями К. и У. Меннингер, которые фактически сформировали психиатрию, основанную на психоанализе, названную ими вместе с Ф. Г. Александером, первым предложившим этот термин, динамической психиатрией. Клиника в Топике была одним из первых стационарных лечебных учреждений, где активно использовались психотерапевтические подходы, основанные на психоанализе, для терапии больных с шизофренией и личностными расстройствами. Фонд К. Меннингера стал своеобразной «Меккой» для психотерапевтов, с ним связаны имена таких

известных специалистов, как А. Фрейд, М. Мид, Г. Деверо, О. Кернберг, Г. Аммон и др. (Кабанов М. М., Незнанов Н. Г., 2003).

Х. Спотниц (2004) сформулировал понятие современного психоанализа в виде специфической операциональной теории и терапевтического подхода к клиентам, страдающим от тяжелых доэдипальных расстройств. Особое внимание уделяется роли агрессии в формировании шизофрении. Само заболевание характеризуется как патологический способ нейтрализации агрессии в отсутствие адекватной изоляции импульсов к действию. Специфическое изменение классической аналитической техники делает возможным длительную работу с агрессивными импульсами пациента, и, таким образом, ненависть может постепенно стать терапевтической силой. Когда препятствия к вербальной разрядке будут разрушены, психотические симптомы исчезнут, и пациент сможет научиться более здоровым способам оперирования негативными эмоциями.

Психотерапия психотических расстройств получила дальнейшее развитие в трудах Гюнтера Аммона (1918 – 1995) – известного психиатра и психотерапевта, основателя Берлинской школы динамической психиатрии. Теоретические взгляды Г. Аммона и практические аспекты его работы, воплотившиеся в созданной им клинике динамической психиатрии Менершвайге в Мюнхене, сотрудничество с российскими специалистами достаточно полно отражены в имеющейся литературе (Вид В. Д., Лутова Н. Б., Баженова С. Г., 1999; Александров А. А., 2004; Аммон Г., 1995, 2000; Рихарц Б., Дворжак М., 2000; Аммон М., 2004; Бурбиль И., 2002; 2003; Ammon G., 1982). Г. Аммон развил концепцию стационарного психотерапевтического лечения, которая соединяет психиатрию, психоанализ, психосоматику и групповую динамику, чтобы таким образом предоставить милые-терапевтическое лечебное поле для пациентов с так называемыми архаическими болезнями «Я».

Упрощением было бы расценивать работу Г. Аммона как создание какой-либо одной психотерапевтической методики, например танцевальной терапии (Холмогорова А. Б., 1999). Подход Г. Аммона отличается именно комплексным воздействием, объединяющим индивидуальную и групповую терапию, широкий спектр вербальных и невербальных психотерапевтических методик, терапию средой. В итоге формируется наиболее дифференцированная концепция лечения, превосходящая предшествующие модели по своим терапевтическим результатам.

Терапия в динамической психиатрии основана на развитии конструктивных сторон личности и восполнении структурального дефицита, преодолении задержки развития и является возмещающей/корректирующей терапией идентичности (Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., Загоруйко Е. Н., 2000). В единой терапевтической программе используются такие методики, как индивидуальная и групповая психоаналитическая психотерапия, хореотерапия, музыкотерапия, арт-терапия, театротерапия, терапия верховой ездой, специфическая динамическая милые-терапия (Карвасарский Б. Д., 2000).

Благодаря сотрудничеству с Санкт-Петербургским научно-исследовательским психоневрологическим институтом им. В. М. Бехтерева, идеи динамической психиатрии Г. Аммона активно развиваются в ряде регионов России (Чернягов В. Ф., 1999; Бабин С. М., Анисимова Е. В., 2001; Пустотин Ю. Л., Бабин С. М., Сировская В. П., 2003; Васильева А. В., 2004; Кузнецов Н., Церковный А., 2004; Аммон М., Бабин С. М., Казаковцев Б. А., 2004; и др.). Отдельные аспекты применения конкретных вербальных и невербальных психотерапевтических методик, милые-терапии и организации психотерапевтической помощи в психиатрическом стационаре будут подробно нами рассмотрены в последующих главах руководства.

Суммируя положения ряда авторов психодинамической ориентации (Federn P., 1933; Schwing G., 1940; Fromm-Reichmann F., 1950; Sechehaye M. A., 1951; Searles H. F., 1965; Volkan V. U., 1976; Pao P., 1979; и др.) и результаты собственных исследований, финский психоаналитик В. Тэхкэ (2001) формулирует несколько общих принципов аналитического лечения шизофренического пациента. Автор условно выделяет три стадии терапии со своими задачами

и целями. На первой стадии необходимо восстановить дифференцированность между собственным «Я» пациента и терапевтом, делая, собственно, возможным диалог. Главная задача терапевта – стать представленным в эмпирическом мире психотического пациента в качестве нового хорошего внешнего объекта. Предпосылкой этого является установление терапевтических симбиотических отношений, для чего необходимо предоставить пациенту переживания, аналогичные тем, которые происходят в здоровом симбиозе между матерью и младенцем. Главная функция терапевта – представлять текущую реальность для пациента. Речь идет, однако, не об отношении к больному как к младенцу, а об избегании всякой ролевой игры и притворства, о зрелом и уважительном взаимодействии, абсолютной доступности для пациента в течение всего проводимого с ним времени (Тэхкэ В., 2001). Эти принципы близки к концепции «поддержания» Д. В. Винникота, когда он сравнивает отношение психотерапевта к регрессированным пациентам со способностью матери заботиться о своем ребенке (Хан М. Масуд Р., 2002).

Целью второй стадии является поддержание, защита и усиление вновь восстановленной дифференцированности пациента. Основными принципами здесь будут являться стабильность и относительная неизменяемость терапевтического сеттинга, регулярность и предсказуемость лечебных сессий, полная доступность и интерес со стороны терапевта, чье поведение в идеале должно быть добрым, но не навязчивым, искренним, но не обхаживающим, твердым, но не воспитывающим. Одной из ключевых проблем будет прямая связь между крайне низкой толерантностью пациента к тревоге и его чрезмерным страхом собственных агрессивных импульсов. Способность психотерапевта спокойно и твердо переносить агрессивные проявления больного, справляться с ними и контролировать их приносит пациенту облегчение и дает возможность самому конструктивно переработать тревогу и агрессию, без угрозы распада собственного «Я».

Слово агрессия происходит от латинского *ad-gredi* и означает «движение к». И только если движение влечет за собой разрушение предмета или объекта, то *ad-gredi* становится агрессией в собственном смысле слова (Шульц-Хенке Х., 1951). Эти идеи в дальнейшем получили развитие в концепции конструктивной, деструктивной и дефицитарной агрессии Г. Аммона (1995) и терапевтическом подходе, направленном на формирование и/или восстановление конструктивной агрессивности. Рассмотрение агрессивного поведения только в качестве негативного явления искусственно сужает границы проявления агрессии, когда вне поля зрения остается ее адаптивная роль (Незнанов Н. Г., 1999). Третья стадия психотерапии шизофренических пациентов состоит в улучшении структурализации их психики. Учитывая хрупкость вновь сформированных личностных структур и сохраняющуюся зависимость от терапевта, представляется необходимым избегать чрезмерной фрустрации пациента и давать ему возможность удовлетворяющего контакта с психотерапевтом в реальной ситуации лечения (Тэхкэ В., 2001).

В отечественной литературе представлен разнообразный опыт применения психотерапии при шизофрении, в том числе психодинамически ориентированной. В. М. Воловик и его сотрудники (Воловик В. М., Вид В. Д., 1975; Воловик В. М. [и др.], 1980; Вид В. Д. [и др.], 1982; Вид В. Д., 1988; и др.) в известной мере условно и схематически выделяют несколько уровней задач и соответствующих им форм групповой психотерапии при малопрогрессирующих формах шизофрении.

Решение задач первого уровня (стимуляция эмоциональной и социальной активности, налаживание межличностных контактов и формирование установки на активное сотрудничество с врачом на основе осознания факта болезни) осуществляется с помощью групп творческой активности (арт-терапия, музыкотерапия, проективный рисунок и др.), групп психомоторики и пантомимы, групповых форм ЛФК, простейших форм коммуникативно-активирующей терапии (литературный пересказ, свободная импровизация диалогов и их обсуждение).

Для решения задач второго уровня (восстановление согласованного взаимодействия разных уровней психической деятельности, выработка адекватных стереотипов поведения в трудных ситуациях, тренировка общения, преодоление зависимости и повышение чувства

социальной уверенности пациента) используются, наряду с указанными выше, методы функциональной тренировки поведения.

Третий уровень задач (укрепление и изменение социальных позиций, поколебленных болезнью, – достижение правильного представления о болезни и нарушениях поведения, коррекция дезадаптивных установок и отношений, оптимизация общения) требует привлечения более сложных вариантов коммуникативной психотерапии и проблемно-ориентированных дискуссий.

Наконец, четвертому уровню задач (раскрытие содержательной стороны психологического конфликта, т. е. противоречивых осознаваемых и неосознаваемых мотивов и отношений, имеющих для пациента большую субъективную значимость, перестройка нарушенной системы отношений и выработка адекватных форм психологической компенсации) в большей мере соответствует методика свободных вербальных дискуссий.

Согласно авторам, различные формы психотерапии могут применяться последовательно, одновременно или избирательно, что определяется всей совокупностью клинических, психологических и социальных представлений о больном и болезни. Конкретная терапевтическая методика может применяться на разных этапах работы с пациентом для решения различных задач. Например, музыкотерапия в элементарном варианте решает задачи стимуляции активности (1-й уровень), но при более глубоком анализе взаимодействия может помочь раскрытию содержательной стороны психологических конфликтов (4-й уровень).

Дальнейшим развитием отечественной психодинамически ориентированной психотерапии явилась разработанная В. Д. Видом раскрывающая реконструктивная психотерапия больных малопрогрессирующей шизофренией с определением ее мишеней и типов вмешательства. К числу мишеней психотерапевтической коррекции при данном заболевании автор относит искажения восприятия важнейших мотивационных структур (наиболее существенные варианты – потребность сексуального удовлетворения; потребность ощущения собственной социальной ценности с субъективной предпочтительной реализацией по типу гипертрофированного принятия окружающими или гиперкомпенсаторного доминирования над ними; потребность в незрелом регрессивном поведении; искажения восприятия, связанные с наличием несовместимых конфликтогенных мотивов), основные дезадаптивные психологические установки, феномены нарушения внутренней картины болезни, наиболее типичные проявления дезадаптивных психологических установок в поведении больных (нарушения стратегии и тактики проблемно-решающего поведения) и непосредственные проявления дезадаптивных психологических установок больных в ходе психотерапии.

Основные дезадаптивные психологические установки подразделяются автором на варианты первичной психологической защиты, такие как искажение восприятия себя, искажение восприятия окружающих, искажение идеальных представлений и инфантильные проекции, и на варианты вторичной психологической защиты – невосприятие собственной роли в формировании дезадаптации, невосприятие истинного уровня дезадаптации, невосприятие субъективных выгод дезадаптации, манипулятивный уход от психосоциального стрессора, приемы косвенного контроля окружающих (симптоматическое, саморазрушающее поведение, мнимая беспомощность и др.).

Наиболее типичными феноменами нарушения внутренней картины болезни являются: экстернализация причин дезадаптации и самой болезни, односторонне биологическая модель болезни и лечения, пассивная ориентировка на благоприятный спонтанный ход событий, ожидание руководства, помощи со стороны с отказом от приложения собственных усилий, ориентировка на парамедицинские способы лечения, фаталистически неблагоприятный субъективный прогноз, анозогнозия. К нарушениям стратегии проблемно-решающего поведения автор относит регрессивные ролевые шаблоны и масочное ролевое поведение, а к нарушениям тактики проблемно-решающего поведения – защитное избегание трудностей, отказ от попы-

ток решения проблем, выпадения метакоммуникативных приемов для налаживания общения, межличностные конфликты и неверную тактику подхода к решению метакоммуникативных задач.

Каждый выделенный параметр может служить составной частью функционального диагноза и являться конкретной мишенью психотерапевтического воздействия. В качестве основных типов вмешательства в раскрывающей реконструктивной психотерапии указываются эмоциональная поддержка, стимуляция, совет, разъяснение, уточнение, конфронтация, объективация, интерпретация. В. Д. Вид (2001) приводит подробные содержательные характеристики каждого из указанных феноменов. Разработанный метод может использоваться в индивидуальном и групповом вариантах.

В отечественной литературе появляются работы, посвященные способам понимания психотических пациентов в ходе психодинамической (психоаналитической) диагностики, интеграции клинического и формализованного подходов к анализу терапевтического интервью (Мучник М. М., Семке В. Я., Семке А. В., 2001; Кадыров И. М. Гиль Сон И., Чередниченко Е. В., 2003).

Таким образом, современное развитие психосоциально ориентированной психотерапии психотических расстройств во многом определяется отходом от положений ортодоксального психоанализа и соответствует общепринятой биопсихосоциальной направленности в решении проблем современной медицины, в том числе при лечении психических расстройств. На развитие методологических аспектов психосоциально ориентированного направления в психиатрии существенное влияние оказали работы отечественных ученых, таких как Ф. В. Басин, А. Е. Шерозия (1979), В. С. Ротенберг, В. В. Аршавский (1984) и др. Они указывают на существенную близость между разработанными теориями личности, патогенеза психических расстройств и системы лечения в отечественной психологии и психиатрии и, в частности, в психодинамической психиатрии Г. Аммона (1982).

Так, в известной в нашей стране концепции личности на основе психологии отношений школы А. Ф. Лазурского и В. Н. Мясищева (1995) и в разработанной модели патогенетической психотерапии личность рассматривается как система отношений человека с окружающей средой, проявляясь в различных областях отношений: это, прежде всего, социальные отношения и взаимоотношения, отношения в семье, к труду. В структуре отношений особенно важным является отношение человека к самому себе. Значимость последнего определяется тем, что отношение к себе является одним из компонентов самосознания (самосознание: самопонимание, самооценка, саморегуляция). Именно отношение к себе, будучи наиболее поздним и зависимым от всех остальных, завершает становление системы отношений личности и обеспечивает ее целостность (Ананьев Б. Г., 1980). Особое значение категории отношения для разработки проблемы личности в советской психологии отмечают А. А. Бодалев [и др.] (1987), А. Е. Личко (1977), Б. Ф. Ломов (1981) и др. Главной характеристикой личности считается система ее отношений, прежде всего отношений с людьми, формирующихся в онтогенезе в определенных социально-исторических, экономических и бытовых условиях. Это определение может быть соотнесено с пониманием психодинамически ориентированными исследователями роли интернализации первичной групповой динамики, которая является первой системой отношений в терминологии В. Н. Мясищева (1995), и на которую также влияют макросоциальные факторы в качестве основы для формирования структуры личности и как основополагающего фактора для развития Я-функций в конструктивном, деструктивном или дефицитарном измерениях.

Отношениям личности присущи следующие особенности: уровень активности отношений, что отчасти сопоставимо с понятием конструктивного социально-энергетического потенциала у Г. Аммона (1982); соотношение рационального и иррационального; адекватного и неадекватного, в психодинамическом понимании – соотношение конструктивного, деструк-

тивного и дефицитарного в личностном профиле; сознательного и бессознательного в отношениях; если в психодинамической психиатрии доминирующая роль принадлежит бессознательному, то в отечественной психологии и психиатрии подчеркивается примат сознательного в отношениях.

Представление о целостности личности, выражающееся в системе ее отношений, во многом близко понятию идентичности в динамической психиатрии, которое определяется как онтогенетическая сумма всего жизненно-исторического опыта и идентификаций. Следовательно концепция «психотерапии отношений» (Мясищев В. Н., 1995) весьма близка к концепции «психотерапии идентичности» (Ammon G., 1982). Соотношению этих концепций посвящен обзор Н. Г. Незнанова и А. В. Васильевой (2006). Отношения внутри группы отражаются непосредственно в психике, как и наоборот: чувства и установки находят свое выражение в социальных структурах. С помощью нового опыта отношений происходит развитие идентичности. Она имеет как сознательные составляющие в виде самопознания, так и свою основу в бессознательном. При этом интернализированная групповая динамика может изменяться путем опыта, переживаний и впечатлений в групподинамических событиях, изменение и рост идентичности совершается в межличностных контактах, где речь идет о вопросах к самому себе, взаимных сообщениях о потребностях, позитивных и негативных чувствах. Основное значение для развития идентичности имеют оценки и значимость, а также экзистенциальные вопросы, касающиеся человека. Индивидуум обучается с помощью группывконфронтации с ней интегрирует свой опыт в идентичность. Он устанавливает свои отношения с внешним миром, которые являются аспектом его идентичности в той мере, в которой группа подтверждает его идентичность, вне этого он не может поддерживать данную организацию.

В. Н. Мясищев разработал свою концепцию личности и основанную на ней модель патогенетической психотерапии, прежде всего, для пациентов с невротическими нарушениями, в основе которых лежит конфликт, столкновение, противоречие в системе значимых отношений личности, которые занимают центральное место в отношениях личности к действительности. Психодинамическая концепция применима для всего скользящего спектра психических расстройств от неврозов до психозов, но в первую очередь специфична для пациентов с ранними нарушениями, к которым относятся психозы и личностные расстройства (Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., 2003; Незнанов Н. Г., Васильева А. В., 2006).

Существенным пунктом, объединяющим концепцию В. Н. Мясищева и психодинамические подходы, является понимание значимости конфликта для личности. Как отечественные исследователи, так и зарубежные психодинамически ориентированные психиатры указывают на его важность для роста и развития личности. С точки зрения психодинамики, конфликт понимается как пограничная ситуация, переживание и успешное разрешение которой является необходимым условием для развития идентичности. В личностно ориентированной (реконструктивной) психотерапии (Карвасарский Б. Д., 1985), которая является дальнейшим развитием патогенетической психотерапии, указывается на то, что преодоление и разрешение конфликтов предполагает активную деятельность личности, мобилизацию и развитие самых разнообразных ее способностей, тренировку различных психических функций, формирование более высокого уровня развития и иерархии потребностей. В результате повышаются функциональные возможности, развивается и совершенствуется система отношений, т. е. осуществляется процесс самосовершенствования, направленный на развитие личности и ее более полноценное функционирование (Исурина Г. Л., 1990).

Следует подчеркнуть, что представление психодинамической психотерапии о том, что в центре терапии должно быть повторение прошлого патогенного опыта с последующей его коррекцией или компенсацией, близко по своему значению к реконструктивной направленности психотерапии, разрабатываемой на протяжении многих лет в Институте им. В. М. Бехтерева. Реконструкция и коррекция системы отношений в процессе личностно ориентированной

психотерапии соотносятся с «наверстывающим» развитием личности в понимании психодинамической психотерапии.

Сказанным выше можно объяснить устойчивый интерес к динамической психиатрии Г. Аммона в нашей стране, особенно в связи с проблемой интеграции психотерапии в так называемую большую психиатрию. Динамическая психиатрия после соответствующей адаптации и интеграции с близкими в теоретическом и практическом планах отечественными подходами может способствовать удовлетворению потребности в эффективных психотерапевтических моделях для психиатрического контингента больных.

### 1.3. Когнитивно-поведенческая психотерапия психотических расстройств

Поведенческая, или бихевиористически ориентированная, психотерапия трактуется, прежде всего, как процесс направленного формирования желаемых, адаптивных форм поведения на основе принципов теории научения, ее целью является формирование и укрепление способности к действиям, приобретение навыков, позволяющих улучшить самоконтроль (Карвасарский Б. Д., 2000). В рамках направления были предложены различные методы поведенческой терапии психотических проявлений. Среди них можно назвать следующие (Corey G., 1996):

1) «*time out*» (удаление) – применяется при агрессивном поведении у больных, которые с трудом поддаются положительному мотивированию;

2) сверхкоррекция – сразу после совершения поступка следует требование его немедленного исправления;

3) «*response cost*» (плата за проступок) – объект, с которым совершено неправильное действие, немедленно удаляется;

4) «*token economy*» (политика жетонов) – за всякое действие, способствующее развитию поведения в нужном направлении, больной получает жетоны, которые затем можно обменять на нечто, выступающее в качестве положительного подкрепления (например, сладости).

Наибольшую популярность, особенно в 1960-е гг., приобрел последний метод – так называемая жетонная система – как средство реабилитации хронически больных шизофренией, длительно находящихся в психиатрических стационарах (Ayllon T., Azrin N. H., 1968). При применении методики отмечалось возрастание реалистичности поведения у пациентов, частично или почти полностью утративших социальные контакты и способность жить вне клиники. Применение жетонной системы требует соблюдения основных принципов теории научения, главным из которых является положительное подкрепление любого, даже минимального изменения в желаемом направлении. Нежелательное поведение следует просто игнорировать, и оно исчезнет само собой, постепенно вытесняясь подкрепляемым поведением (Cohen R., 1982). Автор обнаружил парадоксальный факт, что метод сохраняет свою эффективность даже тогда, когда все, что используется в качестве положительного подкрепления (а это в основном сигареты, сласти, специальные напитки, посещения кино, домашний отпуск и т. д.), и без того доступно больному. Возможное объяснение этого феномена состоит в том, что пациент устанавливает четкие причинно-следственные связи между своим поведением и поведением окружающих, и это способствует снижению внутренней конфликтности и возрастанию активности.

Несмотря на эффективность жетонной системы, интерес к методике постепенно снижается, хотя она по-прежнему используется в терапии шизофрении и зависимостей. С одной стороны, это объясняется развитием в психиатрии подходов, ориентированных на формирование терапевтической среды, когда и при длительном пребывании в стационаре удается сохранить и даже развить формы социального поведения (навыки самообслуживания, опрятности, социально адекватного, доброжелательного поведения и т. д.), на восстановление которых и направлен метод политики жетонов. С другой стороны, при кажущейся внешней простоте методика весьма трудоемка, так как требует высокой согласованности действий всего персонала и значительных долговременных усилий, связанных с выбором и формированием требуемого поведения больного, а также с отбором наиболее эффективных для него способов подкрепления (Холмогорова А. Б., 1999).

Наряду с лечебными мерами, направленными на поведение пациента, существует необходимость воздействия на его социальное окружение. Теоретической предпосылкой этого подхода является уязвимость-стресс-модель или диатез-стресс-модель (Zubin J., 1990), согласно

которой психотические рецидивы являются результатом как индивидуальной предрасположенности, так и определенных психосоциальных стрессовых факторов. Исследовались в основном две группы таких факторов: «изменяющие жизнь события» (*«life events»*)

## **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.