

УДК 616.89-008.48
ББК 56. 145. 090
М 13

М 13 Мадорский В.В. Практическая психотерапия шизофрении. – Ростов-на-Дону: ООО «Донской Издательский Дом», 2011. - 344 с.: илл.

ISBN 978-5-904079-36-9

ББК 56. 145. 090

© Мадорский В.В., 2011
© ООО «Донской Издательский Дом»,
оформление, 2011

Введение

Существует ли большее удовлетворение, большее счастье, чем то, которое испытывает мореплаватель, наносящий на судовую карту свои открытия. Перед его глазами возникают новые земли, остров за островом, мыс за мысом, они словно всплывают из недр морских! Сначала контуры этих земель смутны, изломаны, прерывисты: вот тут уединенный лагерь, а там – отдаленная бухта, а еще дальше – затерянный в безграничном просторе залив. Но постепенно открытия дополняют друг друга, линии уточняются, пробелы на картах уступают место штрихам, очертания бухт врезаются в сушу, мысы увенчивают исследованные берега, и вот, наконец, новый материк во всем своем великолепии с его озерами, его реками, его потоками, его горами, его долинами и его равнинами и деревнями, городами и столицами возникает на глобусе. Ах, друзья мои! открывать неведомые земли это – творить, это – переживать волнения и неожиданности!

Жюль Верн. «Дети капитана Гранта»

Эта книга – не учебник. Здесь уважаемый читатель не найдёт абсолютной истины. Это – скорее, путевые заметки человека, который 13 лет вместе со своими коллегами исследовал область на стыке психиатрии и психологии, которая показалась ему интересной – психотерапию и реабилитацию больных шизофренией.

Нельзя сказать, что мы здесь были первыми. Многие трудились здесь до нас, и во многом мы пытались идти по их стопам. Что-то из описанного оказывалось в нашем опыте верным, что-то нет – и наш опыт будет истинным не во всём и не для всех. Пробуя разное, мы пытались систематизировать

самые разные подходы, предполагая, во всех них – таких непохожих друг на друга методах работы классических психиатров, психоаналитиков, когнитивно-поведенческих психотерапевтов, НЛП-ров, гипнотизёров, семейных психотерапевтов, сторонников терапии творчеством – есть что-то общее, что помогает победить эту страшную болезнь, совсем недавно считавшуюся неизлечимой. Мы стремились, попробовав разное, найти те общие ниточки, связав которые в единый канатик и потянув в нужном направлении можно было бы вытянуть больного человека к здоровью и счастью. Мы стремились систематизировать наши знания и сделать их воспроизводимыми для других людей, не обязательно асов психотерапии. Эта книга писалась так, чтобы многие важные вещи отсюда могли быть использованы людьми, которые регулярно работают с больными шизофренией, но психотерапией никогда не занимались. Впрочем, здесь есть немало и такого, что, как нам кажется, будет полезно и состоявшимся профессионалам в искусстве психотерапии.

Описанное здесь – во многом повод для дискуссии с целью научиться работать ещё лучше. Оно, такое, какое есть уже сейчас, работает в руках моих и моих учеников. Одна из моих учителей, австрийский психотерапевт Герда Метц, как-то сказала: «Мы пришли в этот мир, чтобы развиваться. И мы считаем, что мы развиваемся хорошо, если каждый год мы оставляем в прошлом 20% наших убеждений». Я разделяю её взгляды и искренне надеюсь на то, что пусть не через 5, но хотя бы через 10 лет я научусь лечить шизофрению во многом по-другому и значительно более эффективно. Но наши больные и их родственники страдают уже сейчас, и во многом они страдают от безнадёжности, от того, что они постоянно слышат: «Это шизофрения. С этим ничего не поделаешь. Спасения нет. Смирись». Путь к здоровью, о котором мы пишем здесь, тяжёл и длителен, но он есть. И наша задача – показать его тем, кто хочет, преодолев все трудности, победить. Несмотря на все огромные сложности, которые ожидают нас на этом пути, я совершенно согласен с Х. Спотницем, написавшим: «Более чем за четыре десятиле-

тия, в течение которых я занимаюсь изучением и лечением этой болезни, я ни разу не сталкивался со случаем, который был бы неизлечим в принципе» (1).

Я хотел бы высказать слова благодарности в адрес моих родителей, научивших меня жить и работать, моего первого учителя в психиатрии Евгения Евгеньевича Бондаренко и впервые познакомившего меня с психотерапией Михаила Ефимовича Литвака, Александра Олимпиевича Бухановского, помощь и поддержка которого были для меня неоценимы, и из работы над кандидатской диссертацией с которым и началась эта книга, Анны Владимировны Решетнёвой, разделившей со мной немало трудностей на этом пути, поддержка которой для меня была и есть очень важной, а общение – как рабочее, так и личное, было крайне взаимобогащающим, Виктора Александровича Солдаткина и Игоря Геннадьевича Дехтяря, моих друзей, в совместном труде и спорах с которыми выковывались наиболее эффективные методы работы, а также Елены Викторовны Шевченко, без которой эта книга также бы не состоялась.

Развитие психотерапии шизофрении

Допсихоаналитический период

Несмотря на то, что шизофрения, как самостоятельная болезнь, была впервые выделена Е. Краепелин лишь в 1898 г., её проявления были известны человечеству с древнейших времён. Издревле она считалась одним из вариантов одержимости человека злым духом и, соответственно, подлежала преимущественно духовному лечению. При этом агрессивные и опасные больные считались одержимыми злым духом, безобидные и тихие – любимцами богов; первых прогоняли и порой уничтожали, вторых почитали. Этот первобытный анимизм еще долго служил объяснением психопатологических симптомов. Когда, приблизительно за 2000 лет до нашей эры, израильский царь Саул заболел душевным расстройством с депрессивными приступами, – библейский летописец с полной уверенностью определил их причину: Бог покинул царя, и тогда злой дух, воспользовавшись этим, вселился в него. Было применено наиболее действенное в те годы лечение: посылали за молодым человеком Давидом, который играл на струнном инструменте и пел мелодичные песни, которые сам же и слагал – фактически один из видов психотерапии, музыкотерапия. Другое библейское предание говорит о Навуходоносоре, наказанном безумием за надменность и гордость. Автор рассказа не жалеет красок для описания унижительного состояния, до которого дошел вавилонский царь: он скитался как вол, опустив голову, по пастбищам, одичал, весь оброс и питался травой. Выздоровление наступило опять же после психотерапии: Навуходоносор, прислушавшись к словам своего придворного, пророка Даниила, раскаялся в своей гордости и признал Бога. Таким образом, можно сказать, что психотерапевтический метод лечения эндогенных психозов является наиболее древним. Порази-

тельно схожи методы, с помощью которых тысячелетиями в самых различных культурах осуществлялось воздействие на «одержимых». Как правило, это было сочетание различных религиозных обрядов и ритуалов, сопряженных с развитием у их участников трансовых состояний (2). Одновременно пациенты вовлекались в общественно полезную деятельность. Ещё жрецам древнего Египта (3) были известны методы введения в транс с использованием как ограничения количества поступающей через органы чувств информации (например, путём фиксации взора на блестящем предмете), так и перегрузки сознания и наведения конфузионного транса (например, жесткой фиксацией в момент испуга и двигательного возбуждения). Последний способ оказывался незаменимым при необходимости введения в транс при отсутствии возможности вступить в продуктивный контакт.

Использование конфузионных методов наведения транса широко использовалось и в храмовой медицине Японии, основанной на практике дзен-буддизма (4). Во многих случаях, например, для борьбы с навязчивостями и компульсиями, рекомендовалась концентрация на постоянном повторении больными кратких молитв (5), что противопоставлялось свободной визуализации зрительных образов, которая, как мы видим из многочисленных примеров в «Житиях Святых» (6), нередко приводила к состояниям, которые мы, по их описаниям, можем расценивать как галлюцинаторно-параноидные психозы и суициды по бредовым мотивам. Опытные наставники монашествующих проводили чёткую грань между нормальным духовным развитием личности и подобными состояниями, подчёркивая их крайнюю опасность: «Если ты видишь, что юноша по своей воле желает взойти на небо, схвати его за ногу и стащи оттуда, ибо это ему полезно (7). В случаях буйного поведения широко использовались меры физического стеснения.

Эллинский период развития медицины (около 500 лет до н.э.), вместе с развитием философии, сопровождался широким распространением попыток использования того, что мы сейчас бы назвали рациональной психотерапией. Врачи пы-

тались объяснить больным нелепость их чувств, представлений и действий, что, впрочем, помогало мало. Зато логическое исследование переживаний больного помогало в диагностике. К эпохе Перикла относится история о том, как жители города Абдеры заподозрили философа Демокрита, впервые выдвинувшего гипотезу об атомарном строении мира, в том, что ум его помутился, а так как это был человек известный, то призвали к нему знаменитейшего врача – «отца медицины» Гиппократ. Беседа эта закончилась довольно неожиданно для жителей Абдеры. Им было указано, что Демокрит отличается здоровым и ясным умом, чего никак нельзя сказать об его согражданах (8). Так, возможно, впервые в истории, была описана та роль, которую нередко играет окружение наших пациентов.

В период средневековья попытки лечения душевнобольных, в том числе психотерапевтического, практически полностью исчезают, уступая место преследованию душевнобольных людей, жестоким религиозным обрядам вплоть до сожжения тела для спасения души, либо широчайшему применению мер физического стеснения, из которых наиболее распространённым оказывалось содержание на цепи (8). В этот период душевные болезни считаются чем-то совершенно неизлечимым, и лишь несколько столетий спустя упорная борьба Пинеля, Эскироля, Конноли и их последователей за сведение к минимуму мер физического стеснения показывает, насколько само изменение отношения к пациентам способно изменить течение хронических психозов. В 19 веке продолжающееся развитие психиатрических стационаров приводит к постоянным попыткам интенсифицировать лечение психозов. Широкое употребление в этот период приобретают методики, направленные, как ни парадоксально, на ещё большую дестабилизацию психического состояния пациента. Часть из них использовалась для обездвиживания больного и уменьшения количества информации, воспринимаемой им через органы чувств. Одним из самых деликатных средств был «мешок» (Sack), сквозь тонкую ткань которого больной видел все окружающее, как в тумане; мешок охва-

тывал не только голову, но и все тело и завязывался внизу под ногами. Большим распространением пользовалось изобретенное в Англии другое успокоительное средство – смирительный стул, к которому больные привязывались ремнями. Следующая группа мероприятий преследовала более специальные терапевтические задачи; это были «раздражители», рассчитанные на перегрузку сознания и органов чувств больных с целью вызвать полезные реакции в виде перегруппировки психических способностей с устранением явлений болезненных и заменой последних актами разумными и здоровыми («механотерапия шизофрении»). Это были, например, вращательная машина в собственном смысле, вращающееся колесо и вращающаяся кровать; первые два прибора были рассчитаны только на действие вращения, третий – имел в виду еще специально-целительный эффект центробежной силы. Количество оборотов в минуту равнялось от 40 до 60, причем наиболее благотворное действие приписывалось кровати: кровь прилиwała к голове и от этого получался целый ряд болезненных ощущений – головокружение, тошнота, рвота, непроизвольное выделение мочи, кала, чувство стеснения в груди, удушье, наконец, кровоизлияние в конъюнктиву глаз. По некоторым отзывам у меланхоликов исчезали мысли о самоубийстве и отказы от пищи; и они делались, вообще, веселей. Не последнее место в этой терапевтической системе занимали средства, причиняющие боль: жгучие втирания, нарывные пластыри, прижигания каленым железом. К больному, находящемуся в ступоре, подходили вооруженные плеткой; его раскладывали на койке и секли, чтобы «вывести душу» из состояния болезненного сосредоточения. Гейнрот рекомендовал повторные, с короткими паузами болевые раздражения, Иделер – сильную электропункцию и отмечал с гордостью, что ему удалось вернуть к «свободной и нормальной душевной деятельности» несколько человек, совершенно, по-видимому, отупевших. По сути, задачей врачей оказывалось доведение больного до болевого шока. Тошнотная терапия заключалась в том, что больному давали рвотное, причем регулировали дозу так, чтобы дело не доходило

до рвоты. Предполагалось, что таким образом отгоняются бредовые идеи. Специальные водолечебные приемы оценивались почти исключительно, как психическое воздействие. Внезапное погружение в холодную воду, так называемый *bain de surprise*, применялось, чтобы вызвать сильное потрясение всего тела с последующим утомлением. Здесь имелось в виду одним мощным психогенным воздействием разорвать извращенные представления и очистить место для новых, быть может, здоровых мыслей. Основываясь на одном случае, когда бросившийся в колодезь больной вскоре выздоровел, сделано было предложение погружать меланхоликов в воду до первых признаков удушья, причем продолжительность этой операции равнялась промежутку времени, необходимому для не слишком быстрого произнесения псалма, называемого *Miserere*. Шнейдер придумал особое приспособление для сбрасывания больного с большой высоты в холодный бассейн и полагал, что такой аппарат должен будет несомненно оказать «большие услуги при лечении душевных болезней». Лангерманн в своем отчете по учреждению Сант-Георген с сожалением указывал на отсутствие там бассейна, так как страх, связанный с внезапным погружением в воду, является незаменимым средством при некоторых бредовых формах, где никакими другими способами не удастся привести больного в состояние «здоровой самодеятельности». Мостик, вел к изящной беседке, куда предлагалось пройти больному, и где предательская доска, внезапно наклоняясь, заставляла его провалиться в воду. Большим уважением пользовался ледяной душ. – цит. по Каннабах, 1928 (8). Следует отметить, что врачи, использовавшие эти методы, согласно описаниям их современников, совсем не были патологическими садистами, и использовали данные приёмы лишь из-за того, что практика медицины показывала: добиться прерывания хронического психоза возможно лишь при использовании шоковых, декомпенсирующих психику больного воздействий, приводивших к развитию у пациентов трансовых состояний. Намного позже Милтоном Эриксоном (9) для преодоления негипнабельности у боязливых, недо-

верчивых, скованных пациентов, нередко негативно относящихся к гипнотизации был разработан приём прерванного рукопожатия: психотерапевт, улыбаясь, направляется к пациенту, протягивая ему руку как будто для рукопожатия, но, после того, как последний с готовностью протягивает ему свою, не пожимает её, а поднимает руку пациента вверх, слегка придерживая её, избегая при этом каких-либо разъяснений, добиваясь появления каталепсии руки (10). Развивающийся при этом конфузионный транс с точки зрения Эриксона и его последователей, что позже было подтверждено работами Тукаева (11), оказывает выраженное лечебное воздействие.

Наряду с этим, однако, была распространена и более гуманная психотерапия, в том приблизительно виде, как ее проектировал Рейль: старались переубедить больного, и если вначале иногда притворно соглашались с его болезненными идеями, то лишь для того, чтобы, следуя сократическому методу, довести их до абсурда. Попытки заставить больного согласиться с очевидностью приводили к различного рода инсценировкам по схемам Рейля. Особенно много ожидали от таких комедий при ипохондрии. Этим пользовались не только сторонники психической школы, шедшие по стопам Гейнрота, Иделера и Бенекке: вся вообще психиатрия начала XIX века прошла через эту стадию, с ее мнимыми операциями, извлечениями из тела разных гадюк, опухолей и т.п. Гегель приводит несколько таких «анекдотов»:

«Англичанин воображал, что у него в желудке воз сена с четверкой лошадей; врач уверил его, что он ощупал этот воз, приобрел этим доверие больного и дал ему рвотное: когда больного стало рвать, его подвели к окну, и в это время, по распоряжению врача, из ворот выехал воз с сеном. Другой жаловался, что у него стеклянные ноги; было инсценировано нападение разбойников, причем больной убедился, что он может хорошо бегать. Третий считал себя умершим и не хотел принимать пищи; его положили в гроб и опустили в могилу, где уже стоял второй гроб, в котором лежал человек; этот последний сначала притворился мертвым, но остав-

шись наедине с душевнобольным он приподнялся, выразил радость, что у него нашелся товарищ, наконец встал и принял за принесенные кушанья; когда душевнобольной удивился, он отвечал, что умер уже давно и лучше знает, как живут мертвые. Больной успокоился, стал есть и пить и выздоровел» – цит. по Каннабих, 1928 (8). Следует отметить, что и в этих наблюдениях стержневым элементом оказывается развитие у больного состояния выраженного удивления, озадаченности, ступора – опять же по сути трансовых феноменов, с последующим их использованием в психотерапевтических целях.

Так выглядела психотерапия шизофрении до появления психоанализа.

Психоаналитически ориентированная психотерапия шизофрении

Как отмечала в своём обширном обзоре по методам психотерапии шизофрении Холмогорова (12), с развитием в конце 19 – начале 20 века психоанализа и с приобретением им статуса доминирующего вида психотерапии на Западе и в Америке (вплоть до 50-х годов понятие психотерапии в США фактически отождествлялось с психоанализом) начинается интенсивная разработка психоаналитического объяснения и психотерапии шизофрении. В свое время З. Фрейд (13) отрицал возможность успешного применения психоаналитического метода в работе с больными шизофренией, указывая на недостаточную способность к переносу у этих больных как на основное препятствие. Однако многие психоаналитики, выразив несогласие с позицией Фрейда, выдвинули идею модификации классической психоаналитической техники для работы с больными шизофренией (14), (15), (16), (17). В 20-30-е годы центром формирования новых подходов становится Швейцария. Представителя знаменитой Цюрихской школы психиатрии Е. Блейлер, К. Юнг, Л. Бинсвангер, К. Абрахам, К. Мюллер и др. внесли весомый вклад в разви-

тие психотерапии шизофрении, существенно модифицировав классическую психоаналитическую схему лечения. После начала второй мировой войны центр психоаналитической терапии шизофрении вместе с потоком эмигрантов из Европы переместился в США (18), где в 30-е годы Г. Салливен и Ф. Фромм-Рейхман создаются Вашингтонская школа психиатрии. В рамках этих двух школ – Цюрихской и Вашингтонской – было разработано множество различных подходов.

Психоанализ, считая шизофрению, как и неврозы, проявлением подсознательных психологических проблем стремился к их осознанию психотерапевтом и пациентом, полагая, что сознательное выражение данных проблем способно привести к исчезновению проявлений болезни. Психоаналитики утверждают, что бред и галлюцинации больных шизофренией совсем не бессмысленны, но представляют из себя метафорически изменённое, подобно сновидению, изложение истинных проблем пациента; их изучение чрезвычайно ценно и может дать массу важной диагностической информации (19). **Отрицательными же сторонами психоаналитических подходов к лечению шизофрении, обуславливавшими её недостаточную эффективность при шизофрении, явилось отрицание патофизиологических изменений процессов в головном мозге больных и, соответственно, отказ от их коррекции, а также требование работать только с самим пациентом, избегая общения с его родственниками (20).**

Наибольшее влияние на практику психотерапии шизофрении в Европе и Америке оказали две модели (21): **1) психотерапия как процесс укрепления «Я» путем удовлетворения фрустрированных потребностей; 2) психотерапия как процесс восстановления доверия к миру через совместное с психотерапевтом осознание причин психоза.** Первая из них, возникшая в рамках Цюрихской школы, разработана и подробно описана в исследованиях М. Сешэ. **Вторая – возникшая на базе Вашингтонской школы – получила наиболее фундаментальную разработку в трудах Ф. Фромм-Рейхман (16) (17).** В основе обеих моделей лежит психогенетическая концепция происхождения шизофрении в результате ранней

психотравмы (т. е. пережитой на самых начальных стадиях развития и являющейся, как правило, результатом отвержения ребенка «шизофреногенной» матерью) (21). Согласно этой концепции, следствием травматизации является прочная фиксация на ранних стадиях развития и задержка формирования «Я», которое остается слабым, неинтегрированным и с легкостью регрессирует на архаические ступени при любых повторных стрессах, что в конце концов приводит к болезни. Однако значение психотравмы интерпретировалось Сешэ и Фромм-Рейхман по-разному, чем и обуславливаются различия в предложенных ими моделях психотерапии.

М. Сеше (22) рассматривала в качестве психопатологической причины шизофрении фрустрацию оральных потребностей. Согласно её представлениям, эта потребность и одновременно потребность в материнской любви удовлетворяются, если кормление младенца достаточно обильно и сопровождается ласковым обращением. В противном случае появляется тенденция ухода от неблагоприятного враждебного мира, не возникает объектной любви, происходит фиксация аутоэротических отношений. Сформировавшееся «Я» не обладает либидонозной энергией, являющейся интроспекцией материнской любви, вследствие чего происходит активизация деструктивных сил, инстинкта саморазрушения (в терминологии Фрейда – Танатос начинает доминировать над Эросом). Отказ матери кормить ребенка – это как бы отказ в праве жить, поэтому наряду с саморазрушительными тенденциями в праве возникновение сильного мучительного чувства вины из-за самого факта своего существования. Результатом такого развития является слабое, плохо интегрированное «Я» с нечеткими, размытыми границами между «Я» и внешним миром, «Я» и бессознательным. Столкновение с трудностями и различными стрессами, особенно повторными отвержениями, отбрасывает такое «Я» на архаические ступени развития. Бессознательные представления прорывают ненадежную цензуру и захлестывают сознание, вызывая мучительный страх, включающий защитные механизмы проекции, что и приводит к переносу возникших представлений во внешний

мир и появлению различных (23), голосов и т. п. (21)

Концепции шизофрении как регрессии «Я» на архаические стадии придерживался также П. Федерн (14), (15), позднее она была модифицирована Х. Хартманом (24), который считал, что регрессия является не тотальной, а частичной и касается только определенных функций «Я» – агрессивных и либидонозных энергий. Все упомянутые авторы едины во мнении, что выраженная слабость «Я» больного шизофренией требует изменения нейтральной позиции психоаналитика на поддерживающую и более близкую, а также отказа от тех психоаналитических процедур, которые могут еще больше усилить регрессию (свободные ассоциации; анализ переноса; анализ сопротивлений, поддерживающих вытеснение).

В качестве техники, позволяющей вывести «Я» из психического состояния регрессии, Сешэ (22) была предложена техника символического удовлетворения фрустрированных потребностей (в первую очередь оральной, а кроме того, потребности в материнской любви и заботе). Мысль о том, что терапевт должен пройти все стадии развития «Я», от оральной до генитальной, была подхвачена во многих клиниках, где стали использовать методы символического удовлетворения влечений (21) (символическая форма считалась обязательной, так как любое прямое обращение к инфантильным потребностям пациента могло привести к фрустрации и обострению чувства вины). На практике терапия не сводилась, естественно, лишь к символическому удовлетворению желаний. Оно служило прежде всего улучшению контакта между больным и аналитиком. Пробуждение доверия к аналитику способствовало дальнейшему раскрытию потребностей пациента, а удовлетворение этих потребностей вызывало пробуждение новых, соответствующих более высоким стадиям развития либидо. Психотерапевт всячески содействовал возникновению тех форм активности, которые максимально соответствовали бы достигнутой стадии. Таким образом происходило постепенное развитие и укрепление «Я» пациента.

Ф. Фромм-Рейхман, разрабатывая собственную модель психотерапии, подвергла сомнению необходимость удовлетворения фрустрированных потребностей. По мнению исследовательницы, модель психотерапии Сешэ диктует отношение к больному как к ребенку и в результате делает пациента еще более беспомощным. Аналогичного мнения придерживался Федерн, подчеркивая, что работа с больным шизофренией – это одновременная работа с детьми разного возраста, но вместе с тем и работа со взрослым человеком. Если же следовать модели Сешэ, то терапевтическое воздействие будет в основном направлено на регрессивные части «Я» больного. Свою модель психотерапии шизофрении Фромм-Рейхман строила на основе концепции Г. Салливена, интерпретировавшего психодинамику всех душевных заболеваний, в том числе и шизофрении, как результат и выражение выносимого страха и как попытку защититься от этого страха, изгнав его из сознания. Этот страх является ответом на раннюю психотравму – эмоциональное отвержение со стороны значимых близких. Во время борьбы за эмоциональное выживание у ребенка развивается межличностная сензитивность и недоверие, остающиеся до конца жизни. Серия психотравм, связанных с переживаниями раннего детства, в конце концов приводит к болезни. Аутизм больных, их недоверчивое отношение к окружающим связаны со страхом повторных отвержений. В соответствии с этой концепцией Фромм-Рейхман рассматривала психотерапию больных шизофренией как процесс восстановления доверия к миру через совместное с психотерапевтом осознание причин психоза (16). Вслед за Салливиеном Фромм-Рейхман подчеркивала необходимость создания рабочего союза терапевта с больным, установления полного доверия и свободы как принципа их взаимоотношений (запрещаются и отвергаются только деструктивные действия, направленные на других и себя). Для достижения этого психотерапевту необходимо преодолеть свой собственный страх перед отгороженностью и закрытостью пациента. После создания рабочего альянса терапевт с помощью пациента осуществлял генетическое и динамическое исследование

психотических проявлений. Если больной не был способен принять участие в этом процессе в силу своего состояния, терапевт раскрывал ему собственную версию, пытаясь «расшевелить» пациента. При этом обсуждались обстоятельства, телесные и эмоциональные симптомы, сопровождавшие манифестацию заболевания, актуальная и прошлая ситуации.

Фромм-Рейхман считала, что заниматься анализом с пациентом следует независимо от его состояния. Предпринимать активные терапевтические шаги она рекомендовала сразу же после установления контакта с больным. При этом отсутствие непосредственной реакции с его стороны может зачастую свидетельствовать лишь о необходимости многократного повторения слов терапевта. При этом Фромм-Рейхман указывала на важность учёта главных особенностей больных шизофренией: медлительности психических процессов и конкретности мышления, а также страха, легко переходящего в панику. В соответствии с первой особенностью после каждого терапевтического воздействия необходимо терпеливое ожидание какого-то намека со стороны пациента на то, что воздействие переработано и интегрировано. Только после этого можно переходить к следующему этапу. Вторая особенность требует строгой дозировки всех воздействий, чтобы не усиливать чувство страха у больного. В процессе психотерапии пациенту необходимо предоставить возможность повторить старый патогенный интерперсональный образец и разрядить тем самым отчасти потребность в патологическом поведении. Психотерапевт, по мнению Фромм-Рейхман, должен быть одновременно и реальной персоной, и тенью других людей, значимых в прежней и нынешней жизни пациента. Задача психотерапевта – быть активным включенным наблюдателем интерперсонального процесса, разворачивающегося между ним и больным. Именно таким путем терапевт должен привести пациента к пониманию генезиса и динамики его заболевания, что и составляет цель психоаналитической терапии.

Фромм-Рейхман предложила следующие модификации классической техники: отказ от обычного местоположения

психоаналитика за кушеткой (чтобы не нарушать чувство реальности и следить за состоянием больного); отказ от строгого расписания сеансов и ориентировку в большей степени на динамику психокоррекционного процесса; отказ от свободных ассоциаций (так как они могут усилить дезорганизацию мышления); **отказ от анализа сновидений** (поскольку мышление больного шизофренией и так сходно со сновидным); отказ от прямых интерпретаций (поскольку сознание больного и без того заполнено потоком представлений из бессознательного). **Фромм-Рейхман считала необходимым использовать модифицированную технику лишь до момента выхода пациента из психотического состояния.** Затем должна была применяться такая же методика, как и при анализе неврозов. По замечанию западногерманского исследователя Ф. Крүля (25) техники Фромм-Рейхман не утратили своего значения и сегодня. Негативные же последствия имело широкое распространение представления о «шизофреногенной матери», вытекающее из концепции ранней психотравмы. Не получив экспериментального подтверждения, данное представление стало тем не менее крайне популярным, усугубив и без того тяжёлое положение матерей больных шизофренией общественным порицанием и тягостным чувством вины (12) (26).

В последнее время, как указывает Спотниц (1), психоаналитики всё больше приходят к выводу о важности возникающих из-за неудовлетворённости младенческих (оральных) потребностей в эмоциональном принятии, любви, кормлении, трансформирующихся в аффекты страха, тревоги, тоски, которые невозможно выразить словами («алекситимическую психалгию») и неосознанную, так называемую нарциссическую, ярость. **Ему недоступно удовлетворение от получения молока или эмоционального принятия, но месть также удовлетворяет.** Этой агрессии противостоит любовь к близким (либидинальный импульс). *Считается, что шизофрения является структурно сложной, но психологически неуспешной защитой от деструктивного поведения. В этой организованной ситуации задействованы как агрессивный, так и либидинальный импульсы; агрессивные*

побуждения обеспечивают взрывную силу, а либидинальные играют тормозящую роль. Действие защиты предохраняет объект от высвобождения вулканической агрессии (нарциссической ярости), но вызывает разрушение психического аппарата. Если разрушения психики недостаточно для того, чтобы смягчить удерживаемую от объектов враждебность, эта защита может перейти в самоповреждение или суицид (27). Стереотип шизофренического реагирования может быть отчасти врожденным и отчасти приобретенным. Даже в тех случаях, когда он был передан матерью, ее отношение могло не быть патологическим; просто могло быть нарушено равновесие между ее эмоциональным воспитанием и импульсивностью ребенка. Динамика отношений мать-дитя неоднородна в этих случаях. Важнее, чем любовь, ненависть или индифферентное отношение родителя, тот факт, что среда в целом оказалась неспособной удовлетворить специфические потребности созревания младенца; он воспринимал ее как очень фрустрирующий объект, особенно если учесть его специфическую уязвимость к стрессу В некоторых случаях агрессия, видимо, была мобилизована чрезмерной сенсорной депривацией, в других – чрезмерным возбуждением, эндогенным или экзогенным по происхождению. В любом случае агрессии было мобилизовано больше, чем могло выдержать, оставаясь здоровым, инфантильное эго (1). Точка зрения, состоящая в том, что одной из важных составляющих психогенеза шизофрении является отцеплённая агрессия, находит своё подтверждение и в работах специалистов по психодиагностике. Как отмечали в своей работе Аристов с соавт. (28), в результатах исследования подсознательных процессов больных шизофренией с использованием проективного теста BEST недостаточность волевого компонента и выразительных эмоций контрастировала с врождённой энергетически мощной и агрессивной бессознательной структурой, вследствие чего изначально высокий энергетический потенциал этих пациентов блокировался и реализовывался по деструктивно-дефицитарному типу, что клинически проявлялось эмоционально-волевым снижением.

Агрессивные импульсы, с точки зрения психоанализа, должны как-то выражаться вовне. В некотором смысле это выражение в какой-то степени их нейтрализует; но задача аналитика состоит в том, чтобы убрать препятствия к высвобождению мобилизованной агрессии, причем основной целью, с точки зрения психоанализа, будет ее разрядка в словах, а не в действиях. Как замечает Глаубер (29) «Речь служит средством выражения всех инстинктивных влечений, а следовательно, в бессознательном выражение желания при помощи мыслей и слов эквивалентно буквальному исполнению этого желания; мысли и речь сильно катексированы либидинальной и агрессивной энергиями в различных формах их выражения». Предполагается, что когда препятствия к вербальной разрядке будут разрешены, психотические симптомы исчезнут и пациент сможет научиться более здоровым способам оперирования с негативными эмоциями. Современная психоаналитическая теория предусматривает необходимость построения рабочих отношений и с микросоциальным окружением больного, а также целесообразность медикаментозного лечения при ухудшении его состояния, в тоже время считая психофармакотерапию тупиковым путём, от которого необходимо уйти как можно скорее (20) (1).

Аналитическая психология – одно из психодинамических направлений, основателем которого является швейцарский психиатр, психолог и культуролог К. Г. Юнг (30) (31). Это направление родственно психоанализу, однако имеет существенные отличия. Его суть заключается в осмыслении и интеграции глубинных сил и мотиваций, стоящих за человеческим поведением, посредством изучения феноменологии сновидений, фольклора и мифологии. Аналитическая психология опирается на представление о существовании бессознательной сферы личности, являющейся источником целительных сил и развития индивидуальности. В основе этого учения лежит понятие коллективного бессознательного, в котором нашли отражение данные антропологии, этнографии, истории культуры и религии, проанализированные Юнгом в аспекте биологической эволюции и культурно-исторического

развития, и которое проявляется в психике индивида. В отличие от естественно-научного подхода экспериментальной психологии, аналитическая психология рассматривает не абстрактного изолированного индивида, а индивидуальную психику как опосредованную культурными формами и тесно связанную с психикой коллективной.

Последователи Юнга, развивая его учение, отметили много общего в развитии мифов и бредовых идей при шизофрении. Шизофренический стиль реагирования рассматривается ими как регрессия в сложной ситуации к более древнему, магическому способу мышления, характерному для древних обществ. Хиллман так описывал этот процесс: «Многие культуры имеют в своем багаже ритуалы посвящения или инициации, помогающие индивиду перейти из одной жизненной (возрастной) стадии в другую. В соответствии с юнговской теорией человек без психологического эквивалента посвящения может оказаться в значительном затруднении, столкнувшись с переходом, к которому он психологически не готов. В такие моменты может иметь место массивная регрессия, в которой вся личность представляется испытывающей ужас перед критическим испытанием (экзамен, воинская служба, вступление в брак, предстоящие роды, менструации и середина жизни, смерть любимого человека, собственная смерть). Здесь не исключен и острый психотический взрыв. Когда мы смотрим на фантазии, страхи, поведение и сновидения во время такого кризиса, они демонстрируют человека, собирающегося пройти через психологическое посвящение; такой человек придает своеобразному поведению ритуальную важность – здесь и преувеличенные страхи, и фантазии мучительной агонии, ощущение одиночества, образы рождения или преобразования в новое состояние и галлюцинаторные голоса, дающие указания, – все может соответствовать архетипической ситуации посвящения. Рассматривая события, как архетипически значимые, человек, близко соприкасающийся с подобным случаем, может оказать помощь, удерживая не только от бессмысленного личностного распада или самоубийства, но также и помогая рассматривать сам взрыв,

как несущий психологический смысл» (41). Это отмечал и Н. Еу: (32) «Шизофренический мир – это мир мифологический, где собраны все мифы всех эпох человечества». При этом отмечается, что мифы всех народов мира обладают одинаковой структурой (33) так же единая трёхчастная структура во всех архаических культурах характерна для любого сложного ритуала (34). Первым этапом такого ритуала является отделение индивида от привычного социума с наложением на него ряда табу, вторым – собственно посвящение, испытательный период, включающий символическую имитацию смерти, «контакт» с миром умерших предков и приобретение необычных, «эзотерических» знаний, и третий этап – возвращение посвященного в новом социальном статусе, «второе рождение» (35) (36).

Подробно исследовавшая закономерности бредаобразования у 420 больных, находившихся на лечении по поводу параноидных форм шизофрении Зайцева-Пушкаш (35), основывая свою работу на идее историогенетического анализа Самохвалова (37), выявила, что в 100% случаев единственной универсальной и наиболее точной аналоговой моделью знаковой конструкции бреда, динамики его тематических форм на всём протяжении болезни является структура мифоритуального комплекса инициации «смерть-новое рождение», аналогичного тому, который, по данным культурологических исследований, развивается у шаманов языческих культов при их посвящении. Особенностью этого комплекса является то, что человек в нём является лишь пешкой в руках высших могущественных сил (которые на практике могут иметь самую разнообразную природу – дьявол, ФСБ, инопланетяне, родители больного), и самое лучшее, что он может сделать в итоге такого развития своей личности – научиться понимать и точно исполнять их волю; собственной воли ему следует лишиться, став послушным инструментом тех сил, которым он служит. При этом отмечается регрессия к более древним, магическим механизмам мышления, а фокус внимания пациента смещается с реальной жизни на образы и переживания, продуцируемые его подсознанием.

Силы, управляющие человеком, сами заботятся о его развитии, передавая ему неведомое иным людям знание – иногда в форме зрительных образов, иногда в форме «голосов», иницируя радикальную трансформацию его личности и судьбы. Эта зависимость просматривалась как на уровне симптомов, так и на уровнях синдромов и синдромокинеза.

К аналогичным выводам пришёл и R.D. Laing: «Некогда начавшись, шизофренический эпизод, по-видимому, имеет такой же определённый ход, как и церемониал инициации, – смерть и новое рождение, в который новообращённый мог быть ввергнут семейной жизнью или побочными обстоятельствами, но который в значительной степени направляется эндогенным процессом» (38).

В практике психиатрической помощи больным психотическими расстройствами в ряде стран, например, в Кыргызстане, всё более широко вводится обращение к сотрудничеству с народными целителями, помогающими иницировать процесс обращения пациента к личностному развитию позволяющему открыть в себе новые силы и таланты, новый смысл жизни, что, по описанию Молчановой (2), проводит к регрессии психоза. Для больного психотическим расстройством, по традиционным кыргызским представлениям, свобода выбора заключается в выборе между жизнью с особым предназначением и гибелью в случае отказа от него. Результаты балансирования между желанием «быть как все» и естественной базовой потребностью выжить принимают порой химерические формы. Эти люди в любом случае остаются «иными» как для современного, так и для традиционного общества, стигматизированными собственным даром чудаками – потенциальными клиентами представителей официальной психиатрии. В кыргызской медицинской литературе подробно описываются показания и противопоказания для привлечения к работе с психотиками специалистов по общению с духами умерших, а также признаки, позволяющие отличить истинных целителей от шарлатанов (2). Аналогичные практики используются в психологии и психиатрии Пуэрто-Рико, где многими специалистами разделяется мнение, что психоти-

ческое расстройство для своего лечения требует специальной инициации развития нового дара, новых мистических способностей личности, проводимой с помощью магических методик и (39).

Исследовавший отношение человека к своей судьбе, смыслу своей жизни и своей смерти, конечности своего существования Ялом отметил, что существует два основных способа решения данных вопросов – представление о своей исключительности, способности сделать то, что другим не под силу, или вера в некоего конечного спасителя, который своим промыслом проведёт человека через все тревоги этого существования и сделает так, чтобы всё закончилось хорошо, силу или сущность, всегда видящую, любящую и защищающую нас. Она может позволить нам подойти очень близко к краю бездны, но в конце концов все равно нас спасет. Ялом подчёркивает, что в целом вера в конечного спасителя как защита менее эффективна, чем вера в собственную исключительность: рано или поздно в жизни человека возникает очередная катастрофическая ситуация, привычный спаситель не приходит, а справляться с проблемой самостоятельно пациент не обучен. Она не только менее прочна, но и по сути своей накладывает более значительные ограничения на личность: человек боится предпринять что-либо новое – вдруг это не понравится конечному спасителю! По Ялому, одна из задач психотерапевта – помочь пациенту перейти от веры в конечного спасителя, подразумевающей покорное, пассивное отношение к своей судьбе, к развитию собственной исключительности, уникальности, являющейся куда более прочным фундаментом в жизни (40).

Однако аналитическая психология на современном этапе своего развития, стремясь вскрыть корни болезненного процесса, не предлагает эффективных методов решения проблем лечения психозов. Один из её авторитетов, Джеймс Хиллман, «психологическому монотеизму» основателя аналитической терапии Юнга, который высказывался за приближение пациентов к универсальной модели индивидуации (естественно, с множеством вариантов) противопоставляет «психологиче-

ский политеизм», где в роли множества богов выступают образы рождаемые бессознательным. Хиллман занимает крайнюю позицию, отрицая вообще какую либо цель работы с этими образами, будь то «выздоровление» в классической психотерапии или «приближение к Самости» у Юнга. Для Хиллмана образы, порождаемые фантазией, имеют ценность в себе самом и нет смысла видеть в них цель, направление или даже пытаться проанализировать их. Единственная задача активного воображения – это дать образам как можно большую автономию и свободу от контроля Эго. (41) Как подобная практика, применимая при лечении невротических расстройств, может отразиться на течении психотических заболеваний, ясно любому практикующему психиатру.

Другим направлением в юнгианской психотерапии является символдрама, или кататимно-имагинативная терапия – направление психотерапии, разработанное известным немецким психотерапевтом Х.-К. Лейнером (42), занимающее одно из ведущих мест среди психотерапевтических техник, работающих с визуализацией. Основой метода символдрамы являются воображаемые прогулки по ландшафтам (визуализация и работа с образами), которые воздействуют на воспоминания и чувства клиента. Символдрама позволяет работать «в трех измерениях»: с актуальным состоянием клиента, с переживаниями прошлого и на перспективу – через развитие творческого потенциала личности. Метод успешно используется в индивидуальной и групповой работе, в психотерапии и консультировании, работе с парами, детьми и родителями. Он эффективен при краткосрочном лечении неврозов и психосоматических заболеваний, а также психотерапии нарушений, связанных с невротическим развитием личности. Символдрама прекрасно сочетается с другими недирективными психотерапевтическими подходами – техниками арттерапии, телесно-ориентированной терапии, клиент-центрированной терапии и др. Однако для лечения шизофрении, согласно сформулированным Лейнером положениям, символ-драма противопоказана, так как в ряде случаев способна приводить к декомпенсации состояния пациентов (43).

По мере накопления практического опыта реабилитации больных шизофренией было отмечено, что длительные попытки психоаналитического лечения, (как, впрочем, и биологической терапии), действительно, приводили к улучшению состояния больных, но обыкновенно только до тех пор, пока пациенты не возвращались домой, после чего практически неизбежно наступал рецидив и приступообразно-прогредиентное течение болезни продолжалось. Поэтому в конце 40-х годов в США начинает интенсивно развиваться *семейная психоаналитическая терапия* шизофрении, основанная на новой психогенетической концепции, в которой шизофрения рассматривается как результат нарушения внутрисемейных отношений. Такая переориентация в психоаналитической трактовке шизофрении связана с проникновением в американскую психологию идей общей теории систем фон Берталанфи (44). **Семья стала рассматриваться как небольшая открытая социальная система, элементы которой изменяются, взаимодействуя друг с другом, а вся система в целом стремится сохранить равновесие.** Дж. П. Спигел и Н. В. Белл (45) сформулировали сущность нового подхода следующим образом: «Проблема, что в семье вызывает патологию индивида, сменилась проблемой, какие процессы взаимодействия между индивидом и семьей связаны с поведением, которое называем «патологическим»».

В 50-70-е годы самой популярной теоретической моделью, описывающей характер взаимоотношений в семьях больных шизофренией, становится знаменитая гипотеза двойной связи (double-bind). Наиболее известная из всех психогенетических теорий происхождения шизофрении, она была предложена американскими исследователями Г. Бейтсоном, Д. Джексонном и соавторами в 1956 году (46) и послужила основой многочисленных экспериментальных исследований и практики психотерапии. «Двойная связь» – это характеристика стиля коммуникации в семье, при котором вербальное требование и эмоциональный подтекст не совпадают, что приводит к постоянному внутреннему конфликту и напряжению у ребенка. При этом ему запрещается делать парадоксальную

ситуацию предметом обсуждения и тем самым как-то прояснять ее. В ответ у ребенка формируются парадоксальные реакции, воспроизводящие эти двойственные отношения, и возникает повышенная зависимость от одного из родителей. При этом эта зависимость удовлетворяет и подсознательное желание родителя не остаться в одиночестве или только с опостылевшим супругом, что создаёт условия для так называемой симбиотической связи, в результате образования которой ребенок не чувствует страха только под контролем отца или матери и поэтому развиваться самостоятельно не может. Данная теория легла в основу всех моделей психоаналитической психотерапии шизофрении и наиболее детальную разработку получила в трёх моделях: 1) модели основателей семейной психотерапии шизофрении (их первая статья появилась в 1949 году) американских психоаналитиков Р. Лидз и Т. Лидз (47) (48); 2) модели американского исследователя М. Боуэна (49); 3) экспериментальной (основанной на личностном опыте) психотерапии К. Витакера (50).

По мнению Р. Лидз и Т. Лидз, решающим фактором в развитии шизофрении являются симбиотические отношения с матерью, а психотерапия трактуется соответственно как процесс разрушения этих отношений в результате развития самостоятельности и чувства собственной идентичности через осознание и свободное проявление своих потребностей. Симбиотическая связь с одним из родителей, чаще всего с матерью, описывается этими авторами как наиболее распространенная характеристика развития больных шизофренией. Речь идет о матерях, которые как бы «присасываются» к своим детям и стремятся навсегда привязать их к себе. При этом оба Эго настолько сливаются и смешиваются, что границы «Я» исчезают. У ребенка не возникает чувства идентичности и своей значимости, он не может получить ответ на вопрос «кто я?».

Исходя из своей концепции шизофрении, Р. Лидз и Т. Лидз формулируют цель психотерапии: развитие чувства идентичности, отказ от потребности в симбиотических отношениях и от пассивных ожиданий найти всезнающий и мо-

гущественный объект. Для достижения этой цели психотерапевт помогает больному решить целый ряд задач: 1) осознать собственные желания в соответствии со своими мнениями, убеждениями, мотивацией; 2) почувствовать возможность установления качественно иных, близких, человеческих отношений, в которых не отторгается его истинное «Я» и не отвергается он сам; 3) разорвать те фрустрирующие ограничения, которые всегда возникают при его связях с другим человеком. Наконец, в процессе терапии инфантильное отношение к родителям должно перейти в формы зрелого и независимого поведения. Цель и задачи психотерапии диктуют основные линии поведения терапевта. Оно, по мнению Р. Лидз и Т. Лидза, ни в коей мере не должно создавать иллюзию всемогущества, в которое так хочет верить и, как правило, верит больной. Терапевт должен быть готов помочь пациенту, избегая как собственного доминирования, так и манипулирования собой со стороны больного. Авторы дают также и более конкретные рекомендации. В частности 1) раздражение или недовольство пациентом, которые могут промелькнуть в голосе и поведении терапевта, следует выражать открыто, вербально, а не давать возможности чрезвычайно чувствительному к подобным вещам больному интерпретировать духе «двойной связи»; 2) учитывая неясность и амбивалентность высказываний и поведения пациента, терапевту целесообразно выражать вслух интерпретацию его поведения и слов в мягкой, ненавязчивой форме; 3) важно не избегать никаких тем, затронутых пациентом, поскольку это может привести к восприятию терапевта как «враждебного» родителя.

В рамках модели семейной психотерапии шизофрении, предложенной М. Боуэном (49) (51); возникновение болезни трактуется как разрешение конфликта между естественным процессом взросления и потребностью сохранить симбиотическую связь с матерью, т. е. остаться ребенком. Психотерапию М. Боуэн рассматривает как процесс направленного изменения семейной структуры в целом и прежде всего отношений доминантности-подчинения. Новым в его концепции

является интерпретация фигуры отца как непосредственно включенного в систему отношений «мать-дитя». Психические нарушения рассматриваются этой исследовательницей не только в качестве следствия противоречивости эмоциональных и вербальных отношений с ребенком (т.е. в рамках концепции двойной связи), но и как результат нарушенных отношений между родителями. Во всех семьях, обследованных Боуэном, была выявлена основная схема взаимоотношений: сверхстарательная, доминантная мать, беспомощный ребенок (пациент) и неспособный к принятию решений «растяпа»-отец, выступающий как периферическая фигура. Поэтому в процессе психотерапии основное внимание уделяется эмоциональному разрыву между родителями, который зачастую не замечен внешне и активно отвергается обеими сторонами. В своей работе терапевт направляет значительные усилия на то, чтобы муж отошел от привычной позиции невмешательства и почувствовал себя главой семьи. Вначале это вызывает страх и агрессию у жены, но затем она с радостью сознает, что наконец-то чувствует себя в браке с МУЖЧИНОЙ. Если психотерапевту удастся таким образом преодолеть эмоциональный разрыв между родителями, то состояние больного ребенка начинает постепенно улучшаться.

Особенностью стиля работы Боуэна было то, что он, в отличие от многих других психотерапевтов, вполне допускал начало семейной психотерапии с работы с одним пациентом, но стремился вести эту терапию так, чтобы в дальнейшем сам пациент привёл на терапию всю свою семью или научился сам тонкими ходами изменять в лучшую сторону свою семью. Боуэн подчёркивал, что очень часто глубинной мотивацией психотерапевта, занявшегося работой с семьями, является спасение семьи своих родителей, и поэтому личная терапия психотерапевта также оказывается важнейшим фактором его успешности как специалиста.

В основе модели экспериментальной семейной психотерапии Карла Витакера (50) лежала работа со всей семьей, в идеале – собрав вместе три её поколения, основанная на использовании интуиции психотерапевта и его свободных ассоциаций,

в которую вовлекались и члены семьи, что в какой-то мере явилось развитием классической индивидуальной психоаналитической техники свободных ассоциаций. Целью этой работы являлась управляемая дестабилизация семейных отношений. Через это семья должна была прийти к новой, более эффективной организации, обеспечивающей излечение как идентифицированного члена семьи, так и всех остальных. Очень большую роль Витакер отводил борьбе за то, чтобы в психотерапии обязательно участвовали все члены семьи, считая это важнейшим фактором излечения. Он утверждал, что во многом исход семейной психотерапии определяется тем, выиграет ли психотерапевт в самом начале психотерапии два важных сражения – за структуру (сумев добиться, чтобы на сеанс приходили все члены семьи) и за инициативу (сумев навязать членам семьи на сеансе свой стиль работы и, соответственно, разбалансировав тем самым патологическую семейную структуру). Для этого на своих сеансах Витакер вёл себя весьма свободно: он мог не обращать на пациентов внимание или даже драться с ними, мог заснуть в присутствии всех членов пришедшей на приём семьи, а потом начать обсуждать с ними содержание своего сна. Целью психотерапевта, как утверждал Витакер, является доверять творческой работе своего подсознания и интуиции, и тем самым помочь и другим членам семьи творчески относиться к жизни, разрушая патологические стереотипы общения, являющиеся, согласно теории «двойной связки», основой патогенеза шизофрении.

Вместе с тем подробных исследований эффективности психоаналитической семейной терапии при шизофрении не проводилось. Авторы данных подходов настаивают на нежелательности использования психофармакотерапии в процессе психотерапии, что, как правило, приводит к обострениям заболевания. Недостаточное внимание уделяется и практическим мерам по социально-трудовой реадaptации больных. Нередко проповедуется отказ от индивидуальной работы с больными (50), т.к. это может уменьшить напряжённость работы с семьёй – это, в свою очередь, уменьшает возможности

для проведения коррекционной работы с самими больными, решения их личных проблем.

Кроме индивидуальной и семейной, немалую распространённость приобрели различные варианты групповой психоаналитической терапии шизофрении (52). Стержневым показателем психодинамического улучшения и одним из главных результатов психоаналитической психотерапии является инсайт на имеющиеся личностные конфликты. Этот показатель во многом определяет достижение хорошего уровня психосоциального восстановления: среди пациентов с более высоким уровнем адаптации в двух важнейших сферах деятельности – производственной и межличностных отношений – преобладают лица с достоверно лучшим качеством осознания своей конфликтной проблематики. По наблюдениям В.Д. Вида (52), использование групповой психоаналитической терапии шизофрении позволяет снизить частоту рецидивирования у больных на 25-30%. Вместе с тем, использование способа не показано у больных на этапе высокой степени выраженности продуктивной психотической симптоматики, при наличии глубокого амотивационного синдрома, сознательной выгоды от болезни и грубых асоциальных и психопатоподобных расстройств, исключающих устойчивое участие в психотерапевтическом процессе. Отсутствует убедительный терапевтический прогресс в суммарных показателях адаптации в сферах отношений с родителями и сексуальных отношений (52).

Психоаналитическая работа с больным шизофренией направлена на развитие его незрелого «Я» и предъявляет очень высокие требования к личности терапевта. Ему необходимо пройти между Сциллой негативного переноса (преодолеть недоверие, враждебность, скрытую агрессивность, свойственную больным шизофренией) и Харибдой позитивного (предотвратить возникновение симбиотических отношений, к которым больной бессознательно стремится) и дать пациенту опыт новых отношений, способствующих интеграции и развитию его незрелого, инфантильного «Я». Во время этой нелегкой совместной работы возможна декомпенсация терапевта, если его личность не является достаточно зрелой

и интегрированной, чтобы справиться с негативным переносом (53) (54). Работающим с больными шизофренией следует помнить, что последние гораздо более зависимы от изменений эмоционального состояния психотерапевта и острее реагируют на него, чем невротики (55). Однако абсолютно спокойное протекание лечения также является крайне опасным. В этом случае психотерапию почти наверняка можно считать неудачной (56). Личность психотерапевта видится исследователям шизофрении сильной, доброжелательной, с большим запасом материнских чувств, смелой, ведущей полноценную жизнь (57), с такими чертами характера, как искренность, гибкость, выдержка, устойчивость к фрустрации (58) высокая мотивация в работе с больным и упорство (59) (60). Причем наиболее важная из перечисленных черт – мотивация – тесно связана с наличием у терапевта опыта решения и преодоления собственных проблем и конфликтов или же с переживаниями по поводу душевных болезней кого-то из близких друзей или родственников (61).

Психоаналитическая психотерапия шизофрении – длительный и дорогой процесс, занимающий не менее 3-5 лет. Длительность и дороговизна лечения, то, что в психоаналитической литературе описываются преимущественно отдельные случаи успешного лечения пациентов, но недостаточно подробных описаний эффективности данного вида терапии с применением современных статистических методов, а также недостаточное внимание к налаживанию отношений в микросоциальном окружении и социально-трудовой реабилитации (стержневым показателем психодинамического улучшения и одним из главных результатов психоаналитической психотерапии являются не клинические показатели или степень социально-трудовой реадaptации, а инсайт на имеющиеся личностные конфликты) не позволяют говорить о психоанализе как об эффективном методе лечения шизофрении. Неудовлетворительную эффективность обычной (т.е. не долговременной) психоаналитической психотерапии психоаналитики объясняют тем, что требуется несколько сот или больше сессий (3-5 раз в неделю) и лишь тогда достижимо не-

обходимое отношение с пациентом для обнаружения психоаналитических причин симптомов, перестройки его личности и позитивного сдвига в симптоматике. В течение 100 лет это утверждение не доказано – самый старый и известный метод психотерапии на приемлемом научном уровне не исследовался (62). Мальмберг и Фентон в своём исследовании не нашли доказательств эффективности психоанализа при шизофрении (63). Исследование же долговременного психоанализа в клинике К. Menninger показывает, что многолетним психоанализом достигаются хорошие результаты у 40% пациентов и умеренное улучшение у 20%; лучшие результаты, однако, достигаются и другими методами со значительно (в 10-20 раз) меньшими затратами. Необходимо отметить, что у 40% пациентов совсем не наступило улучшения в течение нескольких лет; с точки зрения Wallerstein, лучше было бы констатировать неуспех в течение 20 сессий, а не в нескольких сотнях или тысячах. Неуспешные 11 пациентов (26%) не просто были неуспешными – 6 из них умерли; по мнению исследователей, суицид был связан с психоанализом; у 3-х пациентов возник психоз, что связало, по мнению исследователей, с отношениями к психотерапевту; у остальных 2-х пациентов неудачи не были обусловлены ятрогенными расстройствами (64).

Появление в 50-х годах нейрорептиков и антидепрессантов, эффективно купирующих проявления шизофрении, также нанесло тяжёлый удар по представлениям о шизофрении как о чисто индивидуальной психологической проблеме. Более поздние исследования показали, что «двойные связи» в общении встречаются не только в семьях больных шизофренией, но являются весьма распространённым вариантом деструктивного семейного общения в семьях пациентов, страдающих неврозами, психопатиями, зависимостями и т. д. Эффективность психофармакотерапии никак не могла быть объяснена осознанием и выражением подавленных чувств. Так же и развивающиеся методики биологического инцизивного шокового лечения (электросудорожная, инсулинкоматозная, разгрузочно-диетическая терапия), нередко

позволявшие быстро и эффективно купировать проявления шизофрении и в ряде случаев достигать глубоких и стойких ремиссий, граничащих с выздоровлением, скорее походили на объявленные антинаучным издевательством методики механотерапии 19 века, чем на сеансы психоанализа. Характеризуя современную ситуацию в психотерапии шизофрении, западногерманский исследователь Ф. Крүль отмечает явное ослабление влияния психоанализа: «С распространением в 50-е годы психотропных медикаментов возникло возрастающее рассогласование между психодинамическим, биологическим и, наконец, социальным направлениями психотерапии. Начиная с 70-х годов психодинамические основания лечения шизофрении во многом потеряли свое значение» (25). Аналогичного мнения придерживается С. О. Хофман, указывающий на уменьшение в этот период роли психодинамического подхода и на расцвет биологического – «крепелиновский ренессанс» (65). Важные находки психоаналитиков, касающиеся особенностей функционирования подсознания больных шизофренией, творчески используются представителями других направлений психотерапии, в то время как классическая методика психоанализа в работе с психозами в настоящее время используется крайне редко.

Бихевиористически ориентированная психотерапия шизофрении

Под бихевиористически ориентированной (или поведенческой) терапией понимается группа методов психотерапевтического воздействия, объединенных одной теоретической платформой, а именно **теорией научения**. Поведенческая психотерапия возникла в 50-е годы как радикальное отклонение от доминировавшей в то время психоаналитической традиции и особенно распространилась и усилилась в 60-е годы. Если в период господства психоанализа вопрос идентификации психотерапии стоял просто (психоанализ или никакой психотерапии) вследствие отсутствия альтернатив, то

в период развития поведенческой терапии примерно такая же постановка вопроса (поведенческая терапия или никакой психотерапии) становится выражением конкурентных отношений между приверженцами психодинамического и поведенческого подходов (66). В рамках бихевиоризма в отличие от психоанализа причина заболевания специально не рассматривается. Сторонники бихевиористического подхода, отвергая психогенетические концепции психоаналитиков, принимают чаще всего биологическую гипотезу развития шизофрении. Бихевиористически ориентированная психотерапия трактуется прежде всего как процесс направленного формирования желаемых, *адаптивных форм поведения* на основе принципов теории научения. Психологические факторы рассматриваются лишь с точки зрения их влияния на течение заболевания и адаптацию больных (12).

Можно сказать, что поведенческие подходы к психотерапии первыми приобрели широкое распространение именно в России. В XX веке Россия шла своим путем, психоаналитические концепции, в первую очередь, по идеологическим мотивам, не находили здесь почвы. В отличие от западного общества, где человек рассматривался как самобытная личность со своим богатым внутренним миром, в СССР люди рассматривались как винтики в производственных отношениях. И, соответственно, если в западном обществе целью психотерапии считалось помочь страдающему человеку разобраться в его внутреннем мире, то в СССР психотерапевт должен был думать прежде всего о том, как быстрее вернуть человека к труду. «Основной задачей в лечении заболеваний личности должно быть вправление последней в обычный или нормальный трудовой коллектив на положение полноценной или частично восстановленной трудовой личности», – писал об этом Я. Г. Ильон (67). При том, что психотерапия психозов практически не проводилась, весьма широко была развернута работа с пограничными состояниями, в том числе эндогенной природы. Основой этих психореабилитационных программ было скорейшее приобщение больных к труду, для чего при психиатрических стационарах уже в 30-х годах прошлого века

была развернута широкая сеть лечебно-трудовых мастерских и даже в отдельных случаях филиалов заводских цехов. После возвращения пациентов обычной работе продолжение психореабилитационных мероприятий осуществлялось за счёт распространённой на крупных предприятиях практики наставничества, когда человека с личностными проблемами препоручали заботам опытного работника со стабильной семейной жизнью, успешно адаптировавшегося в обществе («морально стойкого, политически грамотного») (68). На Западе подобные подходы, ориентированные на скорейшее возвращение больных к труду, стали внедряться значительно позже – лишь с 70-х годов. Несмотря на существенное улучшение результатов социально-трудовой реадaptации, данные методы не давали необходимого противорецидивного действия. Не производилось коррекции глубинных подсознательных проблем и патологических защит личности, являющихся одним из важнейших звеньев в патогенезе шизофрении (20), что не давало возможности влиять на постепенно прогрессирующие негативные расстройства. Вместе с тем общеизвестен факт тесной связи трудоспособности больных шизофренией с глубиной их личностных расстройств. З.Н. Серебряковой был сформулирован принципиально важный постулат об *относительности* нетрудоспособности при шизофрении, поскольку она обусловлена не только самой болезнью, но и отношением больного к окружающей действительности; к тем же выводам по итогам своих исследований приходила и Л.И. Круглова (цит. по Кабанов, 1985 (68)).

На базе моделей бихевиоризма, составляющих ядро теории научения (классическое обусловливание по Д. Б. Уотсону, оперантное обусловливание по Б. Ф. Скиннеру, когнитивная модель Э. Толмена), возникали и развивались различные методы поведенческой терапии. Среди них можно назвать следующие: 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) (69).

Наибольшую популярность, особенно в 60-е годы, приобрел последний метод – *политики жетонов* – как средство реабилитации больных шизофренией с неблагоприятным течением процесса, превратившихся в постоянных обитателей психиатрических клиник. **Используя названный метод, многие психиатры отмечали возрастание реалистичности поведения у пациентов, частично или почти полностью утративших социальные контакты и способность жить вне клиники.** Применение метода политики жетонов требует от терапевта соблюдения основных принципов теории научения. Главным из них является принцип **положительного подкрепления** любого самого маленького шага в нужном направлении (например, открывание крана умывальника недостаточно опрятным больным уже должно быть подкреплено). По мнению западногерманского исследователя Р. Коэна (70), нежелательное поведение следует просто игнорировать, и оно исчезнет само собой, постепенно вытесняясь подкрепляемым поведением. При этом он подчеркивает, что в случае спонтанного возникновения желаемого поведения пациента использовать метод политики жетонов не следует, чтобы их получение не превратилось в дальнейшем в основную цель и не подавляло все другие формы поведения. Коэн 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 Коэн видит в том, что пациент устанавливает четкие причинно-следственные связи между своим поведением и поведением окружающих, и это способствует снижению внутренней конфликтности и возрастанию активности.

Однако, несмотря на довольно многочисленные исследования, подтверждающие эффективность данного метода, интерес к нему снижается, и, соответственно, его применение в 70-е годы начинает сокращаться. Коэн объясняет это прежде всего изменением принципов лечения больных шизофренией в связи с развитием социальной психиатрии, направленной на такую организацию лечения, при которой сохраняется постоянный контакт с реальностью и поддерживаются социальные связи больных. Это позволяет в условиях длительного пребывания в клинике в отрыве от естественной социальной среды 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. Еще одной причиной снижения популярности метода является его трудоемкость при кажущейся внешней простоте. Метод политики жетонов 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. Однако Коэн считает, что метод не утратил свою актуальность и может успешно применяться при наиболее тяжелом течении шизофрении, когда нежелательные формы поведения больного не поддаются иным видам коррекции и принимают устойчивый характер (70).

Начиная с 70-х годов базой развития семейной психотерапии шизофрении стали не наблюдение и анализ семейных взаимоотношений, а данные экспериментальной психологии. Кроме того, семейные отношения из статуса причины заболевания переходят в статус одного из многочисленных факторов, влияющих на течение заболевания. Спустя десятилетие после проведения исследования о влиянии эмоционального климата в семье на течение заболевания, выполненного группой Г. В. Брауна в 1962 году (71) начинается своеобразный бум этой проблематики (72).

Доминирующей концепцией в области семейных интерак-

ций в 70-80-е годы становится ЕЕ-концепция (expressed-emotion-model – модель эмоциональной экспрессивности), согласно которой важнейшим фактором течения заболевания (частоты приступов, длительности ремиссий) является эмоционально-экспрессивный стиль семейного общения (12). Разработчиками исследований, превративших в 70-80-е годы ЕЕ-модель в такую же чудо-формулу, какой была в свое время «двойная связь», являются представители Британской школы социальной психиатрии: группа Брауна (71) (73). С. Воон, Дж. П. Лефф (74) и др. **Ими было установлено, что повышенный уровень эмоциональной экспрессивности у родственников (особенно чрезмерное количество замечаний, громкость голоса, тревожность и проявления открытой враждебности) отрицательно сказываются на течении заболевания. Механизм негативного влияния такого поведения родственников был раскрыт в более поздних психофизиологических экспериментах, выявивших резкое повышение общего уровня возбуждения у больных с неблагоприятным семейным климатом во время общения с родственниками (75) (76) (77). Правда, (так же как и в случае с концепцией двойной связи) наряду с результатами исследований, подтвердивших важную роль семейного климата в течении заболевания (78) (79) имеются данные других исследований, такой связи не установивших (80).** Тем не менее ЕЕ-концепция продолжает оставаться наиболее влиятельной, и во многом определяет современную практику семейной психотерапии шизофрении. Показанием для психотерапии является высокий уровень эмоциональной экспрессивности в семье (ЕЕ-индекс), который оценивается с помощью специального опросника. ЕЕ-индекс коррелирует с критическим отношением к пациенту и соответствующим обращением с ним, когда родственники отрицают наличие болезни, лишают больного самостоятельности и т. д. Процесс психотерапии строится как групповая работа с родственниками, направленная на (а) снижение уровня выражения эмоций, особенно критического характера; (б) развитие контроля за своими эмоциями и отработку новых, более адекватных форм поведения; (в) разъяснение связи между их поведением

и состоянием больного (81). Названные формы обычно являются лишь частью более обширной программы работы с родственниками (82). Так, по мнению западногерманского специалиста в области семейной психотерапии Ф.Б. Симона (83), эффективной является лишь такая психотерапия, при которой не только усваиваются новые способы поведения, но и развивается способность к обучению, изменению и развитию семьи как целого.

Наиболее радикальным следствием точки зрения о том, что ББ родственников являются важнейшим фактором, способствующим развитию шизофрении, явилась разработка метода лечения с использованием *сотерий* (84). В конце 1960-х – начале 1970-х годов был предпринят ряд попыток создать в рамках терапевтических общин альтернативы госпитализации людей с диагнозом шизофрения (85). Подобные же попытки совершались и Витакером, убедившимся на опыте, что каким бы хорошим не было состояние пациента в стационаре, вскоре после возвращения в семью с её обычным коммуникативным стилем у больного наступает ухудшение состояния (самого Витакера это привело к необходимости разработки методики семейной психотерапии при шизофрении) (50). При этом создатели подобных сообществ пытались понять шизофрению не как заболевание, требующее медицинского вмешательства, а скорее как важный аспект жизненного процесса человека. В таких инициативах особое значение придавалось скорее необходимости позволить людям пройти через их опыт психоза при минимальном вмешательстве и высокой доле поддержки, чем пользе антипсихотической терапии, проводимой в качестве первого курса лечения. В своей работе 1999 года «Сотерия и другие альтернативы неотложной психиатрической госпитализации» Лорен Мошер, разработавший метод сотерии, охарактеризовал его как «применение по 24 часа в день межличностных феноменологических вмешательств, осуществляемых непрофессиональным персоналом, обычно без лечения нейролептическими препаратами, в контексте немногочисленной, аналогичной домашней, тихой, поддерживающей, защища-

ющей и толерантной социальной среды» (86) (87). Основные принципы сотерий включают:

- предоставление немногочисленной терапевтической среды по месту жительства с характерным набором персонала из непрофессионалов;
- сохранение индивидуальных возможностей, социальных связей и совместных обязанностей;
- «феноменологический» тип отношений, который направлен на то, чтобы найти смысл в переживаемом человеком субъективном опыте психоза путём содействия его осмыслению, «находясь рядом с» и «ладя с» клиентами;
- неприменение или применение антипсихотических препаратов (и всех психотропных препаратов, принимаемых добровольно и без принуждения) в низких дозировках.

Правил для пациентов было мало. Запрещалось насилие, наряду с наркотиками и половыми связями между проживающими и сотрудниками. Визиты посторонних были редкими и заранее согласованными с проживающими. В сотерии сотрудники, не имевшие официальной подготовки в области психиатрии или психологии, работали сменами по 24 и 72 часа и, таким образом, жили с проживавшими. Насколько возможно, сотрудники старались проявлять толерантность к любому эксцентричному поведению. За исключением экстренных случаев, препараты не использовались в течение первых шести недель пребывания проживавшего. В среднем проживающие находились в сотерии пять месяцев, хотя большинству становилось существенно лучше к концу шестой недели (88).

В отличие от других альтернативных подходов к лечению шизофрении, система сотерии подвергалась количественному экспериментальному изучению методом рандомизированного контролируемого исследования (85). Хотя предварительные результаты эксперимента «Сотерия» были опубликованы сразу же, потребовалось более двух десятилетий, чтобы надлежащим образом проанализировать все данные, полученные в проекте (88).

Ранние публикации, описывающие, что происходило в те-

чение первых шести недель, показывают, что как пациенты сотерии (из которых только 24% получали медикаментозное лечение), так и стандартно лечившиеся пациенты обнаруживали одинаковые и значительные улучшения своего клинического состояния. Результаты проведённых два года спустя интервью с участниками, опубликованные гораздо позже, выявили, что 43% проживавших в сотерии всё ещё не принимали психотропные препараты и что, во всяком случае, есть доказательство незначительного преимущества использовавшегося в сотерии подхода по сравнению с обычным лечением. Те участники, состояние которых впоследствии было признано соответствующим более строгому определению шизофрении, позже введённому Американской психиатрической ассоциацией (DSM), в основном были признаны поправившимися (88).

Контролируемое исследование, профинансированное Национальным институтом психического здоровья и проведённое Лореном Мошером, продемонстрировало, что психосоциальная помощь в терапевтической среде данного типа даёт результаты равнозначные или лучшие, чем стандартное больничное или амбулаторное лечение – при не более высокой стоимости и без опоры на обычные дозировки нейролептиков (89). Другие исследования свидетельствуют, что в данной специфической среде пациенты с наиболее острой формой шизофрении могут быть излечены так же успешно, как и при стандартных больничных процедурах, но при значительно более низких дозировках антипсихотиков и без повышенных суточных расходов (84). Кроме того, используемый в сотериях подход, видимо, предоставляет определённые преимущества, обнаруживаемые преимущественно на субъективно-эмоциональном, семейном и социальном уровне. Демонстрируется, что при лечении лиц с первым или вторым эпизодом расстройства шизофренического спектра, используемый в сотериях подход даёт одинаковые, а в некоторых отдельных регионах – лучшие результаты, чем традиционные подходы, основанные на медикаментозном лечении, что достигается при значительно меньшем применении медикаментозного лечения (85).

Очевидно, что методика сотерий работает исключительно благодаря изменению среды обитания больного, уменьшения выраженности уровня ЕЕ. Однако пациенту рано или поздно придётся выйти из благоприятной среды сотерии и научиться строить гармоничные отношения и отсекал либо трансформировать дисгармоничные, искать работу в условиях конкуренции, воспитывать детей, преодолевать трудности жизни. Излечение шизофрении по стандартам DSM, в соответствии с которыми оценивались результаты, свидетельствует лишь об отступлении наиболее выраженных проявлений болезни ещё не говорит о том, что болезненный процесс преодолен и впереди не будет новых психозов и патологического развития личности. Нахождение в сотерии помогает преодолеть психоз, но что потом ранимой личности больного шизофренией с явлениями социально-трудовой дезадаптации делать с жизнью – неясно.

Наиболее распространенной моделью групповой работы с больными шизофренией, начиная с 70-х годов и до сегодняшнего дня, является *тренинг социальных навыков* (90). Специалист в области социального научения американский психиатр А. Бэллак (91) определяет тренинг социальных навыков как структурированную обучающую программу, формирующую навыки социального поведения, которые необходимы для создания определенной сети социальных контактов и уменьшения стресса как следствия интерперсональных конфликтов и неудач.

Специалист в области методов психотерапии американский исследователь Дж. Кори (69) приводит следующие основные стратегии социального научения, применяемые в психиатрической клинике: 1) инструкция – разъяснение того, как себя вести в той или иной ситуации; 2) обратная связь – анализ и подкрепление того или иного поведения; 3) моделирование – воспроизведение того, что видит больной на живой (при участии психотерапевта) или символической (при использовании фильма, видеозаписи) модели поведения; 4) разыгрывание ролей – ролевой тренинг; 5) социальное подкрепление – использование похвал при наблюдении

желаемого поведения; 6) домашние задания на отработку желаемого поведения.

Швейцарский специалист Р. П. Либерман (92) (93) подчеркивает, что к тренингу социальных навыков можно отнести только такие методы, которые основаны на принципах теории научения и направлены на формирование, генерализацию и сохранению навыков социального поведения. Учитывая трудности научения у многих больных, Либерман рекомендует строить тренинг социальных навыков при шизофрении на основе очень директивных методов. Дефицит внимания и трудности переработки информации, характерные для больных шизофренией, а также их нередко обостренная чувствительность к эмоциональным воздействиям повышают вероятность возникновения эмоционального стресса при сверхстимуляции или же при небрежно спланированном, недостаточно структурированном занятии. Такая сверхстимуляция ведет, как правило, к ухудшению состояния больного. «Мишенями» воздействия на тренинговых занятиях становятся дефицит социального восприятия, несостоятельность при решении повседневных проблем, плохо сформированное невербальное поведение. Либерман считает, что эффективность использования тренинга социальных навыков находится в прямой зависимости от строгого соблюдения принципа индивидуального подхода. Так, для пациентов, способных к усвоению стратегий решения проблем, касающихся социального поведения, рекомендует тренинг, ориентированный на оптимизацию процесса переработки информации. В соответствии с этапами переработки информации в тренинге выделяются три стадии: 1) отработка способов приема информации; 2) выбор ответной реакции; 3) выбор подходящей формы для ответа. На всех стадиях терапевт стимулирует наводящими вопросами анализ проблемной ситуации и дает пациенту постоянную обратную связь, поощряя любое правильное действие.

Телесно-ориентированная модель психотерапии и психотерапия, основанная на вовлечение больных в процесс творчества.

Значительную популярность в работе с больными шизофренией завоевала модель *телесно-ориентированной психотерапии* (23). Это обусловлено, в частности, тем, что вербальная коммуникация у больных часто затруднена, а чувства витальности (общего ощущения себя как живого) и самоидентичности нарушены; телесно-ориентированная психотерапия в качестве основного метода передачи информации предлагает не слово, а действие и жест. В рамках телесно-ориентированной терапии разработаны многочисленные конкретные методы.

Метод интегративной терапии движением, в том числе применительно к больным шизофренией, с середины 60-х годов развивает известный западногерманский ученый Х. Петцольд (94). В основу данного метода были положены идеи терапевтического театра русского медика, биолога и философа Ильина, дополненные впоследствии разработками из гештальттерапии, биоэнергетики и др. Для метода Петцольда характерно сочетание упражнений на движение и вербальной переработки получаемого при этом нового опыта. Из всего многообразия конкретных техник, разработанных в рамках своего метода, для больных шизофренией Х. Петцольд рекомендует прежде всего техники, центрированные на функциональной тренировке (т. е. направленные на выработку «правильного» дыхания, осанки, регуляции напряжения и релаксации, плавности движений), и техники, центрированные на переживании (т. е. направленные на развитие способности к свободным, импровизированным движениям, передающим впечатление от различных стимулов – музыки, фантазий и пр.). Использование означенных техник способствует усилению дефицитных функций и повышению самоидентичности через свободное проявление чувств больного в движении (94) (95).

Близким по направленности является один из методов *танцевальной терапии* – метод танца, структурирующего личность, предложенный западногерманским психотерапевтом Г. Аммоном и его учениками (96). Исследовав все известные методы танцевальной терапии, он пришел к выводу, что только свободный танец самовыражения с последующей вербальной переработкой впечатлений в группе является эффективным средством усиления и интеграции «Я» больного шизофренией, повышения его самоидентичности.

Метод работы с больными, находящимися в остром состоянии (или же с выраженными дефицитарными симптомами), разработан в рамках телесно-ориентированной терапии крупным швейцарским шизофренологом К. Шарфеттером (97) (98). Теоретическим основанием предложенного метода является представление о тех функциях или аспектах «Я», которые нарушаются при шизофрении. Восстановление функции витальности достигается применением конкретных техник, позволяющих больному почувствовать своё тело и дыхание; нарушения активности компенсируются использованием техник, включающих различные целенаправленные движения и действия; нарушения границ «Я» – применением техник, подчеркивающих телесные границы, на смену вербальному формально-логическому общению, серьёзно нарушенному при шизофрении, приходит общение с использованием жестов и движений – более филогенетически древнее, и поэтому более доступное пациентам с нарушением высшей нервной деятельности. Таким образом, работа с телом позволяет реконструировать сознание больного, находящегося в остром состоянии и творчески выразить подавленные чувства, проявляющиеся в виде шизофренических симптомов.

К сожалению, данные виды психотерапии не решают одну из важнейших задач реабилитации при шизофрении – преодоление социально-трудоустройственной дезадаптации, без чего никакая эмоционально-волевая декомпенсация не может являться достаточной. Недостаточно проработанным является вопрос о сочетании телесно-ориентированной терапии с психофармакотерапией. Отсутствует тренинг проблемно-решающего

поведения применительно ко всем сферам деятельности пациента. Эффективность данных видов психотерапии при шизофрении подробно не изучалась.

Другие варианты творческого самовыражения больных шизофренией используются в модели психотерапии шизофрении под названием «*Терапия творческим самовыражением*». Она показана для пациентов с дефензивной малопрогрессирующей шизофренией когда в невротоподобной клинической картине смешиваются астеноипохондрические, навязчивые, сенестопатоипохондрические, деперсонализационные, истероподобные расстройства и разработана М.Е. Бурно (99). Больные в обстановке душевной, человеческой заботы о них врача и медицинской сестры, в индивидуальных беседах с врачом, в групповых занятиях в раскрепощающей «немедицинским» уютном обстановке психотерапевтического кабинета (чай, слайды, музыка, свечи и т. п.), в домашних трудах над полученным заданием в течение 2-5 лет учатся понимать себя и других, выражать себя творчески (в широком смысле) сообразно своим клиническим особенностям. Конкретные методики терапии творчеством, составляющие содержательную сердцевину приема, сплетаются, растворяются друг в друге в этом методе на основе разъяснительно-воспитательного нравственно-творческого познания себя и других, вплоть до изучения известных характерологических радикалов, патологических расстройств, свойств (болезненные сомнения, тревоги, неуверенность, рефлексия, деперсонализация, ипохондрия, депрессия и т. д.), которые также нередко возможно научиться лечебно-творчески и с пользой для людей применять в жизни. Достаточно широко в лечении автор использует директивную групповую гипнотерапию, отмечая ее несомненную эффективность у подобных пациентов (более выраженную при изменениях личности по циклоидному типу и менее – у ананкастов).

Отдельные методики терапии творчеством – это терапия: 1) созданием творческих произведений, 2) творческим общением с природой, 3) творческим общением с литературой, искусством, наукой, 4) творческим коллекционированием, 5)

творческим погружением в прошлое, 6) ведением дневника и записных книжек, 7) домашней перепиской с врачом, 8) творческими путешествиями, 9) творческим поиском одухотворенности в повседневном. Термин «творческий» понимается здесь широко, как и вообще в сегодняшней нашей жизни. Суть его – по-своему, с привнесением в любое дело (служебное общение с людьми и домашнее приготовление салата) своего, индивидуального. Именно это индивидуальное (а не трафаретное, банальное, машинное), как указывает М.Е. Бурно, и есть истинный духовный путь к другим людям. Термин «творческий» уместен в названии каждой отдельной указанной методики еще и потому, что важно постоянное осознание пациентом своей самобытности, например, и в художественной галерее, и при чтении художественной литературы (что мне созвучно, а что чуждо), и в отношении всего того, с чем он знакомится в путешествии. С точки зрения М.Е. Бурно, пациенты должны ясно осознавать то, что происходит с ними в процессе этого лечения. Как указывает автор, эффективная терапия творческим самовыражением не есть просто достижение компенсации и ремиссии в общепринятом смысле. Здесь характерно глубинное, достаточно стойкое улучшение состояния, несущее в себе новую, психотерапевтически воспитанную возможность сопротивляться трудностям жизни. В этом состоянии возможны по обстоятельствам декомпенсации и обязательны шизофренические обострения, но уже в приглушенном, как правило, виде, т. е. все это уже не так тягостно и долго. В пациентах, если можно так выразиться, не становится меньше психопатии или шизофрении, но патология как бы «растворяется» в творческом самовыражении, в новом, нравственно-просветленном отношении к жизни. Автором подчёркивается необходимость длительной, не менее 2 лет, а зачастую – в течение 10-20 лет работы для достижения стойкой компенсации. Автором описывается опыт лечения 171 больного малопрогредиентной шизофренией с дефензивными чертами. У 18 (5,8%) работа длилась до 3 лет, у 60 (19,2%) – от 3 до 6 лет, у 93 (29,8%) – более 6 лет. Из них у 13,1% отмечалось лишь некоторое

нестойкое улучшение состояния, у 17,3% – стойкое улучшение с «терпимыми» расстройствами, которые пациент мог существенно смягчить силами творческого самовыражения, а у 21,1% – стойкое улучшение здоровья с чувством достаточно ровного, полного здоровья, несмотря на ситуационно и эндогенно обусловленные декомпенсации, которые пациенты уверенно преодолевали. Недостатками данного способа являются невозможность его применения у больных на этапе высокой степени выраженности продуктивной психотической симптоматики, при наличии глубокого амотивационного синдрома, сознательной выгоды от болезни и грубых асоциальных и психопатоподобных расстройств с направлением агрессии вовне, а также большая длительность лечения.

Когнитивная психотерапия

В процессе развития психотерапии шизофрении возникла острая необходимость свести воедино психоаналитическое умение работать с бессознательными процессами и тренинговые методики, хорошо разработанные бихевиористически ориентированными психотерапевтами. Это привело к появлению когнитивного направления в психотерапии шизофрении (12).

В своих работах по трансактному анализу (ТА) Э. Берн описывал взаимодействие в семье больного шизофренией как бессознательную игру в «Тупик», целью которой является подтверждение того, что с болезнью родственника ничего не возможно поделать и никто в семье в этом не виноват – и, соответственно, можно с чистой совестью ничего не делать (100). Взаимодействие психиатра и больного в психиатрическом стационаре Берном описывалось как передача пациенту внутренней Родительской позиции психиатра для достижения упорядочивания его поведения. Кроме того, Берн отмечал, что ТА высокоэффективен при пограничном расстройстве личности (в психоаналитическом значении этого термина), – «настолько же, насколько витамин С эффективен при цинге» (101). Структура личности больных шизоф-

ренией в ремиссии чаще всего именно пограничная. Немалую роль в обучении пациентов саморегуляции и методикам успешного общения играют выработанные Берном приёмы в рамках ТА, который заслуженно приобрёл широкую известность в нашей стране.

По мнению крупного западногерманского специалиста А. Дюрсен (102), именно в когнитивной психотерапии произошло смыкание психоаналитического и поведенческого подходов. Первоначально (в 60-70-е годы) широкое развитие получила когнитивная психотерапия депрессий. Ее основатель – американский специалист (в прошлом психоаналитик) А. Эллис (103) выдвинул следующие аргументы в пользу создания нового направления. Во-первых, центральные идеи психоанализа идентичны в своей основе идеям теории научения. Во-вторых, эмпирический материал, на который опираются обе школы, связан с ранними процессами научения, протекающими у ребенка бессознательно я в тот период, когда он еще не в состоянии понять, что с ним происходит. В-третьих, одних психоаналитических знаний для коррекции нарушений недостаточно. По мнению другого крупного американского представителя означенного направления А. Бека (104), любая психотерапия должна быть когнитивной в том смысле, что она должна развивать и перестраивать когнитивные процессы, поскольку психологические проблемы индивида в значительной степени вытекают из нарушений у него процессов восприятия. Основопологающим для дальнейшего развития когнитивной психотерапии стал вывод и Эллиса, и Бека, что последствия интенционально-когнитивных нарушений ребенка не менее важны для картины болезни взрослого человека, чем пережитая психотравма.

Когнитивная психотерапия шизофрении начала интенсивно развиваться в 70-80-е годы в США, Западной Германии и Швейцарии. Сторонники данного направления, западногерманские исследователи Х.Д. Бреннер и Х. Ходель (105), выразили вполне понятное недоумение по поводу того, что наибольшее развитие когнитивная психотерапия шизофрении получила лишь в 80-е годы, тогда как уже с пятиде-

сятих годов нарушения именно когнитивных процессов при шизофрении были предметом наиболее интенсивного экспериментального изучения.

Д.В. Майхенбаум и Р. Камерон представили в начале 70-х годов *модель направленной нормализации когнитивных функций* посредством развития навыка самоинструктирования. Группа Р.П. Либермана предложила в конце 70-х годов *модель тренинга когнитивных функций* в рамках тренинга социальных навыков (12).

Группа Х.Д. Бреннера и В. Родера представила в 80-е годы комплексную модель и первую комплексную программу тренинга когнитивных функций и социальных навыков. В процессе практического применения своей модели группа экспериментально подтвердила, что направленной тренировкой можно добиться уменьшения когнитивного дефицита и достичь тем самым повышения эффективности «работы» моделей более «высокого порядка», ориентированных на оптимизацию межличностных отношений и развитие навыков решения различных проблем. Данный вывод был также подтвержден результатами других исследований. В частности, было экспериментально установлено, что больные охотно принимают участие в подобном тренинге, у них быстро возникает установка на кооперацию с терапевтом, появляется дружелюбный настрой. Авторы исследований связывают такие результаты с основными принципами проведения тренинга, в которых учитываются психологические особенности больных: избегание эмоционально нагруженного материала (по крайней мере на первых стадиях работы); доброжелательный, но директивный стиль ведения занятий; строгая структурированность тренинга; избегание отрицательных оценок при активном положительном подкреплении любого конструктивного действия; частый возврат к пройденному, повторению знакомого материала. Создаваемая с помощью перечисленных выше принципов обстановка эмоциональной безопасности и когнитивной структурированности является оптимальной для вовлечения больных в групповую работу (106) (107). Комплексная программа группы Х.Д. Бреннера

и В. Родера включает следующие пять направлений работы: 1) когнитивную дифференциацию; 2) социальное восприятие; 3) вербальную коммуникацию; 4) социальные навыки; 5) решение личностных проблем. Когнитивный тренинг проводится вместе с тренингом социальных навыков. В процессе выполнения различных заданий, предусмотренных программой, у больных развивается функция селективного внимания, способность к планированию своих действий, повышается степень когнитивной дифференцированности и точность восприятия; уточняются взаимоотношения между различными понятиями и т. д. (108).

В сравнении с контрольными группами, получавшими лишь психофармакологическую терапию, больные шизофренией, прошедшие когнитивную психотерапию, демонстрируют лучший когнитивный статус, более высокий уровень социальной адаптации и более низкий уровень последующего рецидивирования (109) (110) (111) (112), а также – что представляется весьма существенным, способность к генерализации полученных навыков переработки информации за пределами ситуаций научения (113).

Вместе с тем и эти модели имели свои недостатки. Отказ от вовлечения в работу членов семьи обычно приводил при возникновении улучшения психического состояния пациента к выраженным проблемам в общении с ними, что тотчас же приводило к очередной декомпенсации состояния больного. Упор преимущественно на методы работы с сознанием не позволял существенно влиять на негативные расстройства, такие как парамимия, и расстройства мышления (шперрунг, соскальзывания). Кроме того, продолжавшаяся «психологизация» шизофрении приводила к отказу от коррекции биохимических нарушений, большая роль которых в патогенезе шизофрении является давно доказанным фактом, от использования прекрасно зарекомендовавших себя биологических методов лечения, и к отсутствию взаимопонимания между курировавшими больного психиатрами и психологами.

Гипнотерапия шизофрении

Весьма противоречивым в истории медицины в целом и психотерапии в частности было отношение к гипнозу. Широко использовавшийся в античное время, в период средневековья он как способ лечения был забыт и существовал лишь как инструмент криминального или оккультного воздействия. В 18 веке гипноз, после полутора тысяч лет забвения, заново возвращается в медицину в работах Месмера, Льебо, Бернгейма, Жанэ и других (114) (11). Исследуя его чудодейственные свойства, врачи 19 – начала 20 веков регулярно пробовали применить его в лечении больных шизофренией. Обращает на себя внимание крайний разнобой в оценке его эффективности. О положительной роли гипноза при психозах писали Токарский, J. Esquirol, J. Voisin, A. Forel (цит. по Кандыба, 1999 (114), Платонов (115) и др.. Предпринимались безуспешные попытки воздействовать с помощью гипноза на бред, галлюцинации. Однако большинство авторов придерживались взгляда, что при лечении не только шизофрении, но и других психозов гипноз малоэффективен и даже вреден, так как может способствовать развитию бреда отношения и влияния. Как бы в подтверждение этого О. Каидегв, применяя гипноз у постпроцессуальных больных шизофренией, действительно наблюдал состояние двигательного беспокойства со спутанностью сознания, бредовыми идеями и галлюцинациями. И.Я. Завилянский писал, что гипноз у некоторых больных шизофренией дает положительные результаты, но особенно когда много уже достигнуто медикаментозной терапией и подготовлена почва для применения психотерапии в комплексе лечения. F. Volgyesi утверждает, что гипнотерапия при шизофрении в подавляющем большинстве случаев является не только не противопоказанной, но даже обязательной. «Мы ни при каком диагнозе не можем считать ее противопоказанной», – писал F. Volgyesi (цит. по Кандыба, 1999 (114)).

Если пытаться суммировать всё вышесказанное, то окажется, что гипнотизация психотических больных большин-

ством исследователей считается противопоказанной из-за их малой доступности продуктивному контакту, нарушений мышления, низкой способности к концентрации внимания и вероятности развития стойкого бреда гипнотического воздействия со стороны врача; во время ремиссии или же при невротоподобном течении заболевания у больных с достаточной критикой и доверительно относящихся к врачу лечение гипнозом может принести немало пользы, хотя излечение шизофрении этим методом невозможно.

Вновь возникший во второй половине 20 века интерес к гипнотерапии в сочетании с развитием научных, в том числе биохимических, иммунологических и электрофизиологических исследований механизмов её эффективности, позволил восстановить нарушенное единство между пониманием физиологических и психологических функций. Подробные исследования позволили показать, что на фоне чисто психологического гипнотического воздействия в организме пациентов возникают глубокие физиологические саногенные изменения (115) (114) (11). **Полученные данные исследования гематологических, иммунологических, биохимических показателей** позволяют по опосредованным, но однозначно признанным в исследованиях системы крови признакам выделить следующие группы биологических эффектов гипнотерапии: 1) первичные эффекты; 2) вторичные эффекты.

К первичным биологическим эффектам гипнотерапии относятся 1) нейрогормональные эффекты; 2) нейромедиаторные эффекты. Получены убедительные данные, свидетельствующие о гормональных эффектах, обусловленных развитием гипнотического состояния. Эти состояния реализуются через активацию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы по механизмам, аналогичным тем, что реализуются при проведении акупунктуры. Косвенным, но клинически убедительным свидетельством нейромедиаторных динамических эффектов гипноза с реципрокным влиянием на симпатическое (адреналин) и парасимпатическое (ацетилхолин) звенья вегетативной нервной системы служат два варианта реакции лейкоцитов: снижение и повышение их количества (115) (11).

Вторичные биологические эффекты гипнотерапии включают: 1) иммунологические эффекты; 2) детоксикационные эффекты; 3) активацию белкового обмена; 4) активацию обмена билирубина; 5) активацию обмена холестерина; 6) динамическое влияние на кинетику метаболизма тяжелых металлов. Иммунологические эффекты, обусловленные гипнотическим состоянием и проявляемые при гипнотерапии, включают целостную реакцию обоих звеньев иммунной системы: клеточного и гуморального. Высокозначимы выявленные экспериментально детоксикационные эффекты гипнотерапии. Согласно полученным данным, развитие гипнотического состояния сопровождается активным выбросом метаболитических шлаков из органов и тканей в кровяное русло с последующим выделением их почками из организма. Гипнотерапия приводит к существенному снижению содержания аутоинтоксикантов в организме. Гипнотизация и гипнотерапия активируют белковый обмен и, следовательно, активность соответствующих ферментативных систем организма. Клинически значимо влияние гипноза и гипнотерапии на билирубиновый обмен. В процессе гипнотерапии происходит значительное снижение содержания билирубина в крови, связанное, очевидно, с активацией его выведения из организма и основанное на повышении белкового обмена. Большое клиническое значение имеет активация обмена холестерина, характеризующаяся существенным снижением его содержания в крови. Как известно, концентрация холестерина в крови является интегративным показателем, отражающим его распределение между обменными аулами и в итоге концентрацию в клеточных мембранах, определяя их функциональное состояние. Выявленное снижение содержания холестерина, нормализация его обмена в процессе гипнотерапии означают восстановление активности клеточных мембран, клеток органов и тканей, замедление их старения и старения организма в целом. Выявленное реципрокное влияние гипнотического состояния, гипнотерапии на динамику метаболизма тяжелых металлов направлено на оптимизацию жизнедеятельности организма (11).

Для большинства изучаемых показателей происходит движение в сторону их нормализации, оптимизации. В качестве источника, движущей силы сложного, многокомпонентного, мощного биологического воздействия гипнотерапии выступает стресс-реакция, поэтому следует подчеркнуть принципиальную неспецифичность биологических эффектов гипнотерапии. Установлено, что развитие гипнотического состояния у человека основано на создании первичной (общей для человека и животных) либо вторично-символической, использующей коммуникативные средства, гипногенной ситуации. В развитии гипнотического состояния участвуют: а) «шоковые» паттерновые механизмы ограничения чрезмерной активации мозга на оценку гипногенной ситуации, в которой принятие решения и (или) его исполнение в филогенетически древней двигательной форме невозможно; б) механизмы ограничения внешней сенсорно-распределительной активации мозга при сохраняющейся потребности поддержания определенного уровня активации одного (слухового) либо нескольких анализаторов.

Оба механизма развития гипнотического состояния определяются качественной перестройкой активирующей системы мозга, переходящей с режима регуляции процесса активации внешней сенсорной импульсацией на режим генерации активации мозга. Собственно активационные возможности активирующей системы при этом существенно возрастают. «Шоковые» паттерновые механизмы гипнотизации с большей вероятностью приводят к сомнамбулическому состоянию. В процессе развития гипнотического состояния в левом полушарии у правшей происходит переход на правополушарный режим функционирования по инверсивным механизмам, обратным формированию функциональной специализации полушарий в онтогенезе, с перестройкой работы всего мозга по правостороннему принципу. Переключение левой нижневисочной коры и всего мозга с левостороннего на правосторонний режим функционирования обусловлено переключением активирующей системы с регуляции процесса активации внешней сенсорной импульсацией на генерацию активации мозга (114) (11).

Функциональный регресс мозговой деятельности в гипнозе к уровню препубертата охватывает физиологический и психической уровни. Развитие гипнотического состояния приводит к общему функциональному регрессу психической деятельности гипнотика, включая механизмы памяти, мышления, речи, эмоционально-волевой сферы, воображения, представления, восприятия, не оказывая прямого влияния на психические константы, образующие личность. Общим следствием функционального психологического регресса становится повышение гибкости, адаптивности, способности к прямому, избирательному усвоению, запечатлению информации, эмоций, состояний, поведенческих паттернов, что традиционно описывается как гипнотическая внушаемость. Функциональный регресс механизмов мышления способствует доминированию конкретно-образного мышления. Одним из важных следствий функционального регресса психической деятельности гипнотика является актуализация мыслительных механизмов инфантильной, атрибутивной проекции в восприятии собственного гипнотического состояния, гипнотической реальности (совокупности ощущений, восприятия, переживаний гипнотика). Степень проективности восприятия в гипнозе существенно выше таковой в бодрствовании. Гипнотическая реальность становится проекцией личности, все элементы которой являются проявлениями личности и ситуации, в которой она находится. Осознанное использование проективных механизмов, основанное на понимании того, что элементы, объекты гипнотической реальности – проявления личности и ее ситуации и что их изменения способны в свою очередь менять личность и ее ситуацию, открывает качественно новые возможности для гипнотерапии: как в соединении её с психоаналитически ориентированными техниками, что позволяет резко повысить эффективность последних, ускорив работу с символическим материалом подсознания или процесс удовлетворения архаических потребностей, так и совместно с поведенческими подходами – так, как это сделано во многих техниках нейролингвистического программирования (11) (114).

Гипногенная ситуация порождает гипногенный стресс, запускаемый двумя механизмами. Первым, экзогенным, механизмом является оценка значимости субъектом гипногенной ситуации. Возрастание значимости гипногенной ситуации приводит к параллельному повышению гипнабельности, глубины гипноза и к повышению интенсивности развивающегося гипногенного стресса. Второй, эндогенный, нейрогенный, механизм гипногенного стресса основан на запуске стресс-реакции функциональной перестройкой в самой активной системе и коре головного мозга, происходящей в момент развития гипнотического состояния. Его стрессогенность также усиливается по мере углубления гипнотического состояния. Переход человека в гипнотическое состояние порождает гипногенный стресс (11).

Курс гипнотерапии представляет собой процесс адаптации к коротким гипнотически-стрессорным воздействиям. Гипногенный стресс является преимущественно эндогенным процессом с умеренно высокой общей интенсивностью стресс-реакции. Адаптационным субстратом гипногенного стресса предстает вся нервная система в совокупности ее взаимосвязей с организмом. Компоненты стрессорной реадaptации и перекрестной резистентности интегрируются адаптационным компонентом гипногенного стресса с их трансформацией в реадaptационный процесс (11).

Стрессовая природа гипноза накладывает определенные ограничения терапевтического его использования: 1) при чрезмерной интенсивности гипногенного стресса он может перейти из звена реадaptации в звено дезадаптивного патогенеза; 2) неограниченно длительная гипнотерапия с умеренной интенсивностью гипногенного стресса способна привести к снижению и последующему истощению адаптационных ресурсов организма. Динамика реадaptивного гипногенного процесса определяется восстановлением реципрокных соотношений симпатотонической и ваготонической регуляции в рамках двойной реципрокной иннервации и происходит на основе считывания хранящихся в долговременной памяти информационных матриц нормального и патологического

устойчивого состояний организма и связующего их процесса дезадаптации. Реадaptационный процесс развивается, опираясь на обратное считывание дезадаптационной информационной матрицы (11) (116).

Биологически-стрессовое действие гипнотерапии активизирует механизмы интрапсихической саморегуляции, понимаемые в рамках структуры и функционирования системы патологических защит личности. Спонтанные интрапсихические механизмы эффективной гипнотерапии при обратимом блокировании и дефицитарности системы патологических защит личности различны. В зависимости от исходной структуры системы патологических защит личности гипнотерапия активизирует механизмы реактивации либо механизмы формирования системы патологических защит личности (11). Таким образом, рациональное использование гипнотерапии при шизофрении позволяет нормализовать как нейромедиаторный обмен, иммунные, детоксикационные процессы, перекисное окисление липидов, так и систему психологических защит личности, позволяя влиять на эмоционально-волевые нарушения. Вместе с тем ранимость психики больных шизофренией ставит вопрос о том, какие именно методики гипнотерапии могли бы быть применены с одной стороны эффективно, с другой – безопасно для пациентов; до сих пор в литературе не описано основанной на современных данных модели использования гипнотерапии, которую можно было бы применять у больных шизофренией, находящихся не только в ремиссии, но и в приступе. В литературе имеется крайне недостаточно случаев подробного описания методик гипнотической работы с больными шизофренией, те же, что имеются, производят впечатление явной недоработанности. Например, Рассказов и Ковшик (117) описали свою методику психотерапии шизофрении у больных с бредовыми и галлюцинаторными синдромами заключающуюся в том, что с больными шизофренией проводили гипнотерапию, причём, для избежания случаев включения больными с бредом физического и гипнотического воздействия, что чревато включением психотерапевта в бредовые переживания

больного, гипнотизация производилась на групповых занятиях с использованием магнитофона. Авторы отмечали, что в литературе им не встречались описания случаев применения гипнотерапии у больных при острых психотических состояниях, тем более страдающих шизофренией. Более того, при анализе литературы они столкнулись с указаниями о неприемлемости применения гипноза в острых психотических состояниях, что «бредовые формы психозов (шизофрения), в первую очередь с бредом гипнотического и физического воздействия, абсолютно противопоказаны для применения гипноза – это может только привести к ухудшению состояния большого и небезопасно для самого врача» (В.Е. Рожнов, 1979; Леон Шертон, 1992 – цит. по Рассказов Н.Я., Ковшик О.Ф. (117)). Авторы отмечали улучшение непосредственных результатов лечения: у 78 больных из 141 (52%) на пятом сеансе отмечалась фаза отреагирования с острым выходом из психоза. Вместе с тем при этом у 32 из 73 (44%) пациентов во время фазы отреагирования наблюдалось ухудшение психического состояния в виде психомоторного возбуждения, которое купировалось одномоментной инъекцией тизерцина либо галоперидола. По мнению авторов, «пора снять противопоказания применения гипнотерапии у больных с шизофренией, т. к. это позволяет не только расширить диапазон лечебных воздействий, но и открывает новые перспективы в понимании общемедицинской природы психических расстройств человека» (117).

Вместе с тем, авторами не описано, в какой именно степени и в какие сроки редуцировались позитивные и негативные симптомы шизофрении, каковы были отдаленные результаты лечения. В данном методе не проводится занятий с членами семьи, что, по современным представлениям (Краснов с соавт., 2007), является важнейшим фактором успешности лечения и достижения стойких его результатов, не описаны и меры по социально-трудовой реадaptации больных. Из-за частого развития психомоторного возбуждения метод не может применяться в амбулаторных условиях, что приводит к необходимости повторных госпитализаций с развитием

госпитализма, усиления социально-трудовой дезадаптации и существенному увеличению стоимости лечения данного контингента больных.

Гипнотерапия, наверное, является областью психотерапии, которая идеологически ближе всего к психиатрии. В отличие от других вариантов психотерапии, где ответственность за результат возлагается на больного, имея в виду мотивировать его к активной работе над собой, гипнотерапии в большей степени всегда была присуща большая директивность и ответственность врача за результат – так же, как это происходит и в психиатрии, где от больного шизофренией, находящегося в психозе или в состоянии эмоционально-волевого снижения сложно ожидать последовательных, волевых, разумных действий.

Стратегическая семейная терапия

Именно в среде гипнотерапевтов эриксоновской школы (Джей Хейли (118), Клу Маданес (119) и др.) зародилась стратегическая семейная терапия, целью которой является не глубинное понимание имеющихся проблем и не личностный рост членов семьи, а в первую очередь снятие болезненных симптомов и скорейшее возвращение пациента к нормальному общению и труду. Однако, в отличие от индивидуальной гипнотерапии, сосредотачивающейся на проблемах пациента, стратегическая семейная терапия рассматривает психически больного человека как часть его микросоциального окружения (чаще всего – семьи), постулируя, в соответствии с принципами общей теории систем, что проблемы пациента в той или иной степени присущи всем членам системы и, более того, истинным назначением симптомов пациента является поддержание патологического равновесия, сложившегося в данной семье.

В этой модели психотерапии пациент именуется «идентифицированным членом семьи», при этом имеется в виду, что симптомы пациента представляют собой усиленное и изложенное в метафорической форме содержание семейных

проблем (в противовес классическому психоаналитическому пониманию симптомов пациента как его личной проблемы). Истинной целью образования симптомов является помощь другим, более ценным с точки зрения функционирования семьи как целостной системы, её членам, и сохранение целостности и устойчивого патологического состояния семьи (в этом воззрения семейных терапевтов перекликаются с современными психоаналитическими представлениями). Исходя из этого оказывается, что без коррекции принципов функционирования данной семьи выздоровление пациента невозможно. Вместе с тем, так как эти патологические принципы (описанные, например, Э. Берном (100) как «внутрисемейные игры») являются подсознательными, то их выведение в сознание членов семьи наталкивается на психологические защиты и не усваивается, а лишь приводит к разрыву психотерапевтических отношений из-за возникающей у членов семьи злости и раздражения, направленных в адрес психотерапевта (ещё З. Фрейд подчёркивал вред «дикого психоанализа»). Дж. Хейли (120) вслед за М. Эриксоном (9) постоянно настаивал, что осознание проблемы не является ни необходимым, ни достаточным условием изменения психики больного, предлагая в качестве альтернативы парадоксальные директивные предписания для всех членов семьи, направленные на увеличение внутрисемейного напряжения до невыносимой интенсивности и разрушение благодаря этому «внутрисемейных игр», а также «терапию тяжёлым предписанием», заключающуюся в том, что пациенту предлагается заниматься какой-либо тяжёлой, неприятной для него, но полезной деятельностью до тех пор, пока сохраняется симптом. Передача членам семьи больного под предлогом упорядочения внутрисемейной иерархии по сути диктаторских полномочий направлено на вызывание парадоксальной реакции семейной системы, ведущей к устранению симбиотических отношений, сепарации пациента от его семьи и подталкивающей к построению самостоятельной жизни. Использование данного способа лечения с максимальным ограничением психофармакотерапии (авторы были принципиальными её

противниками) у 14 больных шизофренией и 8 больных с психотическими расстройствами неуточнённой этиологии привело к тому, что необходимость в повторном стационарном лечении при катamnестическом наблюдении от 1 до 4 лет (в среднем – 2 года) возникла лишь у 5 (22,7%) (120).

Близкой по духу к стратегической семейной терапии Хейли является структурная семейная терапия Минухина, при которой главной целью является восстановление внутрисемейных границ и иерархии, для чего зачастую опять же используются ходы, дозированно усиливающие страдания членов семьи, вызывающие декомпенсацию их состояния, создавая условия для переноса внимания с проблем идентифицированного члена семьи на проблемы всех остальных, демонстрируя их общность и создавая условия для совместной работы всех по выходу из тупика (121).

Весьма высокой эффективностью отличается техника «игры в симптомы», предложенная Маданес, основанная на использовании парадоксальной интенции. при которой членам семьи под предлогом, например, необходимости научиться выражать свои чувства, даётся директивное предписание: ежедневно собираться вместе и тренироваться изображать, как актёрам, свои симптомы: бредовое поведение, парамию и вычурность сына, тревожность мамы, раздражение и желание куда-нибудь убежать из семьи папы. Во время этого занятия члены семьи должны периодически останавливаться и подсказывать друг другу, как сыграть роли более натуралистично (119).

Похожими подходами отличается и школа семейной терапии Сельвини Паллацолли, предложившая вызывать декомпенсацию, приводящую к перестройке семейных отношений методикой позитивной коннотации, состоящей в том, что психотерапевт начинает находить полезное во всём, что делают члены семьи (в том числе и больной), восхваляя их за это, настаивая на том, что они нашли самый лучший способ справиться с их многочисленными проблемами, и давая жёсткое парадоксальное предписание всем членам семьи обязательно продолжить себя вести именно так, как они себя

вели в последнее время. Это вызывает выраженный протест членов семьи, приводящий к невозможности продолжения прежних стереотипов общения и необходимости выработки новых, которые оказываются более адаптивными. Несмотря на разные техники, общим для данных подходов является убежденность в невозможности излечения шизофрении без изменения правил внутрисемейного общения, поведения и восприятия мира всеми членами семьи, и невозможности достичь этого без первичной декомпенсации их состояния. Подчеркивается необходимость длительной, в течении нескольких лет, совместной работы семьи с психотерапевтом – частота встреч в период стабильного состояния может быть 1 раз в 1-3 мес., что позволяет значительно сократить стоимость реабилитационного процесса (122).

Однако при данном подходе не проводится коррекции биологических механизмов развития шизофрении – собственно, лечения болезни не осуществляется. Отсутствует психообразование; более того, рекомендуется убеждать больных и их родственников в отсутствии у них шизофрении. Как следствие, пропагандируется как можно более ранний отказ от медикаментозного лечения, что, как показывает практика, вскоре приводит к рецидивам болезни, настороженность к психиатрам (выдвигается требование налаживания строгой иерархии в случае оказания помощи совместно с психиатрами, при этом психиатры должны быть активными участниками психотерапевтических интервенций, подчиненными психотерапевту, например, не принимать больного в психозе на стационарное лечение, если психотерапевт настаивает на том, что члены семьи должны справиться с проблемой своими силами – это вряд ли возможно в условиях существующей модели оказания психиатрической помощи, когда врач «скорой помощи» должен по вызову родственников забрать пациента в стационар, а дежурный врач психиатрического стационара обязан его госпитализировать вне зависимости от мнения психотерапевта). Отсутствует четко разработанная система индивидуальной коррекции личности пациента, которая может проводиться параллельно с семейной терапией.

Мероприятия по обучению пациентов проблемно-решающему поведению переключаются на плечи их родственников, которые зачастую сами не умеют решать собственные проблемы. Как указывает автор, метод применим только для лечения молодых людей. Для лечения данным способом отбирались больные, живущие только в полной семье (120), в то время как многие больные шизофренией реально проживают именно в неполных семьях. Авторами данного метода не описана динамика клинического состояния пациентов на фоне лечения, отсутствует контрольная группа больных, что не позволяет судить об эффективности данного способа.

Современная психосоциальная терапия

Как справедливо указывал Вид (52), в последнее время отмечается четкая тенденция к интеграции различных психотерапевтических подходов, что даёт существенную прибавку в эффективности и стойкости достигнутых результатов. Например, сочетание психоанализа и когнитивно-поведенческой психотерапии – коммуникативно-корректирующая психоаналитически ориентированной психотерапия – успешно используется как у пациентов с первым эпизодом, так и с хронизированными контингентами больных (123). Этот подход является успешным в повышении уровня социальной адаптации и проблемно-решающего поведения (124) (125) (126), в снижении базисной симптоматики (127) (128) и уровня рецидивирования, в сравнении с контрольными группами (129) (130) (131) (132). Прекращение терапии, направленной на поддержание навыков социального поведения, вновь возвращает рецидивирование к прежнему уровню (133). Противоречивый эффект в некоторых сообщениях весьма высок: за 18 месяцев катамнестического периода процент рецидивирования составил в контрольной группе (только психофармакотерапия) по сравнению с основной (лекарства + коррекция социальных навыков) соответственно 50% и 10% (134). В ходе 2-летнего катамнестического наблюдения основной группы

из 18 больных шизофренией, получавших коммуникативно-корректирующую терапию на фоне лекарственной, и контрольной группы, также из 18 человек, получавших лишь фармакотерапию, обострения наблюдались соответственно у 2 и 15 больных, госпитализировано было соответственно 5 и 22 больных, среднее время работы на производстве составило 12,6 и 7,2 месяцев (135). Ещё более выражен этот эффект при совместном использовании работы, ориентированной на личность самого больного и семейной психотерапии. По данным О. Ногарты, в течение года после окончания лечения в группе больных, получавших плацебо-препараты, отмечены обострения у 84% больных; в группе, получавших психофармакологические средства – 55%; в группе, получавших лекарства + коммуникативно-корректирующую психотерапию – 5%; в группе, получавших лекарства + семейную терапию – 15% в группе, получавших лекарства+семейную+коммуникативно-активирующую психотерапию – 0% (136).

Отмечается постепенное сближение позиций психиатров и психотерапевтов по вопросам терапии психозов. Большую роль в разработке оптимальных стратегий лечения и реабилитации шизофрении играет сформулированное нейрофизиологом Н.П. Бехтеревой положение об устойчивом патологическом состоянии головного мозга, одним из выводов которого является невозможность вывода головного мозга из данного состояния без прохождения более или менее выраженной фазы дезадаптации, что аналогично выводам большинства психотерапевтов (116). Появилось много работ психиатров – представителей биологического направления, подчёркивающих, что психосоциальные факторы в течении шизофренического процесса играют не менее важную роль, чем биологические. Отмечено, что психопатологические феномены определяют собой в картине шизофрении не все и не всегда. Удельный вес и автономия факторов психосоциальной природы достаточно велики (137). Нет прямой связи между объективным уровнем психопатологических расстройств и уровнем их субъективной воспринимаемости, а также частотой и качеством попыток совладания с болезнью (138). Нет полной

корреляции уровня социальной дезадаптации и выраженности конфликтных отношений с глубиной дефицитарных проявлений, нет жесткой связи между уровнем самосознания и «регистрами» психопатологических расстройств (139). Антисоциальные формы поведения больных, в особенности в случаях малопрогрессирующего течения шизофрении, обусловлены не только, а часто и не столько эндогенным процессом, сколько общей направленностью личности больного, системой его отношений и социальных установок (140). Многообразие клинических картин зависит от включения в них большого числа различных проявлений компенсации и адаптации, в том числе и явлений психологической защиты (141). Эти механизмы могут оказывать на психопатологические феномены непосредственное патопластическое воздействие: так, чрезмерное развитие аппарата внутреннего отреагирования отрицательных эмоций путем фантазирования может содействовать образованию более выраженной продуктивной симптоматики и обогащать галлюцинации и бред больного дополнительным содержанием (142). Это влияние заставляет в ряде случаев по-иному взглянуть на саму природу психопатологических феноменов – так, например, некоторые авторы (143) полагают, что анозогнозию следует считать не проявлением негативной симптоматики, а особым свойством мышления. Личностные структуры тесно связаны с весьма кардинальными психопатологическими параметрами – так, прослеживается связь между складом личности больных шизофренией и последующей прогрессирующей процессом (144). Бесспорным является и то, что на формирование отношения к болезни оказывают влияние не только ее течение и тяжесть, но и целый ряд психологических факторов, как, например, степень иерархизации мотивов, их широта, содержание ведущей деятельности, ценностные ориентации, особенности регуляции поведения (145). Психогенные патологические развития личности могут наблюдаться не только на этапе ремиссии, как это было принято думать раньше, но и при активно текущем шизофреническом процессе. В связи с этим в современной психиатрии пересматривается взгляд на

шизофрению как на чисто биологическое заболевание, и она всё чаще характеризуется как патология, имеющая также и социопсихологические корни. Правильные ожидания к действенности биологических средств лечения шизофрении должны прежде всего учитывать априорные, теоретически заложенные границы их возможностей. Фармакологически можно повысить активность больных, однако фармакология не устраняет сложившихся личностных установок, мотивов, продолжающих опосредовать поведение – одним словом, психологических структур, функционирующих в относительной автономии от психопатологических (146). **Подтверждена независимость функционирования тонких механизмов социальной перцепции от структурных особенностей психопатологических синдромов (147). Психологическая реакция личности на психическое заболевание, тесно связанная с особенностями личности и нередко являющаяся наиболее важным фактором в саногенезе становления ремиссии, оказывается практически недоступной лекарственной коррекции (148).** В относительной автономии друг от друга находятся даже установки больных на биологическую терапию и психосоциальные виды лечения (149). **Автономно действующие психосоциальные факторы обладают достаточно мощным воздействием на долговременное течение заболевания: длительные безлекарственные ремиссии оказываются обусловленными не психопатологическими, а психосоциальными предикторами (150).** Факторы неблагоприятного социального окружения в состоянии низвести уровень рецидивирования больных, получающих депо-препараты, до отмечаемого на плацебо или без лекарств (151). **Да и достигаемая с помощью психофармакотерапии стабильность состояния не ведет сама по себе автоматически к оптимальному трудоустройству и социальной адаптации (152).** При малопрогрессирующей шизофрении дефицит социального функционирования больных в первую очередь определяют не продуктивные симптомы, а нарушения общения (153). Нейролептики улучшают возможности удерживать больных вне стационара, но не приводят к снижению инвалидности. Последнее оказывается возможным

лишь при работе с дополнительными, социальными факторами риска инвалидизации (154). **Существенные ограничения сферы применения психофармакотерапии позволяют некоторым авторам говорить о том, что при существующем наборе медицинских средств и их лекарственных форм этот вид терапии находится на пределе своих возможностей (155).** Достижение реального на данный момент предела возможностей биологической терапии и недостаточная интенсивность социальной реабилитации обуславливают недостаточный эффект терапии в целой группе больных умеренно прогрессирующей шизофренией при формировании стабилизированных состояний (156).

В то же время, подавляющее большинство авторов в настоящее время считает, что любая психосоциальная работа с больными шизофренией невозможна в отсутствие параллельно проводимой биологической терапии (157). **Основные претензии, предъявлявшиеся ранее психотерапевтами в адрес психофармакотерапии – снижение мотивации к участию в психотерапии за счет снижения субъективного страдания, и угрозы непродуктивной перегруппировки симптомов – сейчас не выдерживают, по мнению большинства современных исследователей, никакой критики.** Эмпирическими исследованиями подтверждено отсутствие негативной интерференции между психо – и фармакотерапией (158). **Психофармакотерапия облегчает общение с больным, а зачастую является единственным условием установления психотерапевтического контакта (159).** **Регулирование лекарственными режимами способствует также удержанию пациента в психотерапевтическом процессе (160).** **Психофармакотерапия и психотерапия реципрокно повышают у больных комплайенс друг к другу. С помощью психотерапии удается иногда привлечь больных к приему лекарств; она же позволяет снизить дозировки и вмешательством в психосоциальной сфере закрепить психофармакологически достигнутые успехи (161).** **Таким образом, сочетание рациональной биологической терапии с разумно предписанным психотерапевтическим вмешательством, с разными акцентами, в соответ-**

ствующей их последовательности, в зависимости от деталей клинического состояния – вот та формула лечебной стратегии шизофрении, которую на сегодняшний день можно считать наиболее теоретически обоснованной и общепринятой (162). **Психосоциальная терапия и реабилитация – формирование или восстановление недостаточных или утраченных (в условиях нарушенных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности), навыков, знаний, умений взаимодействовать, решать проблемы, использовать стратегии совладения у психически больных с изъянами социальной адаптации, обеспечивающих их интеграцию в общество. «Реабилитация психически больных есть прежде всего их ресоциализация», – справедливо сформулировал М.М. Кабанов (68).**

С этой целью применяется комплекс психосоциальных воздействий, направленных на восстановление потенциала самого пациента, участие в реабилитационном процессе с постоянным освоением прежних социальных, в том числе ролевых функций в условиях усложняющегося социального контекста для достижения возможно более полного или равного с другими положением в обществе (163). **Психообразование – осуществляемый поэтапно процесс обучения психиатрических пациентов в области психических заболеваний и оказания психиатрической помощи, что обеспечивает их необходимыми знаниями и оказывает влияние на их установки и поведение в отношении собственного здоровья. Психообразовательная работа с больными шизофренией и их родственниками является неотъемлемым компонентом современной комплексной психиатрической помощи, одной из наиболее часто используемых методик психосоциального вмешательства. Отмечено, что одним из позитивных последствий психообразовательной работы с членами семьи является уменьшение тревоги всех членов семьи и улучшение взаимопонимания, закономерно ведущее к улучшению состояния больного. Психообразовательные программы представляют собой модули, рассчитанные на определенное время и осуществляемые в группах закрытого типа, работающих под**

руководством профессионалов в области психического здоровья и нацеленные на образование и обеспечение поддержкой пациентов-участников данных групп. Кроме того, используются групповые занятия, помощь социальных работников, тренинг социальных навыков, помощь в трудоустройстве, сепарация от негативного микросоциального окружения с помощью обеспечения больных квартирами и специализированными общежитиями в рамках программы «жилья под защитой» (164)

В настоящее время установилась прочная тенденция рассматривать проблемы психического заболевания и психиатрической инвалидности в контексте ближайшего окружения пациента (163). Семья определенно является наиболее значимым источником поддержки в достижении успешного социального приспособления и эффективного функционирования больного. Поэтому, как показывает современная практика, вовлечение семьи в терапевтический и реабилитационный процесс становится ключевым для его результативности. Важность этого раздела работы, в частности, основывается на понимании влияния семейного окружения на течение шизофрении. Работа с семьей базируется на положении о том, что семейный коммуникативный стиль, стратегии совладания и компетентность в решении проблем имеют прямое отношение к модели диатез-стресс-уязвимости при психическом заболевании. Согласно этой модели, навыки совладания и решения проблем в семье повышают компетентность пациента и его способность противостоять стрессовым воздействиям, тем самым, компенсируя его психобиологическую уязвимость к стрессу и уменьшая подверженность обострению заболевания. В комплекс семейных интервенций обычно в различных сочетаниях входят психообразовательные программы (разъяснение основных моментов сути болезни и лечения), разрешение поведенческих проблем, тренинг социальных и коммуникативных навыков, программы поддержки семей и кризисной помощи. Психообразовательный подход является обоснованным стартовым вмешательством на начальных этапах работы с семьей. Этот подход

обладает относительно низкой специфичностью, достаточно универсален, не требует глубокого проникновения в сложные психологические и системные особенности каждой индивидуальной семьи и при этом является в большой мере «щадящим», не затрагивая глубинные механизмы внутрисемейного взаимодействия. Данная методика позволяет существенно улучшить медикаментозный комплаенс, внутрисемейное взаимодействие, навыки проблемно-решающего поведения и способность больных выражать свои чувства, способствуя тем самым улучшению непосредственных и повышению стойкости отдалённых результатов лечения. Согласно данным, приводимым Л.Г. Мовиной (165), применение данной методики приводит к продолжению улучшения состояния больных после окончания курса стационарного лечения. По окончании стационарного лечения у пациентов отмечается регрессия выраженности психопатологических расстройств по шкале PANSS с 77,34 до 53,45 (на 30,1%), что статистически не отличается от результатов контрольной группы, где проводилась только психофармакотерапия, однако, по результатам 2-летнего катамнестического наблюдения, в основной группе наблюдалась дальнейшая регрессия данного показателя ещё на 13,7% до величины 43,49, т.е. общее снижение PANSS за 2 года составило 43,8%, в то время как в контрольной группе в дальнейшем выраженность психопатологических расстройств по шкале PANSS осталась на прежнем уровне. Лучшими, чем в контрольной группе, были и социальные исходы: пациенты значимо чаще устраивались на работу – 33,8% против 14,63% в контрольной группе). В пятилетнем исследовании Аланена (166) длительная психосоциальная реабилитационная работа отмечена как один из способов психотерапии шизофрении, эффективность которого доказана наряду с длительной индивидуальной психотерапией, терапией пар, состоящих в браке, краткосрочной семейной кризисной интервенцией и психотерапией, проводимой с расширенной семьёй с участием родителей пациента.

Однако психотерапевтический процесс при данном способе направлен не на преодоление нарушений мышления, а на их

принятие и совладание с ними, что существенно ограничивает возможности данного способа в лечении шизофрении. При использовании данного способа лечения вследствие использования только поведенческих, поддерживающих и психообразовательных методик психотерапии не производится коррекции глубинных подсознательных проблем и патологических защит личности, являющихся одним из важнейших звеньев в патогенезе шизофрении (20). Кроме того, как показывает опыт самых разных психотерапевтических школ, использование только щадящих методов, не затрагивающих глубинные механизмы внутрисемейного взаимодействия, не позволяет добиться выраженных и стойких результатов при шизофрении.

Таким образом, большинство современных исследователей возможностей психотерапии шизофрении приходят к следующим выводам:

1. Переживания и поведение больных шизофренией не могут быть объяснены только биологическими процессами в головном мозге. Они не случайны и не бессмысленны, но представляют собой метафорическое изложение проблем самого пациента и его окружения.

2. Важную роль в психогенезе шизофренических расстройств играет регрессия к более древним, магическим механизмам мышления с инициацией развития мифоритуального комплекса «смерть-второе рождение», в котором больной отказывается от своей воли и ответственности за свою жизнь; при этом фокус пациента внимания смещается с реальной жизни на образы и переживания, продуцируемые его подсознанием.

3. Из-за выраженной эмоциональной связи больных и их родственников воздействие на ближайшее микросоциальное окружение является обязательным и зачастую решающим фактором успешной реабилитации.

4. Невозможно рассматривать проблему шизофрении как с чисто биологических позиций, так и в отрыве от биологии. Лечение должно обязательно включать в себя как биологическое, так и социо-психологическое воздействие.

5. Целями психотерапевтического воздействия при шизофрении является выработка способности осознавать и гармонично выражать свои чувства и навыков проблемно-решающего поведения. Для этого необходимо:

- отрегулировать отношения в микросоциальном окружении больного;

- помочь пациенту в решении его подсознательных проблем, из которых наиболее важными оказывается болезненная инициация мифоритуального комплекса «смерть-второе рождение» с перекладыванием на других ответственности за свои намерения, судьбу и действия на фоне базового недоверия к миру, алекситимической психалгии и нарциссической ярости;

- обучить его распознавать свои и чужие чувства;

- научить больного навыкам эффективного общения поведения в различных жизненных ситуациях;

- помочь направить энергию болезни в русло общественно-полезного творчества, труда, построения семейных отношений;

- наладить эффективные отношения больного и его родственников с бригадой оказывающих помощь специалистов и лекарственный комплайенс. Обязательны согласованные действия всех специалистов бригады.

6. Психотерапия шизофрении – всегда длительный процесс, занимающий не менее 2-3 лет, что связано с необходимостью накопления у пациента опыта самостоятельного преодоления жизненных трудностей.

7. Потенциально одним из эффективных методов лечения шизофрении, в особенности вне психоза, может быть использование гипнотического транса, которое может осуществляться как с помощью шоковых техник, так и механизмов ограничения внешней сенсорно-распределительной активации мозга. Гипнотический транс ценен тем, что способен положительно влиять как на биологию, так и на психологию субъекта, однако его использование затруднено вследствие эмоционально-волевой неустойчивости больных, нарушений концентрации и мышления и должно быть строго дозирован-

ным, так как излишняя дестабилизация ранимой психики больного шизофренией может привести к ухудшению.

8. Достижение стойкого улучшения при шизофрении, как правило, происходит через фазу управляемой декомпенсации, дающую возможность выхода из устойчивого патологического состояния психики самого пациента и отношений в его микросоциальном окружении.

9. Для эффективной работы с больными шизофренией личность психотерапевта должна обладать такими качествами как сила, доброжелательность, большой запасом материнских чувств, смелость, умение вести полноценную жизнь, и такими чертами характера, как искренность, гибкость, выдержка, устойчивость к фрустрации, высокая мотивация в работе с больным и упорство.

Современная терапия и реабилитация шизофрении требует комплексного бригадного подхода, при котором содружественно используются биологические и социопсихологические воздействия. На смену стратегии купирования острых состояний интенсивной терапией в стационаре приходит принцип психосоциальной реабилитации с опорой на сообщество. В то же время более активному внедрению этих принципов препятствует отсутствие чётко разработанных методик, которые могли бы эффективно и безопасно применяться в повседневной практической работе. Неясно, что именно и когда именно должен делать психотерапевт на различных этапах реабилитационного процесса, а также на каком этапе лечения психоза должна быть начата психотерапевтическая работа с больным и членами его семьи. Изложению одного из возможных вариантов подобной работы и посвящена данная книга.

Коммуникация при шизофрении

Описание шизофрении, как и любого другого психического заболевания, есть описание её симптомов, складывающихся в их более сложные комплексы – синдромы, которые с определённой последовательностью сменяют друг друга, давая нам возможность говорить о том или ином диагнозе. Говорить о тех или иных объективно выявляемых симптомах психических расстройств можно, описывая поведение больного в контексте той или иной ситуации, общения с тем или иным человеком. С точки зрения теории коммуникации, общение может быть признано симптомом психического расстройства при наличии двух критериев: а) поведение человека должно быть необычным в данной ситуации для данной культуры, и б) оно возникает произвольно. Следует также отметить, что в любом акте общения присутствует как вербальная составляющая (что конкретно сказано), так и невербальная – мимика, жестикация, особенности интонации голоса, а также контекст общения, причём информация о содержании общения передаётся одновременно по всем этим каналам. Большое значение в общении имеет то обстоятельство, является ли информация, передающаяся по всем этим каналам, единообразной (например: девушка, пригласившая к себе домой юношу, ласковым голосом здоровается с ним, улыбается, и в ответ на его объятие прижимается к нему) – этот вариант называется конгруэнтным общением, при котором отношение к собеседнику определяется недвусмысленно, или различной (в ответ на попытку юноши в этой ситуации обнять девушку она говорит, что не хочет этого, но делает это нежным голосом и её тело устремляется к нему). Второй вариант называется неконгруэнтным общением, и юноше приходится догадываться, что же на самом деле имеется в виду: принять ли за истину вербальное сообщение девушки о том, что она не хочет более интимного общения, или, пренебрегая её словами, повести себя ещё более настойчиво,

посчитав, что именно интонация и движение тела, а также контекст ситуации – ведь девушка сама пригласила его в гости – являются более существенными (118).

Здесь следует подчеркнуть, что никакой вид общения не возникает случайно. В психологии, как и в экономике, сохраняются только те процессы, которые приносят какую-либо, пусть и извращённую, пользу. Как конгруэнтное, так и неконгруэнтное общение преследуют своими целями добиться от собеседника какого-то определённого поведения (даже если это намерение и не осознаётся самим человеком). Например, можно предположить, что во втором случае истинная цель девушки – разжечь чувства юноши. Кроме того, в процессе общения всегда передаётся информация о внутреннем состоянии человека – ценная обратная связь, без которой никакое систематическое взаимодействие невозможно. Работая с тяжёлыми личностными расстройствами и шизофренией, мы очень часто видим, как весь процесс внутрисемейного общения пронизан «двойными связками». Сельвини Палацолли так описывала стиль общения в таких семьях: *«Каждый отчаянно стремится захватить право определять взаимоотношения, и каждый снова и снова продолжает проверять свою позицию, таким образом постоянно подвергая себя риску поражения. Однако спесь, эта гипертрофированная гордыня, гнездится в каждом из супругов и не может согласиться с поражением. Неудача (или даже возможность её) оказывается совершенно невыносимой, она должна быть предотвращена любой ценой. Уход от конфликта сам по себе не решает проблему, в данном случае это равносильно признанию поражения. Борьба должна продолжаться, но без риска для противников. И они находят единственный выход – избегание какого-либо определения отношений. Каждый должен дисквалифицировать своё определение взаимоотношений прежде, чем другой получит шанс сделать это»* (122).

Таким образом, и любой психиатрический симптом, проявляющийся в каком-либо поведении, также может быть рассмотрен как способ бессознательной манипуляции окру-

жающими. Невротические симптомы в этом отношении построены более просто, и недаром одним из признаков невроза является относительно легко выявляемая психиатром ситуационная вторичная выгода от невротического поведения (например, широко распространённая головная боль жён, помогающая, сохраняя свой статус жены, избежать интимных отношений с нелюбимым мужем). С симптомами шизофреническими дело обстоит сложнее.

Дж. Хейли (118) описывал суть шизофренического поведения как избегание чёткого определения своего поведения и намерений для того, чтобы, с одной стороны, по бессознательным механизмам сделать свою коммуникацию более эффективной, с другой стороны, избежать ответственности за свои действия и в любом раскладе остаться невиновным и хорошим для всех.

Любое обращение одного человека к другому можно схематично описать так:

1. Я
2. сообщаю что-то
3. тебе
4. в данной ситуации

Для того, чтобы, обращаясь к кому-то, избежать определения своего поведения, можно использовать множество способов. Например:

1. Для того, чтобы отрицать, что *именно этот человек* обращается к собеседнику, можно назваться каким-нибудь другим именем, например, представиться как Сталин или марсианин, либо сообщить, что его устами разговаривает Бог (а не он сам). Также можно сказать, что высказывание было сделано непроизвольно, когда человек не мог управлять собой – под действием алкоголя или по приказу «голосов». Кроме того, обращение может быть исполнено в виде какого-нибудь символического физиологического действия (например, мочеиспускания, дефекации или зевоты), как будто на самом деле это было вовсе не обращение, а проявление некоего физиологического процесса.

2. Самый простой способ отрицать то, что человек что-то сказал – это амнезия. Кроме того, для этого можно заявить,

что он неправильно понял собеседника и имел в виду что-то совсем иное. Также можно изобрести свой собственный язык, или общаться так, чтобы вербальная и невербальная коммуникация противоречили друг другу (например, сказать «Я рад тебя видеть» унылым тоном с тоскливым выражением лица). Кроме того, для отрицания своего поведения можно погрузиться в трансное состояние. Когда гипнотика в трансе внушается, что его рука становится всё более лёгкой и *сама* начинает подниматься выше и выше и это происходит, то позже на вопрос о том, как это происходило, пациент с искренним удивлением ответит, что рука, действительно, поднималась сама помимо его воли. Однако, с другой стороны, кто же мог поднять руку кроме самого пациента?

Подобные же феномены происходят и при шизофрении. Ещё Павлов в своей статье «Пробная экскурсия физиолога в область психиатрии» отмечал крайнюю общность с точки зрения физиолога между шизофреническим психозом и гипнотическим трансом: «едва ли можно сомневаться в том, что шизофрения в известных вариациях и фазах действительно представляет собой хронический гипноз» (167). Ту же точку зрения высказывают и гипнотерапевты эриксоновского направления, например, М. Эриксон (9), С. Гиллиген (10). Стоит вспомнить, что гипнотический транс отличается от состояния бодрствования именно фокусировкой сознания. В бодрствующем состоянии оно сфокусировано вовне, а в трансе – на внутреннем мире человека, его чувствах, ощущениях и зрительных образах. Глубокий, стойкий уход в себя, свои переживания при обесценивании (т. е. отказе от определения отношения) реальных вещей внешнего мира есть один из характерных признаков шизофрении.

3. Для того, чтобы отрицать то, что человек обращается к какому-либо конкретному собеседнику, можно начать вслух разговаривать с самим собой, или называть собеседника другим именем. Кроме того, можно заявить, что собеседник (допустим, сосед) – не тот, за кого он себя выдаёт, а тайный сотрудник ФСБ, и соответственно, начать разговаривать с ним не как с соседом, а как с тайным сотрудником ФСБ, что,

опять же, исключает возможность определения истинного характера отношений.

4. Отрицать ситуацию, в которой ведётся беседа, можно, нарушив ориентировку в месте, времени и ситуации. Кроме того, можно начать переносить прошлый опыт в настоящее и будущее («мне никто не мог помочь – и вы не поможете»).

В исследованиях группы Г. Бейтсона (46) подобного рода общение, построенное по типу «двойной связки» (double bind), было квалифицировано как «шизофреногенное». Для подобного рода отношений Г. Бейтсон выявил три квалифицирующих признака:

1. Общение должно быть важным для данного человека.

2. Во время общения одновременно передаются два противоречащих друг другу сообщения (для определения этого был использован термин «неконгруэнтность» – например, слова и мимика, пантомимика, интонация не соответствуют друг другу).

3. Правилами общения запрещено прояснять, что именно имеется в виду.

Было выявлено, что само по себе шизофреногенное общение нередко встречается не только у больных шизофренией. Однако в других случаях оно носит временный характер – алкоголь выделяется из организма, головная боль и злость проходят, психотравмирующая ситуация завершается, и человек начинает общаться конгруэнтно. Принципиальная разница в коммуникации между больными шизофренией и неврозами, как указывали Юнг (31) и Хейли (118), количественная – насколько постоянно человек общается неконгруэнтно и насколько глубоко эта неконгруэнтность заходит. К этим же выводам приходят и патопсихологии: важно не только то, в эксперименте в принципе встречаются соскальзывания мышления или недостаточная заинтересованность больного при выполнении того или иного теста, но насколько часто эти явления происходят в различных тестах (168). В то время как невротик просто использует неконгруэнтность для отрицания своего сообщения (например, раздражённо говорит: «Садитесь!» нежеланному посетителю в конце рабочего

дня – это всё же позволяет посетителю догадаться о том, что его здесь не особенно ждут), больной шизофренией усиливает свою неконгруэнтность настолько, что в поведении отрицается сам факт отрицания определения своего поведения: например, при входе в комнату нежеланного посетителя больной не просто молчит и делает вид, что не замечает его – это уже, пусть неконгруэнтно, но проявило бы уже отношение к человеку, но начинает себя вести так, как будто он чем-то крайне занят в комнате или в своих мыслях – это позволяет избежать общения и при этом не определять своего поведения как избегающее. Той же цели служат и символические высказывания, действия, а также выражение своих истинных чувств в качестве метафор – словами и поведением. В более легком варианте это будет высказывание: «Я чувствую себя так, как будто мир рухнул и все меня предали» – с соответствующим суицидальным поведением, в более тяжёлом – зашивание рта нитками в знак протеста, что к мнению больного не прислушались, в ещё более тяжёлом – разорванность речи и мышления как выражение страха перед жизнью, позволяющая надёжно спрятаться от этой жизни за стенами психиатрической клиники.

Кроме того, отказ от чёткого определения своих намерений гарантирует и отсутствие поражений, ибо кто ничего не делает – тот никогда не проигрывает. И это обстоятельство для нашего пациента, воспитанного в духе двойной связки: «ты должен быть всегда победителем и принимать только точные решения, но при этом тебе запрещено в борьбе причинять другим неудобства и делать ошибки, набираясь через них опыта» оказывается исключительно важным. Ведь чётко выполнить это родительское предписание возможно только уйдя в шизофренический тип реагирования: «Я вообще хороший и талантливый, но не смог выполнить всего возложенного на меня потому, что заболел неизлечимым заболеванием, что к тому же осложняется тем, что я не могу осознать, чем я болею, и не способен к целенаправленным действиям для того, чтобы справиться с болезнью. Вот если бы меня кто-то (не дай Бог!) вылечил, я бы безусловно смог

оправдать родительские надежды».

В Ветхом Завете было установлено: «Если продается тебе брат твой, Еврей, или Евреянка, то шесть лет должен он быть рабом тебе, а в седьмой год отпусти его от себя на свободу... Если же он скажет тебе: «не пойду я от тебя, потому что я люблю тебя и дом твой», потому что хорошо ему у тебя, то возьми шило и проколи ухо его к двери; и будет он рабом твоим навек» (Второзаконие 15, 12-17). Чем же так приятна была доля раба, что Моисею пришлось специально прописывать такой закон? Только одним: раб избавлен от тяжести принятия на себя ответственности. Сколь же сладостна, несмотря на постоянное унижение и обязанность выполнять самую тяжёлую работу, доля безответственного человека, что даже собственных ушей оказывалось не жалко! Точно так же человек, избегающий по бессознательным механизмам определения своего поведения, отношений и намерений, избегает и ответственности, попадая под категорию невменяемости.

Безусловно, немалую роль в переходе пациента к шизофреническому стилю реагирования играет и специфическая ранимость личности, основанная, как показывают современные исследования, на снижении функции лобной коры на фоне аутоиммунных, токсических и медиаторных нарушений. Ошибочным является противопоставление биологических и психологических механизмов патогенеза друг другу. Они, как показывает практика, всегда идут рука об руку, и усиление биологических нарушений всегда приводит к отягощению психологических и семейных проблем. В то же время регулярные стрессы, которым пациенты подвержены из-за психологической слабости и ранимости их личности, а также постоянные семейные проблемы по всем законам развития стрессовых реакций гарантированно приводят к нарушению биологического функционирования мозга. Поэтому параллельно с описываемыми психологическими методами воздействия, а нередко и опережая их, всегда должна проводиться научно обоснованная биологическая терапия.

Ещё одним весомым основанием использовать шизофре-

нический тип общения для пациента является нарциссическая ярость – мощный заряд разрушительных негативных эмоций, неизменно выявляющийся в психике больного шизофренией при проведении психоаналитической терапии. Она возникает как реактивное образование вследствие глубокого ощущения собственной слабости, неполноценности пациента и соответствующего страха уничтожения со стороны внешнего мира. Эта ярость сдерживается либидо – энергией любви к близким. Спотниц так описывает этот процесс: *«Целостность психики и судьба внешнего объекта становятся ставкой в битве между агрессивным объектным катексисом, сражающимся за контроль над моторикой, и либидинальным катексисом, контролирующим моторику для предотвращения агрессивных действий. В этих состояниях высокого напряжения энергии либидо хватает, чтобы сдерживать враждебное поведение, но недостаточно, чтобы быть организующей силой психического аппарата. Исход этой битвы предрешен в пользу более мощного соперника. Установление паттернов шизофренической реакции уменьшает напряжение в достаточной степени, чтобы сохранить объект, но дезорганизует психический аппарат, что приводит к психозу... Чтобы прояснить бессознательную операцию, я еще раз подчеркну, что пациент постоянно испытывает давление сильного желания убивать и защищается от него тем, что выводит из строя свой психический аппарат с его высоким потенциалом к деструктивным действиям. Разрушить потенциально деструктивную самость, чтобы предотвратить опасные действия, направленные против других людей, – все равно, что вдребезги разбить винтовку, чтобы не нажать на курок» (1).*

Уходя в мир символов, пациент должен куда-то потратить энергию, которая должна была бы пойти на социальную адаптацию и развитие его личности, а также хотя бы как-то объяснить самому себе смысл происходящего (при том, что истинные цели своего поведения по правилам подсознательной игры прояснению не подлежат). Тут и приходит на помощь инициация с использованием эндогенных механизмов

мифоритуального комплекса «смерть-второе рождение», описанного Зайцевой-Пушкаш и другими авторами, изучавшими традиционные культуры (2) (39). Больной не просто удаляется от общения с людьми и работы – он занят постижением важных, неведомых непосвящённым знаний и совершением действий под руководством высших, захватывающих его волю сил. После этого его ждёт совсем новая жизнь – иногда наполненная новым, непостижимым для других смыслом, а иногда просто доживать свой век обессиленным и безвольным, как выжатый лимон. Но теперь это безволие имеет объяснение: «Всё происшедшее полностью истощило меня, это не я убегаю от жизни, это моя болезнь. Я сам не могу ничего сделать, но я надеюсь на то, что всё как-нибудь образуется (то есть кто-то решит за меня мои проблемы)». В обоих этих случаях, как показывает Ялом, человек отказывается от принятия на себя ответственности за свои действия и свою жизнь, передоверяя её «конечному спасителю» (40).

Кроме того, мы постоянно видим, что общение в семьях больных шизофренией, как уже отмечалось выше, построено на «двойных связках». Отличие пациента от членов его семьи состоит в том, что, во-первых, они используют «двойные связки» периодически, отказываясь от них там, где это препятствует социально-трудовой адаптации, а, во-вторых, пациент является менее важным членом семьи, чем кто-то из родителей или сиблингов, и, несмотря на то, что этот другой член семьи оказывается психически болен ещё тяжелее, чем наш пациент, последний по бессознательным механизмам функционирования семейной системы приносится в жертву семейной стабильности. Объявление его больным позволяет другим грустно вздохнуть: «Эх, как бы хорошо мы жили, если бы Вася не болел шизофренией», – и успокоиться, забыв о собственных интрапсихических проблемах и сложностях в общении. Любовь у родителей ушла (или её никогда не было), а разводиться и начинать жизнь сначала страшно. Осознать это для них – погрузиться в пучину отчаяния, и тут снова приходит на помощь Васина болезнь: «Мы честные, порядочные, ответственные люди. Как же мы

можем расстаться, когда наш сын так тяжело болеет! Мы вместе для того, чтобы спасти его». Опытным психиатрам известно, что зачастую самые большие проблемы в семье начинаются именно тогда, когда психически больной член семьи вдруг выходит в чистую ремиссию.

Впрочем, выйти в чистую ремиссию ещё не значит выздороветь навсегда. Ведь наш пациент всю жизнь провёл в мирке своей семьи, общавшейся «двойными связками» и скрывавшими от себя и друг от друга свои истинные чувства и намерения. А выздороветь – значит выйти в большой мир, где люди общаются совершенно иначе и где «двойные связки» употребляются относительно редко, а успешные люди (о, ужас!) открыто говорят друг другу о своих чувствах, желаниях и намерениях, и при этом не боятся совершать новые ошибки, руководствуясь изречением У. Черчилля: «Успешность – это умение идти от поражения к поражению, не теряя оптимизма!» В таких условиях наш пациент никогда не жил, и, в отсутствие психосоциальной реабилитации, он просто не представляет, как так можно действовать. Он пытается из самых лучших побуждений общаться так, как научился в своей семье, но его не понимают и отторгают, считая нелепым чудачком. Нарастает социально-трудовая дезадаптация, и вскоре, подобно заключённому, освободившемуся после долгого срока лишения свободы и не сумевшему приспособиться к свободе, о которой он так долго мечтал, наш пациент возвращается в мир своей семьи, вызывающий у него самые негативные чувства, но стиль общения в котором для него более привычен. А начать общаться по-другому обычно означает стать чужим для своей родительской семьи в условиях, когда новые социальные связи заводятся с большим трудом и из-за неумения их развивать не отличаются стойкостью, что чревато хроническим одиночеством.

Таким образом, отказ от определения своих отношений и уход в шизофренический стиль реагирования имеет для пациента ряд больших преимуществ:

1. Избегание ухода в самостоятельную жизнь и принятия на себя ответственности за свои действия.

2. Обеспечение безопасности своих близких, предохраняя их от излишней своей нарциссической ярости.

3. Стабилизация психического состояния своих близких и отношений в родительской семье.

4. Избегание ошибок и поражений.

5. Сохранение отношений с родителями.

6. Предотвращение полного одиночества.

7. Обретение смысла своей жизни за счёт развития мифоритуального комплекса «смерть-второе рождение».

Как указывала Н.П. Бехтерева (116), всякое длительно текущее неврологическое или психиатрическое заболевание приводит к формированию устойчивого патологического состояния головного мозга, при котором психика сопротивляется попыткам врачей вылечить пациента, и выход из которого возможен только через фазу декомпенсации (по возможности – управляемой). То же утверждает и психоанализ, одним из важнейших инструментов которого является работа с бессознательным сопротивлением пациента. Поэтому, как справедливо указывали Хейли (118), Минухин (121), Витакер (50), Сельвини Паллацолли (122) и др., первым этапом в работе с больным шизофренией является «выкорчёвывание» его из занятой им «экологической ниши» отказа от определения отношений. Это можно делать двумя путями. Первый – наиболее распространённый путь прямой атаки, когда пациент извлекается из его внутрисемейного окружения в психиатрический стационар, где его отношения определяются директивно медперсоналом (и поэтому избежать их определения невозможно), а симптомы психических расстройств, с помощью которых пациент манипулировал окружением, обрываются с помощью психофармакотерапии или коматозных методов лечения, что вынуждает пациента искать другие пути общения и поведения в мире. Однако результаты использования этого метода напоминают распространённую в современной политике ситуацию, когда крупная развитая держава берётся срочно цивилизовать соседнюю страну, находящуюся в варварском состоянии, методом крупной военной операции, надеясь на то, что в дальнейшем соседи

проведут у себя цивилизованные демократические выборы и заживут наконец как люди. Сначала всё идёт блестяще: соседняя страна быстро оказывается оккупированной, все её вожди клянутся в верности демократическим идеалам бледнолицых братьев, в страну широким потоком направляется гуманитарная помощь. Однако последняя быстро разворачивается, чему по какой-то причине только помогают демократически избранные власти, в нищих провинциях поднимает голову и крепнет партизанское движение, с которым всё труднее оказывается справляться, новые и новые военные операции приносят всё меньшие результаты при всё больших затратах, и постепенно крупная развитая держава обнаруживает, что цена удержания варварских соседей от окончательного хаоса становится всё более высокой. В определённый момент у крупной развитой державы возникает синдром психотерапевтического выгорания, она плюёт на проблемы соседей и уходит, примирившись со всеми репутационными и экономическими потерями, расценив ситуацию как неизлечимую в принципе, когда самым лучшим способом будет отгородиться от соседей как можно более высоким забором чтобы больше никогда их не видеть. Только получится ли?

Мудрым политикам известно, что для окультуривания варварской страны следует прежде всего наладить тесные связи с правящими элитами и в первую очередь не торопясь окультурить их, обучая правителей и их детей в своих ВУЗах, оказывая этим элитам военную и экономическую помощь для того, чтобы они сами навели у себя порядок, и создать экономические условия, чтобы жителям страны выгоднее и легче было заниматься мирным трудом, нежели разбойничать. Далее начинается тонкая дипломатическая работа, насыщенная хитрыми, незаметными снаружи, но точно просчитанными ходами. Данный процесс оказывается значительно более длительным и менее блистательным вначале, нежели описанный ранее метод лобовой атаки, но зато даёт значительно лучшие и стойкие отдалённые результаты. Подобным образом действует и приобретающий всё большую популярность в последнее время принцип лечения психиче-

ских заболеваний с опорой на сообщество, когда целями бригады специалистов, работающих с больным и его близкими является построение среди последних адекватной иерархической структуры, обученной самостоятельно успешно справляться со всеми возникающими проблемами.

Имеется ещё один важный момент, характерный не только для больных шизофренией, но для личностно незрелых людей вообще. Если для человека зрелого важны слова, которые он говорит и которые говорятся ему (вторая сигнальная система по Павлову), то для незрелой личности слова сами по себе малосущественны и значимыми являются внешние выражения душевной жизни: поступки и жесты (первая, филогенетически более древняя сигнальная система). С этим человечество столкнулось ещё во время крушения Древнего Рима, когда стройная система римских законов, основанная на логике и доказательности слова уступила место законам жестов и поступков. Вместо речи или логически составленного заявления франкское законодательство «Салическая Правда» (169) для возложения части своего долга на родственников предписывало пригласить 12 соприсяжников – свидетелей из ближайших родственников, выйти на крыльцо своего дома, встать лицом внутрь дома – цивилизация жеста, встать именно так, тогда это будет по закону, – и бросать эту горсть правой рукой, обязательно правой, через свои плечи на ближайших троих родственников, по отцу, потом по матери и т.д. и тогда они должны заплатить половину того, что не достаёт для уплаты штрафа. Если эти ближайшие уже заплатили – ещё на следующих родственниках. Потом он должен без обуви, без пояса, с колом в руке прыгнуть через плетень, и тогда требование закона о расплате родственников за должника вступало в законную силу. Если же, наоборот, человек хотел отказаться от родства, чтобы не расплачиваться по чужим долгам, то он должен был прийти к судье и там разбросать над своей головою палки длиной в локоть на все стороны света. Среди незрелых людей царствовал и царствует именно поступок, жест, и именно на них и должен опираться психотерапевт на первых этапах своей работы, больше уделяя

внимания работе с действием и переживанием чувств, нежели чем с логичным обсуждением происходящего, очередь которого приходит значительно позже. Эта идея является одной из стержневых в обосновании использования телесно-ориентированной психотерапии при шизофрении, основанной на использовании танца, жестов, движения. К.-Х. Лёйнер, в свою очередь, описывая свою методику символ-драмы (42), подчёркивал, что на первых этапах работы с визуализируемыми образами их разбор и интерпретация возможны, но нежелательны, что также отражает сложности наших пациентов в логическом постижении мира и большей важности именно действия и переживания, хотя бы и воображаемого.

В практике врача-психиатра периодически встречаются больные, мышление и эмоционально-волевое реагирование которых, согласно данным экспериментально-психологического исследования (ЭПИ), являются сильно изменёнными текущим эндогенным процессом, в то время как данные пациенты оказываются замечательно адаптированными в обществе, имеют хорошие семьи или личные отношения, и попадают в поле зрения врача-психиатра по поводу умеренно выраженных проблем невротического характера. Важным вопросом для нас было: какие именно компенсаторные механизмы помогают им при достаточно выраженном шизофреническом патосимптомокомплексе избежать социально-трудовой дезадаптации и жить достаточно счастливой, полноценной жизнью?

С этой целью нами были проведены клинические осмотры в сочетании с ЭПИ 32 подобных больных. У всех из них были обнаружены признаки шизофренического патопсихологического симптомокомплекса от лёгкой до умеренной степени выраженности с изменением как мотивационной, так и операциональной сферы мышления по шизофреническому типу. В то же время клинически у них нельзя было уверенно говорить о наличии текущего эндогенного процесса в его прогрессивной форме: структурно-динамически они уверенно удерживались на невротическом уровне, не отмечалось ни аутизации, ни социально-трудовой дезадаптации.

Причиной обращения к психиатру у них являлись умеренно выраженные тревожные и психосоматические расстройства.

В процессе изучения механизмов компенсации было отмечено, что для этой группы пациентов были характерны высокий интеллект и высокие значения по шкалам «истерия» и «психопатия» в СМИЛ (т. е. личностные особенности, компенсирующие постепенно развивающиеся на фоне болезни шизоидные и депрессивные черты, благодаря которым на некоторых этапах болезни они сами и их близкие иногда отмечали, что их характер стал даже лучше, чем до болезни). В меньшей степени, нежели у других пациентов, у них были выражены нарушения мимики; они были способны неплохо понимать истинный смысл мимических реакций собеседников. Все они благодаря своему высокому интеллекту и способности устанавливать гармоничные объектные отношения сумели выработать интересный способ адаптации: в условиях характерных для шизофренического патопсихологического симптомокомплекса неравномерности и непоследовательности процесса обобщения с уравниванием значимости основных и второстепенных признаков предметов и понятий они обучались для решения данных вопросов подробно расспрашивать собеседников о том, что именно следует сделать и по каким именно критериям следует принять правильное решение, после чего, получив необходимые инструкции и в точности их выполняя, они действовали, в том числе во время тестирования, весьма эффективно. Если же в процессе ЭПИ им давали тест с «глухой» инструкцией (когда психолог отказывался давать подробные разъяснения о том, как правильно выполнять тест, ограничиваясь стандартной постановкой задачи), существенные нарушения мышления немедленно отражались в результатах в виде тенденции к уравниванию значимости главных и второстепенных признаков предметов и понятий, смысловых соскальзываний с актуализацией нестандартных свойств и отношений, отчетливой склонностью к чрезмерному обобщению при определении понятий, проявлений разноплановости мышления.

Кроме того, хорошо простроенные объектные отношения были для пациентов и источником мотивации к конструк-

тивной деятельности. При этом следует ещё раз подчеркнуть, что личные отношения у всех обследованных пациентов этой группы были достаточно структурно чётко простроены, с налаженной внутрисемейной иерархией и обратной связью. Все они работали и были ценны как специалисты или даже руководители организаций, а периодически возникавшие эмоционально-волевые декомпенсации быстро сглаживались окружающими, хорошо знавшими личностные особенности пациентов: «Шеф сегодня не в духе, зайдите завтра или дайте мы с вами сами всё решим».

Часто для решения своих проблем больные данной группы спонтанно использовали приём визуализации образов: «Работаю я как-то у станка, и тут появляются «голоса». Ну, я понимаю, что это дело потенциально опасное, станочек выключаю, рядом сажусь и представляю красивый сад, яблоньки, ручеек, как я там отдыхаю – голоса и уходят постепенно. А я отдохну и дальше к работе».

Таким способом, главными механизмами спонтанной личностной компенсации, препятствующей развитию социально-трудовой дезадаптации и уменьшающей выраженность эмоционально-волевых нарушений у больных шизофренией оказывались высокий интеллект, выраженность возбудимого и истерического радикалов в личности, чётко структурно простроенные, с налаженной внутрисемейной иерархией и обратной связью, объектные отношения (что, в свою очередь, невозможно без достаточной интеграции Супер-Эго, способности ответственно относиться к себе и своей жизни) и умение преодолевать декомпенсации с помощью визуализации образов. Эти наши наблюдения подтверждают мнение Кернберга, что прогноз психотерапевтического лечения при тяжёлых расстройствах личности в большей степени зависит не от тяжести заболевания, а от качества объектных отношений и степени интеграции Супер-Эго (20).

Каковой же должна быть стратегия решения проблем больного шизофренией и его микросоциального окружения? Как мы уже показывали выше, в основе её должны быть ходы, делающие неэффективной обычную стратегию проблемно-решающего поведения пациента, основанную на

манипуляции окружением с помощью своих симптомов, замаскированной отказом от определения своего поведения и намерений. Эти ходы делятся на ряд категорий:

1. Создание в микросоциальном окружении пациента стройной иерархической структуры с чётко прописанными правами и обязанностями всех её членов, ответственностью за невыполнение своих обязанностей, и главой, способным обеспечивать соблюдение всех этих законов, а также работающей обратной связью, позволяющей каждому члену семьи верно понять последствия своих действий. В такой структуре не остаётся места для неопределённости отношений.

2. Эффективная биологическая терапия, направленная на коррекцию медиаторных, токсических и аутоиммунных расстройств, приводящих к специфической шизофренической ранимости личности и развитию психозов. Кроме того, биологическая терапия приводит к ограничению способности пациента поддерживать прежний стиль внутрисемейного реагирования, что также создаёт условия для изменения характера внутрисемейных отношений и поиска больным новых возможностей для реализации себя во внешнем мире.

3. Противопоставление общению, основанному на «двойных связках», парадоксальных действий психотерапевта, направленных на предписание пациенту в замаскированной форме его же шизофренического стиля реагирования. Это также разрушает бессознательную игру пациента и его близких: продолжение прежнего поведения и реагирования теперь начинает означать подчинение психотерапевту и, соответственно, чёткое определение отношений.

4. Учитывая склонность больных шизофренией к транс-овому функционированию, для получения доступа к их переживаниям и коррекции их личности также может быть использована гипнотерапия, которая, кроме всего прочего, обладает и выраженным позитивным действием и на биологические процессы, также являющиеся движущими силами болезни – интоксикацию, аутоиммунные нарушения, расстройства медиаторного обмена. Вместе с тем большинство данных пациентов маловосприимчивы к обычным методикам гипнотического наведения из-за негативизма, на-

рушения концентрации внимания и расстройств мышления. Поэтому в этих случаях гипнотической работе должна предшествовать когнитивная тренировка, направленная на коррекцию данных проблем.

5. Шизофреническая инициация мифоритуального комплекса «смерть-второе рождение» (35) с переключением всех своих проблем и ответственности на «конечного спасителя» (40) должна быть с использованием соответствующего стыковочного сценария (11) и работы в трансе заменена на инициацию развития зрелой, успешной личности, достаточно сильной, чтобы, в отличие от множества других людей, успешно справиться со всеми своими трудностями как во внутреннем, так и во внешнем мире (сценарий собственной исключительности) (40). Это особенно необходимо ещё и потому, что больные шизофренией ввиду дисфункциональности их семей имеют вокруг себя намного больше примеров жизненных провалов и тупиков, нежели успехов, и для победы им часто действительно необходимо стать исключением из общего правила жизненных неудач, установившегося в их роду.

6. На первых этапах работы с больным преимущественное внимание должно уделяться не логическому разбору существующих трудностей, а совершению в первую очередь родственниками пациента конкретных действий, демонстрирующих соблюдение новых законов, основанных на принципах иерархии и обратной связи.

Данные действия приводят к разрушению прежних стереотипов в отношениях, стиле реагирования и поведении. Но для окончательного решения вопроса пациент и его близкие должны быть обучены действовать по-другому и накопить достаточный опыт гармоничного выражения своих чувств и проблемно-решающего поведения как в вопросах внутренней, так и внешней жизни. Это также оказывается важными целями дальнейшей индивидуальной и семейной психотерапии, а также социально-трудовой реадaptации. Изложению практических способов достижения данных целей и посвящена эта книга.

Семейная психотерапия

Как мы уже указывали выше, первым этапом любого хирургического вмешательства является наведение порядка в операционной. Эффективная реабилитация при шизофрении редко возможна без наведения порядка в семье. Даже простое удаление пациента, находящегося в психозе, из семьи с её патологическими стереотипами общения может иметь лечебный эффект, по своей значимости сравнимый с нейролептической терапией, что показал опыт сотерий (88) (85) (84). Вовлечение семьи в терапевтический и реабилитационный процесс при шизофрении является ключевым условием для его результативности – подчёркивали Краснов с соавт. (164), поэтому описание методов психотерапии шизофрении мы начинаем именно с техники работы с семьёй.

Следует также отметить, что начало работы со встречи со всеми членами семьи выполняет ещё одну важную роль. Как будет показано ниже, прогноз эффективности работы во многом определяется не столько исходной тяжестью состояния больного и даже не типом течения шизофренического процесса, а готовностью всех членов семьи чётко исполнять все указания психотерапевта и активно, последовательно бороться за выздоровление родственника. И структура семьи, характер отношений в ней позволяют довольно точно спрогнозировать те проблемы, с которыми мы встретимся на пути реабилитации, и увидеть те ресурсы, на которые мы на этом долгом и сложном пути можем опереться. В настоящее время имеется огромное количество больных шизофренией, диагноз которых рассматривается как приговор, и реально очень небольшое количество специалистов, которые могут эффективно таким больным помогать на этапе реабилитации. Начало работы с семейной психотерапией позволяет более чётко выбирать тех, терапия которых будет максимально эффективной, и не тратить лишнее время и силы на тех пациентов, выздоровление которых реально никому (в том числе и

самим больным) не нужно. При большом потоке пациентов следует помнить о бессмертных принципах сортировки раненых Пирогова и в первую очередь брать на лечение именно максимально курабельных больных.

Среди наших пациентов встречаются хорошо социально адаптированные больные с мягкими, неврозоподобными формами шизофрении, которые настаивали именно на индивидуальной форме работы, без вовлечения в психотерапию родственников. Такие пациенты часто осознанно относятся к необходимости длительной психотерапевтической работы, готовы к принятию на себя ответственности за свою судьбу и даже нередко настаивают на том, чтобы работа производилась без включения в нее других членов семьи. Мы обычно соглашались на это при условии заключения психотерапевтического контракта не менее чем на полгода, и что чисто индивидуальная работа проводится только при условии её эффективности, а в ближайшие, чётко оговоренные сроки пациент должен начать либо учиться, либо работать на полный день. Мы заранее оговариваем, что если в её процессе возникнут непреодолимые трудности, то психотерапевт вправе поставить вопрос о вовлечении в психотерапевтический процесс других членов семьи. Но и в этих случаях индивидуальная психотерапевтическая работа должна включать в себя меры по коррекции семейных проблем. Иногда это была работа, прямо направленная на сепарацию от родительской семьи и начало самостоятельной жизни. В других случаях приходилось, в стиле М. Боуэна(49) (51) , продумывать сценарий перехода о индивидуальной к семейной психотерапии: как побудить пациента привести к психотерапевту всю его семью или, при мягком течении процесса и удовлетворительной социально-трудовой адаптации, как в дальнейшем помочь ему изменить характер отношений в его родительской семье. Вроде бы совершенно индивидуальная психотерапия больного с мягким течением шизофрении постоянно имела продолжение в виде явления в кабинет врача всех его родственников, и это оказывалось тем более вероятным, чем больших положительных изменений удавалось достичь в процессе индивидуаль-

ной работы. Существенные изменения в психике больного не могут оставить интактной всю семейную систему, её кризис в этой ситуации неизбежен, и, как говорят политики: «Если революцию невозможно предотвратить, её необходимо возглавить». Важно, чтобы в этой ситуации семейного кризиса именно психотерапевт направил энергию в нужное русло, ибо иначе наиболее вероятным результатом является то, что в результате семейной реакции больной прекращает посещать психотерапевта, все достижения перечёркиваются, и вся история становится очередным ходом в игре в «Тупик»: всем становится очевидно, что ничего не помогает и всё бессмысленно – болезнь сильнее, выхода нет.

Как показывалось выше, существует много разновидностей семейной психотерапии шизофрении (170). Их эффективность, как правило, определялась творческими способностями личности психотерапевта, структура их описана недостаточно, и зачастую в этой структуре вовсе отсутствует взаимодействие с назначающим лекарства психиатром. Иногда отношение к лекарственному лечению у авторов этих методик и вовсе явно враждебное (120). Всё это крайне затрудняет использование этих методик в рутинной психотерапевтической практике.

Нами была описана и запатентована структурированная методика семейной терапии как составной части комплексного лечения шизофрении (патент РФ № 2371209 от 27.10.2009 г.), состоящая из 8 этапов (171). Она составлена таким образом, чтобы её в большинстве случаев мог использовать и психиатр с минимальными психотерапевтическими знаниями. В основу её положена стратегическая семейная терапия Джея Хейли (119) (120).

Лечение пациента начинается с момента обращения – с первого телефонного звонка. И с этого момента врачу следует понимать, что он столкнулся не с одним человеком, больным шизофренией, а с организацией – его семьёй, с определённой системой отношений, в которой этот человек занимает своё, уже устоявшееся, место в сложившемся патологическом равновесии. Даже в тех ситуациях, когда наш пациент живёт

один, его родители, иногда находящиеся за тысячи километров от него – чрезвычайно значимые люди, наиболее эффективные для него гипнотизёры, одно слово которых нередко может изменить очень многое. Поэтому К. Витакер справедливо подчёркивал особую значимость именно этого первого этапа – *этапа борьбы за структуру и инициативу* (50).

Психиатрия во многом живёт по совсем иным законам, нежели иные области медицины. Предположим, у больного случился аппендицит. Вызванный врач будет категорически настаивать на госпитализации и выполнении оперативного вмешательства в условиях стерильно чистой операционной. Можно поэтому сказать, что любое хирургическое лечение начинается с тщательного наведения порядка в том месте, где оно проводится. Оперировать посреди грязного помещения хирург будет только в самом экстренном случае, причем, после выполнения манипуляций, предотвращающих немедленную гибель больного – остановки кровотечения или восстановления проходимости дыхательных путей – врач будет в первую очередь опять же озабочен перенесением процесса лечения в чистую, подготовленную среду, зная, что иначе осложнений не избежать и любое блестящее вмешательство кончится нагноением. Однако психиатр в аналогичном случае поступает с точностью до наоборот. Встретившись с психически декомпенсированным пациентом, живущим в семье с высоким уровнем **expressed emotions (ЕЕ) (76)** – среди постоянной тоски, тревоги, страха, гнева, и неспособным жить за пределами этой среды, психиатр берётся за дело так, как будто вся проблема только в самом пациенте, а всё окружение не имеет к происходящему никакого отношения. При этом, как правило, любой опытный психиатр прекрасно знает, что при таком поведении родственников выздоровление будет существенно затруднено – но все сложности в лечении предпочитает объяснить неизлечимостью психических расстройств. В работах Джея Хейли (118) и Сельвини Палацолли (122) подчёркивается, что важнейшим свойством шизофренического стиля общения, характерного не только для больных, но и для их родственников, является «как будто бы»: отец

общается так, как будто бы он хочет уйти из семьи, мать – как будто бы она ненавидит отца, психически больной сын ведёт себя так, как будто бы он совсем сумасшедший (причём после попадания в психиатрический стационар поведение приобретает заметно более упорядоченный характер). Психотерапия давно выделила проективную идентификацию (способ психологической защиты, характерный для пограничных личностей и психотических больных, при котором окружающие начинают испытывать те чувства, которые мучают больного) (20). Складывается впечатление, что психиатр попадает под магическое действие проективной идентификации и контрпереноса (1), и сам присоединяется к тому стилю общения, который характерен для данной семьи и который в немалой степени является источником имеющихся проблем, своими действиями лишь закрепляя устоявшееся патологическое равновесие. Представляется также, что устоявшаяся практика не говорить пациентам их истинные диагнозы – делать вид, что они не шизофреники, а идиоты, что они не общаются, не читают книги и статьи в интернете и неспособны предположить, чем именно они болеют – также относится к действию данных психологических защит, действующих у самого врача (излишне будет лишним раз напоминать о том, насколько важной для эффективной работы с больными шизофренией является прохождение врачом своей личной психотерапии). Поэтому с самого начала своей работы психотерапевт должен терпеливо начать распатывать устои патологического семейного равновесия.

Для этого, как минимум, требовалось собрать всех, живущих под одной крышей, оптимально оказывалось собрать вместе 3 поколения родственников, включая родителей супруга и других, хотя и дальних, но значимых в данной семье родственников и друзей больного и его родителей (максимально в кабинете одновременно оказывалось 12 человек). Как правило, чем больше членов семьи удавалось собрать, тем лучшие результаты оказывалось возможным получить. Работать только с 2 членами семьи (например, мамой и больным сыном) часто оказывалось неэффективно, необходим был

кто-то третий, пусть даже малознакомый человек (приятель сына, сотрудница мамы и т. д.), чьё включение в разговор было способно разорвать патологический стереотип общения в семье (как формулируют этот принцип семейные психотерапевты, «двойки» надо превращать в «тройки» (119) (120)). Весьма желательное присутствие обоих родителей, даже если они в разводе или ссоре. Уже первый этап – когда собираются все члены семьи и открыто начинают разговаривать о проблемах – нередко оказывает волшебное действие. В то же время присутствие самого пациента желательно, но необязательно, и если он находится в состоянии острого психического возбуждения, то его принимают предварительно отдельно от других в формате обычного психиатрического осмотра с назначением соответствующего неотложного лечения. В случае же, когда состояние пациента является подострым и более-менее подчиняемым, его присутствие на семейной встрече целесообразно. В целом, чем тяжелее психическое состояние больного шизофренией, тем более эффективна семейная психотерапия из-за того, что именно в этот момент развивающийся семейный кризис делает семью максимально податливой для изменений. По мере улучшения психического состояния всё большую роль приобретает психотерапия индивидуальная.

1. Задачей первого этапа работы является временный захват психотерапевтом инициативы в психотерапевтическом процессе с активным выражением точки зрения о том, что проблемы, стоящие перед семьёй и больным, несомненно разрешимы. Важным моментом при этом является переформулирование проблемы из неразрешимой (проблема немедленного полного излечения шизофрении) в разрешимую (как научить больного быть ответственным, дисциплинированным, последовательным и успешным в жизни). Во время первой встречи мы сперва давали всем членам семьи, начиная с младших, возможность высказать свою точку зрения на происходящее. Больному давали слово последним, тем самым стремясь максимально выявить иные точки напряжённости в семье. После этого мы вкратце знакомили собравшихся с

основными данными, полученными при диагностике. Если больной был выражено эмоционально декомпенсирован, то диагноз шизофрении мы сначала сообщали родственникам без него. Сразу же мы приступали к психообразованию (163). Мы рассказывали о современных представлениях о шизофрении, её течении, исходах и факторах, способных повлиять на течение болезни, обязательно отмечая, что на современном уровне развития психиатрии и психотерапии вполне возможно подобрать схему лекарственного лечения, которая, при регулярном приёме лекарств, будет эффективно купировать наиболее выраженные проявления заболевания, а длительная психотерапия поможет пациенту обучиться быть эффективным программистом для своего мозга, настраивая в нём те качества, которые ему необходимы. Очень важна была дестигматизация – снятие с шизофрении ярлыка позорного и неизлечимого заболевания. Для этого, например, использовался следующий приём: «Шизофрения – заболевание, очень похожее на гипертонию, только при гипертонии расстройства возникают в стволе головного мозга, а здесь – в лобных отделах; психозы при далеко зашедшей гипертонической энцефалопатии также нередки. Может ли больной гипертонией быть счастливым и успешным? Безусловно, если осознаёт свой диагноз и связанные с ним ограничения, регулярно посещает врача и чётко исполняет все его назначения, контролирует своё артериальное давление и знает, как справиться с гипертоническим кризом, а также отрегулирует режим своего дня и сам, или, позанимавшись с психологом, научится спокойно реагировать на жизненные проблемы. При этом шизофрения – заболевание более лёгкое, чем гипертония: от последней бывают инфаркты и инсульты, а от шизофрении – никогда». Мы настаивали на том, что диагноз и неспособность быть успешным в жизни – это не одно и то же (здесь все чем-либо болеют, и я, врач, в том числе, но все работают и более-менее успешно строят личные отношения), и отмечали особую роль спокойных, последовательных отношений между членами семьи и важности чёткого соблюдения внутрисемейной иерархии, умения быть

ответственными, гармоничного выражения своих чувств и однозначности вербальной и невербальной коммуникации родственников. Кроме того, ставился вопрос, каким образом члены семьи будут справляться с тремя наиболее важными проблемами:

- нерегулярностью приёма лекарств;
- грубыми нарушениями поведения;
- нежеланием работать либо учиться.

При этом подчёркивалось, что без решения этих проблем успешная работа невозможна. Тем самым начиналась дестигматизация патологического внутрисемейного гомеостаза, достигавшая своего пика на 4 этапе.

2. *Выработка общих для всех членов семьи целей.* Для этого мы сначала просили каждого изложить свою точку зрения на то, что именно должно произойти для достижения наилучших результатов лечения, подчёркивая, что это возможно только при объединении усилий врачей и всех членов семьи. После того, как все высказутся, мы подчёркивали, что все высказывавшиеся, при всей разнице во мнениях, хотят одного и того же – чтобы дома царил атмосфера взаимоуважения, понимания, любви, помощи друг другу. Мы спрашивали, есть ли здесь кто-то, кому надо что-то другое? Воцаряющееся молчание оказывалось очень важным. Мы уточняли, правильно ли мы понимаем, что никто из членов семьи не сможет быть счастливым, если хоть один из тех, кто живёт рядом с ним, несчастен, и что, исходя из этого, удовлетворение потребностей других членов семьи является крайне важным для каждого из присутствующих. Положительный ответ на этот вопрос оказывался краеугольным камнем дальнейшей работы.

3. *Отсоединение психотерапевта от семьи с передачей инициативы её членам.* Мы подчёркивали, что решение каких-либо проблем в любой системе невозможно без восстановления в ней иерархических отношений, и после этого задавали вопрос: «Скажите, кто у Вас главный, и, если его нет, то кто мог бы им быть? Ведь я психотерапевт, я не член вашей семьи и главным у вас быть не могу». При этом

мы подчёркивали, что качество правления того или иного главы семейства будет определяться по тому, насколько хорошо при этом будет жить его подчинённым. После этого мы предлагали членам семьи 5-10 минут пообщаться о том, как, исходя из всего этого, необходимо перестроить отношения в семье, и кто из них что смог бы сделать для решения существующих проблем. В случае возникновения споров о том, кто будет главным, мы предлагали всем желающим по очереди побыть руководителем семьи на месяц – но с тем, чтобы другие члены семьи не только чётко исполняли волю главнокомандующего, но и оценивали ежедневно в баллах качество его правления. При этом, с учётом специфики ситуации, главным критерием, который подлежал оценке, было поведение и состояние больного. Исходя из того, кто за время правления набрал сколько баллов, в дальнейшем члены семьи могли решить, кто был самым эффективным начальником. Следует отметить, что первым руководителем семьи психотерапевт обычно рекомендовал побыть главному семейному оппозиционеру. Обычно его руководство длилось от нескольких минут до нескольких дней, и позже, разобравшись, что тяжеловата для него шапка семейного Мономаха, данный член семьи уходил с занимаемой должности по собственному желанию и не мешал править семьёй тем, чьи личностные особенности более подходили для этого. Возникающие же в дальнейшем попытки по старой привычке побаламутить семейную воду обычно быстро прекращались простым предложением снова взять не менее чем на месяц всю ответственность на себя.

Здесь мы всегда подчёркивали, что эффективное руководство невозможно без налаженной обратной связи. Большинство современных семей образуются не для того, чтобы не умереть с голоду поодиночке, а с надеждой быть счастливыми, т. е. испытывать в семье наиболее положительные чувства. При этом для семей больных шизофренией, как правило, свойственна алекситимия – неспособность осознавать и выражать свои истинные чувства и потребности, и обратная связь осуществляется за счёт вышеописанных пато-

логических игр. Поэтому на этом этапе мы начинали обучать членов семьи обмену эмоциями. Для этого, например, предлагалось повесить на стену список чувств, опираясь на который при сложности с осознанием своих чувств все члены семьи, включая пациента, должны были утром и вечером назвать от 2 до 5 наиболее важных своих чувств, сообщив при этом домочадцам, нуждаются ли при наличии неприятных чувств они в помощи окружающих или намерены справиться сами. При этом мы подчёркивали необходимость говорить именно о чувствах, а не о мыслях и желаниях что-то сделать, блокируя тем самым характерный для семей больных шизофренией диалог в форме метафор в стиле: «я чувствую себя так как будто все меня предали». Тревога должна была называться именно тревогой, а тоска – тоской. Членам семьи разъяснялось, что, так как стереотипы эмоционального реагирования закладываются в детском возрасте, то тот факт, что один из членов семьи испытывает в какой-то ситуации те или иные чувства характеризует главным образом его самого и, соответственно, никак не оскорбляют других.

4. *Выработка директив и определение дальнейшего порядка взаимодействия семьи с психотерапевтом.* Наблюдая за процессом свободного общения членов семьи со стороны, мы стремились выявить характерные для данной семьи патологические стереотипы общения, приводящие к фиксации болезненного состояния пациента, и выработать директивы – задания или упражнения для всех членов семьи, носившие прямой или, чаще, парадоксальный характер, целью которых являлось разрушение патологических стереотипов (119) (120). Директивы должны были в обязательном порядке предусматривать решение трёх наиболее важных проблем:

1). Как и кем конкретно будет обеспечена регулярность приёма психотропных препаратов.

2). Члены семьи должны были решить, что конкретно, кем и в каких случаях будет делаться для совладания с грубыми, в особенности, общественно опасными нарушениями поведения больного. С этой целью могли быть использованы

как поведенческие, так и психофармакотерапевтические способы. Было весьма желательно, чтобы члены семьи сами научились решать эти проблемы, не прибегая к стационарированию. Большое значение в решении этой проблемы имело также психообразование.

3). Необходимо было определиться, когда конкретно больной должен был приступить к работе или учёбе (естественно, что этот вопрос рассматривался после стойкого выхода пациента из психотического состояния с достаточной эмоционально-волевой компенсацией). Согласно рекомендации Хейли (120), мы настаивали, что если до этого срока больной сам не найдёт себе работу, то родственники должны были добиться, чтобы в 8.00 каждый будний день он выходил из дома, имея при себе лишь минимальную сумму денег на проезд, и не заходил ранее 18.00: он должен был идти искать работу. Помощь родственников в подборе работы признавалась нежелательной – пациент должен был сам справиться с этой проблемой, что при точном выполнении указаний врача обычно и происходило максимум за месяц. Больные, вышедшие из психотического состояния, но с выраженной эмоционально-волевой декомпенсацией, должны были быть загружены в полном объёме домашней работой под наблюдением родственников. Психотерапевт подчёркивал, что без разрешения этих проблем достижение глубокой и стойкой ремиссии обычно оказывается невозможным, тем самым усиливая внутрисемейный кризис, ставя перед родственниками, казалось бы, неразрешимую задачу. Если родственники говорили, что они не могут этого добиться, психотерапевт предлагал работать с ними самими с целью выработать у них необходимые качества. В случаях, когда члены семьи категорически настаивали на своей неспособности объединёнными усилиями справиться с проблемами пациента и отказывались учиться этому, вероятность позитивного исхода работы резко снижалась, и единственное, что, по нашим наблюдениям, при этом могло спасти ситуацию, это позитивная коннотация поведения членов семьи по Сельвини Палаццоли (122) с парадоксальным предписанием вести себя

в течение месяца точно так же, ни в коем случае ничего не меняя, и назначением очередной встречи не ранее, чем через месяц. Цель подобной директивы состояла в вызывании у членов семьи подсознательной реакции сопротивления с нежеланием выполнять предписанное, что автоматически означало трансформацию семейной системы. Прямая интерпретация того, что происходит в семье, обычно на первых этапах работы оказывалась нежелательной и только усиливала сопротивление семьи изменениям. Впрочем, честный отказ врачей работать дальше при нежелании членов семьи выполнять предписания, сопровождавшийся выражением уверенности в благоприятном конечном результате в случае, если всё будет выполнено, также был полезен. Он усиливал внутрисемейную боль, создавая тем самым условия для коренной трансформации внутрисемейных отношений в дальнейшем. Нередко эти семьи, прекратив работу, приходили к нам вновь через 1-2 года, готовые на любые изменения, и работа в таких случаях оказывалась весьма продуктивной. На то, что решение проблем в семьях больных шизофренией достигается не уменьшением выраженности внутрисемейных проблем, но в их усилении до невыносимого для членов семьи уровня, указывали К. Витакер (50), С. Минухин (121), М. Сельвини Палаццоли (122) и Дж. Хейли (118). Именно это, а не «поглаживание», создавало условия для коренной трансформации ригидных внутрисемейных стереотипов взаимодействия.

Кроме того мы подчёркивали что члены семьи должны научиться помогать друг другу справляться с эмоциональными проблемами. При просьбе о помощи в эмоциональной сфере мы разбирали, что конкретно члены семьи могли бы сделать друг для друга в этой сфере. Полезным здесь оказывался приём, описанный В. Сатир (172), когда прямо во время психотерапевтического сеанса при наличии неприятных чувств, например, у одного из супругов мы просили другого помочь ему справиться тремя различными способами (помогающий должен был постараться придумать их сам, но в случае затруднений мы могли что-нибудь подсказать). После этого мы

просили того, кому оказывалась помощь, оценить какой из способов помог ему лучше, и сообщить об этом помогавшему. Тем самым мы подчёркивали важность обмена чувствами между членами семьи и налаживали обратную связь между ними.

При наличии выраженной вторичной выгоды от определённых форм эмоционально-волевого реагирования эффективным оказывался приём, описанный К. Маданес (119), состоявший в выявлении обычного для семьи стереотипа взаимодействия (например: сын ведёт себя неадекватно, мать тревожится, отец злится), и предписании всем членам семьи ежедневно в установленное время собираться вместе и играть, изображая всё происходящее в преувеличенном виде: сын в этом случае должен старательно изображать сумасшедшего, мать – самую большую в мире тревогу, отец – звериную злость. При этом каждые 5 минут игра должна была приостанавливаться, и членам семьи следовало, изображая из себя режиссёров, старательно подсказывать друг другу как именно следует наиболее драматично играть соответствующие роли. Впервые эту игру следовало затеять в кабинете психотерапевта (членам семьи объяснялось, что это необходимо для того, чтобы врач увидел, как именно выглядит поведение пациента во время обострения). Однако при попытке сделать это после настойчивых уговоров врача обычно выяснялось, что пациент не в силах это изобразить – более того, его эмоционально-волевое состояние менялось прямо на глазах, на смену слезам приходил смех, зажатость и тревога сменялись раскованностью, заметно адекватнее становилась мимика. Здесь, на первом этапе выполнения данного упражнения, с блеском проявляла себя техника парадоксальной интенции, описанная В. Франклом (173). Происходящее становилось буквально шоком как для самого больного, так и для членов его семьи. Членам семьи разъяснялось, что чувства ведут себя примерно как собаки: если от них убежать (что пациент всю жизнь и делал), то тебя покусает любая болонка; если же даже на большую собаку спокойно идти, то она отойдёт в сторону – так же поступили сейчас и негативные чувства пациента.

Для того, чтобы члены семьи могли научиться самостоятельно помогать больному, им предлагалось делать всё это ежедневно. Так как, как правило, самому пациенту это упражнение давалось нелегко, да и с исполнительностью у него обыкновенно бывали проблемы, членам семьи объяснялось, что полное моральное право потребовать от больного исполнения данного предписания они смогут, только если сами будут делать это вместе с ним всей семьёй, что и предлагалось снова выполнить в кабинете у психотерапевта. При правильном исполнении упражнения у членов семьи снова возникали всеобщий смех и, вместе с тем, некоторая растерянность: то, что ранее вызывало ужас, тревогу и раздражение, теперь сопровождалось совсем другими чувствами. Разрушался привычный коммуникативный стереотип, более того, так как прежнее неадекватное поведение теперь регулярно навязывалось, характерный для больных шизофренией негативизм становился отныне саногенным фактором: пациент делал всё, что угодно, но только не то, на чём настаивают врач и члены семьи – т. е. был вынужден прекратить вести себя неадекватно хотя бы в самых грубых проявлениях. Здесь создавались условия для освоения новых навыков в поведении и общении всех членов семьи, что нередко давало просто фантастические результаты.

Многие из описанных выше ходов, по сути, представляют из себя метод терапии тяжёлым испытанием по Хейли (118-120), который вообще очень хорошо зарекомендовал себя в работе с больными шизофренией и их семьями. Предписания тяжёлого испытания могли быть прямыми или парадоксальными. В качестве прямых часто весьма помогала интенсивная физическая нагрузка при эмоциональных декомпенсациях (например, идти бегать или заниматься на велотренажёре с полной нагрузкой при приступах страха или возбуждения с наличием критики к своему состоянию), принуждение членами семьи больных к занятиям тяжёлой, непрестижной, но полезной для общества работой при мотивационных расстройствах (ежедневно мыть подъезд в доме при неспособности устроиться на работу), или предписание

отцу семейства бегать по полчаса каждый день, когда он не смог справиться с буйным поведением сына: «тренировать силу и волю, чтобы научился справляться» – почему-то при чётком соблюдении данного принципа проблемы в семейной иерархии быстро исчезали. Примером парадоксального предписания терапии тяжёлым испытанием может являться вышеприведенное указание ежедневно всей семьёй изображать симптомы, или указание созависимой маме, постоянно дающей советы своему ребёнку (который от этого только аффектируется) каждый совет неизменно сопровождать выдачей ему 10 рублей – «за то, что выслушал о переживаниях мамы», либо указание страдающему навязчивыми страхами и постоянно возвращающемуся проверить, запер ли он дверь, уходя из дома, всякий раз, производя очередную проверку, сжигать 100 руб. (суммы должны меняться в зависимости от материального благосостояния клиентов). Я касаюсь терапии тяжёлым испытанием именно в главе, посвящённой семейной психотерапии, так как ввиду мотивационных нарушений у больных шизофренией чёткое исполнение этих принципов пациентами часто возможно лишь при наличии контроля со стороны родственников (для которых это, в свою очередь, также становилось тяжёлым испытанием).

Заключительным этапом сеанса было определение совместно с членами семьи порядка дальнейшего нашего взаимодействия, включавшего лечение у психиатра, частоту семейных встреч, и, при наличии возможности – проведение индивидуальных психотерапевтических занятий с больным, а также мер по его социально-трудовой реадaptации.

5. Фокусирование внимания членов семьи на патологических стереотипах внутрисемейного взаимодействия с переносом внимания с проблем больного на проблемы других членов семьи. Во время дальнейших семейных занятий мы стремились постепенно перенести внимание членов семьи с пациента на проблемы других членов семьи, в особенности его родителей или супруга. Особую роль здесь играл контроль за выполнением директив, которые на первых порах зачастую игнорировались семьёй. Подчёркивалось, что одна из основ-

ных проблем пациента – безответственность, и самое лучшее, что члены семьи могут сделать для его скорейшего выздоровления – это продемонстрировать пример ответственного отношения к принятым на себя обязательствам. Кроме того, мы подчёркивали, что очень важно, чтобы больной научился дифференцировать свои чувства и мысли. Для этого очень эффективным оказывалось семейное упражнение, в котором каждый член семьи должен был в режиме «здесь и сейчас» проговорить сначала свои чувства, потом то, что он по этому поводу думает, и что в связи с этим хотел бы сделать. Часто после нескольких кругов такого общения эмоциональная атмосфера в семье светлела на глазах. После демонстрации этого членам семьи давалось задание заниматься этим дома каждый вечер, что также оказывало значительное психотерапевтическое воздействие. Большое значение мы придавали преодолению чувства безнадежности, висевшим над каждым членом семьи. Любую, самую сложную проблему мы учили разбивать на множество мелких, с каждой из которых можно было бы справиться по отдельности, и делать конкретные практические шаги по их решению. Мы мотивировали это необходимостью научить пациента на примере других членов семьи проблемно-решающему поведению. При жалобах других членов семьи на трудности в изменении своего поведения мы нередко предлагали им самим позаниматься индивидуально с психотерапевтом, что в итоге за счёт изменения характера внутрисемейного общения также становилось одним из важных факторов стабилизации состояния самого пациента.

Параллельно с этим большое внимание мы уделяли и собственно психообразовательной работе (163), разъяснению того, что такое шизофрения, каковы её проявления, как действуют лекарства и как их надо принимать, как справляться с расстройствами поведения у пациента, как распознавать признаки угрозы развития психоза, суицида или общественно опасных действий и какие шаги в связи с этим необходимо предпринимать. Всё это играло значительную роль в снижении эмоциональной напряжённости в семье, соответ-

ственно благотворно отражаясь на самочувствии больного. На фоне стабилизации состояния пациента обычно начинали обостряться другие внутрисемейные конфликты, на примере которых мы также демонстрировали общность проблем больного и других членов семьи.

6. Подготовка семьи к возможному рецидиву. После стабилизации состояния больного мы начинали, согласно рекомендациям Хейли (120), готовить семью к возможному рецидиву. Стремясь вызвать подсознательную обратную реакцию с помощью парадоксального предписания, мы настаивали, что данная болезнь такова, что рецидив обязательно будет, более того, он для нас необходим, так как только во время рецидива мы сможем проверить, насколько эффективны те меры, которые мы разработали, чтобы семья могла справиться с болезнью, и вообще, чем скорее будет рецидив, тем лучше для повышения качества нашей работы. Это не только уменьшало шансы на развитие рецидива, но и позволяло легче справиться с привычными для членов семьи реакциями страха и отчаяния, если рецидив всё же наступал. Готовя семью к рецидиву, мы одновременно боролись с проявлениями постпсихотической или нажитой реактивной лабильности (174) (в психоаналитической литературе (20) это описано как параноидные микропсихотические эпизоды). Практически всегда в процессе реабилитации мы встречались с аутохтонно или психогенно, быстро – в течение часов или десятков минут, развивавшимися острыми аффективными или аффективно-бредовыми состояниями, на пике своего развития достигавшими психотического уровня. Эти состояния обычно протекали транзиторно – в течение часов или дней состояние больных стабилизировалось, нередко даже без какой-либо коррекции лечения. Вместе с тем эти состояния оказывались чрезвычайно опасными в отношении как социальном – больные совершали необдуманные поступки, приводившие к уходу с работы, разрыву с близкими людьми, так и витальном – почти всегда в эти моменты появлялись суицидальные мысли, которые иногда переходили в суицидальные действия, которые оказывались крайне не-

ожиданными для родных и медработников, развиваясь на фоне вроде бы благостной картины консолидации ремиссии, восстановления трудоспособности и т. д. Крайняя субъективная тяжесть этих состояний для больных объяснялась ещё тем, что падение происходило с непривычно большой для пациентов высоты – до этого им казалось, что всё идёт хорошо, они наконец-то уверенно выздоравливают, все кошмары остались позади, но вот всё вернулось, и теперь и им, их родственникам, становится совершенно ясно, что ничего не поможет и выхода нет... В купировании этих аффективных состояний основную роль играла именно психообразовательная работа и приобретенные на предыдущих этапах работы навыки самих больных и их родственников в овладении с патологическим поведением больного. Какие именно техники для этого в нашей практике оказывались наиболее полезны – подробно описано в 6 главе. Именно заблаговременное объяснение больным и родственникам того, что, несмотря на все успехи, впереди обязательно будут ещё срывы, которые при правильном оказании помощи будут кратковременными, обучение справляться с ними, переопределение этих состояний как чрезвычайно ценных для процесса реабилитации, помогающих получить важный опыт борьбы с болезнью, предложение с нетерпением ждать их, чтобы научиться справляться с болезнью по-настоящему помогало устранять «страх по поводу страха» и успешно решать проблемы.

7. Купирование рецидива. Рецидив или обострение, действительно, являлся краеугольным камнем реабилитации. Мы стремились к тому, чтобы семья сама, спокойно и уверенно, с нашей консультативной и психотерапевтической помощью, как медикаментозно, так и поведенчески, сумела справиться с обострением. Если это именно так и происходило, то и семья, и пациент действительно выходили на другой уровень более стабильного функционирования. Если же при развитии рецидива обойтись без стационарирования не удавалось, то приходилось, совместно проанализировав причины нашей недостаточной эффективности, начинать всё

сначала, придумывая новые психотерапевтические и медикаментозные варианты решения проблемы

8. Переход к клиент-центрированной психотерапии. С применением различных методик индивидуальной и семейной работы мы стремились перевести активность больного в сферу общественно полезной деятельности, трудоустройства, строительства отношений. Всё большую роль здесь играли классические клиент-центрированные методики психотерапии, ориентированные на личностный рост. Следует отметить, что зачастую ещё более важными для итоговых результатов работы были сеансы психотерапии, проводившаяся в контексте общей семейной работы отдельно с родственниками больного, направленные на психообразование, изменение реакции на внутрисемейные и личностные проблемы. Если на первых этапах работы главой бригады безусловно являлся психиатр, то здесь, на реабилитационном этапе, основные полномочия отходили психотерапевту, а психиатр выполнял функции консультанта.

Мы мало занимались групповой психотерапией шизофрении потому, что считаем: самой главной группой, где он учится общению, для пациента является семья. При превосходно организованной группе влияние патологической семьи зачастую перевешивает. При благоприятной семейной динамике семья становится прекрасной терапевтической группой. Когда пациент решает часть своих проблем, то он выходит из родительской семьи в трудовой коллектив, новые отношения, строит свою семью, и отношения уже в этих новых группах имеют огромное значение для него, что обсуждается в процессе индивидуальной психотерапии. Поэтому групповую терапию мы использовали лишь изредка, хотя мы вполне согласны с тем, что у пациентов без тяжёлых нарушений групповая работа, проводимая хорошим специалистом по толковой методике, может быть при шизофрении весьма полезна (40) (52).

Следует отдельно отметить различную степень директивности в работе психотерапевта на разных стадиях процесса. Она наиболее высока в начале, во время борьбы за

структуру и инициативу, затем несколько спадает в момент передачи власти членам семьи. Далее возникает очередной пик директивности, когда важно добиться, чтобы пациент вновь вернулся к работе, после чего некоторое время директивность вновь снижается и психотерапевт работает более мягко. Важно дать больному некоторый отдых в движении вперёд, настаивая только на том, чтобы он удержался на работе. Очередной всплеск директивности наблюдается на 6 этапе, во время подготовки семьи к возможному рецидиву, и на 7 – при купировании рецидива. В дальнейшем динамика психотерапевтического процесса определяется самим больным и членами его семьи. Кроме того, если у социально адаптированных больных с первыми приступами шизофрении мы стремились к скорейшему возвращению к прежней работе или даже к достижению более высокого, чем раньше, уровня, то у длительно болеющих пациентов с выраженной социально-трудовой дезадаптацией подобный подход зачастую приводил к развитию обострений и суицидального поведения, и с ними работа проводилась более медленно, хотя и столь же упорно и последовательно.

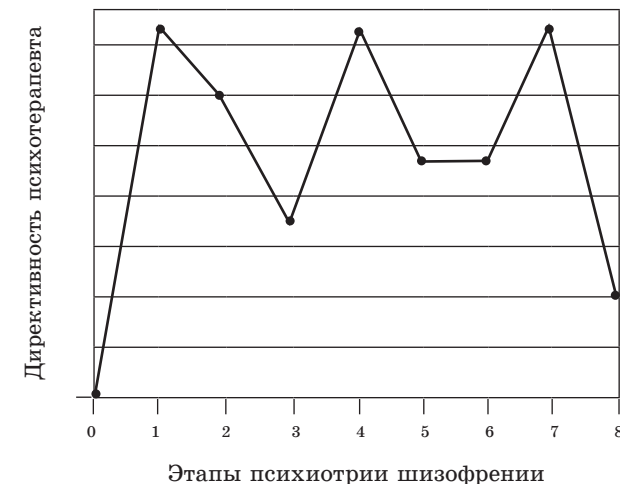


Рис.1 Динамика директивности психотерапевта на разных этапах реабилитационного процесса.

Ещё раз следовало бы подчеркнуть, что всё это мы делали на фоне тщательно подобранной посиндромной психофармакотерапии. Кроме широко описанной и доказанной эффективности современных препаратов в лечении шизофрении (164) (175) (176), хотелось бы отметить, что, благодаря своей эффективности и малой выраженности побочных эффектов они оказывали и выраженное воздействие на характер внутрисемейного взаимодействия. Регулярный приём препаратов существенно снижал у хронических больных частоту и выраженность проявлений нажитой реактивной лабильности, способствуя лучшей социально-трудовой адаптации и уменьшению суицидального риска. Кроме того, повторение обычной для данной семьи последовательности транзакций оказывалось невозможным, т. к. больному просто не мог дать обычную для него психотическую реакцию, запустившую снова и снова патогенный круг внутрисемейного общения. Отсутствие же характерной для типичных нейролептиков нейролепсии не позволяло больному и членам его семьи ссылаться на его тяжёлое состояние как причину его житейских неудач, создавая тем самым условия для психотерапевтической проработки существующих проблем. По нашим наблюдениям и данным других авторов (158) (159), в индивидуальной работе с психотерапевтом лекарства также играли роль наркоза при хирургическом вмешательстве, создавая условия для возникновения и укрепления терапевтического альянса между врачом и пациентом.

В данной книге мы уделяем мало места медикаментозным методам лечения шизофрении не потому, что мы считаем их несущественными. Ещё раз хотелось бы подчеркнуть, что и биологическая, и психологическая составляющая в лечении являются крайне важными, и противопоставлять их друг другу – это всё равно, что сравнивать красное и круглое. В одних ситуациях, в особенности на фоне острого психоза, значительно более важно медикаментозное лечение, но и тут, в особенности на фоне аффективно-бредовых приступов с выраженными семейными проблемами, правильная психотерапевтическая интервенция способна принести немало

пользы (177). В других, на этапе реабилитации, психотерапия зачастую более важна, но преждевременный отказ от психофармакотерапии, создающей прочный фундамент для личностного роста, способен снова отбросить нас назад, перечеркнув все достигнутые упорной работой успехи. Имеется множество руководств, весьма подробно описывающих психофармакотерапию шизофрении (164), и специалист, стремящийся научиться психотерапии данного заболевания, обязательно должен с ними ознакомиться и получить практический опыт лекарственного лечения.

Если коснуться особенностей проведения психотерапии шизофрении в сочетании с различными вариантами биологической терапии, то можно отметить, что на фоне курсового лечения ЭСТ, как и во время острого психоза, индивидуальная психотерапия имеет ограниченное применение из-за выраженных когнитивных нарушений, однако на фоне инсулинотерапии таких проблем обычно не возникает. Дозы препаратов, используемые при лечении шизофрении на фоне психотерапевтического процесса, обычно несколько меньше, чем при обычной психофармакотерапии. Искусство врача в этом случае состоит в том, чтобы подобрать дозировки так, чтобы у пациента оставалось некоторое количество негативных эмоций – достаточно значимое для него, чтобы это подталкивало его к активным занятиям психотерапией, но при этом был способен не возвращаться к бреду и галлюцинациям, аффективно-шоковым реакциям и успешно продолжал вырабатывать навыки проблемно-решающего поведения как во внешнем, так и во внутреннем мире.

Индивидуальная психотерапия больных шизофренией

Начальные этапы

Несмотря на то, что решающую роль в эффективности психосоциальной терапии и реабилитации, с нашей точки зрения, играют качество биологической терапии, работа с семьёй и рациональное трудоустройство, нам никогда не удавалось добиться гармонизации личности больных без длительной индивидуальной психотерапии как составной части комплексного лечения. Её мы начинали с 5 этапа, после достижения первых изменений в семейной системе. Нередко, в ситуации, когда специалист, занимавшийся семейной психотерапией, вынужден был занимать достаточно жёсткую позицию, настаивая на применении к больному решительных мер, индивидуальной терапией занимался другой коллега, побуждая пациента к изменениям более мягкими методами, как бы «назло» семейному психотерапевту. Использовался старый добрый принцип взаимодействия «добраго следователя» и «злого следователя», когда подследственный побуждается дать подробные признательные показания первому, чтобы хоть чем-то отомстить второму. Целями индивидуальной работы с больными шизофренией являлись, как показывали Гурович с соавт., обретение способности к гармоничному выражению своих чувств и обучение проблемно-решающему поведению как в отношении внешнего, так и внутреннего мира (163). Основными направлениями индивидуальной психотерапии являлись психообразовательная работа, направленная на передачу пациентам современных научных знаний и практических навыков в лечении шизофрении, гипнотерапия как способ коррекции глубинных бессознательных проблем наших пациентов, когнитивно-поведенческая психотерапия, целью которой является обучение пациента уме-

нию контролировать свое мышление, поведение и эмоции, инициационная психотерапия, направленная на выработку у наших больных адекватных моделей полоролевого поведения и тренинг социальных навыков. Ввиду большого объёма работы следует сразу отметить, что всё это требует длительного времени. По нашим наблюдениям, попытки провести полноценную психотерапию шизофрении (кризисные интервенции не в счёт) за срок менее 6 мес даже у считающихся наиболее курабельными пациентов с первым остро возникшим приступом практически всегда обречены на неудачу: за столь короткий срок у пациента не успевает сформироваться необходимый опыт. По сути, он должен научиться всему, что должен уметь человек его пола и его возраста, плюс навыкам борьбы с шизофренией. Поэтому наиболее важным моментом, определяющим лечебный результат, является не интенсивность и напряжённость, а длительность, последовательность и упорство в работе. Отдельным вариантом индивидуальной психотерапии при шизофрении является кризисная интервенция, не ставящая своей целью лечение заболевания, но направленная на адаптацию пациента к его болезни, своего рода, проведение экстренного пожаротушения.

Для того, чтобы разобраться в том, как именно следует проводить психотерапевтический процесс у больных шизофренией, следует понять, чем именно психологические процессы больного шизофренией отличаются от невротических расстройств (что описывается в соответствующей главе), и насколько тяжелы личностные проблемы у данного пациента. Обычная структурно-динамическая модель психиатрической диагностики является не вполне адекватной поставленной задаче. Как указывает Кернберг (20), для проведения психотерапии тяжёлых личностных расстройств и шизофрении принципиально важно выявить тип организации личности, характерный для данного больного именно в настоящий момент – невротический, пограничный или психотический (в психоаналитическом смысле этих терминов), так как тактика работы должна учитывать характер преобладающих защитных механизмов, способность пациента к тестирова-

нию реальности и его умение сохранять идентичность и границы своей личности. Например, правильная интерпретация улучшает качество функционирования невротической и пограничной личности, а у психотической неизбежно приводит к ухудшению психического состояния. Отсюда видно, что тактика психотерапии во всех случаях не может быть единой и её выбор должен основываться на обязательном учёте выраженности признаков как неспецифических проявлений слабости Эго (неспособности переносить тревогу, отсутствие контроля над импульсами, а также зрелых способов сублимирования), так и специфических, проявлением которых является преобладание тех или иных защитных механизмов. Общая же стратегическая задача во всех случаях, исключая вариант острого психоза, в котором больной продуктивному контакту недоступен – повышение зрелости Эго и качества функционирования психических защит.

К. Витакер, описывая стратегии первого этапа работы с больными шизофренией, выделял три последовательно выполняемые задачи:

1. Обратить на себя внимание
2. Убрать страх.
3. Построить отношения за пределами бредовых систем друг друга (50).

Действительно, контакт с реальностью и реальными людьми у больного шизофренией зачастую крайне формален, и сделать так, чтобы он действительно заинтересовался общением с тобой – зачастую нелёгкая задача. Но за углублением общения всегда идёт и страх этого углубления, постоянно заставляющий больного, как и всякую нарциссическую личность, как можно скорее убежать из этого общения или растоптать партнёра по общению (если я могу его растоптать, то я сильнее, а он для меня теперь безопасен – но и неинтересен) (20). Но даже если эти барьеры преодолены, пациент и психотерапевт испытывают искушение увидеть в партнёре по общению стереотипное повторение прошлого опыта – очередного мерзавца, который залез в душу и оставил после себя невыносимую боль, либо очередную скучную шизофреничку,

приходящую ныть о своих проблемах по вторникам в 14.00. Только пройдя эти рубежи, удаётся отправиться дальше.

Первым этапом работы с любым пациентом, вне зависимости от того, чем он болен, является налаживание психотерапевтического контакта (178). Это – универсальная истина в любой модели психотерапии. Если контакта нет, то психотерапевтический процесс либо превращается в описанные Э. Берном (100) игры, либо прерывается, и неизвестно, что хуже. О том, как следует устанавливать психотерапевтический контакт, пишут многие авторы, отмечая при этом необходимость налаживания общения как на вербальном, так и на невербальном уровне. Из-за характерных нарушений мышления и эмоционально-волевой неадекватности именно невербальный контакт является особенно важным при работе с больными шизофренией. На первом сеансе самое главное – вообще вызвать у больного желание поговорить с вами хоть о чём-нибудь. Психотерапевт должен уметь быть тёплым, эмпатичным, подчёркивая это взглядом, улыбкой, обращённостью позы к пациенту, свободным и ненапряжённым положением рук, доброжелательными интонациями голоса. С контактными больными следует беседовать о том, что их волнует, подстраиваясь под их позу, ритм дыхания, мелкие движения рук, повторяя их слова, выражая сочувствие их переживаниям. В течение беседы следует стремиться выявить особенности работы их подсознания – основные фильтры информации (178). К ним относятся:

1. Ключи доступа: по неосознаваемым движениям глаз и наиболее часто используемым в речи словам необходимо установить, какая информация преимущественно попадает в сознание – визуальная, аудиальная или кинестетическая.

2. Какая информация для больного является наиболее значимой: о конкретных людях, о действиях либо вещах, о ценностях (смысле происходящего), о времени, о процессе (подробное пошаговое изложение всех деталей в противовес общим описаниям действий), о месте.

3. Характер мышления: предпочитает ли ваш пациент суждения от частного к общему (индуктивные), от общего к

частному (дедуктивные), либо делает выводы по аналогии.

4. Предпочитает ли больной отвечать вам, соглашаясь с вами, либо опровергая ваши суждения.

5. Ориентируется ли он на суждения о нём окружающих людей (тогда важно выявить, кто именно является для больного этим значимым человеком, чьё вербально или невербально выражаемое мнение является эталонным) или «он сам себе свой высший суд».

6. В своих поступках больной стремится чего-нибудь достигнуть (движение к) или чего-то избежать (движение от).

Также необходимо научиться улавливать подсознательные, невербальные сигналы «да-нет», проявляющиеся в мимике, изменениях позы, интонациях речи больного. Критерием того, что психотерапевтический контакт является достаточным для работы, является получение подсознательного сигнала «да» на большинство ваших высказываний, либо, если больной настроен отрицательно относиться ко всему, что вы не предложите, ваша способность соответствующе построенными негативными предложениями типа «если ты делаешь правильную вещь и она не даёт результата, делай ЧТО-НИБУДЬ другое». Бывает, например, что психотерапевтического контакта удаётся достигнуть путем категорического отказа продолжать заниматься с пациентом или выражением уверенности в том, что психотерапия ему не поможет.

На этом первом этапе весьма желательно выявить какую-нибудь жалобу на состояние здоровья (бессонницу, головную боль) и объявить, что вы всего лишь планируете помочь больному с этим, беспокоящим его симптомом. Так же можно завести разговор по душам о том, какие плохие люди действительно окружают больного и что жить и работать с ними действительно совершенно невозможно, постоянно приходится находиться в напряжении, совершенно невозможно ни на миг расслабиться, а этого бы так хотелось... и отсюда прямая дорога под видом обучения аутотренингу к переходу к когнитивной тренировке в визуализации образов и работе в транс.

Следует упомянуть и о ещё одном аспекте важности подстройки к состоянию больного. Если создан прочный психотерапевтический контакт, то за подстройкой следует ведение – больной начинает идентифицировать себя с психотерапевтом, чему способствует наличие синдрома диффузной идентичности с потерей границ между Я и объектом (в данном случае психотерапевтом). Личностно более сильный психотерапевт способен как бы вытянуть больного из психической ямы. Следует сразу упомянуть и о том, что подобное взаимодействие ощущается и в другую сторону – глубоко погружающийся в проблемы больного специалист почти закономерно оказывается под ударом даже при аутохтонном, обусловленном течением заболевания ухудшении состояния больного. В стремлении помочь больному психотерапевт может сам утратить границы своего Я, индуцироваться аффектами больного. От этого не застрахован никто, даже самый опытный специалист. К. Роджерс вспоминал, как в одном из таких случаев, слишком глубоко погрузившись в контрпереносные чувства к молодой девушке, больной шизофренией, он просто был вынужден всё бросить и в течение 2 часов уехать из города, где он жил, более чем на 6 недель (179). Поэтому **всякий психотерапевт, регулярно работающий с больными, страдающими тяжёлыми личностными расстройствами на глубинном уровне, обязательно должен проходить личную терапию – в ином случае практически неизбежно профессиональное выгорание.**

Следует помнить справедливое указание Х. Спотница, что надеяться на первых этапах на формирование стойкого рабочего альянса с позитивным переносом при шизофрении нереально(1). В своё время З. Фрейд счёл больных шизофренией «неанализируемыми» именно вследствие их неспособности сформировать нормальный рабочий альянс с позитивным переносом. В своём анализе нарциссических личностей (а шизофрения относится в психоаналитическом понимании к одному из вариантов злокачественной нарциссической регрессии) О. Кернберг подчёркивал, что зачастую для таких личностей соблазн внезапного разрушения психотерапевтических отношений тем выше, чем в большей степени психо-

терапевт стремиться им помочь (20). Таким образом незрелая личность бессознательно патологически самоутверждается за счёт разрушения более сильной и достойной личности партнёра по общению. «Если вы решили стать миссионером в стране дикарей», – предупреждал об этих ситуациях К. Витакер, «следует помнить: всех миссионеров чернокожие рано или поздно съедают» (50). Поэтому принципиально важным в противостоянии этому на первых этапах индивидуальной терапии, как подчёркивали Спотниц и Хейли, является именно парадоксальное предписание: «Одной из важнейших ваших психологических проблем является явная или скрытая, активная или пассивная агрессия. Иногда она проявляется в форме возбуждения с агрессией, иногда в том, что Вы не обращаете внимания на ваших близких, иногда в виде депрессии, которая тоже есть агрессия, но обращённая на себя. Поэтому для меня как для психотерапевта очень важно, чтобы эту агрессию Вы в возможно большей степени направляли на меня, чтобы оставить её здесь, в этом кабинете. Вы должны спорить со мной, сопротивляться активно или пассивно всем моим требованиям, можете даже оскорблять меня. Единственное условие: вы при этом должны оставаться в своём психотерапевтическом кресле» (1) (118). С помощью подобного предписания психотерапевт делает невозможным самоутверждение пациента за счёт попыток разрушения отношений: ведь это теперь означает лишь чёткое выполнение указаний психотерапевта, и восстать против этого пациент может лишь одним способом – поддержанием рабочих, доброжелательных отношений с психотерапевтом, как бы последний не ругал (естественно, наигранно) больного за это поведение и не требовал агрессивного поведения. Это – один из способов охвата пациента специально сконструированной лечебной «двойной связкой», делающей невозможным дальнейший отказ от определения отношений с окружающими. Как справедливо указывал Э.Берн, при работе с тяжёлыми расстройствами нереально сразу ставить задачу перехода от патологических игр к реальной близости, первая задача – это перейти от совсем плохих игр к не таким плохим (101). И

в нашем случае задача также состоит не в том, чтобы играть с пациентами в открытую. Больные шизофренией и члены их семей – великие мастера психологических игр, но задача психотерапевта состоит в том, чтобы стать мастером ещё лучшим и, переиграв соперников, навязать им свои правила игры, обучающей новому опыту.

На следующем этапе работы необходимо выявить какую-нибудь проблему, осознаваемую больным, которую он хотел бы решить. Конечно, желательно, чтобы эта проблема была реальной, но, в случае работы с больным, шизофренией, можно признать реальной и бредовую идею, стремясь дальнейшими действиями скорректировать её «изнутри». Как указывал Тукаев, для успеха психотерапии необходимо построение стыковочного сценария между индивидуальным мифом пациента о происходящем с ним и той работой, которая предстоит в процессе психотерапии (11). Так, например, параноидному больному, подозревающему, что его брат собирается подослать к нему наёмных убийц, следует предложить совместно подумать о том, какие меры по защите стоит предпринять, постепенно выводя его на мысль о том, что чем более спокоен человек, тем легче ему отслеживать окружающую обстановку и т. д. – и под этим флагом начать психотерапевтическую работу в атмосфере сотрудничества, заинтересовав больного её результатами. Конкретные техники зависят от подготовленности психотерапевта и состояния больного.

Часто подобной проблемой при первичной консультации могут стать сложности во взаимодействиях с родственниками. Следует помнить, что конфликтуя с ними, больной шизофренией бессознательно хочет спасти свою родительскую семью, даже если родители уже в разводе, и отвлечь своих близких от их собственных психологических проблем, переключая внимание на себя. В этих случаях, обсуждая тревожащие пациента проблемы, необходимо в стиле М. Боуэна(49) (51) продумывать сценарий перехода от индивидуальной к семейной психотерапии: как побудить пациента привести к психотерапевту всю его семью или, при мягком течении процесса

и удовлетворительной социально-трудовой адаптации, как в дальнейшем помочь ему изменить характер отношений в его родительской семье. Одним из возможных вариантов может быть объяснение, что самый лучший способ помочь – это показать собственный пример, и если больной научится быть успешным и счастливым, то уж тут-то он и будет иметь полное моральное право объяснять родителям, как правильно жить, и в этом случае родители его, несомненно, выслушают (обычно это полная чушь, но мотивирует сохранных больных на индивидуальную терапию неплохо).

В работе с пациентами с выраженными нарушениями мышления из-за явлений шперрунга и соскальзывания, постоянной «скачкой идей» или персекуторным бредом в отношении медработников ни один из обычных методов подстройки не может быть использован сразу. В этих случаях начинать работу следует с бесед с больным, в которых постепенно устанавливаются доверительные отношения (кстати, многие больные тот факт, что ими кто-то интересуется, тепло относится к ним, в то же время спокойно относясь к их выходкам, воспринимают как шок). Во время этих бесед проводится вышеописанный процесс подстройки, дополняемый ведением и якорением, описанным Бэндлером и Гриндером (178). Последнее представляет из себя добавление ещё одного стимула, способного вызывать данное эмоциональное состояние. Например, когда пациент вспоминает о каких-то приятных для него событиях, состояниях, в которых он испытывал чувства спокойствия и уверенности, мы можем прикасаться к его руке, или изменить тон голоса, или мимику. Если мы сделаем это несколько раз во время соответствующих переживаний, то по условно-рефлекторным механизмам это станет стимулом, способным вызывать соответствующее эмоциональное состояние. Подобным образом крепкое рукопожатие вызывает у нас чувства, весьма отличающиеся от ощущения слабой, безвольной кисти, а шёпот любимого человека заставляет биться сердце совсем иначе, чем брань начальника. Желательно, чтобы якоря ставились в системах, не являющихся репрезентативными для данного больного и при использовании этот процесс не замечался им. То есть,

если человек, по наблюдению психотерапевта, отдаёт предпочтение зрительной информации, то как якорь следует использовать аудиальное или тактильное воздействие, и наоборот. Якорить следует как позитивные, так и негативные эмоциональные состояния. Постепенно сильным якорем становится сам психотерапевт, что позволяет перейти к очередному этапу, используя возможность ведения.

В работе с больными шизофренией психотерапевту не следует ограничиваться одними поощрениями. В ответ на грубость, агрессивные действия врач должен спокойно, без злобы, но решительно пресекать их. В отдельных случаях индивидуальная психотерапия должна быть приостановлена до тех пор, пока пациент сам не попросит о её продолжении (при этом семейная психотерапия и лекарственное лечение неуклонно продолжают). Вопрос о коррекции дозировок психотропных препаратов в этот период должен решать психиатр, ведущий данного больного и работающий в паре с психотерапевтом, на основании клинических показаний. Следует также отметить, что психотерапевту всегда необходимо отслеживать, в контексте какой ситуации больной стремится к получению психотерапии. Нередко просьба о проведении психотерапии со стороны больного или семьи – лишь один из ходов в игре в «Тупик» (100), где истинной целью обращающихся служит доказательство невозможности излечения и, соответственно, отсутствия необходимости что-то менять в семейных отношениях. Важно, чтобы контекст работы стимулировал пациента и семью к позитивным изменениям, иначе психотерапевтический процесс может оказаться безрезультатным. Всегда следует помнить о могущественных силах в подсознании больного шизофренией и членов его семьи, стремящихся как можно быстрее разорвать терапевтический контакт психотерапевта и пациента и вернуть последнего в болезнь.

Далее мы коснёмся конкретных методик, которые мы с пользой применяли в психотерапии шизофрении. Ещё раз хочу подчеркнуть: это далеко не полный список, а лишь описание того, что показало свою действенность среди множества испробованных нами вариантов.

Гипнотерапия

На первых этапах разработки нашей методики психотерапии больных шизофренией для работы со зрительными образами мы использовали кататимное переживание образов К.Х. Лёйнера (42). Однако использовать этот метод в чистом виде при шизофрении было невозможно из-за нередко возникавших у декомпенсированных больных ухудшений психического состояния – не даром сам Лёйнер отнес шизофрению к противопоказаниям к использованию кататимного переживания образов, и мы стали пробовать другие методики работы в транс. Наилучшим, с нашей точки зрения, оказался метод проективной гипнотерапии по Р.Д. Тукаеву (11). Особенность этого метода состоит в том, что он относится к тем методам психотерапии, результативность которых доказана не только строгими клиническими испытаниями, но и биохимически, что немаловажно в отношении шизофрении – во многом, как известно, биологического заболевания. Эффективность проективной гипнотерапии, как было показано соответствующими исследованиями, определяется возникающим процессом адаптации к коротким гипнотическим стрессорным воздействиям, при том, что сам гипнотический стресс оказывается эндогенным процессом с умеренно высокой общей интенсивностью стресс-реакции. Здесь также находят своё отражение идеи Натальи Петровны Бехтеревой о необходимости управляемой дестабилизации работы головного мозга для преодоления устойчивого патологического состояния последнего (116). С данными целями в психиатрии обычно используют инсулинкоматозную и электросудорожную терапию, транскраниальную магнитную стимуляцию. Доказанным является нормализующее влияние проективной гипнотерапии на показатели гетеро – и аутоинтоксикации, иммунный статус, лейкоцитарную формулу, уровень холестерина, билирубина и другие биохимические показатели (11) (115). Вместе с тем установлено, что гипнотическое воздействие должно иметь определённую меру, как в интенсивности, так и в длительности, при превышении которой

наступают патологические реакции (11). Поэтому принципиально важное значение имеют эмпирически выявляемые нюансы, позволяющие сделать работу эффективной и в то же время безопасной.

Большинством современных исследователей гипнотерапия считается противопоказанной при шизофрении. Это связано с характерными для данного заболевания расстройствами мышления и нарушением концентрации внимания, а также в связи с опасностью развития бреда гипнотического воздействия. В то же время ряд авторитетных психотерапевтов (М. Эриксон (9), Бурно (99), Платонов (115), Консторнум (180)) описывали благоприятные результаты гипнотерапии при шизофрении. Одной из наших целей являлось разработать безопасные и эффективные методики применения гипнотерапии у данных пациентов.

В целях преодоления вышеупомянутых сложностей перед переходом к гипнотерапии мы проводили этап когнитивной тренировки последовательной визуализации зрительных образов на заданную психотерапевтом тему (обычно рекомендуется представить какой-нибудь образ природы и себя в нём) в диалоговом режиме с последующим зарисовыванием представленного образа (способ защищён патентом РФ №2367479 от 20.09.2009 г.) Эта тренировка проводилась директивно и без наведения транс. Лишь после того, как психотерапевт убедится, что мышление пациента на фоне когнитивной тренировки стало достаточно упорядоченным для последовательного представления зрительного образа, больного начинают обучать погружению в гипнотический транс для дальнейшего проведения гипнотерапии (181).

На первых этапах работы мы просто предлагали больным вспоминать и представлять какие-нибудь приятные образы или события. Используя методику наложения аудиальных и кинестетических переживаний на зрительный образ, мы стремились перевести больного к переживанию образов «изнутри», предлагая ему делать там то, что ему больше всего хочется. После представления образов мы предлагали больному зарисовать визуализированный образ. Этот момент до-

статочно важен, т.к. обучает больного конструктивным действиям. Причём если сначала психотерапевт хвалит больного за любой его рисунок, то затем ему следует осторожно добиваться, чтобы на одном рисунке изображался один образ, и чтобы рисунок становился всё более проработанным.

После относительной компенсации в эмоционально-волевой сфере (поведение носит упорядоченный характер, ауто – и гетероагрессивные тенденции находятся под контролем, пациент способен хотя бы на 3-5 минут концентрировать внимание, не соскальзывая на другие темы, имеется как минимум формальная критика к своему состоянию) можно было переходить к визуализации в транс ландафтных образов (42). При этом следует отметить особенности использования данной методики в работе с больными шизофренией. Во-первых, методика гипнотизации должна быть максимально гибкой, но последовательно ведущей к цели, учитывающей особенности психического состояния и личности пациента (здесь вспоминается метафора М. Эриксона: «Железная рука в бархатной перчатке»). Во-вторых, установка многих психотерапевтических методик, предназначенных для работы с больными неврозами, на «следование за клиентом» в случае работы с больными шизофренией оказывается неприменимой – обстоятельство мышления и резонёрство, а в более тяжелых случаях шперрунг и соскальзывание мешают целенаправленному развитию образа. При этом спонтанное развитие образов у подобных больных опасно преждевременным переходом к переживанию в прямом или символическом вариантепсихотравмирующей ситуации, что зачастую влечёт за собой ухудшение психического состояния. Развитие психоза означает крах даже тех психологических защит, которые характерны для пограничной личности, и поэтому одним из первых шагов психотерапевта в этом случае является восстановление хотя бы самой примитивной из них – защиты расщеплением (20). В обычной психиатрической практике для этого мы стремимся отвлечь больного от психотравмирующих переживаний, советуем не разговаривать с «голосами». Визуализация образов прово-

дится в довольно манипулятивном, где-то – даже директивном стиле (182). Часто, по методу К.Витакера, если больной не может ничего представить, или визуализируются одни ужасы, стоит погрузиться в образ вместе пациентом: «Опишите, где вы сейчас находитесь? Как вы одеты? Где-то здесь должен быть я, найдите меня, пожалуйста... Как я одет? Что я делаю? А вы знаете, мне представляется, что я подхожу к вам и протягиваю вам руку. Какая на ощупь моя рука?» (50) и т. д. На первых этапах работы необходимо избегать переживания психотравмирующих образов, а при их возникновении – отвлекать больного на детали или вовсе выходить из образа. Никаких интерпретаций не производится. Желательно, чтобы больным выполнял рисунки и писал протоколы сеансов (с последними, правда, больные, находящиеся в психотическом состоянии, справляются редко), но никакого обсуждения их до достижения стойкой эмоциональной компенсации также лучше не проводить (42). Следует быть осторожным с использованием данного метода у маниакальных больных, т. к. мы неоднократно наблюдали развитие и усиление маниакальных состояний на фоне работы с визуализацией образов. При последних оптимальной является семейная психотерапия, т. к. маниакальное состояние больного обычно приводит к выраженному семейному кризису, во время которого семья максимально способна к изменениям, и психообразовательная работа, помогавшая больному критически относиться к своему состоянию, улучшить лекарственный комплаенс, а его родственникам – более эффективно и без паники справляться с проявлениями заболевания у пациента. После же купирования мании, в особенности при развитии последующей субдепрессии, осторожная работа с образами часто давала хорошие результаты.

Теперь несколько слов о особенностях работы с конкретными мотивами (42) (43):

Луг. В начале работы с этим мотивом обычно встречаются два основных варианта образов – «очень плохой» и «очень хороший». При первом часто луг даже не удаётся представить – вместо него появляются кладбища, привидения, боль-

ной оказывается среди тёмного, страшного леса, полного чудовищ. Сходными являются варианты, в которых луг на первый взгляд приятен и спокоен, но спокойствие оказывается только внешним – внезапно разверзается под ногами земля, луг затопляет водой, откуда не возьмись, набегают волки, крокодилы и прочие хищные твари. Работа с образом в этом случае должна строиться по принципу «кормления, перекармливания, нежного объятия и примирения». По сути, подобный луг становится филиалом «опушки леса» и там реализуются все характерные для последнего образа режиссёрские принципы. В случаях постоянного затопления луга водой возможна сходная работа с символическими существами, выходящими из болота. Целью работы с лугом является создание фундамента, ресурсного состояния, на которое можно будет опираться в дальнейшей работе, признаком чего является формирование у пациента «хорошего луга» с достижением ощущений спокойствия, расслабления, гармонии с природой, уверенности в себе.

В практической работе с больными шизофренией и тяжёлыми личностными расстройствами бывает, что в течение нескольких сеансов, посвящённых проработке темы луга, этот мотив остаётся неприятным, пугающим. В этих случаях полезно сразу, без дополнительной проработки «луга» перейти к мотивам ручья, дерева и горы. По мере их проработки по берегам ручья или реки либо по склонам горы всё чаще появляются луга, на которые можно отправлять пациента, под кроной мощного дерева можно найти защиту, а в его стволе – мощный источник энергии.

В других случаях луг сразу замечателен, приятен настолько, что пациент там становится абсолютно счастлив и не желает с него уходить никуда ни при каких обстоятельствах. Такое нередко встречается у больных с «вторичной выгодой» от болезни, и это обстоятельство становится довольно труднопреодолимым препятствием к улучшению состояния пациента. В дальнейшей работе при попытке предложить больному «следовать вдоль ручья» он не хочет никуда идти, либо путь длится бесконечно – в образе ничего

не меняется, пациент подсознательно не хочет достичь своей цели. «Подъём в гору» также не удаётся – больной говорит, что ему этого не хочется, ему и здесь хорошо. Однако именно тема «подъёма в гору» и оказывается ключевой в решении данной проблемы, и на особенностях режиссёрской работы в этом случае мы остановимся позднее.

Ручей. При работе с этим мотивом часто приходится встречаться с сопротивлением больных. Наиболее часто в нашей практике встречался вариант, когда вместо ручья пациент представляет берег небольшой реки, на котором приятно устроиться и уходить с которого совсем не хочется – ни вверх, ни вниз по течению. По сути, данный образ превращается в подобие хорошо знакомого больному луга.

В случаях нежелания что-либо делать на берегу ручья, продолжающегося из сеанса в сеанс, для работы с сопротивлением в данном образе нередко бывают полезны следующие приёмы:

1. «Посмотрите внимательно, где-то здесь должна быть лодка», в которой далее можно отправиться вниз по течению. Желательно доплыть до моря и предложить пациенту обратить внимание на чувства, которые возникают у него при достижении заданной цели. На морском берегу можно отдохнуть на песке, выкупаться и т. д.

2. «Посмотрите на Вашу реку. Обратите внимание, как плещутся лёгкие волны, и представьте, что Вы – волна, лёгкая волна, плещущаяся среди таких же как Вы волн, держащая свой путь к морю... Какие чувства Вы при этом испытываете?» При этом следует фиксировать сознание больного на переживании приятных ощущений, связанных с этим образом, ненавязчиво обращая внимание на то, что он – волна – продолжает своё странствие к морю. «Насколько далеко (близко) от Вас море?» «Сколько ещё осталось до моря?» – этими вопросами можно осторожно обращать внимание пациента на процесс движения. «Как именно происходит Ваше попадание в море, как именно происходит Ваше превращение из речной в морскую волну, какие чувства вы при этом испытываете?» – этими вопросами стимулируется

процесс символической трансформации, происходящий в образе. Если переживание образа происходит спокойно, гармонично, то можно спросить, что ещё должно произойти в данном образе, и предложить пациенту найти место, в котором наиболее приятно было бы завершить сеанс. В случае проявления каких-либо проблем в начальных этапах работы с тяжёлыми личностными расстройствами и шизофренией необходимо подсказывать пациенту пути гармоничного разрешения проблемы, не полагаясь, как в работе с невротиками, на способность клиента самостоятельно разрешить проблему – имеется реальная опасность декомпенсации состояния с достаточно неприятными последствиями, вплоть до развития или обострения психозов.

Гора. Этот мотив является одним из лучших в работе с безволием шизофренических больных. Он способен как бы вытащить их из пребывания в фантазиях внутреннего мира к реальным действиям в мире внешнем. При первом представлении горы наиболее часто появляется необыкновенно высокая, устрашающая гора, на которую пациент не может и категорически не хочет забираться. В этом случае полезны следующие режиссёрские приёмы:

1. Предложить больному представить гору, на которую он мог бы взобраться. В этих случаях представляется небольшая гора, на которую больной, хотя и не без труда, может влезть. Во время восхождения необходимо постоянно фиксировать внимание пациента на его чувствах, отмечая переживания силы, мужества, радости от покорения горы, в особенности когда пациент достиг вершины. Практически всегда, даже когда пациент не хотел забираться ни на какую гору, но психотерапевт манипулятивно его к этому подтолкнул, наверху чувствуется радость, сила, большая уверенность в себе. Эти чувства полезно закорить для дальнейшей работы.

2. Спросить, что необходимо пациенту для того, чтобы покорить гору. Это может быть альпинистское снаряжение, предварительные (нередко – в течение нескольких сеансов) занятия с инструктором или поиск наиболее удобной тропы, которая может быть, например, сзади горы и т. д.

Если во время «подъёма на гору» больной срывается вниз, то рекомендуется предложить ему обратить внимание на то, из какого материала состоит гора, какой он на ощупь, как пахнет и т. д. Обычно после отвлечения внимания от эмоций страха пациент удерживается на горе либо обнаруживает, что он вновь у подножия, но никаких повреждений у него нет.

«Подъём на гору» может проводиться многократно. Обычно мы видим, как с каждым сеансом пациент не только всё более уверенно работает в образе, но и становится всё более активным, контактным в реальной жизни, что создаёт условия для дальнейшей работы. Следует быть осторожным, если гора радиоактивная, пылающая внутри и т. д. – это может быть проявлением приближающегося обострения. В этих случаях целесообразно вернуться к мотивам «Луг», «Ручей», «Море», или, наоборот, у достаточно проработанных клиентов можно обратиться к мотиву «Вулкан». Целесообразно в таких случаях подумать и о коррекции доз психотропных препаратов.

Опушка леса – очень важный мотив для работы со страхами и вытесненными либо отщеплёнными психотравмирующими переживаниями. При этом пациенту предлагается представить себя на опушке леса и внимательно посмотреть вглубь леса – оттуда может появиться какое-нибудь существо. Это существо рекомендуется накормить и подружиться с ним, избегая на данном этапе работы агрессии.

Очень часто образы бывают устрашающими, и в этих случаях важен опыт и спокойствие самого психотерапевта, его способность в отдельные моменты взять инициативу на себя, чтобы, используя принцип «кормления и перекармливания» добиться согласия и примирения в образе.

Если же, наоборот, из леса никто не появляется, то можно, например, прислушаться к пению птиц, попытаться увидеть их и прикормить. Если же из лесу никто не появляется (что обычно свидетельствует об активной работе защиты расщеплением), можно обратить внимание пациента на то, что лес-то на самом деле довольно безопасен и предложить совершить по нему приятную прогулку. При дальнейшей ра-

боте с этим мотивом в последующих сеансах символические существа в образах начинают появляться спонтанно.

Данный мотив также полезно использовать повторно.

Дом. Практически никогда в работе с пациентами с тяжёлыми личностными расстройствами и шизофренией образ дома не бывает сразу приятным. Дом оказывается то развальной, которую можно только снести, то небурной квартирой в многоэтажном доме, и если даже вдруг появляется красивый хороший особняк, то можно с уверенностью сказать, что это – реальный дом кого-нибудь из знакомых пациента, и сам больной будет чувствовать там себя чужим. Иногда на этой стадии работы психотерапевт может осторожно прояснить символику образа для достижения понимания больным причин его проблем, которые обычно видны в данном мотиве, как в зеркале. Очень часто строительство дома приходится начинать заново, добываясь от пациента представления этого во всех деталях. «Строительство собственного дома» или уборка того, что представился, часто оказывается мощным фактором трансформации личности больного.

После обучения пациента уверенно работать в транс часто становится возможной работа ассоциативным методом (42), когда после погружения в транс подсознанию больного предлагается самостоятельно выбрать самую главную проблему, задачу или цель, которую важно проработать сегодня, и сформулировать её в виде символа или образа, который смогло бы представить сознание, после чего продолжается работа с тем, что пациент сумел спонтанно представить. Тут подсознание больного обычно оказывается на высоте, позволяя психотерапевту восхищаться тонкостью и точностью предлагаемых символов и метафор. Это – действительно художественная работа, требующая умения включить где-то методики стандартных мотивов, а где-то – позволить больному уноситься по волнам фантазии. С переходом к ассоциативному методу работа может существенно ускориться, но следует помнить: неконтролируемое погружение в образ декомпенсированного больного вполне способно привести к значительному ухудшению состояния больного, развитию галлюциноза, усилению

тревоги или мании. Обычно ухудшение возникает на следующий день или через день и длится от нескольких часов до нескольких недель. В случае развития подобного состояния необходимо активизировать психофармакотерапию и семейную работу. Поэтому в начале работы ассоциативным методом в случае, если работа проводится амбулаторно, следует быть уверенным, что у вас есть надёжный контакт с родственниками больного. Появление подобных осложнений не требует отказа от работы с образами вообще, но целесообразно вновь вернуться к работе с более управляемыми образами основной ступени.

Немалую пользу, как указывали Консторнум (180) и Бурно (99), может принести и обычный директивный гипноз. Показаниями для его применения являются астенические, апатические состояния в ремиссии, умеренно выраженная тревога, неуверенность. Иногда директивный гипноз может с успехом употребляться и для коррекции отдельных психосоматических симптомов – бессонницы, головной боли, болей в животе, импотенции и т. д. Противопоказан директивный гипноз при явлениях активности шизофренического процесса, в особенности при наклонности больного продуцировать бредовые идеи гипнотического воздействия, и наличии вторичной выгоды от симптоматики. С осторожностью следует употреблять директивный гипноз при выраженном сопротивлении больных (в этих ситуациях даже успешное гипнотическое купирование психосоматической симптоматики может привести к обострению шизофренического процесса). Особенно важно при работе придерживаться принципов гипнотической триады Бехтерева (115): пациенту сперва объясняют, что будет происходить, что гипнотизация – это процесс, в котором активно участвуют двое, и что трансовые состояния – неотъемлемая часть нашей жизни, в них мы находимся, например, между сном и бодрствованием; далее в течение нескольких сеансов проводится гипнотизация пациента с обучением его погружаться в транс всё глубже; на заключительном этапе курса больной обучается самогипнозу, благодаря чему создаются условия для достижения стойких

лечебных результатов и профилаксируется возникновение зависимости от гипнотизёра.

Кроме того, обучение пациента самогипнозу, в особенности с использованием идеомоторных движений рук, для купирования эмоциональных декомпенсаций может быть и частью когнитивно-поведенческой психотерапии и будет рассмотрено нами в соответствующем разделе.

Когнитивно-поведенческая психотерапия

Важнейшую роль в лечении шизофрении играет когнитивно-поведенческая психотерапия. Её целью является научить пациента справляться с его состоянием с помощью как сознательной, так и подсознательной работы. К первой относится, например, психообразование, обучение правильно распознавать свои чувства, транзактный анализ; ко второй – приёмы коррекции своего эмоционального состояния, основанные на трансовых техниках с использованием идеомоторных движений, работы с зрительными образами и т. д.

Психообразование

Психообразование – осуществляемый поэтапно процесс обучения психиатрических пациентов в области психических заболеваний и оказания психиатрической помощи, что обеспечивает их необходимыми знаниями и оказывает влияние на их установки и поведение в отношении собственного здоровья.

Как справедливо указывали Краснов с соавт. (164), психообразовательная работа с больными шизофренией и их родственниками является неотъемлемым компонентом современной комплексной психиатрической помощи, одной из наиболее часто используемых методик психосоциального вмешательства.

Психообразовательные программы представляют собой модули, рассчитанные на определенное время и осуществ-

ляемые в группах закрытого типа, работающих под руководством профессионалов в области психического здоровья и нацеленные на образование и обеспечение поддержкой пациентов-участников данных групп.

Применяется преимущественно интерактивное обучение: пациент выступает не пассивным «реципиентом» информации, а активным участником процесса. По сравнению с «кафедральным», интерактивное обучение имеет ряд преимуществ, позволяя использовать возможности групповых взаимодействий: обмен мнениями, обсуждение опыта болезни, эффект обратной связи, положительное подкрепление.

Психообразовательные программы (модули) нацелены на комплекс различных задач: на выработку у больных и их родственников комплайенса (осознанного соблюдения предписанного режима лечения), обучение распознаванию признаков начинающегося обострения, совладанию (копингу) с остаточной психопатологической симптоматикой, улучшению адаптации пациента и его семьи, а также на управление болезнью. Еще одной дополнительной задачей является создание терапевтического сообщества, обеспечение «социальной поддержки» участникам группы.

Предпочтительно возможно более раннее присоединение этого вида вмешательства к комплексу лечебно-реабилитационных мероприятий (183).

Используются и другие формы психообразования, например, брошюры для пациентов и их родственников по отдельным заболеваниям, вопросам терапии и реабилитации, листовки по актуальным проблемам психиатрической помощи и другое.

Психообразовательные программы помогают больше узнать о своей болезни, о ее проявлениях, развеять неверные представления о ее прогнозе, исходах, успешности терапии, а также узнать о средствах, применяемых для лечения, о реагировании на болезнь, на неправильное болезненное поведение и его последствия, о возникающих при этом проблемах и способах с ними справиться. Ответы на эту часть вопросов появляются в процессе обмена опытом, в процессе совмест-

ного обсуждения. Обсуждение помогает пациентам понять свои переживания, идентифицировать начальные проявления обострений и симптомы болезни, действие лекарств и их возможные побочные явления, получить поддержку при правильных действиях, стать осведомленным участником терапевтического процесса.

Психообразовательный подход является обоснованным стартовым вмешательством на начальных этапах работы с семьей (163). Этот подход обладает относительно низкой специфичностью, достаточно универсален, не требует глубокого проникновения в сложные психологические и системные особенности каждой индивидуальной семьи и при этом, как отмечали многие авторы, является в большой мере «щадящим», не затрагивая глубинные механизмы внутрисемейного взаимодействия. Вместе с тем, по нашему опыту, без коррекции этих глубинных механизмов сложно рассчитывать на радикальный успех в лечении шизофрении, поэтому мы в своей практике всегда комбинировали психообразовательную работу с семейной терапией, направленной на перестройку семейных отношений. Методы этой коррекции отражены в соответствующей главе.

В психообразовательной работе мы уделяли особое внимание дестигматизации шизофрении, снятие с неё ярлыка позорного и неизлечимого заболевания, объяснению механизмов её развития и прогрессирования – как биологических, так и психогенных. Мы объясняли, что на современном этапе развития психиатрии уже разработаны методы, которые, при их упорном, систематическом применении, позволяют обеспечить пациентам достаточное качество и стабильность их жизни, вплоть до полного излечения недуга, а имеющиеся неудачи в лечении в огромном своём большинстве связаны с непоследовательным поведением в процессе реабилитации в первую очередь родственников больных, а во вторую – самих пациентов. Психиатры – не ангелы, спустившиеся с небес и владеющие каким-то тайным знанием, а обычные люди, знающие то, что другие люди также могут изучить и успешно употреблять в своей деятельности. И если, под-

чёркивали мы, для персонала психиатрического стационара (нередко не хватающего звёзд с неба) лечение обострения психического заболевания является рутинным процессом, то и члены семьи, обучившиеся этому, могут эффективно помогать своим родственникам, обеспечивая стабильность их психического состояния.

Особое внимание мы уделяли развитию у пациентов и их родственников способности справляться с характерными для этапа реабилитации шизофрении параноидными микропсихотическими эпизодами (20), или **нажитой реактивной лабильностью (174), для которых характерно развитие по аутохтонным механизмам или с минимальной психогенной провокацией кратковременных (чаще всего – на несколько часов, реже – на несколько дней, и практически никогда не более недели) тяжёлых аффективных состояний с переживанием сильнейшей тоски, тревоги, страха, злости, которые переносятся пациентами особенно тяжело, потому что на фоне успехов в лечении резкость, неожиданность и глубина падения в данное состояние нередко интерпретируются больными как крах всех результатов лечения и полная бесперспективность его продолжения. Как правило, эти эпизоды способны через некоторое время проходить и без лечения, но они чрезвычайно тяжелы для больных субъективно и представляют высокий риск в отношении совершения суицида и других необдуманных действий (уходов с работы, разрывов отношений и т. д.), которые крайне негативно сказываются на течении процесса реабилитации. Вместе с тем обучение пациентов проблемно-решающему поведению во время этих эпизодов закладывает прочный фундамент для стабильной ремиссии и выздоровления.**

Мы всегда предупреждаем о высокой вероятности развития в процессе реабилитации подобных состояний пациентов и их родственников заранее. Мы предупреждаем больных, что, ввиду особенностей клиники данных эпизодов, они без напоминания со стороны могут даже не вспомнить о всём том, чему мы учим их сейчас, и поэтому предлагаем на видном месте повесить напоминание: **ЭТО СКОРО ПРОЙДЁТ!**

Пациенты должны помнить, что в эти моменты принять какое-либо правильное решение очень сложно, и поэтому, при развитии параноидного микropsихотического эпизода они должны попытаться справиться с ним сперва с помощью психотерапевтических приёмов, которые описаны в соответствующем разделе, а если в течение часа это сделать не удалось – то принять эффективную дозу заранее подобранных препаратов (для одних пациентов это дополнительная доза нейрорептика, для других – клоназепам), позвонить лечащему врачу, согласовав с ним терапевтическую тактику и лечь спать. Решение всех остальных вопросов должно быть отложено до купирования параноидного микropsихотического эпизода.

Необходимо приучить больных, находящихся в ремиссии, что какая-либо сильная аффективная реакция теперь может существовать в их душе только столько, сколько они сами ей позволят. Умение быстро и эффективно распознавать и купировать параноидные микropsихотические эпизоды по своей значимости может быть сравнимо с обучением больных гипертонией контролировать уровень своего артериального давления и быстро справляться с развивающимся гипертоническим кризом. При этом каждый очередной успешно преодоленный параноидный микropsихотический эпизод является важным кирпичиком в фундамент выздоровления, т. к. обучает пациента справляться с болезнью, дарит всё возрастающую, основанную на практическом опыте побед над собой уверенность в своих силах, что крайне благотворно отражается на обретении способности к проблемно-решающему поведению во всех сферах жизни. Не следует при этом забывать, что основой эмоциональной стабильности у больных шизофренией является регулярный приём правильно подобранных психотропных препаратов, и лечащий врач должен постоянно уделять внимание и этой стороне реабилитационного процесса.

Преодоление алекситимии

Одним из главных психологических механизмов развития шизофрении, как показывал Дж. Хейли, является уклонение от чёткого определения своих намерений – в первую очередь для себя самого (118). Вместо того, чтобы ясно определить свою цель при общении и мышлении, больной шизофренией начинает двигаться по ассоциативным цепочкам вторичных признаков и стереотипий, метафорически кодируя свои мысли, чувства и намерения, делая их непонятными в первую очередь для себя самого и запутываясь благодаря этому дальше и дальше. В отношении чувств здесь мы наблюдаем, например, следующее: моя пациентка звонит мне и говорит: «Здравствуйте, Владимир Викторович, это Катя. Я снова забыла, кто я».

О чём мне хотела сказать Катя? Ведь, по законам логики, Катя должна либо помнить, что она – Катя, либо забыть, кто она (и в этом случае, соответственно, забыть и своё имя). Но Катя не забыла ни имя, ни где она живёт, ни кто её родители. Вместе с тем она настаивает, что она не помнит, кто она такая, и в связи с этим испытывает ужасные мучения (что совершенно реально: пытаюсь избавиться от невыносимых чувств, такие больные совершают тяжелейшие аутоагрессивные действия – режут вены, тушат об себя сигареты, стремясь физической болью перебороть боль душевную, совершают суициды). Катя не может работать и строить отношения (и действительно, как это делать когда ты не помнишь, кто ты?) Психиатры подобные состояния относят к деперсонализационно-дереализационному синдрому в рамках шизофрении или шизотипического расстройства личности (в которое вошла малопрогредиентная шизофрения в понимании МКБ-9) и испытывают большие затруднения в лечении данных состояний. В самом деле, как вылечить мучающее пациента расстройство памяти, которого не выявляется даже при углублённом экспериментально-психологическом исследовании?

Что же на самом деле произошло с Катей? На фоне пере-

живаний подросткового возраста, связанных с тем что девушке предстоит выход в самостоятельную жизнь, усиленных ранимостью личности с эндогенными нарушениями, возникает выраженная тревога. Вместе с тем Катя происходит из семьи с крайне сложными отношениями между родителями, где и так сохранность семьи неоднократно висела на волоске и где бытовал миф о том, что если члены семьи вдруг начнут говорить друг другу об их истинных чувствах, то всё немедленно рухнет. Специалисты в области семейной терапии здесь скажут, что как раз в этом случае и могут появиться шансы на восстановление семейных отношений (50) (172), но члены этой семьи, как и большинства прочих, находятся под действием распространённых мифов о том, что культурным людям свойственно думать и совершать обдуманые поступки, а испытывать и выражать вовне свои чувства является проявлением явного варварства. Чувства в общении выражают в тех слоях населения, где вместо скатерти на стол кладут газету, пьют там водку, закусывая её селёдкой, и вместо «вы» говорят друг другу «ты» – поступать так явно некультурно. Чувства вообще в понимании членов семьи Кати – что-то вроде атавизма, хвостика, который лучше всего побыстрее отрезать.

Итак, Катя испытывает выраженную, мучающую её тревогу, но осознать её и назвать тревогой ей запрещено семейным предписанием: ведь у хороших, культурных девочек не бывает негармоничных чувств. Кате важно быть для своих родителей хорошей, она и так практически никогда не слышала от родителей слов одобрения, а сказать о своих чувствах (и даже осознать их) – явно погубить всё дело. И подсознание приходит на выручку, помогая определить страдание в виде метафоры: «я чувствую себя так, как если бы я чувствовала себя, забыв, кто я». И, так как это решение подсознательное и принимается без всякой критики сознания, то Катя начинает во всё это безусловно верить. Вслед за ней верить этому начинают и психиатры, и Катя начинает свою долгую карьеру психически больной. Врачи не говорят, чем

Катя болеет и как это лечится, и это ещё более усиливает тревогу. Катя не может нормально жить, работать и строить личную жизнь. Всем становится понятно: Катя неизлечима. Подкрадывающаяся депрессия окончательно добивает Катю.

Такой же механизм работает и в отношении бредообразования. Возьмём довольно частый случай параноидных бредовых идей. Больной жалуется на то, что, когда он выходит на улицу, там все относятся к нему недоброжелательно, косятся на него, обсуждают и ругают его. Что же происходит в реальности? Наш пациент вследствие прогрессирования болезни по психологическим или биологическим механизмам начинает испытывать выраженную аутохтонную (не связанную с сиюминутными психотравмирующими обстоятельствами) тревогу. При этом он не может назвать её тревогой – он не может распознавать чувства, но для его сознания важно как-то определить происходящее. Для этого снова используется метафора: «Я чувствую себя так, как будто все вокруг относятся ко мне недоброжелательно». После этого больной начинает искренне верить в свою фантазию, и вести себя так, как будто все вокруг действительно враги. Ответное поведение людей, возмущённых недоброжелательным отношением к ним, оказывается для больного подтверждением правильности его бредовых идей.

Первым этапом в преодолении этой проблемы является проводимое в процессе семейной работы переопределение чувств, которые ранее рассматривались членами семьи и самим пациентом как досадная проблема, которой лучше всего вообще не иметь или уж хотя бы не замечать, как важного канала общения друг с другом в общем и со своим подсознанием в частности. Методики, используемые на этом этапе, отражены в главе, касающейся семейной психотерапии.

Далее очень важным моментом является обучение пациента постоянно отслеживать свои чувства и правильно их называть. Для этого полезно вести дневник чувств, например, в таком виде:

Таблица 2. Дневник чувств

| Дата | Ситуации (воспоминания), когда это происходило | Что чувствовал(а)? | Какие ощущения были в теле? | Было ли это приятно или нет? | Как вел(а) себя? Что делал(а)? |
|------|--|--------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| | | | | | |

Очень часто мы замечали, что уже само по себе правильное наименование своих чувств приносит пациентам облегчение. Кроме того, адекватное осознание своих чувств открывает дорогу и к пониманию чувств окружающих, к возможности обсуждения не поведения и мыслей, а чувств друг друга, что крайне позитивно отражается на общении.

Далее, очень важно объяснить пациенту, что человеку доступны зрение, слух, вкус, обоняние, осязание, телесные ощущения и душевные чувства. Всё, что происходит, важно научиться выражать, используя именно эти определения. Они не могут отразить все оттенки индивидуального опыта человека, но для того, что тебя понимали другие и ты сам смог правильно определить происходящее с тобой, важно научиться называть всё происходящее именно этими общепринятыми словами. Те или иные шизофренические симптомы («все за мной следят», «у меня в голове ползают черви», «у меня нет горла», «мне обязательно надо 40 раз помыть руки» и т. д.) очень часто представляют собой трансформированные метафоры, которые продуцирует подсознание пациента для того, чтобы как-то назвать чувства, которые, в соответствии с его подсознательными установками, нельзя называть прямо. Иначе отношение к ситуации будет чётко определено, что противоречит правилам шизофренического стиля общения, сутью которого, как показывалось выше, является избегание определения своего поведения, отношения и намерений. В таких случаях больного прямо спрашивают: «Какие чувства вы испытываете по поводу того, что у вас нет горла?» Как правило, пациентам бывает трудно ответить на этот вопрос, и в этих случаях можно воспользоваться таблицей чувств, например, такого вида:

Таблица 3. Список основных чувств

| ОСНОВНЫЕ ЧУВСТВА | |
|----------------------------|--|
| Положительные | |
| 1. Удовольствие | 14. Благодарность (признательность) |
| 2. Радость | 15. Нежность |
| 3. Ликование | 16. Самодовольство |
| 4. Восторг | 17. Блаженство |
| 5. Уверенность | 18. Злорадство (ехидство) |
| 6. Гордость | 19. Чувство удовлетворённой мести |
| 7. Доверие | 20. Спокойная совесть |
| 8. Симпатия | 21. Чувство облегчения |
| 9. Восхищение | 22. Чувство удовлетворённости собой (самодовольство) |
| 10. Любовь (половая) | 23. Чувство безопасности |
| 11. Любовь (привязанность) | 24. Предвкушение (воодушевление) |
| 12. Уважение | |
| 13. Умиление | |
| Нейтральные | |
| 1. Любопытство | 4. Безразличие |
| 2. Удивление | 5. Спокойно-созерцательное настроение |
| 3. Изумление | |
| Отрицательные | |
| 1. Неудовольствие | 21. Зависть |
| 2. Горе (скорбь) | 22. Злоба |
| 3. Тоска | 23. Злость |
| 4. Печаль (грусть) | 24. Уныние |
| 5. Отчаяние | 25. Скука |
| 6. Огорчение | 26. Ревность |
| 7. Тревога | 27. Ужас |
| 8. Обида | 28. Неуверенность (сомнение) |
| 9. Боязнь | 29. Недоверие |
| 10. Испуг | 30. Стыд |
| 11. Страх | 31. Растерянность |
| 12. Жалость | 32. Ярость |

| | |
|------------------------------|-------------------------------|
| 13. Сочувствие (сострадание) | 33. Презрение |
| 14. Сожаление | 34. Отвращение |
| 15. Досада | 35. Разочарование |
| 16. Гнев | 36. Омерзение |
| 17. Чувство оскорбления | 37. Неудовлетворённость собой |
| 18. Возмущение (негодование) | 38. Угрызения совести |
| 19. Ненависть | 39. Нетерпение |
| 20. Неприязнь | 40. Горечь |

Пациента можно попросить назвать 3-5 самых важных чувств.

Далее психотерапевт приступает к переформулированию проблем. Это необходимо для того, чтобы неразрешимые проблемы, характерные для описанной Берном игры в «Тупик» (100), столь характерной для шизофренических пациентов, перевести в разрешимые. Нам трудно сделать так, чтобы все незнакомые люди на улице изменили своё отношение к нашему пациенту, а вот справиться с тревогой и тоской мы обычно сможем. Если он говорит, что подходящих здесь нет, то ему предлагается подобрать свои определения или выбрать наиболее похожие, подчеркнув, что язык всегда неполон и не отражает все нюансы, но выбирать всё же надо, чтобы понимать себя и других. После этого ему объясняется, что его симптомы есть метафорическое изложение его чувств, и предлагается научиться называть проблемы правильно, т.е. не «все на улице ненавидят меня», а «при выходе на улицу я испытываю чувства страха и неуверенности». Это принципиально меняет ситуацию. Попытаться кардинально изменить мнение всех людей, гуляющих по городским улицам, о нашем пациенте невозможно (тем более, что огромное большинство из них с ним незнакомы), попытаться переубедить его в этой бредовой идее также невозможно, ибо натывается на железобетонное: «я же чувствую это». А вот уточнить, что именно наш больной чувствует, и как на самом деле это называется по правилам русского языка (т.е. в терминах чувств и ощущений) – вполне реально. Более того, выясняется, что

справиться с неприятными чувствами и ощущениями, если они правильно сформулированы, при правильном сочетании психотерапевтических и медикаментозных методов воздействия – столь же решаемый вопрос.

В качестве примеров я приведу ещё несколько вариантов переформулирования проблем:

- Я забыл, кто я – У меня тревога;
- У меня нет рта – Я не могу сам себя прокормить;
- Моя жена постоянно изменяет мне – Я чувствую себя неуверенно рядом с женой;
- Я своим сволочам-родителям кишки выпущу – Я испытываю чувства гнева и ненависти.

Далее мы обучаем наших пациентов постоянно отслеживать свои чувства и правильно определять их (например, с помощью того же «дневника чувств»), с тем, чтобы позже перейти к развитию навыков эффективно, психотерапевтически или медикаментозно, справляться с аффективными колебаниями, окончательно решая проблему «Тупика».

Следует также отметить, что наши пациенты страдают не только от патологических аффектов, галлюцинаций и бредовых идей, но и от вполне естественной тревоги по поводу того, что с ними творится что-то непостижимое, с чем никак невозможно справиться. Их болезненный страх возводится в квадрат. Вышеописанные мероприятия по преодолению алекситимии за счёт обретения понимания больными сути происходящего и способов справиться с этим, как сказали бы математики, позволяет извлечь из шизофренической симптоматики квадратный корень, тем самым существенно ослабив её выраженность.

Психотерапевт также должен уметь анализировать скрытый смысл метафор пациентов, содержащихся в их бредовых высказываниях. Это открывает возможности помочь пациенту решить заявленную им проблему, о которой он говорит в символической форме, после чего необходимость говорить о ней с помощью метафор отпадает за ненадобностью. Например, вернувшись к вышеприведённым метафорам:

Я забыл, кто я (у меня тревога) – необходимость символической проработки проблем базового недоверия к миру и смерти.

У меня нет рта (не могу сам себя прокормить) – решение вопросов социально-трудовой реадaptации, обучение зарабатыванию денег.

Моя жена постоянно изменяет мне (чувствую себя неуверенно рядом с женой) – инициационная терапия с проработкой темы взаимоотношений с противоположным полом, негативного материнского переноса.

Я своим сволочам-родителям кишки выпущу (я испытываю чувства гнева и ненависти) – проработка отщеплённой нарциссической ярости, решение вопроса сепарации от родительской семьи.

Бред, как показывали Юнг (31) и Зайцева-Пушкаш (35) – это не просто «продукты психической деятельности», которые лучше всего игнорировать. Это ценный источник информации об истинных подсознательных проблемах больного, понимание которого позволяет значительно более точно строить стратегию психотерапевтического процесса.

Трансактный анализ

Трансактный анализ (ТА), разработанный Берном (100) (184), также является эффективным методом когнитивно-поведенческой психотерапии у больных пограничными расстройствами личности (в психоаналитическом значении этого термина) и шизофренией в ремиссии. Он основан на обучении пациента отслеживать своё реальное состояние в реальном мире в данный конкретный момент, благодаря чему извлекает больного из созданного его подсознанием фантазий. Недаром автор этого метода Э. Берн подчёркивал, что трансактный анализ столь же эффективен при пограничном расстройстве личности, как витамин С при цинге (101). Кроме того, ТА содержит в себе мощные поведенческие методики налаживания эффективной коммуникации с людьми.

Безусловно, в этой краткой главе не смогу отразить все возможные методики и нюансы применения этого широко известного и подробно разработанного метода и опишу лишь некоторые варианты его применения, которыми мы пользовались особенно часто.

Объяснение пациенту основ трансактного анализа:
«Я для начала хотел бы познакомить вас с некоторыми основами теории психологии. Все варианты поведения человека можно условно поделить на три группы, назовём их позициями – родительская, взрослая и детская. Человек может менять их достаточно часто и быстро, иногда в секунды, и быть в одной или другой в любом возрасте. Родительская – та, в которой человек ведёт себя, подчиняясь принципу «Надо, должен – неважно почему, любой ценой». Взрослая – это такой компьютер в голове, которому всё равно, что обсчитывать – атомную бомбу или противоракетную оборону. Его не волнуют вопросы морали и нравственности. Его принцип – спокойное «Как сделать?». На флаге детской позиции крупными буквами написано: «Хочу!» – и эту позицию не интересует, насколько это уместно в данный момент и к каким последствиям приведёт исполнение этого желания. Детская позиция настаивает на немедленной реализации своих намерений. Давайте попробуем разобраться, какие вещи эффективно (не возможно, а именно эффективно) делать из какой позиции. Как вы считаете, что эффективно делать из родительской позиции?» (здесь психотерапевт ведёт беседу в форме сократического диалога, предлагая пациенту самостоятельно выбирать ответы и правильно поставленными дальнейшими вопросами наводя его на верные выводы. Например, больные часто говорят, что из родительской позиции надо работать, воспитывать детей, заботиться о родителях. Однако психотерапевт уточняет, зачем именно пациенту работать? Затем, чтобы было на что жить, иметь интересное занятие, или подходящий коллектив для общения? Но ведь это уже стоит делать не из требующей тупого подчинения родительской

позиции, а из взрослой, предварительно решив, где больше платят, где интереснее, где лучший коллектив, и как сделать, чтобы туда попасть?

Что касается воспитания детей, то для совсем маленьких, действительно, родительская позиция хороша – их надо запеленать и уложить спать, не пытаясь обсудить с ребёнком, почему он этого не хочет и как сделать, чтобы он захотел. Так же, кстати, эффективна родительская позиция и в отношении лечения психически больных людей в состоянии острого психического возбуждения, когда их надо связать, уколоть, а все серьёзные разговоры оставить на потом. А вот воспитание подростков детей эффективно именно из взрослой позиции – это постоянный хитрый торг, направленный на создание приятных стимулов, подталкивающих ребёнка идти к хорошему, и неприятных, отталкивающих от дурного, а родительская позиция, как и детская, здесь будет неэффективна. Полезно использовать родительскую позицию и в отношении соблюдения принятых в обществе условностей. Мне, мужчине, например, никак нельзя носить юбку. Но только если я не в Шотландии – там ношение килта только подчеркнёт мою мужественность. Другие же вещи также эффективно делать именно из других позиций, по большей части из взрослой, но не из родительской (это также показывается пациенту в сократическом диалоге).

Есть много вещей, которые эффективно делать из взрослой позиции. Успешный человек по большей части в ней и находится. А что эффективно делать из детской позиции? (Опять же в сократическом диалоге показывается, что из детской позиции, исходя из принципа «хочу – и всё тут» хорошо отдыхать, выбирать, кого ты любишь, заниматься сексом, кушать здоровому человеку, не имеющему склонности к обжорству. Также из детской позиции полезно выбирать стратегические цели, в стиле «я бы в лёгчики пошёл», но с тем, чтобы в дальнейшем достижение этих целей передавать взрослой позиции.)

А в какой позиции мы с вами находимся сейчас, на нашем сеансе психотерапии? (пациент учится самостоятельно определять позицию, в которой он находится. В норме она, естественно, должна быть взрослой).

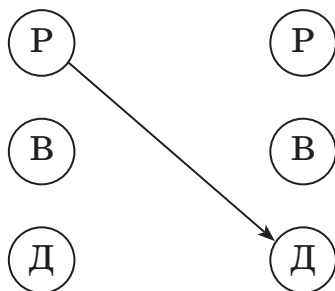
Как вы увидели, для эффективного поведения очень важно отслеживать, в какой позиции вы находитесь. И поэтому я хотел бы дать вам домашнее задание – регулярно, раз в час, задавать себе вопрос: «В какой позиции я сейчас нахожусь?» и давать себе честный ответ о происходящем, и вести дневник: что было в течение дня, как это переживалось, в какой позиции находился и каковы оказались результаты. Ценность этого приёма, как вы сейчас, вероятно, заметили, состоит в том, что всякий раз, как только вы серьёзно задумываетесь над этим вопросом, вы немедленно переходите в наиболее употребительную взрослую позицию».

Данный результат оказывается чрезвычайно полезным в отношении характерных для шизофрении аффективно-волевых расстройств. Всякий раз, когда пациент на приёме начинает давать неадекватную эмоциональную реакцию, стоит просто спросить: «В какой позиции вы сейчас находитесь и зачем вам это надо?» Даже если пациент не выходит немедленно в другую позицию, это открывает путь к осознанию факта неадекватности реакции и к конструктивному диалогу о том, какие меры должны быть использованы для исправления ситуации. Кроме того, как уже подчёркивалось выше, уточнение позиции вынуждает больного чётко определить его истинные намерения и отношение к происходящему, что помогает выбраться из шизофренических петель «двойных связей».

Преодоление конфликтных ситуаций с помощью ТА

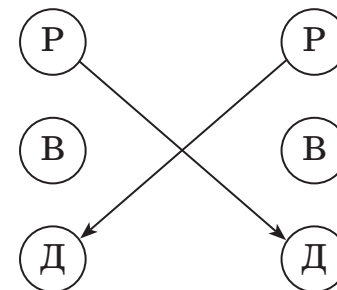
Прежде всего, психотерапевту следует разъяснить пациенту, что в огромном своём большинстве обычные конфликты и споры между людьми ни к чему хорошему не приводят и истина в них (в отличие от спокойного делового обсуждения) не рождается, зато к обострениям психических заболеваний дело приходит уверенно. Поэтому очень важно научиться предотвращать ненужные конфликтные ситуации, в отношении чего ТА обладает большим арсеналом средств. Прежде всего психотерапевт, опираясь на описанные ранее позиции ТА, объясняет основы теории конфликтов:

«Допустим, встречаются два человека каждый со своими тремя позициями: родительской (Р), взрослой (В) и детской (Д), и один из них говорит другому: «Ты дурак!» Попробуем это изобразить графически:

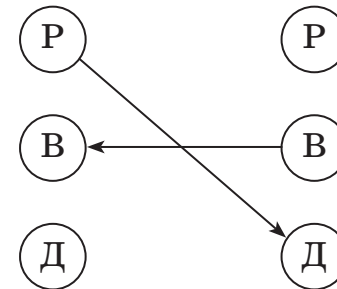


Как мы видим, один из собеседников в этом случае обращается из своей родительской позиции к детской позиции другого: «Глупыш, послушай мнение опытного человека!» Так, как правило, начинает разгораться конфликт, потому что, в понимании большинства людей, собеседник либо должен смириться с унижением, либо восстать и поставить обидчика на место. Направление общения нарисовано стрелочной – в ТА она называется транзакцией.

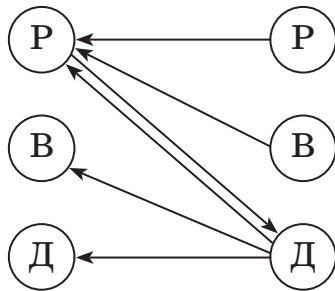
Обычно данный вариант общения закономерно приводит к симметричному ответу: «Сам дурак!», а выглядит с позиции ТА это так:



Пересечение стрелочек-транзакций – это всегда конфликт. Точно так же получится и в случае попытки разумно объясниться в общении Взрослый-Взрослый:



– «Ты дурак!»
 – «Как же я могу быть дураком? Ведь и жизнь у меня устроена, и высшее образование есть!»
 – «Ты дурак потому что ты дурак!»
 Так как этот разговор явно бесплоден, попробуйте (обращаясь врач к пациенту) нарисовать все возможные варианты ответов, так, чтобы стрелочки не пересекались, а потом попытаемся разобраться, что за варианты бесконфликтного общения оказываются возможными:



Таким образом оказывается, что возможны 5 вариантов общения, при которых конфликт не возникнет. В разных ситуациях они обладают неодинаковой ценностью. Поэтому давайте разберём их все по очереди.

Ответ Д – Д. Это похоже на двух маленьких детей, играющих в песочнице. Их ссоры кратковременны, они тут же мирятся и продолжают игру. Во взрослом варианте это, к примеру, выглядит так:

- «Ты дурак!»
- «Да ладно, хватит тебе, пойдём холодненького пивка попьем, а вот у меня ещё и воблочка есть!»
- «Эх, хорошо!»
- «Ну, давай по второй!»

Конфликт явно остался позади. Мужики беспечно наслаждаются пивком с рыбкой, находясь в детских позициях. Способ оптимален для профилактики конфликтов с людьми, с которыми находишься в близких, дружеских отношениях.

Ответ Д – В. Является примером чудесной психологической игры в «Да, но...»:

- «Ты лентяй! Тебе следует немедленно идти устраиваться на работу!»
- «Да, отличная идея! Но, ты знаешь, я пока болею и ещё не закончил курс лечения»
- «Но ты хотя бы начинай искать работу по объявлениям, звони работодателям, чтобы, как только закончишь лечиться, сразу же выйти на работу!»

«Да, так было бы хорошо! Но вдруг мне попадётся что-то

по-настоящему стоящее, а я не смогу сразу же выйти на работу, так как не закончил курс лечения – я же тогда завую от огорчения и всё лечение пойдёт насмарку! Мне нельзя так рисковать!»

– «Так выздоравливай побыстрее!»

– «Да я бы рад, но меня так тяготит то, что я уже полгода без работы... Пропавший я человек!»

Стремящийся давать советы в этой игре обречён на поражение. Его положение подобно героям старого советского анекдота по мотивам известного фильма «Семнадцать мгновений весны»:

«Сидят в берлинском кафе Шелленберг и Мюллер. Шелленберг говорит Мюллеру: – «А вот там, у окна, сидит русский разведчик Штирлиц!»

– «Так что же вы его не схватите?»

– «А что толку, он всё равно отмажется...»

С каждым своим новым советом настаивающий на поиске работы попадает во всё более глубокую психологическую яму. Какие советы он не изобретает, они оказываются неисполнимыми. Очень тяжело осознать, что ты способен придумать ничего стоящего. Кстати, в такую игру очень часто играют больные шизофренией в некачественной ремиссии со своими врачами и близкими, занимаясь своеобразным психологическим вампиризмом. Очень важно оказывается доказать всем и в первую очередь самому себе, что твоё заболевание совершенно неизлечимо и уникально (и этим стоит дорожить, так как ни в чём ином ничего уникального этот человек из себя зачастую не представляет). Антитезис от этой игры следующий: «Да, ты действительно в ужасном положении! Я поражаюсь, как ты до сих пор держишься! И что ты в этой ситуации намерен предпринять?» – переключая пациента с нытья о проблемах на поиски их решения. Но это действует лишь в тех случаях, когда нытик начинает игру первым, одолевая всех своими жалобами, в результате чего окружающие готовы дорого дать, только бы оказаться где-нибудь от него подальше. В нашем же случае, когда целью является предотвращение конфликтов, временно переквалифицироваться в нытика

может оказаться весьма полезным при систематическом применении такого подхода для отбивания у окружающих всякого желания давать непрошенные назойливые советы.

Впрочем, в этом варианте возможен ещё один приятный поворот. Советующий, оказавшись в совершенном отчаянии, стремясь сохранить лицо, может предложить такой вариант решения проблемы, о котором его собеседник мог только мечтать. В этом случае с восторженным криком: «Ура! Такую замечательную идею мог придумать только ты! Вот молодец, умница!» необходимо немедленно кинуться собеседнику на шею и затем долго и счастливо пользоваться тем, о чём ранее мог лишь мечтать.

Способ Д – В оптимален для профилактики конфликтных ситуаций с людьми, относящимися к вам скорее неплохо, но любящими произносить нравоучения, давать непрошенные советы

Ответ Д – Р. «Дядя, прости засранца!»

Ответ, симметричный вопросу. Унизителен, но позволяет избежать наиболее тяжёлых последствий явного разоблачения в совершении противоправных действий. Подходит для подсудимого, признающего свою вину с целью уменьшения наказания, когда унижительность твоего положения малосущественна.

Ответ В – Р. Пытка похвалой.

Одна из наиболее уважаемых мной моих коллег работает психологом в педиатрическом стационаре. Там часто возникают ситуации, когда на лечение поступает ребёнок, регулярно болеющий из-за того, что мама о нём слишком заботится: кутает, перекармливает и т.д. Когда врачи пытаются маме это объяснить, она возмущается и кричит, что её ребёнок и так постоянно болеет, и лишение его дополнительного ухода неминуемо приведёт к непоправимым последствиям. У врачей и без этого много дел, и они просто отправляют маму на обязательную консультацию моей коллеги для «правильного промывания мозгов». Отказаться прийти мама не может – выпишут за нарушение режима. Но когда она заходит в кабинет психолога, то она похожа на оцетинившегося ежа и готова любой ценой защитить

свои убеждения. Что же делать моей коллеге, которой надо всё-таки эти убеждения изменить?

Вместо ожидаемого мамой логического разбора ситуации психолог начинает её с порога неукротимо хвалить. За всё подряд. Пять минут, десять, пятнадцать, полчаса... Что при этом происходит с мамой? Она тает, она вдруг понимает, что так высоко её никто никогда не оценивал, и поэтому её собеседница – просто замечательный, умнейший и достойнейший человек, к словам которого не прислушаться – просто грех. Да и вообще, под продолжающимся градом похвал мама, краснея, говорит: «И не такая уж я идеальная. У меня ребёнок болеет, а я справиться не могу». «Ну, тогда давайте обсудим, что делать», – говорит облечённая авторитетом в глазах мамы моя коллега, плавно переводя ситуацию в конструктивное русло разговора «взрослый – взрослый».

Ответ Р – В является одним из наиболее мягких и в то же время эффективных способов профилактики конфликтов с теми, кто выше вас в иерархическом положении. В отличие от других способов, он не только профилактирует конфликтную ситуацию, но и способен уменьшить выраженность самой причины этого конфликта. Ведь ругаться, давать непрошенные советы, читать мораль с позиции «родитель – дитя» людей заставляет совсем не необходимость исправления объективного несовершенства мира – для этого значительно лучше общение с позиции «взрослый-взрослый». Цель общения в стиле «родитель – дитя» – излить в душу другого человека свою собственную злость, тоску, тревогу (как правило, на самого себя), и, услышав желанный симметричный ответ «дитя – родитель», получить доказательство собственного могущества, ослабить угрызения своего комплекса неполноценности. Ответ «родитель-взрослый», при котором в ответ на претензии собеседника начинают неукротимо хвалить, не только делает невозможным продолжение конфликтной ситуации (как ругать того, кто хвалит тебя в ответ?), но ещё и накладывает пластырь на раненную душу собеседника, который именно вследствие этой своей ранимости ведёт себя агрессивно.

В этом варианте общения есть ещё одна тонкость, отражённая в одном из старых советских анекдотов. Армянское радио спросили: «Какая самая плохая национальность на свете?» Ответ был: «Зато у армян коньяк хороший!» В ответ на ругань в твой адрес можно начать упорно хвалить ругающегося за совершенно иные достоинства, никак не относящиеся к теме его возмущения. С одной стороны, возмутиться по этому поводу невозможно: как возмутиться тому, что тебя хвалят? С другой стороны, сама беседа, когда ругают за одно, а хвалят в ответ совершенно на другую тему, быстро начинает отдавать явным идиотизмом и продолжать её долго никак не получается...

Ответ Р – Р. Психологическое айкидо.

Что такое общение «родитель – родитель»? Вы, несомненно, наблюдали общение бабушек на лавочках. Ссорятся ли там они? Никогда, потому что никогда не обсуждают непосредственно в данный момент присутствующих на лавочке. Если надобно обсудить Капитолину Антоновну, то дождутся, пока Капитолина Антоновна уйдёт с лавки, и тогда скажут всю правду, а до того будут обсуждать мэра, российского и американского президента, проходящих по двору девочек в коротких юбках. Общение «родитель – родитель» бесконфликтно по определению, потому что никогда напрямую не касается общающихся. Кроме того, оно ещё неплохо позволяет сбросить эмоциональную напряженность (как и работа с агрессивными образами в трансе, когда пациент рубит мечом воображаемых врагов). Однако как же нам перейти в этот вид общения из-под прямой атаки «родитель – дитя»?

Данная техника была подробно разработана М.Е. Литваком, к книге которого «Психологическое айкидо» (184) я отсылаю читателя за более подробным её разбором. Здесь же отражу основные положения данной техники.

Общий алгоритм перехода основан на парадоксальном методе коммуникации и состоит из трёх этапов:

А. Формальное согласие: «Да, я действительно дурак»

Б. Утрирование до нелепости: «Я не просто дурак, я просто круглый идиот и даже шизофреник какой-то. Это

просто поразительно, до какой степени я туп и морально чёрств. Таких, как я, в добрые старые времена сразу же после рождения сбрасывали со скалы или, в виде особой милости, душили в колыбельке. Так что насчёт меня сейчас нет смысла ругаться (я же идиот, не понимаю), взывать к моей совести (у меня её просто нет), а можно только рассмотреть, на каком дереве меня немедленно необходимо повесить, или, в лучших традициях святой инквизиции, сжечь». Подобного рода посыпание головы пеплом длится до тех пор, пока собеседник не воспротивится происходящему и не начнёт возражать: «Ну ладно, хватит тебе, всё у тебя ещё не так плохо» (а возражать он беспрерывно начнёт, потому что ругать и без того ругающего себя последними словами невозможно, а ввиду накопившейся внутренней неудовлетворённости от жизни поспорить как-то надо). И тут свершается переход к третьему этапу:

В. Переход на третьих лиц: «Это же действительно ужас, как же можно спокойно жить в этом мире, где столько идиотов! Вот, к примеру, мой сосед Вася (и далее обсуждение соседа). Или на работе Катя (с подробным перемыванием её косточек). Как жить! Куда катится Россия?! Может, это увеличилось количество мутаций среди населения потому, что над Антарктидой увеличилась озоновая дыра?»

Разговор уже ушёл от первичного своего предмета в неведомые антарктические дали. Агрессия успешно сливается в беседу ни о чём, и всё же нападавший уходит с чувством явной неудовлетворённости: как он не старался, все удары пришлись мимо цели, а его ещё и высмеяли, да так, что и ни к чему не придерёшься! Нередко у инициаторов такого разговора после него возникают и психосоматические симптомы – головная боль, подъём давления и т. д. Поэтому техника и называется психологическим айкидо: нападающий поражается с использованием его же агрессивной энергетики, которая ловким движением направляется на него самого.

Таким образом психотерапевт демонстрирует пациенту богатство возможностей по профилактике ненужных конфликтов. После этого для закрепления материала целесообразно потренироваться в соответствующих ролевых играх.

Кризисные интервенции

Несмотря на то, что кризисными интервенциями, при которых продолжительность работы с психотерапевтом составляет от 1 сеанса до 2 месяцев, как известно, никакую длительную серьёзную проблему не решишь, данный вид психотерапии является весьма востребованным в работе с больными шизофренией. В самом деле, приёме нитроглицерина ишемическую болезнь сердца тоже не вылечишь, но это не мешает врачам и больным широко им пользоваться. Пусть иногда к нам ходят не для того, чтобы выздороветь, а лишь для того, чтобы снять острую боль – если человек настаивает именно на этом, наше дело дать ему то, зачем он пришёл: мы, всё-таки, сфера услуг.

В психотерапии существует огромное количество методик кризисных интервенций (12) (170), но работа в этом жанре при шизофрении имеет свои особенности. Прежде всего, кризисными интервенциями при данном заболевании должен заниматься только психотерапевт, имеющий хорошую подготовку в области психиатрии или работающий в тесной связи с психиатром, консультация которого при обращении за помощью эмоционально декомпенсированного больного шизофренией является обязательной. Следует помнить, что *самой частой причиной обращения больных шизофренией за помощью является неадекватная лекарственная терапия или отказ от приёма медикаментов, который привёл к обострению симптоматики!* И заниматься решением психологических проблем здесь стоит лишь после того, как исключены проблемы биологические – в ином случае после качественно проведённого сеанса больному станет легче и он уйдёт со словами благодарности, договорившись о времени очередного визита, но в очередной раз с немалой вероятностью не придёт, в лучшем случае сообщив, что в очередной раз вынужден лечь в психиатрический стационар. В самом худшем вам позвонят его родственники и поинтересуются, о чём вы беседовали, так как после сеанса с вами ваш благодарный пациент совершил самоубийство.

Вторая по частоте причина обращения – это семейные кон-

фликты. Пациент может очень живо рассказать вам, какие мерзавцы его близкие и как гадко они с ним поступают, так что вам захочется собственноручно их удушить немедленно после сеанса. Несмотря на то, что иногда это бывает и правдой, следует помнить, что всё то, что говорит эмоционально декомпенсированный больной, в первую очередь является метафорическим описанием его внутреннего состояния, и в последнюю – объективным изложением истинного положения вещей. Кроме того, как показывалось выше, истинной бессознательной целью больного шизофренией является не убежать от своей семьи, а, активно демонстрируя психиатрические симптомы, сплотить её и помочь своим близким справиться с их собственными тяжёлыми душевными переживаниями. Начните помогать больному спастись от его родственников, и вы с крайним удивлением увидите, как он первый вас предаст и ударит в спину – отделиться от семьи на самом деле никак не входило в его планы. Каждый вечер он приходит домой сам, его никто не доставляет туда приводом с полицией. Встретившись со всей семьёй, вы получите значительно более полную информацию и сможете действовать куда как более точно. «Начинать с одного человека – начинать с проблем», – говорил про эти ситуации один из моих учителей Ричард Коннор. Именно краткосрочная семейная, а не индивидуальная интервенция, как показал Аланен (166), является методом психотерапии шизофрении с доказанной эффективностью.

Третья частая причина обращения больных за индивидуальной кризисной интервенцией – бессознательное желание сыграть в описанную Берном игру в «Тупик» или «Калеку» (100), сущность которой состоит в том, чтобы, посещая разных специалистов, везде повести себя так, чтобы никто ни в коем случае не смог добиться стойких положительных результатов. Психологический «выигрыш» при этой игре состоит в самоутверждении в собственной уникальности как человека, страдающего уникально неразрешимыми проблемами, и в доказательстве самому себе, что, поскольку проблема неразрешима, то можно спокойно лентяйничать и ничего не делать для её разрешения.

Четвертой причиной бывает совершенно понятное стремление получить житейскую консультацию, как именно стоит себя повести в той или иной сложной ситуации, не пытаясь ничего в своей жизни менять радикально.

Исходя из всего описанного, первое, что необходимо делать при обращении эмоционально декомпенсированного больного шизофренией, категорически настаивающего на его приёме без участия прочих членов семьи – это всё же постараться его уговорить прийти с ними, мотивируя это необходимостью максимально объективной оценки происходящего для того, чтобы ни в коем случае не навредить (например, неправильным назначением неподходящего лекарства), не разобравшись до конца. На самом деле очень часто больных удаётся убедить поступить именно так – ведь те из них, которые действительно сильно страдают, готовы на всё, чтобы побыстрее исчезла душевная боль. Как действовать на семейной встрече, описано в главе о семейной терапии.

Второе – объективно оценить психическое состояние пациента и при необходимости скорректировать психофармакотерапию. Если больной находится в остром психозе или имеется суицидальная опасность, а родственники не готовы обеспечить над ним необходимый надзор с контролем поведения и приёма медикаментов, должен быть поставлен вопрос о неотложной госпитализации в психиатрический стационар.

После этого следует чётко проговорить цели, способы и длительность предстоящей работы, предложив больному на выбор несколько вариантов действий, а также ответственность сторон. Большую роль здесь играет психообразование. Должен быть составлен реалистичный план действий, и проговорены последствия тех или иных нарушений достигнутых договорённостей. Всё это целесообразно закрепить на бумаге.

Способы психотерапевтической работы здесь могут быть очень разными, но все они, как указывалось выше, должны опираться на стабильную лекарственную компенсацию психического состояния пациента. В практике кризисных интервенций наиболее часто используются методики когнитивно-поведенческой терапии, иногда, при наличии соответствующего

щего опыта у врача, может быть использована гипнотерапия, важную роль играет психообразовательный подход. Следует с осторожностью относиться к применению при шизофрении методик, усиливающих расщепление психики на различные субличности – такие как шестишаговый рефрейминг или договор частей. Также не следует работать в трансе с визуализацией образов в маниакальных состояниях – всё это способно привести к срыву в психоз. Кризисная интервенция нередко бывает первым этапом длительной серьёзной работы, когда больной, убедившись в компетентности врача, соглашается затем поставить более важные цели. Нередко после достижения поставленных целей пациент прекращает взаимодействие – это не обязательно плохо. Во-первых, вполне возможно, что он достиг цели, о которой мечтал полжизни и хочет просто пожить на этом желанном для него уровне. Во-вторых, возможно, что он приходил сыграть в «Тупик», но не вышло. К тому же семенам, посеянным при психообразовании, часто требуется время для всхода, и, кроме того, он уже получил ценный опыт: с шизофренической симптоматикой можно успешно бороться и побеждать. Вполне вероятно, что он ещё вернётся или сумеет справиться с помощью другого нашего коллеги. А может быть, он понял, что если дело так пойдёт и далее, то он потеряет право сидеть на шее у родственников и ему придётся отправляться в самостоятельную жизнь, что совсем не входило в его планы. Что ж, болеть шизофренией и содержать психически больных родственников законом никому не запрещено.

Вы полагаете, уважаемый коллега, что больной ушёл от того, что вы сделали ошибку в терапии? Не унывайте, бывает, я их сам наделал без числа и продолжаю делать дальше. Вспомните Черчилля: «Успешность – это умение идти от поражения к поражению, не теряя оптимизма!» Проработайте проблему с вашим супервизором или на группе психотерапевтов, и, стараясь не повторять ошибок, трудитесь дальше, не забывая регулярно делать *новые* ошибки (за исключением нарушений уголовного кодекса и самоубийства). Это – залог вашего развития. Удачи вам!

Психотерапевтические методики самопомощи при аффективных колебаниях

В данном разделе будут описаны те методики, которые давали наибольший эффект в нашей работе. Мы абсолютно убеждены, что этим не исчерпываются все возможные варианты, и не пытаемся доказать, что одно явно лучше другого. Наша цель – просто поделиться нашим скромным опытом.

Следует также отметить, что эти техники работают по-настоящему хорошо только тогда, когда выполняются на фоне адекватной психофармакотерапии и семейной работы. Без этого их эффективность серьёзно снижается и эффект получается временный и недостаточный.

Работа с идеомоторными движениями рук по Росси

Известный в США юнгианский аналитик и одновременно ученик М. Эриксона Эрнст Росси (185), развивая некоторые идеи и способы работы своего учителя, создал свой оригинальный гипнотерапевтический метод. Росси полагает, что главный терапевтический фактор в гипнотерапии – не внушение конкретных идей, а активизация в транс творческих ресурсов клиента и возможность рассмотреть проблему иным, чем в сознательном функционировании, способом. Условиями, существенно способствующими такой активизации творческих способностей, Росси считает свободу клиента в его гипнотических проявлениях и эмоциональное «зажигание». В своей работе он отказывается от управления, контроля над процессом терапии настолько, что не считает для себя необходимым знать содержание проблемы клиента, считая, что неудобство терапевта, связанное с потерей контроля

над процессом терапии, окупается в такой работе уровнем активизации творчества клиента. В отличие от многих других гипнотерапевтов даже эриксоновского направления, практикующих индукции сноподобного транса, Росси считает ненужным справляться с эмоциональным возбуждением, связанным с переживанием проблемы и начинать работу с искусственного расслабления. Наоборот, он использует его как топливо гипнотической индукции и терапевтического процесса. Главная задача терапевта в подобной работе, как полагает Росси, это – соединив в трансовом функционировании эмоциональное возбуждение с творческим потенциалом клиента и активировав доступ ко всей относящейся к этой проблеме информации (прежде всего – к истории проблемы), инициировать начало и стимулировать продолжение внутреннего терапевтического процесса клиента, никак не влияя содержательно на его ход и результат.

Эта техника, по нашему опыту, оказывается наиболее эффективной при значительной выраженности тоски, тревоги, гнева и т. д. Большую роль здесь играет именно правильное обучение этой технике пациента психотерапевтом. Самостоятельно по книге этому научиться сложно.

Начинать обучение ей лучше всего когда пациент приходит с выраженным патологическим аффектом. После изложения больным сути своих жалоб психотерапевт просит его оценить степень тяжести состояния по 10-балльной шкале, где 0 – полное спокойствие, а 10 – необходимость ехать в психиатрический стационар по «скорой помощи». Работать данной методикой имеет смысл, если пациент оценивает тяжесть своего состояния в 5 баллов и выше. Далее врач соглашается с серьёзностью ситуации, проводя подстройку к пациенту, и подчёркивает, что его сознание действительно не в силах принять всё то, что происходит, и справиться с этим. *«Однако такие вещи с вами бывают» – продолжает психотерапевт, «и через некоторое время обычно так или иначе эти чувства становятся заметно слабее. Такое впечатление, что в подсознании сидит какой-то человек, который подкручивает там нужные винтики, и который*

умеет со всем этим справляться. Но знаете, почему у вас ничего сейчас не выходит?

Когда какому-нибудь руководителю нужно напечатать документ, он отдаёт команду секретарю, и она его успешно печатает. Но что будет, если он станет у неё за спиной и будет следить, правильно ли она всё делает? Наверяд ли она напечатает всё под его строгим контролем быстро и правильно. Умный руководитель поступит иначе – отдаст команду, что конкретно надо сделать, и будет ждать результата, следя только за тем, чтобы секретарь была на рабочем месте и занималась делом. А сейчас, когда вы переживаете по поводу этой эмоциональной декомпенсации, ваше сознание ведёт себя как этот недалёкий и тревожный руководитель: оно не даёт подсознанию спокойно поработать с проблемой, постоянно контролируя его деятельность.

Как же нам отдать ваши эмоциональные проблемы в руки вашего подсознания? (психотерапевт выпрямляется и поднимает руки с раскрытыми ладонями на уровень груди, как бы демонстрируя их пациенту, и в то же время молча ожидая его реакцию. У пациента возникает растерянность, которая тут же утилизируется для наведения каталептического гипнотического транса. Своими дальнейшими действиями врач помогает пациенту выйти из состояния растерянности в нужную сторону).



Рисунок 2.

Положение тела пациента во время работы с техниками Росси

И сейчас я попрошу вас сесть ровно и поставить свои руки так же, как их сейчас поставил я (психотерапевт дожидается исполнения больным его ко-

манды), и сейчас я скажу вашему подсознанию, которое здесь и слышит меня: подсознание, справься! (гипнотическая команда выделяется более громким голосом и изменением интонации). И всё, что требуется сейчас от вас, это набраться мужества, и дать вашим рукам самостоятельно сделать всё, что требуется, и я не скажу вашим рукам опуститься медленными, честными, бессознательными движениями прежде, чем та часть работы, которую необходимо сделать сегодня, будет успешно завершена. Всё, что сейчас требуется от вашего сознания – это сосредоточить всё ваше внимание на руках, отслеживая и мысленно проговаривая все их мельчайшие движения, до тех пор, пока по положению ваших рук мы не увидим, что та часть работы, которую необходимо сделать сегодня, будет успешно завершена. (После этого психотерапевт внимательно следит за движениями кистей пациента, проговаривая всё то, что происходит, например, так): А сейчас мизинец вашей правой кисти начинает подрагивать... и левая рука слегка двинулась навстречу правой... и вот и правая рука ответила ей... и вы можете следить за всем происходящим с открытыми глазами, или вы можете закрыть глаза... сделайте, как вам будет удобнее и комфортнее глубоко погрузиться в ощущения движения ваших рук. А сейчас ваша правая рука постепенно движется навстречу левой... и левая отвечает ей... и ваши руки всё ближе подходят друг к другу, так часто бывает, по мере того, как ваше подсознание находит решение вашей проблемы, символически отражая то, как именно эта проблема решается... и я могу только догадываться, символом какого именно решения проблемы будет то, что ваши руки соединятся... или произойдёт что-нибудь другое... и вот пальцы ваших кистей соприкасаются... и это очень важно... а теперь пальцы соединяются всё более прочно, и я могу только догадываться, символом какого именно воссоединения в вашей душе это является... ваши кисти сжимаются всё крепче... и ваши руки постепенно начинают опускаться, давая нам знать, что эта работа успешно завершается... так... опускаясь всё ниже... соприкасаясь с бёдрами... и расслабляясь».

Психотерапевт даёт возможность пациенту побыть в трансе ещё столько, сколько ему потребуется, и когда тот откроет глаза, спрашивает: «На сколько баллов теперь выражены ваши проблемы?» Как правило, после правильно выполненного упражнения с хорошим трансовым состоянием выраженность эмоциональных проблем существенно уменьшается. Здесь психотерапевту очень важно подчеркнуть, что всего этого больной добился сам, а он, психотерапевт, лишь подсказывал ему, что следовало сделать. Затем психотерапевт производит подстройку к будущему: просит пациента расслабиться и представить, как именно изменится его жизнь, если всегда, когда ему будет необходимо, он сможет так же передать свои эмоциональные проблемы в руки своего подсознания, и за какие-то 20 минут (столько, сколько он был в трансе) так же уменьшить их выраженность. Если во время этой визуализации будущих успехов у пациента возникают какие-либо сомнения или вопросы, их необходимо разрешить. Когда больной соглашается с тем, что, действительно, качество его жизни при этом существенно улучшится, ему даётся домашнее задание выполнять это упражнение сперва ежедневно, а затем – при необходимости справиться с острым аффективным состоянием. Четко ещё раз проговаривается последовательность действий:

1. Осознавать наличие эмоциональной проблемы и назвать, какое именно чувство тревожит.
2. Измерить его по шкале выраженности.
3. Сесть ровно, поставив руки перед собой, и мысленно дать команду своему подсознанию: «Справься!».
4. Мысленно отслеживать все движения рук.
5. Когда руки опустятся, давая сигнал о завершённости работы, опять представить шкалу выраженности проблемы и отметить, насколько уменьшилась субъективная выраженность проблемы.
6. Расслабиться и представить, насколько теперь актуальна проблемная ситуация и каким именно представляется её решение.

Отметим, что в нашем опыте мы не замечали обострения

психических заболеваний на фоне применения данного метода даже в психотическом состоянии пациента, чего не скажешь, к примеру, о технике шестишагового рефрейминга (178) или о попытках произвести «договор частей» (186), пытаясь уговорить «голоса» в голове пациента прийти к единой полезной точке зрения. Данные методы также пропагандировались как способы лечения шизофрении через работу с подсознанием, но, работая с ними на фоне неустойчивого психического состояния, мы часто получали обострения или рецидивы психозов. Эти сами по себе неплохие методики могут быть полезными лишь на фоне стойкой компенсации, когда врач-психиатр уверен в том, что срыв в психоз здесь невозможен.

Самогипноз с использованием наведения транса по Тукаеву

Использование гипнотерапии у больных шизофренией, как уже писалось выше, требует определённой осторожности из-за сложностей с фиксацией внимания, скачки ассоциативных процессов, страха перед гипнотизацией (который в отщеплённом, и, соответственно, более опасном виде есть и у тех пациентов, которые настаивают именно на лечении гипнозом), а также развития бреда гипнотического воздействия. Поэтому способ, который мы можем применить для гипнотизации больных с дальнейшим переходом к самогипнозу, должен быть

1. Легко применим и эффективен у большинства пациентов.
2. Гипнотизация проводилась бы при активном участии самого пациента.
3. Учитывая то, что при шизофрении выражено нарушаются биологические функции мозга, способ должен обладать доказанным нормализующим действием на биологические процессы.

Учитывая определённую вероятность развития бреда гипнотического воздействия, в работе с больными шизофренией,

в особенности на начальном этапе, мы предпочитали заменять слово «гипноз» формулировкой «прекрасно известное вам состояние, как между сном и бодрствованием, в котором можно хорошо отдохнуть, расслабиться, набраться сил». Гипнотизации у больных шизофренией всегда предшествовала описанная выше когнитивная тренировка в визуализации образов. Далее приведена методика гипнотизации Тукаева в авторском описании (11), в которой на первых порах слова «гипноз» и «транс» мы обходили вышеописанным образом:

Предварительно пациенту сообщают о последовательности приемов и ощущениях, которые могут возникнуть при введении в состояние гипноза, затем, после сосредоточения на желании войти в гипнотическое состояние, пациент поднимает руку и ему внушают самопроизвольное опускание руки и одновременный переход в состояние гипноза.

Пациент находится в удобном положении сидя или лежа. Ему описывают всю последовательность действий, которые он должен выполнить, и ощущения, которые могут у него возникнуть в процессе погружения. Форма сообщения может быть следующей: «Сейчас мы с вами войдем в гипнотическое состояние. Главное условие перехода в гипноз – наличие желания перейти в него, а мотивацией для этого является успешное лечение. Существует три режима работы мозга: режим бодрствования, режим сна, режим особых состояний сознания. К последнему режиму относятся состояния гипноза, транса, медитации. По большому счету все режимы устроены одинаково, состоят из одних и тех же элементарных механизмов работы мозга и организма – как из кирпичиков. Различия же сна и бодрствования, например, связаны с тем, что отдельные механизмы по-разному между собой связаны. Этих отдельных механизмов огромное множество, человек не может контролировать, регулировать их произвольными, сознательными усилиями. Поэтому все режимы работы мозга действуют автоматически. Такое устройство организма позволяет просто бодрствовать, спать, засыпать и просыпаться. Однако простота эта – кажущаяся, за ней стоит сложнейшая, высокоавтоматизи-

рованная работа мозга и организма. При случайных сбоях в работе организма во сне и в бодрствовании этот сбой автоматически воспроизводится, хотя в принципе он мог бы быть исправлен. Вот здесь-то и появляется различие между сном, бодрствованием, с одной стороны, и гипнозом – с другой. Гипнотический режим является наиболее простым, примитивным из трех, полуавтоматическим. Именно поэтому человек не может находиться в нем постоянно, но благодаря полуавтоматичности в гипнозе появляется уникальная возможность произвольного выправления того, что нарушено, здоровой настройки организма. Вот почему гипноз и используется для лечения.

Вы сосредоточьтесь на своем желании войти в гипноз, будете удерживать это желание, эту мысль: «Я хочу войти в гипноз» – у себя в голове, слушаете ощущения собственного тела и по мере готовности к переходу поднимете любую руку. Я подойду к вам, прикоснусь к руке, ее будет тянуть вниз, и рука начнет опускаться произвольно, без ваших активных, осознанных усилий. Если вы будете опускать руку сами, произвольно, то перехода в гипноз не произойдет. Чем ниже будет опускаться рука, тем глубже вы будете уходить, погружаться в состояние гипноза. При соприкосновении руки с поверхностью переход в состояние гипноза будет завершен. Гипнотическое состояние – не сон; находясь в нем, вы будете слышать мою речь. Для эффекта лечения достаточно появления у вас части тех ощущений, о которых я буду говорить».

Затем предлагают пациенту сосредоточиться на желании перейти в состояние гипноза и на ощущениях собственного тела, закрыть глаза. Конкретная форма внушения может быть следующей: «Расслабили мышцы рук, ног, туловища, шеи, лица. Дышим ровно, спокойно. Настраиваемся на переход в состояние гипноза и по мере готовности поднимаем руку, любую, которую вам удобно...» Пациент либо один из пациентов при групповом сеансе поднимает руку. Психотерапевт подходит и говорит: «...все внимание – на желании войти в состояние гипноза». Психотерапевт при-

касается к руке пациента, продолжая внушение: «Руку начинает тянуть вниз... Рука начинает движение... Ниже идет рука, тянет руку вниз. Отдельные, сливающиеся в одно, движения руки.. С каждым движением руки меняются ощущения тела, тело становится все более далеким, отчужденным... Ниже идет рука. В момент соприкосновения руки с поверхностью переход в состояние гипноза будет завершен... Рука опускается и застывает». Рука пациента опускается и застывает.

Во внушении движения руки крайне важно уловить характерные особенности реализующегося движения, моментально включая их в продолжающееся внушение. При этом, начиная с обобщенного внушения движения с начала его реализации, психотерапевт переходит на описание во внушении конкретных деталей реализуемого движения (например, кисти, пальцев), устанавливая таким образом обратную связь с гипнотизируемым. Данный прием резко повышает эффективность гипнотизации, форсирует внушенное движение руки. После успешной реализации гипнотизируемым начала движения руки психотерапевт вновь переходит к обобщенному внушению, акцентируя завершение перехода в гипноз завершением движения руки, соприкосновением с поверхностью.

Обычно при обучении пациентов самогипнозу мы предлагали им представить какое-нибудь приятное место, представить там себя, обратить внимание на то, какие там запахи, звуки, ощущения, где там лучше, где хуже, что в образе хотелось бы изменить, может быть, куда-то в нём отправиться и т. д. Сам переход к самогипнозу совершался так: после выхода больного из транса во время очередного сеанса с погружением в транс по Тукаеву мы хвалили пациента за то, как замечательно у него получается самостоятельно переходить в транс и, проговорив основные принципы данной методики, предлагали всё это сейчас же сделать самому, без нашей помощи. В транс предлагалось представить какой-нибудь приятный образ. После выхода пациента из транса мы обсуждали, что у него получилось, как можно делать это

упражнение ещё лучше и рекомендовали в дальнейшем ежедневно самостоятельно его практиковать.

Данный способ погружения в транс, по нашим наблюдениям, нередко весьма эффективно мог использоваться для купирования аффективных расстройств; кроме того, при регулярном применении в составе комплексной терапии он определённo вёл к уменьшению выраженности шизофренических изменений личности, укреплял силу воли, ответственность, последовательность. Он не приводил к обострениям процесса, за исключением галлюцинаторных или маниакальных состояний, при которых самостоятельная работа в трансe опасна.

Фокусирование

Юджин Джендлин (187) (188) не был учеником Милтона Эриксона, однако его метод прекрасно вписался в то, что сейчас называется эриксоновским направлением в терапии, поскольку совершенно согласуется с идеями и духом позднего Милтона Эриксона. Занимаясь изучением условий эффективности психотерапии в исследовательской программе Чикагского университета, Джендлин пришел к следующим выводам:

– Психотерапевтические действия только тогда приводят к успеху, когда ведут к изменению телесных переживаний.

– В каждом переживании, в том числе в «застывшем», переживании, которое «не хочет уходить», есть и источники его преодоления. Это – «неясная грань переживания», смутное, трудно уловимое ощущение, которое проявляется рядом или в том же пространстве, что и «застывшее» переживание.

Тут необходимо остановиться и в нескольких словах прояснить, что имеется в виду. Джендлин рассматривает здесь тот непрерывный поток неясных переживаний, которые всегда можно ощутить, внимательно и не спеша прислушавшись к своему телу. Иногда их можно ощутить как назойливый, но не громкий дискомфорт, при обращении к которому

вдруг может возникнуть понятная мысль или чувство, причем независимо от неприятности последних – дискомфорт отступает. Эти неясные переживания, по Джендлину, есть целостное отражение ситуации на уровне непосредственных переживаний тела. Он называет их – ощущаемым смыслом. Причем при развертывании этих ощущений смысл становится явным! Джендлин утверждает, что в этих переживаниях ощущаемого смысла содержится информация о ситуации, в которой находится клиент, в целом. И это есть послание от бессознательного, находящегося на контактной границе с сознанием.

Итак, третий вывод, к которому пришел Джендлин, гласит:

– В ощущаемом смысле содержится тенденция следующего терапевтического шага и когда происходит его раскрытие, то происходит и следующий шаг в терапии.

Джендлин полагает, что каждый шаг раскрытия ощущаемого смысла направлен на личностный рост и приближает человека к его подлинной сущности, несводимой к какому-либо содержанию. Зачастую, в ощущаемом смысле «слышится голос» какой-либо отторгнутой детской части и в процессе его раскрытия детская часть, обогащаясь взрослыми ресурсами, осваивается клиентом и получает свою интеграцию с ним. И этот процесс раскрытия происходит только при условии «дружественного интереса» клиента к ощущаемому смыслу и тому содержанию, которое развертывается из него.

Терапевтический метод Юджина Джендлина, названный им «фокусированием», является прямым воплощением его экспериментальных выводов и теоретических построений. Сущностью метода является процесс проявления этих особых телесных переживаний ощущаемого смысла, а, главное, их раскрытия. Терапевт здесь не внушает и не интерпретирует, и даже не пытается предугадать следующий шаг клиента. Его роль – способствовать развертыванию внутреннего психотерапевтического процесса клиента, не вторгаясь в его содержание. Сам процесс во время терапевтической сессии состоит из последовательности шагов – циклов. От отдельных ощущений, эмоций, образов или мыслей, связанных с

проблемой, клиент переходит к непосредственному переживанию целостного ощущаемого смысла, фокусируется на нем и ждет, когда последний раскроется в осмысленное чувство, образы или мысли. После чего цикл можно повторить, раскрывая с каждым разом все большую «глубину». Способствовать процессу раскрытия ощущаемого смысла в смысл явный могут предварительное нахождение ключевого слова или образа (характеристики ощущения) с последующей проверкой соответствия их непосредственному переживанию, а также задавание определенных вопросов, адресуясь при этом прямо к ощущаемому смыслу. Следует добавить, что транс у клиента в этой процедуре – естественно возникающий, как правило, не глубокий, но могущий углубиться на небольшие моменты времени. Причем терапевт своими процессуальными инструкциями никогда намеренно не углубляет транс.

Фокусирование – метод, часто требующий для своего эффективного применения некоторую степень уже развитой у клиента способности концентрироваться на тонких телесных переживаниях. Естественно, для некоторых клиентов должно пройти какое-то время обучения, чтобы он смог работать в полную силу. Тем не менее, метод зарекомендовал себя как очень мощное средство, зачастую ведущее к быстрым, но масштабным изменениям в клиенте. Фокусирование – метод универсальный по отношению к различным терапевтическим задачам и позволяющий непрерывное применение его в долговременной терапии. В работе с кризисными состояниями и другими проблемами не требует от клиента высокого уровня эмоционального возбуждения. Интересно еще и то, что фокусирование успешно применяется как метод самоанализа и самотерапии.

В практике психотерапии шизофрении фокусирование оказывается эффективным средством, позволяющим достаточно быстро и эффективно справляться с умеренно выраженными «застрявшими переживаниями», которые, ввиду своей алекситимичности и общей склонности к отказу от определения происходящего, пациент не может выразить адекватно и, как было показано ранее, трансформирует в ме-

тафоры, становящиеся бредовыми идеями, сенестопатиями, деперсонализацией, патологическими аффектами и т.д. Методику фокусирования я изложу в варианте, предложенном на семинаре А. Хайкина (189) и И. Дехтяря (190) – по опыту нашей работы, он более эффективен в коррекции патологических аффектов у больных шизофренией.

После предъявления пациентом его жалоб психотерапевт уточняет:

– А как вы узнаете, что у вас эти симптомы?

– Я это чувствую.

– Где именно вы это чувствуете? В голове, в груди, животе? Покажите, пожалуйста, это место.

– Вот здесь (пациент указывает на то место, где он ощущает данное переживание).

– И теперь я попрошу вас не делать ничего, а только лишь сосредоточиться на данном месте, на данном ощущении... и постарайтесь окружить его максимальной заботой, вниманием, любовью... постарайтесь передать это всё туда... и ничего не делайте... просто побудьте с ним, как добрый друг... как сейчас я с вами... ваше ощущение(чувство) сейчас похоже на малыша, который потерялся, не знает, что ему делать, кричит и топчет ножками... просто побудьте с ним, передав ему всю вашу любовь, внимание, заботу... позвольте этому малышу почувствовать, что вы рядом... и успокоиться... просто побудьте с ним столько, сколько потребуется... (длительная пауза, иногда на 10-15 минут, во время которой психотерапевт просто находится рядом и ждёт реакции пациента).

– Ну вот, сейчас легче...

– Никуда не торопитесь, и просто побудьте с ним ещё, наблюдая за тем, как происходят изменения и что появляется теперь на том месте, где ранее было это ощущение(чувство)...

– Здесь становится как-то тепло и хорошо...

– Побудьте там ещё столько, сколько потребуется, для того, чтобы весь этот процесс успешно завершился (длительная пауза).

– Вот, теперь всё совсем хорошо!

– И что теперь сейчас вашими переживаниями?

– Их нет... Странно...

– И сейчас просто закройте глаза... и как можно более ярко представьте... как изменится ваша жизнь... когда всегда, когда потребуется, когда что-то будет не так, вы сможете просто сфокусироваться на этом, и окружить его максимальной заботой, вниманием, любовью... и просто побыть там столько, сколько потребуется... (подстройка к будущему).

– Да, это будет как-то совсем по-другому...

– И теперь я попрошу вас ежедневно, как только что-то будет вас тревожить, просто определять, что именно и где происходит, и фокусироваться на этом, отправляя туда всю вашу любовь, внимание, заботу. А потом, когда мы с вами встретимся на следующем сеансе, мы обсудим, что у вас получилось, и, может быть, подумаем, как научиться делать это ещё лучше, чтобы вы всегда могли справиться.

Метод достаточно эффективен в отношении умеренно выраженных, но стойких неотреагированных переживаний, и, главное, довольно прост. Недаром одна из книг Джендлина называется «Фокусирование для домохозяек». Мы использовали его у пациентов в ремиссии различного качества. Никогда в нашей практике использование этого метода не приводило к обострению шизофренической симптоматики.

Шизофрения и зависимости

Большой проблемой в лечении шизофрении, в особенности на инициальном этапе, при малопрогрессирующем течении болезни и на фоне некачественной ремиссии, бывает зависимое поведение в виде несанкционированного врачом употребления психоактивных средств или игровой зависимости. Встречающиеся здесь состояния развиваются на фоне аффективных (преимущественно субдепрессий различной структуры) и невротоподобных расстройств (астенические, навязчивые, истерические), а также психопатоподобных изменений личности с повышенной раздражительностью, возбудимостью, реактивной лабильностью и расторможенностью низших влечений. Часто встречается психический инфантилизм. У склонных к этому пациентов выражена повышенная ранимость со склонностью к протрагированным отрицательным эмоциональным реакциям на окружающее. В результате лекарственного патоморфоза при шизофрении возрастает число больных с остаточными позитивными расстройствами и характерологическими изменениями, обуславливающими симптоматическое зависимое поведение (191).

Начало симптоматического зависимого поведения часто не имеет явной связи с внешними обстоятельствами. «Немотивированное и одиночное пьянство – важный признак эндогенного процесса» (192). При таком внешне безмотивном пьянстве очень часто больные пытаются нормализовать свое состояние с помощью алкоголя, употребляемого таким образом с «медицинскими» целями. Начало алкоголизации, наркотизации или игровой зависимости здесь обуславливают подавленность, тоска, чувство напряженности, раздражительность, тревога, безразличие к жизни или к окружающему, трудность общения, снижение трудоспособности и т. д., уменьшающиеся или даже исчезающие при опьянении. В некоторых случаях алкоголизация тесно связана с негативистически-оппозиционным противопоставле-

нием себя принятым нормам или становится результатом болезненного подражания (шизофрения с гебоидными симптомами). Для алкоголизма, сочетающегося с шизофренией, характерен ряд общих признаков (193).

Часто отмечаются изменения картины опьянения. Они возникают раньше в случаях присоединения алкоголизма к шизофрении и тогда, когда до начала специфического процесса алкоголизм развивался у лиц с явными характерологическими аномалиями. Наиболее часто наблюдается дисфорическая картина опьянения с эксплозивностью, истерическими симптомами или их сочетанием.

Кроме того, бывает опьянение с депрессивным, тревожным или злобным аффектом, с двигательным возбуждением, в том числе с так называемыми импульсивными нелепыми действиями, сексуальной расторможенностью, дурашливостью, стереотипиями.

Иногда развивается импульсивное возбуждение с бессвязными, в том числе и бредовыми, высказываниями, частичным или полным запамятованием событий во время опьянения, т. е. состояния, близкого к патологическому опьянению или неотличимого, от него. При прочих равных условиях основное влияние на проявления и развитие симптоматического зависимого поведения оказывает прогрессирующая шизофренического процесса. Развернутые формы алкоголизма не возникают при интенсивных позитивных шизофренических расстройствах.

Лечение алкоголизма вторичного, симптоматического – это в первую очередь быстрейший обрыв шизофренического приступа, вывод пациента из депрессии, от которых он «лечится» спиртными напитками, и использование психотерапевтических мероприятий, основанных прежде всего на методиках семейной психотерапии, направленных на предотвращение рецидива зависимого поведения и нацеливание больного на поиск иных способов совладания с проблемами внутренней и внешней жизни.

Работа в обязательном порядке должна была опираться на помощь микросоциального окружения пациента – в от-

рыве от родственников лечение алкоголизма на фоне психопатоподобных изменений личности при эндогенном процессе практически всегда обречена на неудачу. Начинаясь она так, как описано выше в разделе о семейной терапии, но при рассмотрении вопроса о даче директив мы всегда учитывали важность прекращения алкоголизации, и поэтому дополнительно использовались психотерапевтические приёмы, которые хорошо зарекомендовали себя в нашей практике лечения зависимого поведения (гемблинг, алкоголизм, наркомания). Психотерапия проводится после этапа детоксикации и купирования компульсивного влечения к употреблению ПАВ (в случае химической зависимости) и начинается с общего собрания всех членов семьи больного, на котором после опроса всех участвующих врач намеренно заостряет их внимание на том, что пристрастие к употреблению ПАВ – не плохая привычка, а один из вариантов болезни зависимого поведения, которая без лечения приводит к глубокому изменению личности, социальной дезадаптации и смерти (194) (195). После этого врач даёт следующее предписание: «Произойдёт что-то одно из двух: или болезнь похоронит Вас, или Вы похороните болезнь. И поэтому, как только Вы снова употребите алкоголь или наркотик, или посетите игровой салон, в течение 48 часов Вы должны похоронить свою смерть. Для этого Вы обязаны выкопать могилу полного профиля: 2 м в длину, 2 м в глубину и 70 см в ширину. Выкопав, необходимо минут 15 побыть в могиле самому, чтобы представить, как будет вам, когда, если вы не справитесь с вашими проблемами, вас отнесут ногами вперёд в такую же яму и закопают. Почувствуйте, как плохо, темно, одиноко будет здесь вам, как удушающее будет давить огромная масса земли сверху, как будет мучить скованность и невозможность отсюда выбраться. Затем взять дозу употребляемого наркотика (или бутылку предпочитаемого алкогольного напитка), написать на ней: «Моя смерть», и с соблюдением всех похоронных ритуалов закопать. Если Вы употребите ПАВ после этого ещё, то это значит, что Вы недостаточно глубоко похоронили свою смерть, и каждая очередная могила должна быть на полметра глубже предыдущей. Всё это

должно делаться под наблюдением всех членов семьи, которые должны собраться для этого все вместе, добиться, чтобы всё было сделано так, как надо и перед похоронами промерить, правильно ли выкопана могила». Подчёркивалось, что при чётком исполнении всех этих предписаний больной либо прекратит употреблять ПАВ, либо станет почётным шахтёром, что тоже хорошо, а также что данный метод базируется не на законах психологии или медицины, а на физике твёрдого тела. Как показывает практика, для полного решения проблемы прекращения зависимого поведения требуется до 3 выкапываний – глубже 3 м до сих пор никому рыть не приходилось. Кроме того, психотерапевт должен предварительно обсудить, кто в семье ответственен за то, чтобы все назначения были выполнены, и какую роль в достижении этого должен играть каждый член семьи, а также какую конкретно ответственность каждый несёт за невыполнение своей части работы. Обязательным является длительное (не менее 3 лет) динамическое наблюдение за наличием следов ПАВ в анализах мочи при наркомании, сдаваемых под непосредственным контролем родственников. Таким образом, используя борьбу с зависимым поведением в качестве модели, психотерапевт добивается создания более эффективной структуры семьи. Трудность назначенного задания, кроме того, повышает мотивированность больного на лечение, как психофармакотерапевтическое, за счёт улучшения лекарственного комплайенса, так и психотерапевтическое. (Данный способ лечения защищён патентами РФ № 2339411 от 27.11.2008 г. и № 2389515 от 10.05.2010 г.)

Естественно, данный метод не должен применяться в ситуациях, когда псевдозависимое поведение является по сути кататонической симптоматикой. Хочется также отметить, что применение блокаторов опиоидных рецепторов (налксон, вивитрол) в случае зависимого поведения, обусловленного эндогенным процессом, часто оказывалось неэффективным: пациент пьёт не для того, чтобы получить удовольствие, а для того, чтобы перейти в состояние хирургического наркоза, хотя бы на время справившись с симптоматикой.

Вторым, не менее важным направлением работы при наличии зависимого поведения является решение вопроса: «Что вы будете делать *вместо того*, чтобы пить?» (186). В этом отношении огромное значение имела индивидуальная психотерапия с больным, с решением как его бессознательных проблем, так и обучением конкретным способам эффективного поведения в мире. Задачами этой работы были:

1. Проработка подсознательных «комплексов» больного (наиболее часто мы встречались с базовым недоверием к миру, неразвитой идентификацией себя как мужчины или женщины, алекситимией, отсутствием навыков проблемно-решающего поведения).

2. Проработка целей жизни.

3. Разрыв связи «вижу (бутылка, наркотик, игровой автомат) – чувствую (желание употребить или играть)».

4. Проработка отношения к теме смерти – своей и близких.

5. Тренинг умений самостоятельно справляться с остро возникшим желанием употреблять ПАВ или играть.

У разных больных иерархия задач могла меняться. Обычно мы начинали с работы в жанре проективной гипнотерапии и проводили для начала 5-10 занятий с переживанием ландшафтных мотивов. Иногда этого хватало, но в отдельных случаях выраженной незрелости личности работу данным методом приходилось проводить до полугода. При этом особое внимание уделялось проработке эдипальных проблем (мотивы «Пещера», «Куст розы», «Путешествие авто-стопом», «Священный столб» и др.) и способности адекватно выражать свою вытесненную агрессию («Убить дракона», «Убить злодея», «Лев», «Дикая кошка», «Вулкан», «Побег из тюрьмы»). На фоне работы в трансе отмечался довольно быстрый регресс постоянного обсессивно-компульсивного влечения к игре. Вместе с тем обычно довольно долго больной оставался «тростью, ветром колеблемой», что без дополнительной проработки других задач приводило к частым срывам.

На фоне стабилизации состояния больной вдруг начинал чувствовать пустоту своей жизни, которая ранее прикрыва-

лась азартом. В этой психотерапевтической ситуации невозможно было обойтись без логотерапии по В. Франклю и проработки экзистенциальных проблем. Нередко важными оказывались беседы о религии, «обсуждение дороги к храму». Мы считаем, что при этом не следует увлекаться миссионерской деятельностью и навязывать пациенту свои собственные религиозные (или атеистические) и философские убеждения. Необходимо было помочь ему найти свой собственный путь к тому, ради чего действительно стоит жить. Здесь зачастую возникала и тема смерти и посмертной судьбы. Как бы мы не относились к этой теме, следует отметить, что пациенты, уверенные в своём посмертном существовании и зависимости качества этого существования от того, как они проживут эту реальную жизнь, имели лучшие результаты в лечении, чем те, кто был убеждён в конечности своего бытия с установкой на гедонизм. Во многих случаях страх смерти удавалось устранить проведением больного в трансе через его фантазии о том, как он будет умирать и что за этим последует, либо через общение с ранее умершими родственниками. Это – непростая процедура, для её выполнения необходим достаточный опыт работы пациента в трансе (обычно – несколько месяцев предшествовавших занятий) и хороший кинестетический якорь на чувствах спокойствия и уверенности, однако результат того стоит.

Одной из важнейших задач было научить пациента самостоятельно справляться с периодически возникающим компульсивным влечением к употреблению ПАВ или игре. Иногда оно возникало в ответ на такие пусковые механизмы, как встреча с прежними друзьями, предлагающими выпить или уколоться, вид знакомой рекламы или представление игрового салона или автомата, после чего спонтанно развивалось внешне ориентированное трансовое состояние, в котором и происходил срыв. Для решения этой проблемы необходимо было разорвать связку «вижу – хочу» в подсознании больного. Наилучшие результаты в решении этой проблемы мы получали при использовании техник работы с субмодальностями, описанными Р. Бэндлером и усовершен-

ствованными К. Андреас и С. Андреас (196), базовой из которых являлась техника «взмаха». Суть её состоит в том, что после выявления «ключевого» стимула, запускающего патологическую реакцию, с помощью специальных психотерапевтических приёмов производится замена обычной патологической реакции на данный стимул на более целесообразную в данной клинической ситуации. Например, обычной для наших больных последовательностью являлось острое психоэмоциональное состояние, сопровождавшее воспоминание об азарте игры, чувство наполненности жизни после того, как пациент случайно замечал игорный салон и, тем более, зайдя в него, попадал в привычную обстановку полумрака с ярко горящими табло игровых автоматов, их характерной музыкой и звуками периодически высыпавшихся в приёмные лотки выигрышей. В результате использования «взмаха» мы добивались инверсии реакции – в описанных ситуациях у больных должно было возникать острое чувство тоски и отчаяния, хорошо им знакомое после очередного запоя или проигрыша. Например, при игровой зависимости работа со «взмахом» начиналась с того, что психотерапевт вместе с больным шёл в наиболее привлекательный для пациента салон. Появление на лице больного улыбки, фиксации взгляда на автомате, характерного блеска глаз указывали нам на то, что настало подходящее время закорить эти чувства (обычно мы пользовались для этого установкой кинестетических якорей по методике, описанной Гриндером и Бэндлером (178) и немедленно идти в кабинет психотерапии для выполнения «взмаха». Работа заканчивалась тем, что мы для окончательной проверки результата вновь возвращали отменяется компульсия. После этого он обязан перенести всё своё внимание на кулак и добиться того, чтобы кулак начал «сам, автоматически» разжиматься и сжиматься по мере того, как влечение ослабевает или усиливается. Больному внушалось: «Ты сильный мужчина... и твой кулак – это сильная часть тебя, воплощение твоей силы... он сейчас управляется твоим подсознанием... он – как индикатор, как спидометр для автомобиля...и когда сознание не справляется

с проблемой, то подсознание само должно взять решение в свои руки... и я не скажу твоему кулаку разжаться медленными, честными, бессознательными движениями прежде, чем твой кулак не наведёт внутри тебя порядок... потому, что кулаки даны мужчинам именно для того, чтобы наводить порядок... и пусть на это уйдёт столько времени, сколько необходимо». Особенностью данной техники является то, что при её использовании не только возникает трансный феномен – каталепсия кисти, с возможностью соответствующей утилизации трансного состояния, но и элементарное отвлечение внимания от предмета вождения, способствующее угасанию компульсии. Мы использовали данные методы, вместе с тем, мы предполагаем, что для решения ряда вышеуказанных задач можно было бы использовать также трансактный анализ (100), телесно-ориентированную психотерапию, психодраму и другие методы.

Следующим, практически неизбежным и очень важным этапом, к которому следовало заранее готовить семью, был вероятный рецидив зависимого поведения. При этом большую роль играло предварительное «предписание» рецидива (120). В этом случае, во-первых, мы добивались развития подсознательного сопротивления семьи данной команде психотерапевта и, соответственно, консолидации ремиссии. К тому же, после настойчивых требований психотерапевта, чтобы больной «сорвался», этот рецидив уже воспринимался не как трагедия, а как предписанная врачом горькая микстура, которую приходится пить. Соответственно у больного и членов его семьи не возникало паники и они могли спокойно, под руководством врачей, купировать рецидив. Всё дальнейшее течение болезни во многом зависело от того, насколько ответственными и сплочёнными будут члены семьи в этот трудный момент. Важно, чтобы они, выполнив все предписания (особенно важным были «выкапывание могилы» и адекватная психофармакотерапия), под руководством психиатра и психотерапевта справились с этим сами. Принципиально то, что больной должен, выполнив наложенное на него испытание, сам отработать свои долги, (или возместить окружаю-

щим весь тот ущерб, который они нанесли своим зависимым поведением), и, лучше, с процентами. Именно это и может стать поворотным моментом, показывающим, насколько жизнеспособны все достигнутые договорённости. Семья приобретает опыт, позволяющий успешно справляться с болезнью. Период рецидива переставал быть временем ужаса и паники, но становился предметом гордости пациента и членов семьи, сумевшими успешно справиться с поставленными сложными задачами. При неудаче приходится всё начинать сначала, приняв к сведению уроки происшедшего.

В реабилитационном периоде мы пользовались самыми разнообразными приёмами когнитивно-поведенческой психотерапии, направленными на обучение поведенческим приёмам проблемно-решающего поведения, зарабатывания денег, построения отношений с противоположным полом, решения семейных проблем. В этом вопросе мы стремились для каждого пациента разработать индивидуальную программу с учётом его особенностей личности, склонностей и навыков. В случаях, когда этому препятствовали расстройства личности, проводилась их коррекция. Критериями успешности реабилитационного периода были коренное изменение межличностных отношений пациента, полное осознание характера своей болезни, выполнение в полном объёме всех предписаний, рациональное трудоустройство на интересную для больного работу, увеличение его доходов не менее чем вдвое.

Инициационная терапия

В терапии шизофрении важно не только разрушить шизофреногенный стиль общения, мышления и восприятия мира, основанный, как показывалось выше, на отказе определения своих чувств, намерений и действий и патологической инициации мифоритуального комплекса «смерть-новое рождение» (35), в процессе развития которого человек отказывается от собственной воли и ответственности за свою жизнь и судьбу и передоверяя их «конечному спасителю» (40), в роли которого могут быть как великие высшие силы, так и собственная мама. Необходимо также инициировать произрастание нового, здорового на месте прежнего – патологического. И именно в этом зачастую наши пациенты испытывают самые главные сложности: ведь они, погруженные в описанные выше патологические варианты общения в своих семьях, никогда толком не знали, что жизнь и отношения можно строить и иначе. И если в процессе реабилитации мы не сможем их этому научить, то наши больные в большинстве своём вернутся назад. В отличие от традиционно используемых в различных культурах методик инициаций при психотических расстройствах, имеющих своей целью развитие у пациента мистические и магические способности (2), мы разработали методику инициационной работы, направленную на направление развития личности пациента не в сторону потустороннего мира, что при активном шизофреническом процессе крайне нежелательно (197), а на развитие способности эффективно действовать и быть счастливым уже в этой жизни.

Одной из наиболее сложных для обучения тем является взаимоотношение мужского и женского, с которым и у обычных невротиков мы видим вечный беспорядок, а также мужские и женские стратегии эффективного функционирования.

Вместе с тем то, что человека невротического уровня функционирования сильно огорчит, но заставит искать какие-то естественные или патологические варианты компенсации, пациента с эндогенным заболеванием, основное качество личности которого ранимость, приведёт в депрессивный или психотический приступ. Как справедливо указывал Кернберг (20), прогноз терапии тяжёлых расстройств определяется двумя показателями: качеством функционирования Супер-Эго (способностью быть честным, ответственным, целеустремленным) и качеством объектных отношений с близкими, которые у наших больных, как правило, в отвратительном состоянии. Поэтому мы никогда не сможем добиться серьёзных результатов в реабилитации больных шизофренией, если, обучая их правильно бороться с их биологическими проблемами и социально-трудоустройством, не научим их быть НАСТОЯЩИМИ МУЖЧИНАМИ и НАСТОЯЩИМИ ЖЕНЩИНАМИ.

В поисках инструмента для этого мы обратились к инициационной терапии – разработанному Т.Б. Василец и Н.В. Романовой (198) направлению в психотерапии, основанной на тысячелетиями использовавшейся у разных народов практике обучения тому, как быть мужчиной и женщиной, с использованием материала мифов и сказок, в которых отражен огромный опыт успешных действий человека по преодолению самых разнообразных трудностей. Переживание сценария этих мифов совместно с их героями (или представляя себя ими, подражая им) оказывался ценным инструментом в моделировании успешного поведения в самых разных областях человеческой жизни. Это моделирование может производиться в групповых играх, обрядах, мистериях, столь распространённых у всех народов, или индивидуально – в трансе. С учётом исходно нарушенных объектных отношений у наших пациентов, представляющих нередко серьёзное препятствие в групповой психотерапии, мы как основной избирали путь инициирования через работу в трансе, с использованием проективной гипнотерапии.

Как уже отмечалось выше, шизофрения также является инициацией развития личности, но инициацией патологической, развивающейся по болезненным механизмам, в процессе которой шизофренический процесс коверкает личность по своему образу и подобию. Просто прекратить развитие личности, во всяком случае надолго, нереально: если личность человека не будет в своём развитии прогрессировать, то она несомненно будет регрессировать; энергия, которая должна была пойти на достижение успеха, в случае своей невостребованности всегда обратится в симптомы. Как подчёркивал Р. Бэндлер (186), ключевой вопрос в лечении алкоголизма следующий: «Что ты будешь делать ВМЕСТО ТОГО, чтобы пить?» Точно так же инициационная терапия должна помочь пациенту ответить на вопрос: куда он будет двигаться, какой успешной личностью становиться, ВМЕСТО ТОГО, чтобы, перекладывая на других ответственность за свои действия и свою судьбу, двигаться путём шизофренического развития к жизни психиатрического инвалида?

Описываемый ниже подход Т.Б. Василец (198) опирается на древнюю восточную символику Инь-Ян (рис. 2) и наследие Карла Густава Юнга, которое содержит утверждение, что в каждом мужчине есть внутреннее женское начало (Анима) и в каждой женщине – внутреннее мужское начало (Анимус) (199). Соответственно в личности любого человека – и мужчины, и женщины, можно условно выделить функциональные «части», отвечающие за янские (условно, мужские, лидерские, ориентированные на завоевание в мире чего-то нового, удержание структуры и границ завоёванного пространства) и иньские (условно, женские, ориентированные на наполнение имеющейся вокруг структуры мира новым, живым содержанием и гармонизацию внутреннего устройства этого пространства). При этом как в мужском, так и в женском, в свою очередь, выделяются свои «отделы», отвечающие за выполнение различных задач. (рис. 3).

В мужской части души выделяются семь основных архетипических фигур, символически отражающих различные

аспекты традиционно «мужских» задач. Вслед за американским исследователем семейных отношений Брюсом Уилкинсоном (200) Василец отмечает, что мужчина по отношению к жене, детям и домочадцам является Разведчиком, Защитником, Кормильцем, Генералом (Мужем), Королем (Царем-Отцом), Целителем (в первоисточнике – врачом) и Творцом (духовным водителем, учителем, самим Духом).

Функции Генерала, то есть главного, ведущего за собой, соответствуют роли Мужа. Поэтому эти две мужские ипостаси были соединены, в результате образовался архетипический комплекс Муж-Генерал.

Б. Уилкинсон назвал перечисленные мужские функции лидерскими. Они были выявлены в результате многочисленных опросов женщин, которые Б. Уилкинсон провел, пытаясь выяснить, чего именно женщины ожидают от мужчин.

Женская часть души наполнилась по принципу симметрии соответственно семью архетипическими женскими фигурами. К.Г. Юнг (199) указывал на два противоположных полюса, которые есть в каждой женщине, – он говорил о Ведьме и Фее, а также считал, что в каждой женщине живет Королева. Юнг видел эти и другие архетипические фигуры включенными в архетип Великой Матери, который он глубоко исследовал.

Если ранжировать основные женские функции по Василец, появляется семерка женских архетипических фигур, предстающая в следующей последовательности: Ведьма, Амазонка, Гейша (или Гетера), Жена-Мать, Королева, Фея, Богиня. В такой последовательности женские функции демонстрируют некое безусловное стремление к восхождению вверх, ко всё более высоким ступеням зрелости.

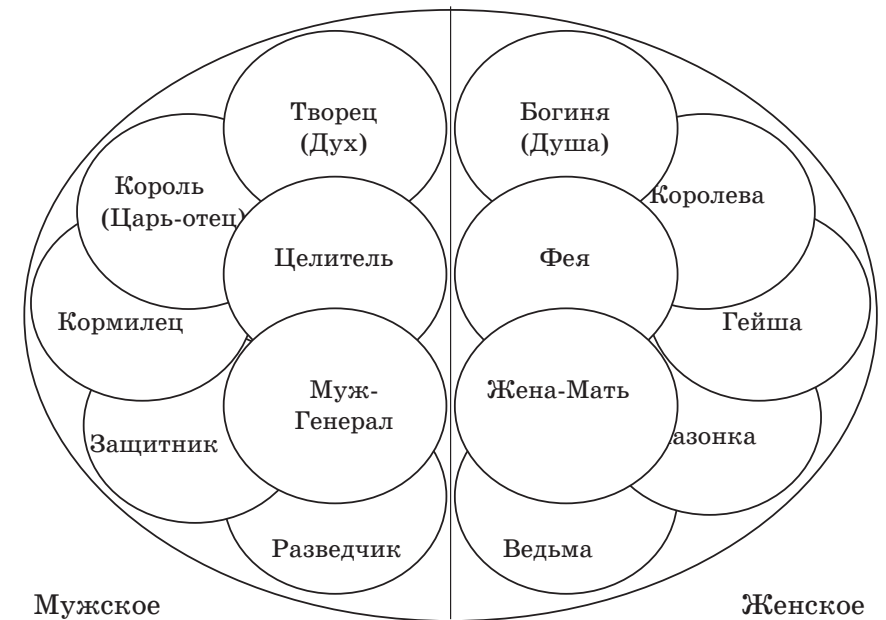


Рис. 3. Базовые мужские и женские архетипические фигуры, образующие структуру личности с точки зрения существования ее мужского и женского начал (по Т.Б. Василец).

Эти четырнадцать архетипических функций (персонажей), действующих в мужском и женском пространствах души, согласно теории Т.Б. Василец, взаимодействуют друг с другом согласно архетипической мандале (30) – символа человеческого совершенства, своеобразной духовную карте, имеющей две оси координат (рис.4).

Вертикальная ось символизирует движение из своего условного центра вверх – к небу (вектор духовного развития, ведущий к высшему «Я», – некая духовная «крона» личности), и вниз – к земле (вектор выживания, своего рода «корни» личности). Горизонтальная ось указывает направления в сторону мужского (на рисунке 4 это выглядит как вектор, идущий из центра влево) и женского пространств

(вектор вправо). Таким образом, вся область мандалы над горизонтальной осью символизирует некое архетипическое Небо личности, а под горизонтальной осью – архетипическую Землю. Область слева от вертикальной оси представляет мужское, а справа – женское в нашем внутреннем мире.

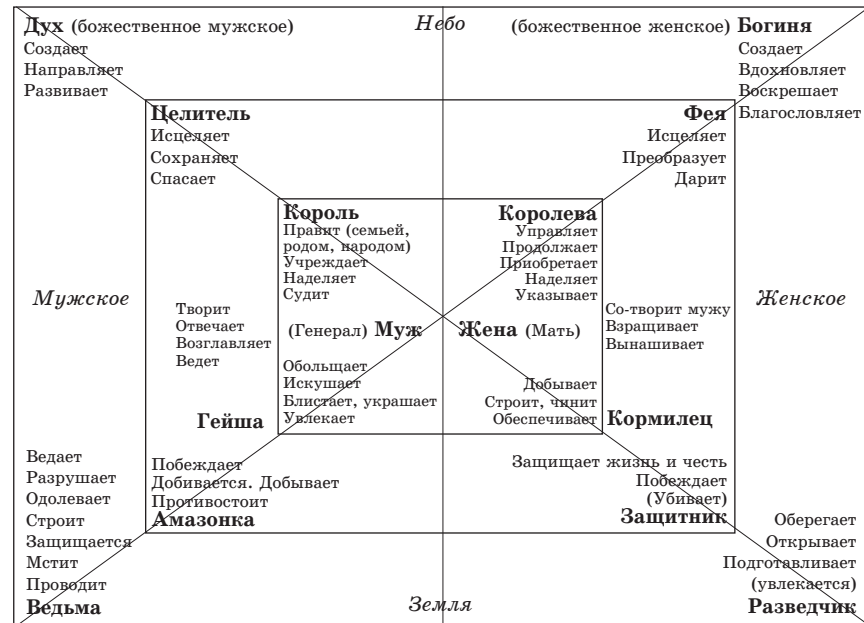


Рис.4. Архетипическая мандала, отражающая природу иерархических связей между мужским и женским началами личности (по Т.Б. Василец).

Архетипическая мандала образована двумя диагоналями – мужской и женской. Мужская диагональ включает семь мужских, женская диагональ – семь женских архетипических функций, представленных в виде персонажей. Легко увидеть семь горизонтальных уровней или ступеней, ведущих вверх – от Земли к Небу: от более «земных» пластов личности к более «небесным» ее пластам. Каждая ступень представлена мужской и женской функцией, и соответствует все более высоким уровням мужской и женской зрелости.

В наибольшей степени изучены и важны для описываемой ниже инициационной работы горизонтальные связи между архетипическими функциями:

1. Каждая вышестоящая архетипическая функция на мужской или женской диагонали включает в себя свойства всех предшествующих ей архетипических функций того же пола. Эти свойства гармонично и слаженно «работают» на каждой новой ступени. Например, Амазонка имеет такие черты предшествующего ей архетипа Ведьмы как агрессивность и отсутствие постоянного партнера, но, в отличие от скрытной Ведьмы, Амазонка обладает этими чертами открыто и демонстративно.

2. Каждая архетипическая функция обладает внутренним пространством, имеющим две классические полярности. Например, если негативный полюс Ведьмы можно символически представить в виде старой скрюченной колдуньи-отшельницы, то по мере приближения к своему позитивному полюсу, Ведьма молодеет, становится все более привлекательной и более адаптированной социально. Помогающие свойства Ведьмы усиливаются по мере приближения к ее позитивному полюсу. Нарастивая позитивные свойства, женское начало поднимается на следующую ступень зрелости – на уровень Амазонки. Здесь все свойства, приобретенные позитивной Ведьмой, сохраняются и обогащаются за счет достижений Амазонки. Красота и здоровье становятся неотъемлемыми качествами женского, а агрессивная природа «земных» энергий Амазонки отныне служит интересам личности открыто – утверждается природное женское достоинство. Амазонка, в свою очередь, проходит путь от яростной мужененавистницы (негативный полюс) до надежной соратницы мужчины в достижении наиболее трудных целей (позитивный полюс).

3. Еще одна закономерность проявляется в том, что мужские и женские архетипические функции, расположенные на одной горизонтали, никогда не дублируют друг друга полностью несмотря на то, что содержат явные и неявные аналогии и имеют характерные для своего горизонтального уровня

способы взаимодействия. Например, Ведьма и Разведчик – охотники за знаниями, они стремятся изведать мир. При этом Ведьма стремится познать прежде всего мир внутренний, увлеченно изучает способы влияния на него – ее зелья и заговоры могут излечить тело человека или заморочить его сознание. Разведчик же больше стремится к знаниям о мире внешнем, так как отвечает, прежде всего, за выживание во внешнем мире.

4. «Земные» мужские (Разведчик, Защитник, Кормилец) и «земные» женские (Ведьма, Амазонка, Гейша) архетипические персонажи находятся в областях, противоположных пространству своего пола.

Ведьма, Амазонка и Гейша располагаются в мужской области, выполняя функции, во многом аналогичные мужским. Ведьма – не только собирательница тайных знаний, но и блюстительница границ и интересов личности. Амазонка – один из передовых боевых ресурсов личности, а Гейша – величайшая дипломатка, хранительница связей между мужским и женским мирами. Очевидно, что эти аспекты «земных» женских функций во многом аналогичны мужским задачам. Охрана границ, боевые умения и дипломатия – исконно мужские свойства, поэтому энергии Ведьмы, Амазонки и Гейши оказались в мужской области.

Задачи мужских «земных» архетипических персонажей также имеют сходство с женскими. Разведчик смело и широко налаживает контакты с миром, многое узнает, то есть действует в режиме, очень напоминающем женскую общительность и неумное женское любопытство. Защитник защищает и спасает слабых, оберегает женщин и детей, как безусловно защищает своего ребенка женщина-мать. Кормилец, как и мать, стремится обеспечить (прокормить) своих подопечных всем необходимым для жизни. Расположение этих мужских архетипических фигур в женской области указывает на то, что они зеркалят соответствующие функции женского.

Следует еще раз отметить, что сходство функций мужского и женского начал вовсе не означает их полной аналогии.

5. Еще одна важная особенность мужских и женских архетипических функций заключается в том, что и те, и другие включают в себя элементы противоположного пола как некие «встроенные» феномены, как обязательные структурные компоненты, благодаря которым достигается андрогинная целостность каждого персонажа.

Так «земные» женские архетипические персонажи имеют «встроенный» в саму их структуру мужской феномен – направляющий Анимус. Метла – фаллический элемент архетипа Ведьмы, ее мужской волевой аспект, дающий не только силу и скорость исполнения замыслов, но и возможность перемещаться в нужном направлении.

Амазонка неотделима от таких мужских атрибутов как конь и оружие. Как и метла Ведьмы, они имеют мужские свойства скорости и стремления в необходимом направлении. Оружие и воинственность Амазонки представляют ее очевидную промужскую силу и волю, которая, находясь в здоровом контакте с мужской защищающей функцией, становится надежным резервом, способным вовремя подстраховать в трудную минуту Защитника – ее «коллегу» по архетипическому уровню.

Гейша, в свою очередь, обладает такими элементами мужского как эротическое и эстетическое искусство обольщения. Это ее универсальное оружие, ее тайная сила, которая имеет свойство по-мужски проникать в сознание и по-мужски овладевать им. Исцеляющий и все наполняющий эротизм Гейши включает мужскую творческую силу, и одновременно – мужскую природную ненасытность и выносливость.

Если мужской элемент, включенный в «земные» женские функции (Ведьма, Амазонка, Гейша) можно считать направляющим, то женское, «встроенное» в «земные» мужские функции (Разведчик, Защитник, Кормилец), имеет помогающую природу. Как отражение этого феномена, образ Яги-помощницы предстает широко известным символом помогающей Анимы. Баба Яга может рассматриваться как женская помогающая часть героя-освободителя. В сказках (а значит, и во внутреннем мире!) она часто выступает кормящей и обе-

регающей проводницей Ивана, стремящегося разведать путь к своей суженной, плененной злодеем.

Как мы уже отмечали, Разведчик, обладает такими женскими качествами как любопытство и общительность, артистизм и внимание к мелочам, что неизменно помогает ему при сборе информации. Эти женские качества Разведчика удваивают его продуктивность, обогащают его интеллектуальный потенциал. Классический Защитник обладает такими женскими свойствами как молодость, красота и романтизм, а Кормилец (добытчик, охотник) открыто несет в себе женско-материнское желание питать, насыщать, обеспечивать.

Итак, помогающая Анима включена во все «земные» мужские архетипические функции, а направляющий Анимус – во все «земные» женские.

Архетипические фигуры Жены и Мужа находятся в самом центре мандалы. Они немислимы друг без друга. Здесь взаимное проникновение мужского и женского достигает своего пика: каждая из этих архетипических функций может появиться только в момент возникновения другой – мужем можно быть, только когда есть жена, и наоборот. Муж и Жена создают друг друга в полном смысле слова. Следовательно, они могут и возрождать друг друга, если в архетипической области Муж-Жена произошли какие-либо разрушения. Например, с точки зрения инициационной терапии, в реальной жизни для женщины утрата мужа символизирует ослабление внутренней функции Мужа в архетипической структуре ее личности. Аналогично, утрата жены для мужчины – свидетельство неблагополучия в области его архетипической функции Жены.

Что касается «небесных» женских архетипических фигур (Королевы, Феи, Богини), то они несут в себе творящий Анимус, а мужские «небесные» персонажи (Король, Целитель, Творец) – со-творящую Аниму.

Так, Королеве в качестве ее мужского аспекта служат армия и государственная система, благодаря которым исполняется ее королевская воля, осуществляются ее нововведе-

ния и реформы. Волшебная палочка Феи также символизирует мужское творческое начало. Мужские свойства Богини – ее всезнание, опирающееся на божественный Логос, и – ее могущество как признак присутствия в ней мужской божественной воли, творящей мир.

Со-творящая Анима привносит в структуру «небесных» мужских персонажей вдохновение и поэзию. Она делает процесс творения не только неизбежным, но прекрасным и возвышенным. Король как глава государства реализует свое женское начало в учредительской функции – он порождает новые социальные структуры, а также – творит институт наследников. Женское начало проявляется в красоте одежд и убранства королевских покоев. Целитель обладает женскими состраданием и утонченностью восприятия. Творец (Духовный Учитель, Дух) несет в себе доброту и любовь как проявление женского божественного начала.

6. Принимая к сведению исследования различных духовных школ, следует отметить, что вся рассматриваемая «небесная» область в целом (пространство архетипической мандалы над горизонтальной осью) имеет свойство быть более мужской, а «земная» (пространство мандалы под горизонтальной осью) – более женской. Исследуя архетипическую мандалу с этой точки зрения, мы получаем еще один взгляд на мужское и женское – это деление на духовное-мужское (Творец, Целитель, Король, Королева, Фея, Богиня) и земное-женское (Ведьма, Амазонка, Гейша, Защитник, Кормилец, Разведчик).

Архетипический центр Муж-Генерал – Жена-Мать занимает в мандале граничное положение между архетипическими Небом и Землей, и относится к обоим духовным стихиям – и к «земной», и к «небесной». Это указывает на особую – связующую, центральную роль центра Муж-Жена в структуре личности.

7. Взаимное проникновение мужских и женских энергий в области друг друга, как нельзя более точно отражено в древней мандале Инь-Ян, где его символизируют малые кружки (рис. 3).



Рисунок 5.
Мандала Инь-Ян – проникновение женского начала (темное поле) в мужское (светлое поле) и мужского – в женское.

Кривая линия, являющаяся внутренней границей между мужским и женским в мандале Инь-Ян, по длине соответствует той границе, которую имеют отдельно мужская и женская части с внешним миром. Своей протяженностью условная внутренняя граница говорит о том, что взаимоотношения между мужским и женским началами во внутреннем мире не менее важны, чем отношения этих частей с миром внешним.

Другими словами, наша задача в этой жизни не только познавать мир внешний и налаживать с ним гармоничные связи, но и – налаживать отношения во внутреннем космосе – между мужским и женским его аспектами. И усилий эта внутренняя задача требует ничуть не меньше, чем более очевидные задачи выжить и успешно адаптироваться вовне.

Инициационная терапия обладает богатым спектром возможностей, для изучения которых имеется соответствующая литература и семинары. Если же попытаться кратко определить задачи инициационной терапии в процессе реабилитации больных шизофренией, то они состоят в том, чтобы больной научился успешно выполнять те роли, которые соответствуют его полу (мужчина должен научиться быть разведчиком, защитником, кормильцем, мужем, отцом, царём, целителем, творцом, а женщина – ведьмой, амазонкой, гейшей, матерью, женой, королевой, феей, богиней), а также имел представление о том, что чувствуют, чего добиваются,

как себя ведут представители другого пола в тех или иных ролях. Кроме того, важно выработать оптимальные стратегии взаимодействия с представителями противоположного пола в различных ситуациях. Также инициационная терапия с успехом используется для проработки отщеплённой агрессии и нарциссической ярости. Следует отдельно отметить, что в работе могут использоваться не только описанные персонажи; например, Д.Ш. Болен (201) описывала очень интересную методику для похожей работы с образами богов и богинь греческого пантеона. Однако использование мифов других народов часто затрудняется тем, что наши больные их не знают (198). Сказки же, с которыми ребенок растёт, становятся неотъемлемой частью его личности, живыми символами, опираясь на которые, работать оказывается возможным значительно эффективнее.

Основная стратегия инициационной терапии состоит в том, что с больными с частотой 1-2 раза в неделю проводятся сеансы проективной гипнотерапии, во время которых им предлагается представлять себя в трансе вышеупомянутыми персонажами. Эта работа начинается после того, как пациенты научились уверенно работать в трансовом состоянии и с помощью работы с ландшафтными образами осуществлена необходимая ресурсная подпитка. Работа начинается с самых низших образов – ведьмы и разведчика. В начале работы их часто трудно представить (включается сопротивление), или они довольно дисгармоничны. Ведьма стара, ужасна, злобна, и в то же время глупа, одинока, разведчик ленив, непрофессионален, часто терпит неудачи в своих миссиях, не знает, что ему делать. Это в символической форме отражает характер психологических проблем пациента. Их представляют попеременно раз за разом, пока они постепенно не становятся всё более гармоничными. При сложностях в развитии этих ролей полезно представить, что их отправляют в соответствующие школы, где учат быть разведчиками и ведьмами, или на обучение к другим компетентным персонажам. При этом в работе используется приём, когда больным предлагается представить их в одном образе (например, развед-

чик получает задание пойти и разобраться, что за женщина живёт в лесу – говорят, что она ведьма). При этом пациент попеременно представляет себя то ведьмой, то разведчиком. Сначала их взаимодействие складывается в представляемом образе нередко неудачно, что представляет собой бесценный материал для интерпретации и обсуждения с больным сценариев его взаимодействия с противоположным полом. В последующих сеансах общение постепенно налаживается: разведчик становится всё более компетентным, успешным, интересным и целеустремлённым мужчиной, а ведьма молодеет, хорошеет, учится завязывать роман с разведчиком. Персонажи начинают сотрудничать, строить отношения, заниматься в представляемом образе сексом, что обычно является признаками налаживающихся связей между мужским и женским в психике пациента. В образе «Добрая ведьма» к ней, владеющей магией исцеления, на приём можно отправить самого пациента, что нередко оказывается весьма полезным в чисто лечебном плане. Часто при этом целесообразна и проработка отщеплённой агрессии, например, в образах «Злая ведьма», «Наёмный убийца», «Охотник на ведьм», которая потом продолжается при переходе к работе с ролями очередного, более высокого уровня Защитник – Амазонка.

Если на предыдущей ступени работа с прямой агрессией возможна, но необязательна, то на данном уровне без неё уже не обойтись. Помимо последовательного представления указанных ролей и их взаимодействия между собой, в процессе которого они становятся всё более гармоничными и завязывают взаимовыгодные отношения, на этом этапе происходит серия битв со сказочными персонажами, отражающими те или иные страхи пациентов – с Драконом, Великим Пауком (образы, отражающие дисгармоничные аспекты отношений с матерью), Кощеем (символом старого, но всё ещё властного и не дающего развиваться отца), другими мужчинами («Рыцарский турнир») и хищниками («Удушающее животное», «Пожирающее животное»). Работу с агрессией необходимо продолжать, чередуя её с ресурсными образами, до тех пор, пока пациент не научится уверенно побеждать в образе всех

своих врагов, что оказывает огромное влияние на его уверенность и способность к переходу от симптоматического к последовательному проблемно-решающему поведению. Нередко сначала в этих символических битвах больные оказываются побеждёнными, причём даже воспринимают они это со вздохом облегчения: «Ну, вот, наконец-то я убит, можно теперь отдохнуть и перестать бояться – всё уже позади!» Но переживая новые и новые агрессивные образы, пациенты обретают всё большую уверенность и внутреннюю силу, позволяющие им одерживать победы, причём постепенно эта уверенность, последовательность, целеустремлённость начинает распространяться и на их поведение в реальной жизни. Интересно, что процесс обретения всё большей уверенности в символических битвах часто сопровождается, в особенности в мужских образах, и изменением типа оружия, с помощью которого пациент побеждает своих врагов. Если сначала это оружие, позволяющее поражать противника издали, избегая непосредственного контакта с ним (винтовка, яд, мина), то позже выбираются мечи, топоры, копьё со столкновением с врагом, даже явно более сильным, лицом к лицу.

При этом очень важно, как подчёркивал Х. Спотниц (1), не избегать в представляемых образах жестокости, а осознанно идти навстречу ей, даже требуя от пациента в максимальной степени выражать гнев и злость, но делать это исключительно вербально, оставаясь на своём месте – в кресле или на кушетке. Таким образом, с одной стороны, производится проработка нарциссической ярости, являющейся одним из важных составляющих психогенеза шизофрении, а с другой стороны, столкновение требования психотерапевта быть яростным и жестоким с негативизмом пациента неизменно приводят к парадоксальному результату: после сеанса пациент испытывает чувства спокойствия, удовлетворения, облегчается контакт с близкими, с которыми отношения носили напряжённый характер. Никогда после работы с агрессивными образами мы не наблюдали ухудшения психического состояния больных, наоборот, складывалось впечатление, что после успешной работы с визуализацией

агрессивного образа резервы агрессии в пациенте оказывались как бы «исчерпанными», а психическое состояние – заметно улучшившимся.

При сложностях в представлении агрессивных образов часто бывают полезны исцеляющие образы («Исцеление рыцаря», «Исцеление амазонки»). В свою очередь, Амазонка учится в этих образах быть более домашней, доверять свою безопасность мужчинам и прекращать конфликтовать с ними. Устанавливая с миром мужского всё более гармоничные отношения, она готовится к переходу на новый уровень Гейши.

Уровень Гейша-Кормилец – новый этап межличностного взаимодействия, на котором люди учатся не только познавать окружающий мир, себя и друг друга, как на уровне Ведьма-Разведчик, или решать проблемы безопасности (Амазонка-Защитник), но и обеспечивать друг друга материальными благами (Кормилец) или гармоничными эмоциями (Гейша). Можно с уверенностью сказать, что это – наиболее сложная для освоения ступень. Архетипическая тема «Гейша» пользуется большой популярностью не только у женщин, но и у мужчин. Несмотря на то, что поначалу эта инициация может вызывать у некоторых из них смущение, в то же время она единогласно оценивается как чрезвычайно актуальная. Любые сомнения по поводу корректности и целесообразности переживания темы «Гейша» тут же отпадают, если вспомнить статистику психосоматических заболеваний, возникающих по причине отчуждения многих женщин от своей истинной сексуальности и ее роли в духовном развитии. Проблемы подобного рода имеются и у мужчин.

Мужчины высоко ценили возможность *общения* с гейшами как с истинными женщинами. Сам замысел создания института гейш состоит в попытке искусственно выделить из многослойного спектра женского начала истинные женские энергии, а главное – отделить женское от материнского. Институт гейш – воплощенная мужская мечта о духовном вынашивании, реализованное мужское желание взрастить и приумножить волшебные женские свойства, чтобы прибегать

к их целительному источнику всякий раз, когда мужчине нужно восстановить силы, утвердиться в своей мужественности. По сути – это желание мужчин встретить богиню в земной жизни.

Гейша в древней Японии отличалась образованностью, имела собственное мнение, сложившиеся эстетические вкусы, владела различными искусствами (ведения чайных церемоний, живописи, поэзии, пения, танца, и др.), была хорошо воспитана и глубоко осведомлена в искусстве любви. Гейша подобно живому музейному экспонату представляла собой высоко эстетический образец женственности. Она была вправе сама определять, насколько близкими будут ее отношения с мужчиной.

Перед проведением инициации в предварительной беседе с ее участниками мы обсуждаем архетипическую функцию Гейши или Гетеры. Следует учесть, что одни мужчины и женщины предпочитают образ японки-гейши, другие – римлянки-гетеры, третьи – современную женщину, играющую эту роль. Работа с образом Гейши оказывает весьма значительное воздействие как на женщин, которые, снова и снова работая с этим образом, открывают в себе истинно женщину, способную соблазнять, играть, вдохновлять, использовать мужчин как проводников своей воли (при этом делая их счастливыми) и обладающую благодаря этому огромной властью над миром. Но ещё более важным оказывается воздействие этой темы на пациентов-мужчин, которые с удивлением открывают тот факт, что женщины получают огромное удовольствие не от насмешек и издевательского торжества над противоположным полом, а от того, что делают значимых для них мужчин счастливыми. Кроме того, функция внутренней Гейши как части психики мужчины состоит в том же, что делает Гейша внешняя. Именно поэтому, если мужчину в его жизни по-настоящему любила значимая для него женщина (тем самым иницируя его внутреннюю Гейшу), то в дальнейшем в его жизни он будет значительно более эмоционально защищён, вне зависимости от того, чем закончились эти отношения.

Кроме того, в работе с образом Гейши прорабатывается и *оплодотворяющая* функция женщины. В мире материальном мужчина оплодотворяет женщину, и у неё рождается ребёнок, которого она воспитывает нередко и без мужчины. В мире эмоциональном уже женщина оплодотворяет сердце мужчины, вследствие чего он из юноши становится мужем, способным делать великие дела:

Любить – это с простынь, бессонницей рваных,
Срываться, ревнуя к Копернику,
Его, а не мужа Марии Ивановны,
Считая своим соперником.

(В. Маяковский)

Не менее важна и функция Кормильца. Для мужчин работа с этим образом есть оттачивание стратегий зарабатывания денег («если хочешь стать миллионером – научись думать, как миллионер» – утверждает пословица). Важно отметить, что для успешной работы на уровне Гейша-Кормилец психотерапевт должен быть достаточно состоявшимся в социуме человеком. «Психотерапевт *обязан* приходиться на сеанс хорошо отдохнувшим, сытым, богатым и сексуально удовлетворённым», – писал об этом Э. Берн (101). Одна из задач психотерапевта здесь – объяснить пациенту, как именно зарабатывают деньги и становятся успешными, поэтому работа на этом уровне ещё в большей степени, чем на других, должна подкрепляться поведенческими заданиями, направленными на практическую отработку соответствующих навыков. Ещё одна цель здесь – помочь пациенту самоутвердиться, почувствовать уверенность в себе сперва в образе, а затем и в жизни. Еврейская пословица: «Если ты богат – то ты красив, умён, и даже поёшь хорошо» находит на этом уровне своё отражение (пациент часто ещё не знает духовных радостей более высоких уровней, данное положение ему всю жизнь казалось пределом мечтаний). Кроме того, мужчина познаёт здесь и радость бескорыстной заботы о близких, что является важным отличием зрелой мужественности.

Насколько велико мужское изумление от того, что зрелая

женщина получает удовольствие от делания мужчины счастливым, настолько же непередаваемо и изумление женское от переживания факта того, что мужчинам может быть *просто приятно* материально обеспечивать любимую женщину. Это устраняет один из важнейших женских страхов – того, что если ты о себе не позаботишься, то никто не позаботится, в результате которого женщина пытается взвалить на себя и женские, и мужские функции – и ломается под этой тяжестью. Кроме того, непроработанность функции внутреннего Кормильца постоянно приводит к тому, что женщина по бессознательным механизмам выбирает себе в партнёры безответственных, ленивых мужчин. Поэтому проработанная функция внутреннего Кормильца является важнейшим элементом гармоничной личности женщины.

Исключительно важна и работа в совместном образе «Гейша рядом с Кормильцем», настраивающая связь мужского и женского на этом новом уровне, постепенно ведущая к переходу на новый уровень отношений – Жена-Муж.

Пациенты сколько угодно могут представлять себя сказочными героями, но как дело доходит до визуализации реальных отношений в браке, то дело идёт либо крайне формально (по принципу «все так живут»), либо никак. Люди просто не могут представить себя счастливыми мужьями и жёнами, да ещё так, чтобы счастливым был в образе и другой супруг. Когда после сеанса обсуждаешь представленный образ, то пациенты нередко просто признаются: «А среди наших родственников и знакомых нет ни одной счастливой супружеской пары». В цели данной книги не входит описание всего огромного материала, который накоплен в современной психологии по вопросу о том, как строится счастливая семья. Работающий с больными психотерапевт должен помнить замечание Л.Н. Толстого о том, что все счастливые семьи похожи друг на друга, каждая несчастливая семья несчастлива по-своему, и помочь пациенту проложить его индивидуальный путь к этой счастливой семье.

Если этот уровень работает в личности супругов в достаточной степени, это отражается в теплой семейной атмос-

фере, здоровых детях, достаточной свободе реализации для каждого члена семьи. Если говорить об отдельной личности, имеющей хорошо работающий внутренний союз на архетипическом уровне Муж – Жена, то такого человека характеризуют творческая продуктивность и неустанное движение вперед. Это привлекает к личности или к целой семье доброжелательное окружение. Люди, попадающие в поле семьи, где реальные муж и жена достигли описываемой ступени зрелости, получают в этой среде важнейшие для них инициации. Это помогает им решать их собственные актуальные задачи. Другими словами, отдельные люди или семьи, вышедшие на достаточный уровень зрелости, за счет одного только здорового внутреннего баланса мужских и женских энергий своей личности (и семьи) иницируют других, тем самым выходя на новый уровень ответственности за изменение всего рода, уровень Королева – Король.

Король, по моим наблюдениям, является исключительно важным образом именно в терапии шизофрении. По сути, королевская позиция Людовика XIV: «Государство – это я» является прямым антагонистом вышеописанного стиля шизофренического взаимодействия, основанного на отказе от определения отношения, чувств, действий. Король – это тот, кто, наоборот, берёт на себя ответственность за всё то, что происходит в государстве, и чётко определяет свои цели, устанавливает законы и прямо, а не психологическими играми, добивается от других их исполнения. Нередко я предлагаю своим пациентам поработать с образом короля как с самым первым образом в инициационной терапии. Ведь представить себя королём, наводящим порядок в государстве, для больного шизофренией, погружённого в первую очередь в переживания своей внутренней жизни, оказывается символическим наведением порядка в первую очередь в этом внутреннем расщеплённом мире, что оказывает весьма заметный психотерапевтический эффект. С другой стороны естественно, что в самом начале этой работы король, как правило, оказывается безответственным, недалёковидным, ленивым, неумелым. Этот король обречён на скорую гибель, объясняю я пациентам, он скоро станет жертвой дворцового

переворота. Обсуждение судьбы короля становится метафорой судьбы самого больного, и в процессе этого разговора я, проясняя, какие именно качества должен приобрести король, чтобы выжить и быть успешным, мотивирую больных на работу с другими образами инициационной терапии.

Т.Б. Василец, подчёркивая, что в русской традиции аналогом Короля является Царь-Отец, тем самым демонстрирует близость королевской и отцовской ролей. Работа с образом Короля является подготовительной к проработке образа Отца – одного из ключевых моментов в разрешении глубинных переносных отношений. В опыте наших больных Отец обычно бывает или слабым, задавленным, безразличным, или, наоборот, жестоким, карающим. Очень часто работу с образом Отца целесообразно проводить в стиле «Февральского человека» М. Эриксона, когда пациенту предлагают представить его отца ещё маленьким, когда он только начал сталкиваться с несовершенством этого мира, и представить себя этим маленьким будущим своим отцом, не справляющимся с какой-то психотравмирующей ситуацией. После этого пациенту предлагается представить, как он сегодняшний, взрослый, приходит в этот образ и помогает своему отцу справиться с этой ситуацией, попеременно переживая образ из позиции себя и отца, устанавливая контакт с этим образом и в итоге обещая своему маленькому будущему отцу всегда приходить и помогать ему справляться с его проблемами, помогая ему вырасти. Нередко требуется немало сессий, чтобы успешно провести образ своего отца через все сложности взросления и взрослой жизни. Вторым этапом иногда полезно представить, как в образе получившегося в результате работы успешного, взрослого отца пациент приходит к отцу реальному и учит его правильно жить. После этого, в соответствии с идеями М. Боуэна (49) о том, что одной из бессознательных задач больного шизофренией является излечение своих родителей, с больным в когнитивно-поведенческом ключе можно обсудить, что именно он может сделать с позиции взрослого человека для решения проблем своей родительской семьи. Тем самым создаётся альтернатива симптоматическому поведению пациента, имеющему,

как показывалось выше, одной из своих целей восстановления равновесия в родительской семье.

Важна работа и с образом Королевы. Для женщин это очень ресурсный образ, помогающий почувствовать свою силу, власть, защищённость. И в то же время, как правило, в образах наших пациенток Королева сначала одинока, что требует соответствующего прояснения и интерпретации. Это, как и в работе с Королём у мужчин, открывает возможность для дальнейшего исследования целей и задач женщины в этой жизни. Очень важно, осознание того, что женщина становится Королевой, когда её муж – Король. В этом образе отрабатывается такое взаимодействие с мужчиной, которое помогает ему справляться с его королевскими обязанностями и с радостью наделить Королеву соответствующими возможностями, чтобы женщина, сидя за рычагами бульдозера, научилась удерживаться от искушения кинуться на грудь щепня с лопатой с намерением раскидать её самостоятельно. Для мужчин проработка образа Королевы помогает лучше понять женщин и научиться правильнее строить отношения с ними с позиции Короля.

Наша основная задача в лечении шизофрении – не сделать из больных ангелов, а просто научить их быть не хуже других. Дальнейшая работа может быть тоже важна, но она уже проводится по тем же принципам психокоррекции, как и с обычными невротическими клиентами. Уровень Королева-Король – это уровень наведения порядка внутри и вовне, он требует тщательной проработки в когнитивно-поведенческом ключе, направленной на обучение мужчины действительно быть Королём, а женщины – настоящей Королевой в реальном мире. Научившийся этому человек – это уже не больной шизофренией, то, что происходит при этом, описано в главе «Сущность выздоровления». С образами более высоких уровней в терапии шизофрении мы работаем редко, на заключительных этапах, в которых, как уже подчёркивалось выше, имеется множество возможностей для использования инициационной терапии, для изучения которых целесообразно поподробнее познакомиться с соответствующими руководствами (198) (201).

Тренинг социальных навыков

Как справедливо подчёркивал Кабанов, «Реабилитация психически больных есть прежде всего их ресоциализация» (68), и этот процесс невозможен без тренинга социальных навыков, в котором пациент учится вести себя «как положено в порядочном обществе». Многими авторами описывается огромное количество методик данного процесса (67-69, 90-93, 163), при которых основной акцент ставится именно на работе с самим пациентом индивидуально и в группе. Мы всегда занимались тренингом социальных навыков в контексте параллельно идущей семейной психотерапии в тесной связке с глубинной индивидуальной психотерапией.

Собственно говоря, почему больной шизофренией ведёт себя столь странно? Ведь в психологии, как и в экономике, на длительный период фиксируется только то поведение людей, которое приносит сколь-нибудь существенную выгоду. Как указывалось в 3 главе, симптомы шизофрении, кроме возможности избежать столкновения с жестоким окружающим миром, приносят ещё возможность удержать от разрушения патологические семейные отношения и выразить свою агрессию, не вступая с миром в прямую конфронтацию – разрядить эмоциональное напряжение, не подвергая себя опасности. И поэтому по полной программе к тренингу социальных навыков мы приступали лишь тогда, когда с помощью семейной психотерапии нам удавалось навести порядок в иерархии и стиле коммуникации в семье (т. е. с пациента снималась бессознательная ответственность за сохранность семьи), и когда в процессе инициационной терапии мы достигали существенного прогресса в символическом выражении бессознательной нарциссической ярости: происходила серия «битв» с победами над символическими агрессивными сущностями подсознания – Ведьмами, Драконами, Злодеями, Кошечем, Великим Пауком и прочими удушьящими и пожирающими тварями. Больной должен был

перестать пугаться столкновений в трансе со всей этой нечистью, но научиться справляться с ними в визуализируемых образах без особого труда. После этих мероприятий гнойник блокированной агрессии в подсознании оказывался опорожнён, роль семейного спасителя, приносящего себя в жертву, также оказывалась более не востребованной, проводимая психофармакотерапия не давала по старой доброй традиции в случае возникновения сложностей убежать в психоз, и пациент поневоле был вынужден искать в жизни что-то другое. Прежнее поведение оказывалось столь же бессмысленным и невозможным, как попытки спекулировать джинсами, купленными с чёрного хода в эпоху супермаркетов и вещевых рынков.

Впрочем, и до наступления этого светлого времени нами в контексте семейной психотерапии предпринимались ограниченные мероприятия по тренингу социальных навыков. Обычно это было предписание больному определённых правил поведения дома, включая домашние обязанности, и в кратчайшие сроки, как только психическое состояние начинало это позволять, отправка на поиски работы. Добиться выполнения этих предписаний, как мы показывали в главе о семейной психотерапии, должны были родители. На этом пути неизбежны были столкновения пациента с членами семьи, взявшими на себя руководящие функции, и это обучение больного быть ответственным и уважать существующую иерархию также оказывалось важным фундаментом, без которого качественное проведение тренинга социальных навыков оказывалось невозможным – менять своё патологическое поведение, уходить в жизнь пациенту было просто невыгодно. Можно сказать, что на этих первых этапах главными тренерами оказывались родители, а психотерапевт должен был лишь подыгрывать им, даже если считал родительские установки в жизни неверными: в ином случае, если родители видели, что врач отстаивает чуждые им ценности, практически неизбежным оказывался разрыв терапевтических отношений за счёт отказа семьи от сотрудничества. Максимум, что можно было себе позволить в беседах с родителями на этапе,

когда они уже взяли на себя ответственность за состояние больного и начали деятельно и последовательно претворять в жизнь свои ценности – это осторожно корректировать наиболее спорные вещи, отступая при малейших проявлениях сопротивления, подчёркивая, что задачей психотерапевта является только помочь членам семьи, взявшим на себя всю полноту ответственности, сделать всё так, как считают нужным они. Отставать до конца надо было только три вещи: необходимость полноценной регулярной психофармакотерапии, приобщения больного к труду и активное противодействие попыткам гетеро – и аутоагрессии (в особенности суицидам). В остальном лучше было придерживаться принципа Святой Инквизиции: «Падающего – подтолкни!», позволяя родителям набить собственных воспитательных шишек во всём, что не несло непосредственного риска развития психоза или суицида, совершения общественно опасных действий и отказа от работы. Ведь кроме обретения полезного опыта родителями подобная «диктаторская» постановка вопроса, как подчёркивал Хейли (120), вела к развитию активного желания пациента поскорее отделиться от родительской семьи и начать свою собственную жизнь. Стремление убежать от сложностей – черта характера больного, которая ранее приводила к прогрессированию болезни – на данном этапе начинала работать на выздоровление.

Именно на этом этапе, когда зажатый требованиями руководящих членов семьи, но освобождённый от пут вторичной выгоды от болезни пациент начинал активно искать пути к самостоятельной жизни, тренинг социальных навыков становился одной из главных задач психотерапии. И здесь очень важно было, чтобы психотерапевт, работающий с пациентом, сам был успешен в жизни, и, по словам Берна, приходил на сеанс «хорошо отдохнувшим, сытым, богатым и сексуально удовлетворённым» (101), чтобы он мог в откровенной беседе поделиться секретами своей успешности. На этом этапе важно умело применять приёмы когнитивно-поведенческой психотерапии, будучи иногда мягким, поддерживающим, но иногда и жёстко директивным. С каж-

дым пациентом надо выбирать подходящий для него стиль работы, и для немалого количества больных директивность на этом этапе – не насилие, но болезненные действия хирурга, необходимые для скорейшего исцеления от страдания. Важно стать для пациента наставником, практически обучая его, как искать хорошую работу, строить отношения в коллективе, знакомиться, строить сексуальные и семейные отношения, бросать пить, учиться защищать себя, и – уже на этом этапе, когда пациент научился сам себя обеспечивать – как отграничивать свою жизнь от попыток других членов семьи по-прежнему руководить тобой. По сути, здесь психотерапевт становится для больного «хорошим родителем», способным научить его жизни, благословить и спокойно отпустить в жизнь. И этот последний шаг тоже бывает непростым как для клиента, так и для самого психотерапевта, что нередко требует от самого врача проработки этой темы с супервизором или на балинтовской группе.

Терапия творческим самовыражением

Я не могу себе представить полноценной реабилитации больных шизофренией без терапии творческим самовыражением. В условиях, когда личность пациента сосредоточена на своих внутренних болезненных переживаниях и стереотипиях, творчество становится той отдушиной, в которую эти переживания могут выйти, подобно гною из абсцесса. Кроме того, творчество во всех его видах оказывается мощной альтернативой стереотипному мышлению и шизофреническим формам коммуникации больных, рычагом, способным стронуть увязшую в болезни психику с места и направить её в сторону здоровья, где эстафетную палочку реабилитации подхватывают когнитивно-поведенческая психотерапия и социально-трудовая реадaptация. Ведь творчество, предъявленное людям (даже сначала хотя бы одному психотерапевту) – это уже способ выбраться из раковины аутизации и вступить в контакт, *определяя* свои чувства, намерения и действия.

Описавший методику терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно (99) определял её как лечебное доступное преподавание пациентам азбуки клинической психиатрии, характерологии, психотерапии, естествознания в процессе разнообразного творчества пациентов. По его мнению, данный метод оказывался особенно показан для лечения пациентов с разнообразными душевными расстройствами, проникнутыми тягостным переживанием своей неполноценности.

Уясняя себе свои душевные, характерологические особенности в общении с творчеством больше или меньше созвучных ему по складу души, переживаниям известных творцов, товарищей по лечебной группе, в общении с собственными творческими произведениями, в творческом общении с природой, при проникновенно-творческом погружении в прошлое, страдающий человек, постигая эти свои особенности (характерологические, хронически-депрессивные, невротич-

ческие и т. д.), старается найти свой путь, смысл вдохновенного целебного самовыражения, – под руководством психотерапевта и используя опыт талантливых, гениальных творцов (всегда страдающих и стихийно, каждый по-своему, лечащихся творчеством).

Когда человек совершает что-то творчески, то есть по-своему и во имя Добра (ибо творчество есть созидание – в противовес разрушению), то оживляется его душевная-духовная особенность-индивидуальность, отступает тягостная тревожно-депрессивная каша-неопределенность в душе, и все это неизменно сопровождается светлым подъемом (творческим вдохновением), в котором живут вместе и Любовь (в самом широком смысле, в том числе мягкое, доброжелательное отношение к людям с поиском хорошего, доброго вокруг), и Смысл (зачем я? куда иду? откуда? во имя чего живу?). Биологическая основа такого подъема есть эмоциональный стресс в понимании Селье (защитно-приспособительный выплеск в кровь собственных благотворных, поэтически, философски «пьянящих» лекарств).

Психотерапевтическая помощь такого рода может быть временной, эпизодической, но идеал терапии творческим самовыражением – воспитать в себе целебно-творческий стиль жизни и проникнуться им, то есть испытывать постоянно (обычно это возможно после нескольких лет лечебных занятий) более или менее выраженное творческое вдохновение.

Составные части ТТС – индивидуальные беседы с психотерапевтом, домашние задания, группы творческого самовыражения в уютной психотерапевтической гостиной (с чаем, музыкой, свечами, слайдами и т. п.), психотерапевтический театр (как особая группа творческого самовыражения исполнительским творчеством) Благодаря всему этому пациенты в течение 2-5 лет учатся выражать себя творчески (в том числе и в своем профессиональном деле), соотнося свои особенности, для непосредственного добра людям, наполняясь богатствами духовной культуры, все подробнее и глубже высвечивая, подчеркивая для себя свои

общественно-полезные особенности-способности, со светом в душе утверждаясь в «силе своей слабости». (цит. по М.Е. Бурно (99).

М.Е. Бурно выделял два этапа в терапии творческим самовыражением:

I этап лечения:

1) самопознание («познай самого себя» – «nosce te ipsum», лат.) – изучение собственных болезненных расстройств, своего характера;

2) познание других человеческих характеров («каждому свое» – «suum cuique», лат.) – занятия по типологии характеров; изучение душевных расстройств.

II этап лечения:

продолжение познания себя и других в творческом самовыражении («обретает силы в движении» – «vires que acquiriteundo», лат.), с осознанностью своей общественной пользы, с возникновением на этой базе стойкого светлого мироощущения – при помощи конкретных методик. Эти конкретные методики таковы:

- 1) терапия созданием творческих произведений;
- 2) творческим общением с природой;
- 3) творческим общением с литературой, искусством, наукой;
- 4) творческим коллекционированием;
- 5) проникновенно-творческим погружением в прошлое;
- 6) ведением дневника и записных книжек;
- 7) домашней перепиской с врачом;
- 8) творческими путешествиями;
- 9) творческим поиском одухотворенности в повседневном.

Мы всегда в процессе индивидуальной психотерапии стремились вовлечь пациентов в творческие процессы. Чаще всего это бывал рисунок, выполнявшийся после визуализации образа, и рассказ-изложение по его мотивам. Иногда больные выбирали и иные формы творческого самовыражения – аппликации, лепку, сочинение музыкальных произведений. Часто мы давали им задание сочинить сказку про себя. Нередко это оказывались две разные сказки – про то, как пациент попал в болезнь, и про то, как он оттуда на-

мерен выбраться. Сочинение и визуализация сюжетов этих сказок оказывали мощное психотерапевтическое действие.

Надо сказать, что данный метод лечения нередко сначала воспринимался больными в штыки – «зачем это, что за детство и т. д.» Мы объясняли, что любое изменение человеческой психики есть творческий процесс. И, соответственно, если больной не смог справиться с проблемами сам, то ему не хватило творческих способностей. А как можно выработать в себе столь необходимые творческие способности? Только одним способом – начать творить, пусть сначала с мелочей, с рисунков. Кроме того, мы интересовались, какое чувство заставляет пациентов противиться творчеству? Обычно это оказывались тревога и смущение, страх, что они не смогут качественно выполнить рисунок. В этих случаях мы стремились показать больным, что для успешного развития их личности им совершенно необходимо одно качество – способность бестрепетно пытаться делать то, что они никогда в жизни не делали, и рисунок – один из приёмов, направленных на развитие этого качества. Кроме того, с этой же целью мы просили наших пациентов не реже чем дважды в неделю делать что-то (пусть самую мелочь), что они не делали никогда. Это также оказывало мощное воздействие.

Мы смотрим на терапию творческим самовыражением несколько шире, чем М.Е. Бурно. Он описывает её как метод развития «силы слабых», подчёркивая, что творческие способности в литературе и искусстве чаще отмечаются у тех, кому трудно защитить себя, активно выразить свою точку зрения, «дефензивных», и именно им адресует свой психотерапевтический подход, считая, что этот метод противопоказан активным пациентам со склонностью к агрессии. Но ведь завоеватель, сокрушающий другие государства – тоже творец: он творит свою империю. То же делает предприниматель, осуществляющий «недружественное поглощение» чужой фирмы, или женщина, увидевшая чужого мужа и решившая увести его из семьи и построить свои отношения с ним. Бессмысленно шархаться от этого – всё это, как подчёркивает и М.Е. Бурно, такая же часть жизни, как и ис-

кусство с литературой, этот мир построен на конкуренции. Мы можем и должны помочь таким людям строить свои маленькие государства – фирму, семью – более красиво и гармонично. И, кстати, не только агрессивным, но и дефензивным, у которых работая с агрессией и инициационными практиками по их желанию можно существенно изменить формы их самовыражения. В этом отношении терапия творческим самовыражением начинает очень близко смыкаться с когнитивно-поведенческой психотерапией и социально-трудовой реабилитацией.

Агрессивные люди тоже должны быть направлены к творчеству, но творчеству в более свойственной им форме – найти более высокооплачиваемую работу, более интересные отношения, лучше научиться драться в секции рукопашного боя и выиграть местные соревнования. Это и становится альтернативой тупой, стереотипной активной или пассивной агрессии некоторых наших пациентов – не только купировать её лекарственно, но показать путь, как можно быть агрессивным более красиво и эффективно, идя путём японских самураев, подчёркивавших, что сознание воина во время самого жаркого боя должно быть подобно отражению Луны на спокойной глади ночного озера. Научить этому пациентов – тоже наша задача.

Роль анализа рисунков пациентов в изучении динамики реабилитационного процесса

Терапия творческим выражением в форме зарисовывания визуализированных образов оказывается не только мощным лечебным методом, но и важным подспорьем в диагностике состояния пациентов и оценке динамики реабилитационного процесса. Одним из сложных вопросов психотерапии шизофрении является объективизация динамики изменения эмоционально-волевой сферы личности и мышления больных, являющихся главным объектом приложения усилий психотерапевта. Психологическим исследованием шизофрении занимается патопсихология, в которой для изучения шизофренического патопсихологического симптомокомплекса применяется ряд методик. Прежде всего, это методики, направленные на изучение особенностей мышления пациентов. В руководстве для врачей и медицинских психологов под названием «Практическая патопсихология» (202) приводятся следующие методики, направленные на исследование особенностей мышления больного шизофренией: классификация, предметные и вербальные исключения, образование аналогий, пиктограммы, ассоциативный эксперимент, определение понятий, понимание смысла рассказов, переносного смысла пословиц, соотнесение пословиц с фразами.

При этом в методическом арсенале патопсихологов нельзя найти широкого спектра методик, предназначенных для изучения аффективно-личностной сферы больных шизофренией. Для исследования личностных особенностей таких больных фактически используется единственный опросник – методика ММРІ. Вместе с тем, как показывает практика проведения экспериментально-психологических исследований, больные шизофренией очень часто заполняют этот опросник так, что полученные данные оказываются недостоверными. Изучение

самооценки, отношений больных, в том числе отношение к своей болезни, производится с помощью методики Т. Дембо и С.Я. Рубинштейна (202).

В руководстве оговаривается важность исследования эмоциональной сферы больных шизофренией. Однако здесь не приведено ни одной объективной методики, которая способна служить оценке столь важной сферы. Вместо этого говорится о том, что характеристика эмоциональной сферы больных обычно является результатом субъективной оценки врачами их поведения и взаимоотношений со средой, а также впечатления, складывающегося в процессе экспериментально-психологического обследования.

Авторы руководства указывают, что данные об аффективно-личностных нарушениях удастся получить при использовании методик, которые не жестко определяют решение задания, т. е. содержат элементы проективности. В качестве возможных методик приводятся словесный эксперимент, пиктограммы. Однако отсутствие четко описанных критериев исследования не позволяет статистически обработать получаемые результаты в различных группах больных.

Эмоциональное снижение у больных шизофренией обнаруживается при предъявлении им юмористических рисунков, так как чувство юмора является одной из наиболее сложных, обобщенных форм эмоциональных проявлений, выявляющих личностные свойства человека, его отношение к ситуации. Для такого исследования подходят юмористические картинки Бидструпа.

Таким образом, для исследования аффективно-личностной сферы больных шизофренией предлагаются именно проективные методики. Одной из таких методик является метод толкования чернильных пятен Роршаха. Указывается, например, что отсутствие каких-либо цветовых интерпретаций является проявлением выраженных эмоциональных изменений, эмоциональной тупости (203).

Кроме этого предлагается рисуночный тест Вартегга, базирующийся на известном методе незаконченных рисунков. Больному предлагают 8 квадратов, содержащих знаки-

раздражители (точку, волнистую линию, отрезки прямых в различных положениях, заштрихованный квадрат, полуокружность, пунктирную полуокружность). Эти знаки рассматриваются как начальные линии рисунков, которые обследуемые должны создать на их основе. Данный тест интересен практическим психологам своей информативностью и интегративностью. Апробация этой методики при исследовании больных шизофренией показала ее диагностическую значимость (204).

Для исследования личностно-аффективных особенностей больных шизофренией используются картинки, отличающиеся сюжетной незавершенностью и большой эмоциональной насыщенностью, например рисунки из набора ТАТ (205). Исследования с использованием этих рисунков показали, что больные шизофренией либо ограничиваются перечислением элементов рисунка, либо дают формально-абстрактную его характеристику, нередко оторванную от конкретного содержания. Как правило, отсутствует субъективное отношение к содержанию рисунка, стремление как-то интерпретировать его содержание, не выделяется эмоциональный подтекст.

С нашей точки зрения проективные методики полезны не только для срезовой диагностики аффективно-личностной сферы больных шизофренией, но для динамической оценки психических нарушений в связи с проводимой терапией.

При шизофрении стандартные патопсихологические методики невозможно использовать во всех состояниях, например, они не применимы, когда больной находится в остром психотическом состоянии. Следовательно, такие тестовые методики не позволяют провести динамическую оценку. Здесь на помощь опять же могут прийти проективные, в первую очередь рисуночные тесты. Рисунок может использоваться неограниченное количество раз для диагностики, так как обладает помимо диагностической еще и терапевтической ценностью, не вызывает раздражения больного по поводу однообразия процедуры тестирования. Таким образом, рисуночные методы незаменимы в случае динамической оценки аффективно-личностных изменений в процессе проводимой

психотерапии. Именно поэтому для исследования динамики выздоровления мы выбрали анализ зарисованных больными образов.

Рисуночные методы широко применяются в психологических исследованиях. Использование рисунков имеет большую диагностическую, прогностическую и терапевтическую ценность, поэтому они хорошо зарекомендовали себя в диагностическом, прогностическом и терапевтическом аспектах.

А.Л. Венгер автор книги «Психологические рисуночные тесты» (206) указывает, что среди диагностических средств, используемых в мировой психологической практике, рисуночные методики стоят на первом месте.

Во всем мире рисуночные тесты стали главным инструментом практических психологов, так как по рисункам человека можно определить склад его личности, понять его отношение к разным сторонам действительности. Рисунки позволяют оценивать психологическое состояние и уровень умственного развития, диагностировать психические заболевания (206).

Рисунок становится весьма мощным психодиагностическим средством. В графическом изображении представлены и образ, и отношение к миру, и личный опыт, и переживание субъекта (207).

Рисунок столь же интимно связан с его автором, как и его походка, почерк или любые другие экспрессивные движения (208). По мнению Дж. Бука, каждый рисунок – это своеобразный автопортрет, детали которого имеют личностное значение. По рисункам можно судить об аффективной сфере личности, ее потребностях, уровне психосексуального развития, и т. д. (206).

По мнению К. Маховера графическая продукция позволяет судить о глубинных личностных проблемах. Рисование представляет собой естественное средство выражения телесных нужд и конфликтов человека, выполняющего этот рисунок (208).

Согласно опыту применения рисуночных тестов, А.Л. Венгером, они весьма чувствительны к большому числу раз-

личных психологических характеристик (206). Это следующие особенности: уровень интеллектуального развития; преобладание интеллектуального или эмоционального подхода к действительности; уровень психомоторного тонуса, повышенная или пониженная активность, астения; недостаточность самоконтроля и планирования действий, импульсивность; повышенная эмоциональная лабильность или, напротив, ригидность; тревожность (как личностная черта) или тревога (как состояние на момент обследования); страхи; депрессивные тенденции; особенности реакции на стресс; агрессивность (с возможностью дифференцировать такие ее формы как вербальная и физическая агрессия, защитная и невротическая агрессия); экстравертированность или, наоборот, интровертированность; демонстративность; неудовлетворенность потребности в общении; аутизация, избегание общения; степень социализированности и конформности; антисоциальные тенденции; отношение к сексуальной сфере; к семейной сфере в целом и к отдельным членам семьи.

В России исследования с применением рисунка в качестве тестового материала были начаты в 1909 году отечественным психоневрологом Г.И. Россолимо. Изучение элементарных изобразительных способностей проводилось с целью выявления индивидуальных различий в норме и патологии на различных группах обследуемых (209).

Е.С. Романова и О.Ф. Потемкина (207) полагают, что анализ графически-диагностических средств должен развиваться как научно-практический метод, который может внести ценный вклад в психологическую диагностику и часто может доставить сведения, которые невозможно получить с помощью других методических процедур. Используя субъективную и экспертную оценку валидности, а именно метод контрастных групп, сопоставление данных, полученных с помощью графических тестов с результатами других методических приемов, в частности, опросников, они обнаружили, что данные по валидности оказались порядка 0,9.

Целесообразность использования проективных тестов определяется тем, что содержание психики человека может

быть как сознательным, так и бессознательным. Важными характеристиками бессознательных психических процессов являются их значительное влияние на формирование паттернов поведения и развитие патологии, в том числе проявляющейся телесными симптомами. Поэтому их важно исследовать. Однако неосознаваемость пациентом их наличия и/или степени влияния на его жизнь приводят к тому, что их трудно или невозможно исследовать методами обычного врачебного интервью. Таким образом, исследовать бессознательные психические процессы крайне важно, но столь же и трудно в рамках обычного подхода. Одним из возможных путей преодоления указанного противоречия является использование проективных тестов (210).

Преимуществом рисунка является то, что он – едва ли не единственный собственно психологический метод проникновения в наиболее интимную область человеческой психики. Реальность бессознательного значительно богаче по своей феноменологии, а также и по возможности её содержательной интерпретации, чем это представлялось, например, в классическом психоанализе. «Значащие переживания», «личностные смыслы» и другие образования, в которых проявляется пристрастность психического отражения, не будучи презентированы сознанию, могут не выявляться и при непосредственном обращении к данным самоотчетов или наблюдении поведения. Проективные методики позволяют опосредованно, моделируя некоторые жизненные ситуации и отношения, исследовать эти личностные образования, выступающие прямо или в форме различных личностных установок. Если большинство психологических приемов направлено на изучение того, как и за счёт чего достигается объективный характер отражения человеком внешнего мира, то проективные методики ставят целью выявление своеобразных «субъективных отклонений», личностных «интерпретаций», которые всегда личностно значимы.

Для диагностического использования рисунков очень важно, что они отражают, в первую очередь, не сознательные установки человека, а его бессознательные импульсы и

переживания. Именно поэтому рисуночные тесты так трудно «подделать», представив в них себя не таким, какой ты есть в действительности (206).

В силу проективного характера большинства графических процедур, их результаты менее подвержены контролю сознания, а это весьма важный аргумент в пользу их применения (207).

Использование рисуночных тестов для выявления личностных особенностей человека основано на феномене проекции, т. е. на вынесении вовне своих переживаний, представлений, стремлений и т.п. Рисуя тот или иной объект человек невольно, а иногда и сознательно передает свое отношение к нему (206). Другими словами, предполагается, что тестовый материал должен сработать как некоторого рода экран, на котором отвечающий «проецирует» характерные для него мыслительные процессы, потребности, тревожность и конфликты.

Проективные тесты основаны на известном свойстве человеческой психики воспринимать факты объективной реальности в зависимости от собственного содержания. Таким образом, результаты любого восприятия оказываются обусловленными следами памяти всех прошлых восприятий, происходит своеобразное проецирование собственного содержания психики на внешнюю реальность. Поэтому субъект, оказавшийся в какой-либо ситуации, в своем восприятии преобразует ее сообразно своей индивидуальности, или проецирует особенности своей личности на воспринимаемые объекты (211). Именно это свойство и используется в проективной психодиагностике.

Проективные рисуночные тесты построены на теории психомоторной связи. Для регистрации состояния психики используется исследование состояния моторики (в частности моторики рисующей руки). Согласно учению И.М. Сеченова: всякое представление, возникающее в психике, заканчивается движением, «всякая мысль заканчивается движением». Так, например, образы и мысли, вызывающие страх, вызывают в мышцах ног и рук напряжение, что оказывается

необходимым в случае ответа на страх бегством либо защитой с помощью рук (заслоняться, ударить). При выполнении рисунка лист бумаги представляет собой модель пространства, и кроме состояния мышц, фиксирует отношение человека к пространству, т.е. возникшую тенденцию. Пространство, в свою очередь, связано с эмоциональной окраской переживания и временным периодом: настоящим, прошлым, будущим. Связано оно также с действенностью или идеально-мыслительным планом работы психики. Так, на листе бумаги – модели пространства – левая сторона и низ связаны с отрицательно окрашенными эмоциями, с неуверенностью, пассивностью, а правая сторона листа и верх – с положительно окрашенными эмоциями, энергией, активностью, конкретностью действий. Пространство, расположенное сзади и слева от субъекта, связано с прошлым периодом и бездейственностью (отсутствие активной связи между мыслью – представлением, планированием и его осуществлением) (211) (212).

Трудно найти более эффективный метод исследования эмоциональной сферы, чем рисунок, так как существуют закономерные связи между разнокачественными цветоэнергиями и определенными психическими процессами, состояниями и явлениями.

Начатые в 1919-1920 годах под руководством Хелдж Лундхольм исследования по проблеме эмоциональной значимости линии и формы обнаружили, что линии можно классифицировать по типу и что линии обладают направленностью. Другие исследователи в период между 1920-1970 годами выявили, что люди выражают эмоции возбуждения в прерывистых, зазубренных и острых линиях, а более спокойные эмоции – в мягко изогнутых или относительно ровных линиях. Также исследования были сосредоточены на изучении общего в понимании смыслов различных линий и форм. Например, печаль ассоциируется с закругляющимися книзу линиями, спокойствие и безмятежность с горизонтальными линиями, веселье с горизонтальными или восходящими линиями, а оживленность, возбуждение и злоба с острыми и кривыми линиями (209).

Важным показателем эмоционального состояния и уровня активности является сила нажима на карандаш, характеризующая особенности психомоторного тонуса. Усиленный нажим свидетельствует о повышенном психомоторном тоне, эмоциональной напряженности. Это состояние возникает при необходимости приспособливаться к неожиданным изменениям ситуации или в результате ситуации, которую невозможно изменить. Ему свойственно общее возбуждение и ощущение, что необходимо что-то сделать, но неясно, что именно.

Вообще усиленный нажим может говорить о разных психологических особенностях: о гиперактивности, гипоманияльности, конфликтности, агрессивности. Иногда он служит проявлением стрессовой ситуации.

Снижение психомоторного тонуса, отражающееся в рисунке в ослабленном нажиме, нитяной, еле видимой линии, встречается при падении уровня активности, особенно часто при астеническом состоянии. Это состояние нервного истощения, астенизации, при котором резко повышается физическая и умственная утомляемость, падает работоспособность. Очень слабый нажим карандаша свидетельствует о сниженном настроении, субдепрессивном состоянии, депрессии. Ослабленный нажим может говорить о недостаточной уверенности в себе и часто встречается у пассивных, застенчивых людей. Так проявляется бессознательная тенденция к предельной экономии сил, призванная сберечь последние оставшиеся резервы психической энергии. Та же тенденция приводит к чрезвычайной бедности деталей. Например, на рисунке отсутствуют черты лица. Иногда отсутствие таких черт лица, как глаза и рот, говорит об аутизации. Это может также быть признаком негативизма или асоциальности. Чрезвычайная бедность деталей и линии, не доведенные до конца, иногда могут быть признаком импульсивности. Неустойчивый психомоторный тонус отражается в сильно варьирующем нажиме на карандаш (206).

Помимо форм и линий человеческие переживания символически выражаются в цвете. Цвет обладает не только собственной структурой и свойствами, но и наиболее богатыми

экспрессивными характеристиками, выражающими облегчение и напряжение. Например, напряжение выражается в насыщенных цветах, в несоответствии цветов, в кричащих цветах, встретившихся на яркой, контрастной линии-границе, в наложении темного на светлый или светлого на темный и в многообразных ахроматических рисунках (209).

Существует глубинная связь между особенностями тех или иных световых вибраций и неосознаваемой психической динамикой.

Многие авторы полагают, что за долгую историю развития человечества в культурной традиции сложились неосознаваемые (биоархетипические) соответствия между отдельными цветами и определенными символическими значениями. При встрече человека с тем или иным цветом происходит спонтанное ассоциирование физиологического ощущения с закрепленным в данной культурной традиции символическим смыслом.

Цветотест – серьезный научный метод, позволяющий опытному специалисту непосредственно исследовать тайны глубинной психики. Значения цветов в их психологической интерпретации определялись в ходе разностороннего обследования многочисленного контингента различных испытуемых. Цветотест был разработан на основе масштабных статистических исследований, позволивших выявить объективный характер психологических значений различных цветов. В основе этого теста лежит выявление предпочтения, то есть выбор цветовой последовательности как отражение спектра соответствующих эмоциональных состояний (213).

Поскольку эмоциональное отношение к цвету может характеризоваться или предпочтением его (выбором), или безразличием, или отказом от него (негативной оценкой), то оно учитывается и в психодиагностике (211).

В цветовых предпочтениях непосредственно отражается устойчивый компонент психофизиологического состояния испытуемого, а через него опосредованно эмоциональные особенности личности и специфика актуального психофизиологического состояния (214).

Предположения Люшера (213) о характере действия цветов на психику в дальнейшем были подтверждены работами сотен исследователей цветопредпочтений людей, изучавших цветовосприятие в самых различных условиях и ситуациях.

Проективные методики использовались при исследовании психических заболеваний, в том числе шизофрении. Так, Б.А. Базыма в одной из глав своей монографии (215) исследует отношение к цвету при психических заболеваниях, в том числе цветовые выборы больных шизофренией. Автор для исследования шизофрении использует такие проективные методики, как тест Люшера и Роршаха.

Б.А. Базыма предположил, что цветовые выборы больных шизофренией несут информацию об эмоциональных расстройствах, характерных для этого заболевания. Способность выразить свое эмоциональное состояние посредством цвета во многом зависит от степени эмоциональной и личностной сохранности. Он обнаружил усиление «интереса» к цвету на начальных стадиях заболевания, что отражает снижение интеллектуального, сознательного контроля эмоциональной сферы. На первый план выходят плохо контролируемые аффекты страха, гнева, эйфория, что создает впечатление усиления эмоций. При этом автор указывает, что в действительности причиной подобного, скорее, является расщепление эмоциональной и когнитивной сфер. Ранее подавляемые аффекты начинают свободно «разгуливать» и следовать только своей «логике». Далее, с нарастанием дефицитарного состояния, этот «интерес» к цветам снижается; создается впечатление, что больные не знают, что с ними «делать», эмоциональное содержание цвета выхолащивается. Эмоциональные значения цвета заменяются предметными, второстепенными ассоциациями.

На цветовые выборы помимо срока и давности заболевания оказывают влияние тип течения болезни, ведущий психопатологический синдром. Обнаружилось, что больные параноидной шизофренией предпочитают красный цвет и отвергают синий. Для больных с невротоподобной шизофренией, когда преобладают астенизация, раздражительность,

фобии, общим оказалось негативное отношение к красному цвету. Больные с психопатоподобными расстройствами — эксплозивностью, брутальностью, повышенной конфликтностью обнаруживают выраженное отрицательное отношение к зеленому цвету (215).

Б.А. Базыма обнаружил весьма важный факт. Непосредственно после приема больными нейролептиков (аминазин, галоперидол) уже через 15-30 минут наступают изменения цветовых выборов. Отсутствие же изменений в цветовых предпочтениях под влиянием нейролептиков свидетельствует о резистентности по отношению к этим препаратам. Данный факт показывает, что отношение к цвету отражает эмоциональное состояние человека (216).

Из работ других авторов известны особенности формальных показателей рисунков больных шизофренией. К. Махвер сообщает, что сильно возбужденные больные шизофренией используют очень жирные линии как графическое выражение избытка моторной агрессии. Рисунки регрессировавших шизофреников отмечены простыми и даже примитивными чертами без каких-либо вариаций в характере линии. Кроме того, на рисунках регрессировавших и ведущих растительный образ жизни шизофреников можно встретить маленькие фигуры, которые являются выражением низкого энергетического уровня и зажато-го Эго (208). Что касается содержательных особенностей, у больных шизофренией и глубоких шизоидов обнаруживаются случаи вмонтирования механических частей в изображения тела (211). Например, к голове может прикрепляться пропеллер, винт, в глаза могут быть вмонтированы электролампы, в тело и конечности — рукоятки, клавиши, антенны.

Рисунки больных шизофренией могут иметь формально-схематический, абстрактный, неадекватный характер, отражать «пустую» символику как вычурный, искаженный способ отражения действительности (202).

Авторы практическая патопсиходиагностики В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков (202) указывают, что рисунки больных шизофренией нередко носят фрагментарный или

символический характер. Отмечается диспропорциональность отдельных деталей рисунка. Нередко больные продуцируют плоские, совершенно лишенные объемности, неоконченные изображения. Такого рода незавершенный рисунок представляет отдельные штрихи, линии, части геометрических фигур и т. д. Изображенные на рисунке предметы часто неадекватно раскрашиваются. Больные шизофренией используют для своих рисунков в основном блеклые цвета. На рисунках апатичных больных линии едва заметны, рисунок получается бледным, невыразительным.

Рисуночные методики были выбраны нами для исследования динамики аффективно-личностной сферы больных шизофренией в процессе психотерапевтической работы по целому ряду оснований, доказывающих, что изучение зарисованных больными образов является лучшим методом для отслеживания процесса их выздоровления:

1. Рисуночные методики занимают промежуточное положение между тестовыми и клиническими методами, так как требуют специальной процедуры интерпретации, качественного анализа (206).

2. Ряд авторов, например крупный специалист в области тестологии А. Анастаси, а также К. Маховер (208), рассматривают проективные методики, в частности анализ рисунка, как качественные клинические процедуры.

3. Рисуночные методы рассматриваются сторонниками как наиболее эффективные процедуры для обнаружения скрытых, завуалированных или неосознаваемых сторон личности. Проективные методики позволяют собрать такую информацию, которая не может быть получена никаким другим путём. Так, А. Анастаси называет проективные тесты методиками «замаскированного тестирования» (210). Таким образом, проективные методики представляют собой специальную технику клинко-экспериментального исследования тех особенностей личности, которые наименее доступны непосредственному наблюдению или опросу.

4. Как правило, проективные методики, в отличие от стандартизированных опросников, направлены на диагностику

личности в целом, нежели на выявление степени выраженности одного или нескольких личностных качеств. Проективный метод выступает, таким образом, как средство познания содержания и структуры «личного мира». Проективные тесты, в частности рисуночные методики способны отражать как на экране наиболее существенные аспекты личности в их взаимозависимости и целостности функционирования (217). А поскольку шизофрения характеризуется выраженным расщеплением, при психологической диагностике больного важно исследовать не отдельные личностные качества, а структуру личности в целом.

5. Рисование является проекцией не только личностных особенностей, но и индикатором эмоциональных состояний. Следовательно, рисуночный метод полезен не только при изучении характера личности, но и её эмоциональных нарушений.

6. В последние годы все больше подчеркивается психотерапевтическое значение рисования. Благодаря применению рисуночных методик стирается грань между психологическим обследованием и психотерапевтическим сеансом (206). Таким образом, психотерапевтическая работа, в которой используется рисунок, позволяет наряду с процессом лечения души одновременно проводить диагностику, отслеживание его эффективности.

7. Графические методы позволяют выявлять не только индивидуальные показатели, но и их изменчивость под действием ряда факторов. Так, Е.С. Романова и О.Ф. Потемкина (207) обнаружили, что, например, такие параметры как нажим, наличие штриховки, размер рисунка могут весьма значительно флуктуировать в зависимости от состояния человека, в то время как собственно психологический тип, общая манера исполнения рисунка могут оставаться устойчивыми.

8. В отличие от большинства других тестов, рисуночные методики могут проводиться многократно и сколь угодно долго, не утрачивая своего диагностического значения. Возможно их использование для контроля динамики состояния

и для наблюдения за ходом психического развития в течение длительного периода (206).

9. Рисуночные методы незаменимы в случае динамической оценки аффективно-личностных изменений в процессе проводимой психотерапии, поскольку, в отличие от стандартных патопсихологических методик, они могут быть использованы в условиях различных состояний, переживаемых шизофреником, например, в остром психотическом состоянии.

При исследовании рисунков больных шизофренией, которые делались ими в процессе психотерапевтического лечения, мы использовали качественный анализ, т. е. изучали содержание изображений. Поскольку эмоциональные проблемы и общее психологическое состояние отражаются, прежде всего, в формальных показателях рисунка, помимо этого мы опирались на выделенные рядом авторов (206) (208) (207) стандартные объективные диагностические критерии, которые относятся к формальным критериям.

Среди них следующие:

- величина и формат выбранного листа бумаги;
- горизонтальное или вертикальное положение листа бумаги;
- материал, который пациент выбирает для рисования;
- местоположение изображения на листе бумаги (в центре, вверху, внизу, слева и справа);
- основной цветовой фон изображения и цвета отдельных его элементов, отображающие различные эмоции человека;
- тип линии, особенности штриховки;
- степень тщательности и детализированности изображений;
- сила нажима на карандаш.

Нами были исследованы в динамике 33 серии рисунков больных шубообразной шизофренией в возрасте от 16 до 50 лет, проходивших психотерапию с использованием визуализации и последующего зарисовывания зрительных образов в течение 6 мес. Занятия проводились 1 раз в неделю. Серии состояли из 15 – 24 рисунков (иногда больные после работы с образами не могли или не хотели зарисовывать их, и в этом случае мы не настаивали на выполнении задания). Пси-

хотерапевтическая работа проводилась на фоне адекватной посиндромной психофармакотерапии. В одиннадцати случаях из тридцати трех при анализе изобразительных работ пациентов больных шизофренией в сериях их рисунков не удалось обнаружить позитивной динамики. Вместе с тем и в этих случаях проводимые нами психотерапия и психофармакотерапия существенным образом повлияли на состояние и социальную адаптированность этих пациентов, так как позволила снять их продуктивную симптоматику. Тот факт, что в рисунках данных пациентов не отразилась позитивная динамика указывает на то, что в структуре их личности не произошло существенных трансформаций, достаточных для организации идентичности на новом, более здоровом уровне. Для подобной трансформации в условиях тяжелой психической болезни нужен более длительный процесс психотерапии, нежели был ими получен.

В ходе исследования серий рисунков больных шизофренией, являющихся продуктами психотерапевтического лечения, обобщенно можно выделить две группы рисунков. Первая, наибольшая группа, состоящая из рисунков 22 пациентов (66,67%), выявила существенную динамику, свидетельствующую о процессе выздоровления. В группе из рисунков 11 больных (33,33%) не обнаружилось позитивной динамики, хотя проводившаяся с ними психотерапия позволила снять их продуктивную симптоматику. Можно предположить, что чтобы в рисунках больных отразилась позитивная динамика в структуре их личности, должна произойти трансформация, организующая идентичность на новом уровне, для которой в условиях тяжелой психической болезни нужен более длительный процесс психотерапии, нежели в ряде случаев в силу ограниченности данного исследования по времени (6 мес) мы смогли провести.

Особо следует отметить, что проведенный нами анализ серии рисунков 33 пациентов больных шизофренией позволил сделать обобщающее заключение о том, что в психотерапии данной категории больных наиболее значимыми мотивами оказались следующие мотивы:

- вулкан, лев, направленные на проработку агрессии;
- мотивы дома и строительства дома, предназначенные для работы с идентичностью;
- а также гора, ориентированная на повышение активности и целеустремленности.

Именно проживание и прорисовывание этих мотивов оказывалось узловым, переломным в психотерапии больных шизофренией. Это в очередной раз доказывает, что важнейшими психологическими характеристиками шизофрении являются подавляемая агрессивность, слабость «Я», диссоциированность личности. При этом мы можем заключить, что именно подавляемая агрессивность приводит к проблемам с идентичностью и диссоциированности.

Исследование рисунков выявило, что группа из 22 человек, показавшая позитивную динамику, в свою очередь, включает в себя три подгруппы. Первая, наибольшая группа, в которую вошли рисунки 16 пациентов, обнаружила последовательно нарастающую (прогредиентную) позитивную динамику.

Отразим собирательный образ проявившейся позитивной динамики данной группы рисунков. Он выражен в следующих содержательных и формальных изменениях:

1. Если вначале изображения нередко делались исключительно в нижней половине листа, либо имели крайне маленькие размеры, то в последующем размер рисунков часто увеличивался, иногда даже занимал полный объем листа, их расположение смещалось к центру;
2. В первых рисунках многих пациентов цвет не использовался, они изображались шариковой ручкой или простым карандашом, в дальнейшем же пациенты начинали пользоваться цветом, делая изображения цветными карандашами или даже акварельными красками;
3. У некоторых пациентов формат бумаги для изображений увеличивался от маленького до нормального, т.е. оптимального;
4. Иногда у пациентов в процессе психотерапии изменялось положение листа. Если в первой серии рисунков паци-

енты использовали, например, горизонтальный формат, в то время как во второй – стали включать вертикальный, или наоборот. Такие изменения указывают на расширение жизненных выборов, уменьшение ригидности, формирование отсутствующей прежде целеустремленности или экстенсивности;

5. Если вначале изображения отличались слабым нажимом при рисовании, как следствие слабыми, бледными линиями, что создавало субъективное впечатление присутствия лишь пастельных тонов, вплоть до бесцветности, то в ходе прохождения психотерапии появлялись более уверенный, твердый нажим и энергичные линии;

6. Иногда первые рисунки создавали эффект слитности, в них как бы присутствовал фон и не было четкой фигуры, линии при этом нередко могли носить размытый и нечеткий характер. Впоследствии в них обнаружилось более четкое выделение фигур из фона, структурность, большая четкость в прорисовке, удачное использование перспективы, а также ряд содержательных признаков, свидетельствующих о дифференциации. Например, изображенный дом имел забор оптимальной величины, указывающий на процесс отделения, выстраивание необходимых границ, формирование способности защитить себя в противовес зависимости, слиянию, отсутствию фигуры на изображенном фоне, характерных для первоначальных рисунков;

7. Для первых рисунков нередко была характерна стереотипность, выражающаяся в повторяющихся, однообразных изображениях. Впоследствии рисунки в себе уже содержали меньше или не содержали вовсе повторяющихся элементов;

8. У некоторых пациентов первые рисунки характеризовались неадекватными, непропорциональными размерами изображений, не всегда адекватным или конфликтным подбором цветов, нереалистичностью. В последующем изображения приобрели адекватный вид и реалистичные размеры, цвета также обрели реалистичность и адекватность;

9. Первые рисунки некоторых больных фактически нельзя понять постороннему наблюдателю, они отличались дезинте-

гированностью, изображением отдельных частей тела, либо хаоса из предметов с существенным нарушением размеров, пропорций и перспективы. Впоследствии рисунки обрели реалистичность и стали понятными для наблюдателей, из них исчезли изображения отдельных частей тела; существенно уменьшилась степень дезинтегрированности.

10. Если вначале рисунки некоторых пациентов не соответствовали задаваемым мотивам, то впоследствии они приобрели достаточно адекватный характер, по своему содержанию стали соответствовать предложенным терапевтом мотивам.

Описанные изменения указывают на то, что у наших пациентов обнаружилась значимая динамика в эмоционально-волевой и личностной сфере, а также в сфере мышления.

Так, в эмоциональной сфере увеличилась эмоциональная адекватность, снизилась эмоциональная амбивалентность, уменьшились подавленность, депрессивные переживания, соответственно появились позитивные эмоции, легкость, интерес к миру, снизилась скованность и напряженность;

В волевой сфере – усилились волевые ресурсы в целом, увеличилась активность, энергичность, смелость, решительность, целеустремленность, усилился мотивационный компонент волевого акта, появились тенденции к самоутверждению, претензии на продвижение и поиск признания;

Мышление наших пациентов стало более целенаправленным или полностью обрело целенаправленность;

Что касается сферы личности, то здесь повысилась самооценка, уверенность в себе, появилась большая спонтанность, внутренняя свобода, увеличился контакт с действительностью, а вместе с ними повысилась степень открытости миру. Самое же главное в том, что уменьшилась фрагментированность, диссоциированность личности пациентов, а соответственно увеличилась дифференцированность «Я», интегрированность и структурированность личности.

Данные изменения в мышлении, эмоционально-волевой и личностной сферах наших пациентов не могли, в свою очередь, не повлиять на их поведение и степень социальной адаптированности. Их поведение стало более адекватным,

увеличилась их способность найти своё место в социуме.

Наше исследование показало, что вторая подгруппа рисунков пациентов (3 человека), вошедшая в группу с позитивной динамикой отличается тем, что в них изначально прослеживается тщательно маскируемый, подавляемый внутренний конфликт, а также признаки самоотрицания. Закрытость, маскировка внутреннего конфликта, как правило, выражались в изображении позитивных образов, привычно уводящих от контакта со своей глубинной травмой. Поскольку базовой особенностью больного шизофренией, по мнению многих исследователей, является глубоко спрятанная агрессия (1) (20), то мы предположили, что позитивной динамикой в лечении наших пациентов будут признаки доступа к подавляемой глубинной агрессии, а также ее проработка.

Действительно, вплоть до контакта со своей мощной подавленной агрессией, глубинной травмой, внутренней конфликтностью в рисунках этой группы пациентов не прослеживалось позитивной динамики.

Лишь после контакта с ядром своей личности и отреагирования агрессии обнаружилась нужная нам динамика. Анализ последующих рисунков показал, что из них исчезли признаки самоотрицания, идентичность пациентов приобрела позитивный характер, существенно повысилась структурированность, интегрированность и сила ее ядра, обнаружались признаки гармонизации между сферой эмоций и интеллекта. Изображения стали более реалистичными, как в плане цветовых предпочтений, так и в плане размеров изображений. Рисунки тех пациентов, которые вначале были формальными, обрели четкость, яркость, сочность, динамизм, т.е. эмоциональность. Кроме этого они стали указывать на целеустремленность пациентов. Содержательно в них стала отражаться тема взаимодействия, контакта ранее антагонистических частей. В образах начали отмечаться и признаки появления способности управлять своей агрессией.

Третья подгруппа рисунков (3 человека) обнаружила волнообразную динамику. Вслед за достаточно продуктивными

образами, обнаруживающими снижение диссоциированности, укрепление ядра личности, переживание позитивных эмоций, в дальнейшем снова появлялись образы, свидетельствующие о эмоционально-волевых, личностных нарушениях, а далее опять повышалась ресурсность образов и т.д.

Подобная динамика неудивительна, так как отражает особенности течения шизофренического процесса. При этом следует отметить, что весь процесс психотерапии и рисования завершался формированием образов, указывающих на существенное улучшение показателей, что проявлялось в ослаблении напряжения, появлении большей спонтанности, признаков целеустремленности, переживании позитивных эмоций (удовольствия, радости), а также в снижении диссоциированности и укреплении ядра личности.

Проведенное нами исследование рисунков больных шизофренией, последовательно выполненных ими в процессе психотерапевтического лечения, позволило реализовать поставленную цель, заключающуюся в оценке динамики их выздоровления, а также сделать ряд выводов:

1) длительное психотерапевтическое лечение больных шизофренией приводит к развитию стойкой ремиссии, проявляющейся в повышении внутренней интегрированности, увеличении активности и социальной адаптированности, приобретении их эмоциями и поведением адекватного характера;

2) рисуночные методики в форме рисования образов, визуализированных больными шизофренией в процессе длительных психотерапевтических сеансов, позволяют выявить динамику в их аффективно-личностной сфере, отражающую процесс выздоровления.

Таким образом, использование анализа зарисованных образов может быть эффективным методом объективного отслеживания динамики психотерапевтического процесса у больных шизофренией, представляя к тому же и ценную диагностическую информацию о характере их подсознательных проблем, что незаменимо для определения оптимальной тактики лечения.

Возрастные кризисы

тридцать лет семьдесят нет – и не будет

сорок лет денег нет – и не будет

пятьдесят ума нет – и не будет

(Еврейская пословица)

Давно отмечено, что шизофрения протекает по-разному, начавшись в разных возрастных периодах. Занимаясь психотерапией шизофрении, принципиально важно различать не только актуальные ситуационные проблемы пациента, но и какой именно возрастной кризис сейчас имеет место.

Э. Эриксон в своей эпигенетической модели развития сформулировал тезис о том, что психические заболевания возникают в тех ситуациях, когда личность не справляется с решением тех задач, которые ей свойственно решать в её возрасте. Свою модель стадий человеческого развития Эриксон называл эпигенетической (epigenetic model). Эта модель – первая психологическая теория, детально описывающая цикл человеческой жизни: детство, зрелость и старость. По Эриксону, психологический рост личности похож на развитие эмбриона. Понятие эпигенез подразумевает, что каждый элемент развивается над остальными частями. «Эпи» означает «над», а «генезис» – рождение (греч.). Модель Эриксона по структуре напоминает эмбриональное развитие, при котором возникновение каждой последующей стадии определяется развитием предыдущей.

Эриксоновская схема человеческого развития имеет два исходных допущения:

1. Человеческая личность развивается в соответствии с принципом постепенного нарастания готовности человека к тому, чтобы его вели вперед, и в зависимости от готовности общаться и взаимодействовать с расширяющимся социальным кругом.

Таблица 4. Восемь стадий человеческого развития

| Стадии | Психосексуальные стадии и методы | Психосоциальные кризисы | Радиус значимых взаимоотношений | Базовые силы |
|-------------------------|--|---|---|----------------|
| I. Младенчество | Орально-респираторный, сенсорно-кинестетический (инкорпоративные методы) | Базисное доверие против базисного недоверия | Личность матери | Надежда |
| II. Раннее детство | Анально-уретральный, мышечный, методы удержания и отъединения | Автономия или стыд и сомнение | Родители | Воля |
| III. Дошкольный возраст | Инфантильно-генитальный, двигательный (методы вторжения и включения) | Инициативность или чувство вины | Семья | Намерение |
| IV. Школьный возраст | Латентность | Трудолюбие или неполноценность | Соседи, школа | Компетентность |
| V. Отрочество | Половое созревание | Половое созревание | Группа сверстников и другие модели лидерства | Верность |
| VI. Ранняя зрелость | Генитальность | Интимность или изоляция | Партнеры в дружбе, сексе, конкуренция, сотрудничество | Любовь |
| VII. Зрелость | Воспроизводство | Генеративность против стагнации | Разделение труда и ведения домашнего хозяйства | Забота |
| VIII. Старость | Генерализация чувственных методов | Интеграция или отчаяние | Человечество, «свой круг» | Мудрость |

Таблица 4. Восемь стадий человеческого развития

| Стадии | Существенные патологии: базовые антипатии | Принципы социального порядка | Ритуализации | Ритуализм |
|-------------------------|---|---------------------------------------|----------------------------|-----------------|
| I. Младенчество | Замкнутость | Космический порядок | Мистическая | Идолопоклонство |
| II. Раннее детство | Принуждение | Закон и порядок | Рассудочная | Легизм |
| III. Дошкольный возраст | Торможение | Идеальные прототипы | Драматическая | Морализм |
| IV. Школьный возраст | Инерция | Технологический порядок | Формальная (техническая) | Формализм |
| V. Отрочество | Отрицание | Идеологическое мировоззрение | Идеологическая | Тоталитаризм |
| VI. Ранняя зрелость | Исключительность | Модели сотрудничества и конкуренции | Принадлежность к группе | Элитарность |
| VII. Зрелость | Непритие окружающей среды | Культурные и образовательные процессы | Принадлежность к поколению | Авторитаризм |
| VIII. Старость | Пренебрежение | Мудрость | Философская | Догматизм |

2. Общество стремится к такому устройству, чтобы предоставлять людям целый ряд все новых и новых возможностей для взаимодействия, и при этом пытается сохранять и поощрять надлежащую скорость и надлежащую последовательность появления этих возможностей (218)

Каждая стадия характеризуется специфической задачей развития, или кризисом, который должен разрешиться для того, чтобы человек перешел к следующей стадии. Силы и способности, развивающиеся в процессе его успешного разрешения, влияют на личность в целом. События до или после кризиса также могут отразиться на них. Однако, как правило, эти психологические способности сильнее всего оказываются задействованы на стадии возникновения. Каждая стадия системно связана с остальными, и все стадии должны проходить в заданной последовательности. Табл. 4 взята из первого рассуждения Эриксона о восьми стадиях в книге «Детство и общество» (218). Таблица иллюстрирует прохождение стадий во времени. Любое свойство существует в различных формах до и после его критической стадии. Например, в юности вера принимает одну форму, а в старости – другую. Обе базируются на чувстве доверия, развитом в детстве.

В каждой стадии есть период кризиса, во время которого формирующие ее силы и способности развиваются и проверяются. Под кризисом Эриксон подразумевает поворотный пункт, момент, схожий с кризисом во время лихорадки. Когда кризис успешно разрешается, жар спадает и человек начинает выздоравливать. Кризисы – особые моменты в человеческой жизни: «моменты выбора между прогрессом и регрессом, интеграцией и отставанием» (218). Каждая стадия является переломным моментом в обучении, она позволяет овладеть новыми навыками и освоить новые отношения. Такой кризис не обязательно проходит драматично. Часто лишь спустя некоторое время человек осознает, что главный поворотный этап достигнут и пройден.

Несмотря на важность схемы Э. Эриксона, следует отметить, что в ней явно недостаточно раскрыты задачи второй половины жизни: всё богатство человеческого опыта, обретаемое после юности, сведено в два этапа: зрелость и старость,

внутри которых какое-либо разграничение отсутствует. Это вообще характерно для западной цивилизации с её культом молодости и, соответственно, утрированным вниманием к этому периоду жизни. Поэтому в целях лучшей дифференцировки возрастных кризисов мы предпочитали пользоваться более подробной схемой Д. Радьяра (219), опирающейся на восточное представление о прохождении в течение жизни трёх 28-летних циклов – трех «рождений» в молодость, зрелость и старость. В каждом этих циклов выделяется четыре 7-летних периода. Таким образом, всего в течение жизни выделяется 12 периодов.

В первые годы своей жизни человек развивается в личность. Он не может вспомнить о своем рождении и первых двух годах жизни, но однажды приходит осознание своего «Я», освоение языка протекает в очень быстром темпе, возникает широкий взгляд на окружающий мир, и приближенно закладываются черты характера. Всё внимание в это время обращено на своё «Я», а всякие альтруистические стремления практически отсутствуют.

В эти годы воспитание подрастающего ребенка дает основу для его отношения к окружающему миру. Если здесь родители (или те, кто должен руководить воспитанием) не справляются с этим, то на протяжении всей жизни могут быть большие трудности. Итак, все важные для жизни решения находятся в этом первом периоде человеческой жизни.

В следующем периоде – с 7 до 14 лет подрастающий ребенок знакомится с имуществом. Так как он имеет дело с материальными ценностями, он получает, как правило, карманные деньги от родителей, которые он сам должен делить и распоряжаться ими. Его также наставляют в заботе о личном имуществе. Ребенок, так сказать, погружается в материальную сферу жизни и должен учиться ориентироваться здесь. Все происходит по образцам, собственным традициям и правилам воспитания, и формируется отношение к материальному в любой форме – от наличных денег до недвижимого имущества. Кроме того, если до 7 лет можно ещё было ни за что не отвечать и не выходить за пределы семьи, во всём прячась за родительские спины, то здесь уже в любом

случае необходимо ходить хотя бы в школу, начиная нести самостоятельную ответственность за свои поступки.

Далее мы подходим к семи годам между 14 и 21 годами жизни, в которые, прежде всего, завязываются духовные отношения. В это время хотят приобрести хороших друзей, не желают ни под каким предлогом быть одни, часто полемизируют в бесконечных разговорах с друзьями и знакомыми, с родственниками или чужими людьми о вопросах жизни. Здесь уже мало просто быть хорошим ребёнком и правильно отвечать у доски. Возникает пристальное внимание к таинственному противоположному полу, и требуется потратить немало времени и сил на то, чтобы научиться успешно общаться с его представителями. Здесь, на этом этапе, на свободной ярмарке знакомств молодости, имеются оптимальные условия для решения данной задачи. Неразрешённость же этих проблем способна создать в дальнейшем большие препятствия в последующих этапах.

Это период учебы и познания, в котором проверяются все духовные способности и применяются для разъяснения окружающей среды. Проверяются также переданное мировоззрение, политические взгляды родителей и воспитателей, а также религиозные, причем это приводит к глубоким противоречиям между собственными духовными наклонностями и мировоззрением окружающих.

На 21-ом году жизни рост костей в длину завершается, и человек становится «взрослым». Этим заканчивается время физиологического развития, он не может больше расти, его форма тела может измениться только с помощью жира и воды, а в костях больше ничего не меняется. Сложившийся характер формирует выражение лица.

Французский поэт Камю однажды написал, что с этого момента человек полностью ответственен за свое лицо. Черты его лица отражают его отношение к окружающей среде, его физическое и духовное здоровье, а также особенности характера.

В эти важные годы от 21 до 28 лет человек должен настолько завершить свое развитие, чтобы суметь решиться на долговременную связь и создание семьи. Также должно при-

сутствовать желание иметь собственных детей. К середине этого семилетнего периода человек должен справиться с серьёзным кризисом различения в области идеалов и дружеских привязанностей. Он должен решить, кем он собирается стать. Это, как правило, и определяет природу и характер «второго рождения» в 28-летнем возрасте, но перед этим придётся пройти период нового приспособления, нередко ценой тяжёлых страданий.

Итак, в эти годы человек должен найти жизненного партнера, с которым он может разделить дальнейшую судьбу. Переход в работающее поколение со все более возрастающей ответственностью предъявляет высокие требования к личности. Естественно, решающую роль здесь играет опыт, переданный родителями. Существенно легче ориентируются в этой ситуации те, кому старшее поколение передаёт более успешный психологический сценарий решения проблем в этих сферах жизни.

Когда человек вступает в следующий семилетний период, начинающий этап зрелости, его задачи меняются. Если до этого собственные родители были советчиками и примерами, то теперь он – от 28 до 35 лет жизни – сам является родителем и должен воспитывать своих собственных детей. Ему нужно передать знания своим собственным детям и уже своей жизнью показывать пример. Следовательно, необходимо критически перепроверить свои собственные наклонности, а также свой характер, действительно ли он удовлетворяет этой большой задаче. Ответственность все время возрастает, и человек вынужден играть роли, которые критически оцениваются другими.

Кроме того, данный этап – это период творчества. Человек, становясь зрелым, уже не может удовлетвориться тем, что он научился делать всё «как у людей». Он творит новое – новые отношения, новых детей, новые методы работы – те, которые он будет оттачивать на последующем этапе жизни. Он должен освободиться от предписаний своей родительской семьи и научиться строить свой собственный мир.

В очередном семилетнем периоде – с 35 до 42 лет – мы находим планирование, реализацию и волю к творческой ин-

теграции в окружающий мир. Это наиболее продуктивный возраст в отношении обычной работы. Люди именно этого возраста являются наиболее трудоспособными. Человек здесь – «рабочая лошадь общества», но он должен научиться быть хозяином своего труда, а не колесиком в механизме, которое вращается только по чужой воле. Однако, достигнув в 35 лет пика физического здоровья, человек начинает в этом периоде встречаться с болезнями и должен научиться следить за состоянием своего организма.

С 42 лет человек достигает середины своей жизни. То, что можно было сделать, развивая врожденные способности, что требовало необходимости реализации – уже должно быть сделано. Семья должна быть образована, дети воспитаны, завершено построение и расширение профессионального положения.

В следующие семь лет собственная личность постепенно отходит на второй план, и человек все большую роль играет в общественной жизни. Это неизбежно приносит новые сложности. Он за весь предыдущий период жизни должен был выработать что-то принципиально новое (детей, изобретения, способы работы, творчество), и теперь приходит время продемонстрировать и передать это другим. Если же этого не сделано, то человека неизбежно ждёт разочарование в себе и депрессия.

Когда на своем жизненном пути достигают конца этого семилетнего периода, то есть 49-го года жизни, то оказываются перед самым большим кризисом жизни. Как у мужчины, так и у женщины начинается ослабление функции половых желез и вместе с этим обширная перестройка в физической и душевной сфере. Поставленные задачи выполнены, все построено – частью в неутомимой работе, дети выросли и не нуждаются настолько в родителях, и теперь остро переживается вся сомнительность бытия. Кроме того, ребром встает вопрос о том, с кем человек намерен далее идти по жизни. Ведь предыдущие союзы заключались, по сути, другим человеком для решения других задач, и не факт, что теперь, в новых условиях, когда жить вместе ради детей, экономии семейного бюджета или помощи друг другу в сепарации от

собственных родителей становится неактуально, человек пожелает остаться в прежних отношениях.

С приходом в очередной период, между 49 и 56 годами, люди впервые встречаются со всей ясностью с реальностью смерти. Они узнают, что наша земная жизнь ограничена и что многие вещи, которые когда-то казались важными, являются весьма спорными. Это тот период, когда предыдущие поколения уходят, и всё чаще начинают умирать сверстники. Люди всё чаще задумываются о болезни и смерти и чувствуют приближение последней. Эти кризисные годы часто ведут к малодушию и вместе с этим к отказу от жизни – чаще в форме «ухода в болезнь». Когда жизнь начинает представляться человеку бессмысленной, то подсознание в качестве смысла дальнейшего существования подсовывает необходимость борьбы с болезнями, вылечить которые без обретения нового смысла, как подчёркивал Франкл (1973), оказывается невозможным. Если за предыдущие годы не выработано мировоззрение, которое может преодолеть мрачные настроения, то в этом периоде жизненная сила может быть сломлена. С другой стороны, если человек справится с этой конфронтацией, осознает и примет как смысл своей жизни, так и смысл своей смерти, то он способен преобразиться, как Феникс, воскресший из пепла, и устремиться в не менее значимый третий цикл – цикл Старости.

Задачи 28-летнего цикла Старости не менее важны для успешного исполнения человеком его миссии, и, в то же время, именно этот возраст, в котором ослабевает тело физическое но крепнет дух, оптимально подходит для их решения. Три периода из него – всего 21 год – дают ему возможность еще один раз подняться наверх и еще раз проявить себя в обществе. Здесь может быть решена еще одна большая задача, для чего могут быть приложены все усилия и старания.

Но как раз в это время жизни современные государственные политики провели границу увольнения на пенсию. Этим у современного человека отнимается возможность полностью заполнить отведенное время жизни, решить поставленные задачи и получить от жизни все то, что она может предложить. Это находится в бросающемся в глаза противоречии

с успехами современной естественнонаучной медицины, которой удалось удлинить человеческую жизнь в среднем на много лет, так что в настоящее время большинство людей фактически могли бы жить дольше 80 лет. Но, к сожалению, государственная политика видит прогресс в заблаговременном устранении человека из профессиональной жизни и в дряхлеющей десятилетия бездеятельности.

Чаще всего человек перед своей пенсией строит планы, как после нее он рационально захочет проводить время, но, как правило, уже в ближайшем будущем теряется последний стимул, и скорая смерть на пенсии в большинстве случаев является концом песни. Разумеется, еще хуже безнадежное существование в недовольстве и бездеятельности – бесконечный ужас. Конечно, многие люди сами виноваты в этом состоянии, так как они даже не пытались подготовиться к этому возрасту. Во время первой половины жизни они не думают о том, что они однажды станут старыми, и какие новые интересные задачи надо будет решать в это время.

Когда человек достигает 56 лет, то начинается новый семилетний период, который можно отождествить со вторым духовным рождением. Из десятилетиями накопленного опыта образуется новое мировоззрение, которое можно оставить после себя следующему поколению. В обществе человеку предлагаются новые, большие задачи, так как он может принести с собой осмотрительность и ту меру ответственности, которая необходима для по настоящему больших задач. Речь идет о том, чтобы полностью развить сумму всех духовных наклонностей, которые закладывались во время получения образования в молодости. Это такие счастливые годы, которые при всех обстоятельствах нужно использовать, чтобы высмотреть кого-нибудь, кто бы смог принять это мировоззрение с его практическими выводами в качестве преемника. В это время в любой среде становятся нужным и уважаемым учителем, если сознают важность поставленных задач. Также в это время человек обращает своё внимание на изучение культуры и традиций других стран, читая и путешествуя, расширяя свой кругозор и готовясь к штурму новых высот. Этот период жизни, от 56 до 63 лет жизни, приносит

человеку подлинное развитие всех духовных функций. Идёт, как не невероятно это сегодня может звучать, подготовка к возможному в следующем периоде штурму самой высокой вершины в жизни.

Почти все большие достижения мировой истории совершались людьми в возрасте от 63 до 70 лет. Здесь, так сказать, подходят к своей истинной цели в карьере, и исполняется то, к чему стремились в профессиональном отношении. Если овладение профессией начинается в возрасте между 20 и 30 годами и продолжается длинным и полным усилием путем вверх, то теперь люди стоят в конце своей карьеры и достигли того жизненного положения, которое так долго являлось целью.

Если человеком, который жил соответственно своему предназначению и достиг своей цели, достигается высшая точка, то нужно примириться с фактом, что в материальной жизни больше не нужно ожидать ничего нового. Наступает новый этап цикла.

С 70 до 77 лет иллюзии уже не обоснованны, в поле окончена уборка урожая, а каждая надежда являлась бы лишь только самообольщением. В этой ситуации, которую многие люди, несомненно, переживают как настоящий и болезненный кризис, раскрываются возможности передать другим жизненный опыт, отказаться от индивидуальности и как бы пожертвовать собой ради общества. Это годы, в которые расцветает настоящий гуманизм, любовь к людям и симпатия к каждому. Человеку здесь свойственно отказываться от материального и своих притязаний, а также, нередко, и от связей с семьей и традициями, всё лучше осознавая, вслед за Йовом, в конце своего жизненного пути смысл фразы: «Нагим я пришёл в этот мир – нагим и уйду». Всё важнее становится вопрос, кто продолжит его дело, кому можно передать накопленные знания и опыт. И тем более значимыми становятся альтруистические порывы, которые часто делают более красивыми и терпимыми эти нередко горькие годы.

Когда затем человек вступает, обычно после 77 лет, в последний этап и чувствует, как он стал одинок, то он может, оторвавшись от всех связей – еще раз окинуть взглядом свой

жизненный путь в просветлении, и через это он узнает внутреннее очищение, которое дает ему силу взглянуть смерти в глаза.

Итак, схематично жизненный путь с его периодами можно представить следующим образом:

0 – 7 лет: рождение – самосознание – саморазвитие – развитие характера – установление структуры характера.

7 – 14 лет: понимание мира в качестве реальности – материальная интеграция.

14 – 21 год: развитие всех духовных отношений – духовная интеграция – расширение духовных интересов – выбор профессии.

21 – 28 лет: прием традиции – признание переданных ценностей – образование семьи.

28 – 35 лет: максимальное использование сил – кульминационная сексуальная точка – рождения детей – воспитание детей – риск – приключения.

35 – 42 года: работа и исполнение долга – приказ или повиновение – отношение к работе – здоровье посредством положительной установки или болезнь из-за бремени слова «надо».

42 – 49 лет: интеграция в общественность – начало больших успехов – сильнейшие связи с «Ты».

49 – 56 лет: начало ослабления материи – изменение отношения к материальному миру – мысли о смерти – способность отказываться.

56 – 63 года: философия и религия – завершение мировоззрения – передача жизненного опыта молодому поколению – любовь к путешествиям.

63 – 70 лет: достижение жизненной цели – кульминационная точка жизни — урожай жизни.

70 – 77 лет: исчезновение иллюзий – задача индивидуального стремления – чистый альтруизм – гуманизм.

77 – 84 года: конец жизни – одиночество – смерть.

Большое внимание роли возрастных кризисов в генезе шизофрении уделял Дж. Хейли (120). Отмечая, что шизофрения дебютирует преимущественно в подростковом и юношеском

возрасте, когда индивидуум сталкивается с необходимостью сепарации от семьи, он разработал для этих случаев особый подход в рамках стратегической семейной терапии, основанный на охвате семейной системы петлёй «двойной связки» с парадоксальным предписанием установления в семье диктаторских отношений, что направлено на бунт членов семьи против этой директивы с сепарацией молодого человека. Вместе с тем он подчёркивал, что этот подход применим только у пациентов данной возрастной группы.

Развитие кризиса, становящегося пусковым механизмом для манифестации латентно тлеющего эндогенного процесса, потенциально возможно в любом возрасте на основе любых проблем, с которыми индивидуум должен был научиться справляться, но не сумел. Исследуя, в каком возрасте у пациента появились первые симптомы шизофрении, и в каком периоде жизни он находится сейчас, можно предположить, какие именно психологические проблемы подтолкнули манифестирование эндогенного процесса (и, следовательно, на какие глубинные проблемы психотерапевту стоит обратить внимание), и, с другой стороны, с какими жизненными проблемами ему необходимо научиться справляться сейчас (и, соответственно, посвятив достаточно усилий обучению справляться с этим в процессе когнитивно-поведенческой психотерапии).

Вместе с тем, одной из наиболее частых проблем, выявляемых при глубинном исследовании психики больного шизофренией, на что указывал И. Ялом (40), является вытесненный страх смерти. На важность этой темы в своём подробном анализе бредовых идей больных шизофренией указывала и Зайцева-Пушкаш (35), у 100% своих больных также выявлявшая актуальность переживаний, связанных со смертью. Работа с ним важна и у лиц молодого возраста; у пациентов второй половины жизни он оказывается нередко наиболее важной проблемой. Большую роль в исследовании роли переживаний, связанных со смертью, у больных шизофренией, сыграл Г. Сэлс. Вот как описывал эту работу Ялом (40):

Возможно, ни один из современных психотерапевтов не

предпринял столь последовательных и героических усилий для понимания и прояснения внутреннего мира шизофреника, как Гарольд Сэлс (Harold Searles), который многие годы занимался лечением психотических больных в Честнута Лодж, Роквилл, штат Мэриленд (Chestnut Lodge, Rockville, Maryland). В 1958 г. он написал очень глубокую, но оставшуюся незамеченной статью, озаглавленную «Шизофрения и неизбежность смерти», в которой выразил свои взгляды на психодинамику шизофренического пациента. Выдвинутый им тезис обобщен в следующем отрывке:

«Факт неизбежности смерти, как будто бы будничной, в действительности составляет один из мощнейших источников человеческой тревоги, и реакции наших чувств на этот аспект реальности принадлежат к числу самых интенсивных и сложных, какие мы только способны пережить. Защищенные в психическом заболевании защитные механизмы, в том числе и те зачастую экзотические защиты, которые обнаруживаются в шизофрении, направлены на устранение из сферы осознания – среди других вызывающих тревогу аспектов внутренней и внешней реальности – также и просто факта конечности жизни».

Сэлс утверждает, что психодинамика шизофренического больного, так же как и невротика, может быть вполне понята, лишь если ее рассматривать как реакцию пациента на неизбежность его смерти. Несомненно, защиты шизофреника более причудливы, принимают более экстремальные формы, являются более повреждающими, чем защиты невротического пациента. Кроме того, ранний жизненный опыт у шизофреника более опустошитель, чем у невротика. Однако экзистенциальная природа человеческой реальности всех нас делает братьями и сестрами. Шизофреника не менее, чем невротика, терзает факт человеческой смертности, хотя их реакции на него неодинаковы по своей разрушительности. Сэлс блестяще пишет об этом:

«Вне всякого сомнения, шизофрения может рассматриваться как результат необычного, извращенного опыта в прошлом – прежде всего во младенчестве и раннем детстве; однако, по мнению автора, столь же точно, но с большей

клинической пользой, она может быть описана как ситуация использования определенных, очень рано усвоенных защитных механизмов для совладания с нынешними источниками тревоги. И ни один из этих источников не является таким мощным, как экзистенциальное обстоятельство конечности человеческой жизни. Суть предлагаемой гипотезы заключается в точке зрения на шизофрению – одной из различных и возможных – как на интенсивную попытку противостояния этому аспекту человеческой ситуации или отрицания его.

Автор хотел бы подчеркнуть, что, согласно его опыту, факт неизбежности смерти имеет к шизофрении отношение достаточно близкое. Речь идет вовсе не о том, что по мере освобождения от шизофрении пациент становится способен обратить внимание на этот великий жизненный факт неизбежности смерти, прежде пассивно располагавшийся где-то на периферии его психологического кругозора или даже вообще вне его. Напротив, клинический опыт автора показал, что взаимосвязь значительно теснее, по сути, пациент становится и долго остается шизофреником (далее речь идет, конечно, о преимущественно или полностью бессознательной целенаправленности) с целью избежать конфронтации – среди других аспектов внутренней и внешней реальности – с фактом конечности жизни»

Многие, если не все, шизофренические пациенты неспособны ощутить себя полностью живыми. Эта «печать смерти», несомненно, является результатом глобального подавления всяческого аффекта, но, по мысли Сэлса, она также может быть связана с дополнительной защитной функцией: если пациент «мертв», то он тем самым уже защищен от смерти. Ограниченная смерть лучше, чем реальная: тому, кто уже мертв, не нужно бояться смерти.

Но каждый из нас должен встретиться со смертью. Если страх смерти является центром психической динамики шизофреника, то необходимо разрешить загадку, почему этот универсальный страх в данном случае вызывает слом. Сэлс выдвигает несколько причин.

Во-первых, у тех, кто не получил поддерживающего зна-

ния о своей личностной целостности и о полноте своего участия в жизни, смерть вызывает значительно большую тревогу. «Личность, – пишет Сэлс, – не в состоянии встретиться с неизбежностью смерти, пока он не пережил полноту жизни, а шизофреник – это тот, кто еще не жил в полной мере». Норман Браун (Norman Brown) в своей замечательной книге «Жизнь против смерти» («Life Against Death») делает сходное утверждение: «Только утвердившийся в своем рождении может утвердиться в своей смерти... Ужас смерти – это ужас умирания с непрожитой жизнью в своем теле».

Вторая причина капитуляции шизофреника перед тревогой смерти – тяжелые утраты, пережитые в столь ранний период развития, когда человек еще не способен был их интегрировать. Вследствие незрелости своего Эго пациент реагирует на потери патологически, главным образом усилением субъективного инфантильного всемогущества, служащего для отрицания потери (тот, кто является целым миром, не может понести потерю). Таким образом, пациент, который не смог интегрировать потери в прошлом, в настоящем не может интегрировать перспективу величайшей из потерь – потери себя и всех, кого он знает. Следовательно, главное прикрытие пациента от смерти – это ощущение всемогущества, ключевой фактор любого шизофренического заболевания.

Третий источник интенсивной тревоги смерти обусловлен характером ранних отношений шизофреника с матерью – симбиотическим единением, из которого он так никогда и не вышел, но, находясь в нем, колеблется между пребыванием в психологическом слиянии и полной отчужденностью. Отношения пациента с матерью, какими они сохранились в его опыте, наводят на мысль о магнитном поле: подойдешь слишком близко – внезапно «всосет», отодвинешься слишком далеко – унесет в ничто. Для своего поддержания симбиотические отношения требуют, чтобы ни одна сторона не ощущала себя независимой целостностью: каждый из партнеров нуждается в другом, дополняющем его до состояния целостности. Поэтому у шизофренического паци-

ента не формируется ощущение целостности, необходимое для переживания полноты жизни.

Кроме того, шизофреник ощущает симбиотические отношения как совершенно необходимые для выживания и потому нуждается в защите от любых угроз этим отношениям. Среди угроз нет более опасной, чем его или ее собственная (и материнская) мощная амбивалентность. Ребенок чувствует себя совершенно беспомощным, ощущая свою глубочайшую ненависть по отношению к самому любимому им человеку. Он беспомощен также перед лицом знания о том, что один и тот же человек одновременно очень любит его и ненавидит. Эта беспомощность требует постоянного поддержания нормальной лишь во младенчестве фантазии личного всемогущества. Но ничто не уничтожает переживание личного всемогущества в такой степени, как принятие неизбежности смерти, и шизофренический пациент отстаивает свое отрицание смерти со всей силой отчаяния. (цит. по Ялом, 1999).

Проработка страха смерти оказывается особенно важным элементом терапии шизофрении в тех случаях, когда в клинической картине представлены панические состояния или речь идет о пациенте второй половины жизни. Существует много методик работы со страхом смерти. Мы в нашей работе преимущественно применяли разъяснительную и когнитивную психотерапию, а также десенсибилизацию.

Прежде всего в нашей работе мы стремились подробно разобрать взгляды самого пациента на то, что такое смерть. Безусловно, при этом нам нередко приходилось обсуждать и религиозно-философские проблемы смерти. Вряд ли возможно здесь коснуться всех сторон обсуждения проблемы смерти; следует лишь отметить, что, с одной стороны, истинных атеистов, в особенности перед лицом смерти, на самом деле оказывается не так уж и много. С другой стороны, проработка страха смерти всегда идет легче у людей, принимающих идею о личном бессмертии. Оптимально эту часть работы вести в форме сократического диалога; один из лучших примеров – диалог Платона «Федон», описывающий беседу Сократа с его учениками в последний день его жизни перед

тем, как Сократ, во исполнение вынесенного ему смертного приговора, должен был выпить ядовитый сок цикуты (220). В процессе этого обсуждения очень важно подробно выяснить представления пациента о том, что такое смерть, как она развивается, что именно человек при этом ощущает. В этом отношении целесообразно ознакомить больного с работами ведущих танатологов (например, Кюблер-Росс (221), Моуди (222), подчёркивая, что есть немалая разница между процессами болезни и смерти, и что телесные страдания во время собственно смерти далеко не всегда тяжелы из-за мощного выброса в этот момент эндогенных опиатов. В то же время страдания при этом зачастую связаны с выраженной тревогой и страхом смерти (в этом можно усмотреть довольно большое сходство между смертью и родами). Также важно помочь пациенту сформировать его собственное представление о том, что именно ждёт его за гранью смерти. Учитывая высокий суицидальный риск у многих больных шизофренией, мы считали необходимым отдельно напомнить, что с точки зрения всех бесконечно спорящих друг с другом мировых религий посмертная судьба самоубийц крайне тяжела: можно убить своё тело, но разлучить с ним душу может только Бог, и самоубийца оказывается вынужден, кроме всего прочего, претерпевать весь ужас разложения собственноручно убитого тела. Немалый терапевтический эффект здесь оказывало ознакомление пациентов с суицидальными мыслями с записанными поклонниками спиритизма протоколами бесед с вызванными душами самоубийц (223). Несмотря на неоднозначное отношение к самому спиритизму, мы полагали, что в данном случае цель – сохранение жизни больного – безусловно оправдывает средство. Без этой предварительной подготовки устранение в процессе дальнейшей работы у пациентов с суицидальным риском страха смерти весьма рискованно. Опираясь на эти представления, начинается второй этап работы – десенсибилизация к смерти.

Мы проводили десенсибилизацию к смерти, опираясь на сформированные ранее навыки работы в гипнотическом трансе в процессе проективной гипнотерапии. Перед сеансом

мы обсуждали с пациентом, какой именно смертью он хотел бы сегодня «умереть», и какие события должны были бы этому предшествовать. Далее проводилось наведение транса, и больному предлагалось представить всё то, что мы обсуждали ранее, постоянно стремясь углубить трансовое состояние с использованием наложения модальностей, привлечения внимания пациента к деталям происходящего и его чувствам при этом. Часто в первые разы больные испытывали выраженный страх перед представлением перехода границы смерти, и тогда мы помогали им, давая во время кульминации переживаний внушение: «А теперь представьте, что как-то так получилось, что всё происходящее вы видите со стороны – ваше лежащее безжизненное тело, всё то, что там вокруг вас, пытающихся помочь окружающих. Какие чувства это у вас вызывает? А в каком теле вы сейчас находитесь, когда смотрите на всё это со стороны? Что вам хотелось бы сделать, куда направиться?» Обычно при этом пациент отмечал чувство лёгкости, безразличия к оставленному телу, и с большим интересом исследовал открывающиеся перед ним картины, нередко находя там много нового и важного для себя, беседуя в трансе с умершими близкими (что также имело большое значение для завершения переживания психотравм, связанных с их утратой), находя в итоге в этом представляемом мире приятное и комфортное место, где он был бы рад остановиться и отдохнуть, набраться сил «после тяжёлой земной жизни».

Немалую пользу можно получить и от проработки страха смерти в символической форме при работе в трансе с визуализированными образами. Эти образы могут обращаться к этой проблеме как в открытой («Врата Смерти», «Бог Смерти»), так и в закамуфлированной форме («Спуск в пещеру»). Часто с темами смерти мы встречаемся и работая в трансе со спонтанно возникающими ассоциативными образами. Большую пользу мы получали, предлагая пациентам в трансовом состоянии представить себя в тумане в каком-то безлюдном месте, и далее визуализировать, как сначала неясно, а потом всё более чётко к нему приходят его ранее умершие близкие,

с которыми он может побеседовать, спросить об их судьбе, сказать им что-то важное. Эта работа требует от психотерапевта хорошего умения работать с больными в трансе и собственной проработанности темы смерти, но результаты её оказываются весьма важными в преодолении страха смерти.

Многие мировые религии обучают своих адептов справляться со страхом смерти через участие в коллективных богослужениях – мистериях, во время которых в символической форме прорабатывается тема смерти.

Древние греки участвовали для этого в элевсинских мистериях, во время которых изображалось похищение Персефоны – дочери богини плодородия Деметры правителем преисподней Аидом и её возвращение из подземного царства волею верховного бога Зевса по молитвам её матери и всех людей. Они символически отражали путь всякой человеческой души в царство мёртвых.

В православной традиции эту функцию выполняют, например, заключительные богослужения Великого Поста, когда верующие, участвуя в них, символически переживают с Христом страх неминуемой смерти, о которой тебе стало известно (Великий Четверг), собственно смерть и отчаяние близких (Великая Пятница), посмертное смятение души и поиски выхода из него (Великая Суббота, служба которой недаром служит именно в ночной темноте, переходящей к свету утренней зари), и радость обретения себя в Царстве Божием, окончательного осознания победы над смертью, когда с восторгом и даже насмешкой над побеждённой смертью восклицается: «Смерть, где твоё жало? Ад, где твоя победа?» (224).

Умение правильно жить, как ни парадоксально, неразрывно от умения правильно относиться к смерти – иначе тревога, происходящая из вытесненного страха смерти, способна разрушить всё хорошее в жизни человека. В той или иной степени этот страх прорабатывается в любой длительной терапии. И её исход в немалой степени зависит от того, насколько психотерапевт сумеет сам для себя справиться с этой непростой проблемой.

Шизофрения и религия

В предыдущей главе особо отмечалась важность нахождения человеком смысла своей жизни. Довольно часто этим смыслом является вера, и поэтому религиозность часто оказывается важным фактором, позволяющим человеку справиться с невзгодами жизни.

Важным исследованием в области психологии религии является работа Джеймса «Разнообразие религиозного опыта» (225). Джеймс описывал свои Гиффордские лекции как «лабораторную попытку экстрагировать из частностей религиозного опыта некоторые общие факты, представленные в виде формул, с которыми может согласиться каждый». Рассматривая множество отдельных случаев, он пытается «свести религиозность к набору терминов, которые были бы приемлемы для всех, чтобы добиться общего согласия в оценке валидности религиозного опыта». Джеймс заключает: «Я только перевожу на схематический уровень то, что является инстинктивным убеждением человечества: Бог реален, поскольку Он обуславливает реальные эффекты».

Джеймс не интересовался различием между нормой и патологией в религиозной сфере. Он не старался отличать странные или непонятно атипичные случаи, в которых несомненно присутствует патология. Напротив, он указывал, что «невротический темперамент может повышать чувствительность к высшей реальности» (к этим же выводам приходила и Молчанова (2)). Он писал о том, что природа религиозных переживаний становится наиболее очевидной у психопатических личностей, со склонностью к одностороннему, преувеличенному и крайне интенсивному восприятию. Подобный подход наполнил страницы книги явной психопатологией. Он сам признавал это, указывая на то, что явление может быть лучше понято в его преувеличенном и даже извращенном виде.

Немедленно после выхода книги Джеймс был подвергнут

критике со стороны Старбака (226) за искажающе преувеличенные характеристики приведенных примеров. Возвращаясь к этому вопросу, Пратт заметил: «примеры одержимых, диссоциированных умственных состояний не имеют того высшего смысла, который приписывал им Джеймс. Совершенство человека в религиозной жизни, также как и в любой другой сфере, лежит через целостность и рациональность его личности» (227).

При шизофрении тема религиозности приобретает особое звучание. Очень часто религиозные идеи вплетаются в бредовую фабулу, подпитывая собой болезнь, и требуется немало профессионализма, чтобы отличить истинную, помогающую человеку, религиозность, от сверхценных и бредовых образований. Часто этими бредовыми идеями индуцируются и родственники, и больной (не без помощи некоторых священнослужителей) расценивается как «одержимый бесами». Его годами возят по святым местам, в то время как необорванный психоз трансформируется в непрерывнотекущую шизофрению, и когда наконец, через годы, он попадает к психиатру, то лечение его начинает представлять значительные трудности.

В то же время в современной психиатрии постепенно формируется представление о том, что далеко не всегда религиозность у психических больных – это зло. «Для врача недопустимо при исследовании больного «сходу» трактовать всякое религиозное переживание как патологию или заблуждение и тут же в процессе исследования начинать антирелигиозную пропаганду или демонстрировать свое элементарное, догматически материалистическое отношение к религиозным исканиям и сомнениям своего пациента. Более терпимо снисходительное-скептическое отношение на уровне либерального западноевропейского мировоззрения, но и оно не вызовет доверия больного и необходимого контакта с врачом. Врач должен с большим вниманием и уважением к личности больного объективно проследить развитие не только личных качеств и болезненных симптомов, но и религиозных переживаний, их логические, философские и эмоцио-

нальные истоки, ознакомиться с религиозным опытом больного в прошлом и настоящем и помочь ему разобраться, разграничить, что в этом опыте непосредственно продиктовано болезнью, природными психофизическими особенностями и патологическими процессами, и что является ценным духовным опытом здоровых сторон личности, которые могут помочь в борьбе с болезнью и послужить базой психотерапевтической работы врача», – подчёркивал Мелехов (228).

Воскресенским и Виноградовой описан дифференцированный подход, позволяющий исходя из психического статуса и структурно-динамического анализа случая определить позицию психиатра и психотерапевта по отношению к религиозным идеям больных. По соотношению «духовного» и «душевного» в религиозных переживаниях исследуемые пациенты были разделены на 3 группы (229). В первой религиозные переживания полностью являются продуктом болезни. «Религиозность» при этом не оказывает благотворного влияния на болезнь, она, по существу, вовсе отсутствует. Вторая группа – больные, у которых религиозность имела место, проявляла себя еще до болезни, а затем включилась в структуру острых состояний, в бредовую систему. Но при этом всё же частично сохраняется здоровая религиозная жизнь, которая вновь разворачивается в полной мере в периоды стихания острых состояний. Она обладает определенным психотерапевтическим потенциалом. У больных третьей группы вера и болезнь не соприкасаются, вера является выражением сохранной, здоровой стороны личности.

К первой группе относятся больные, у которых вера появилась одновременно с болезнью, а точнее – болезнь выступила (манifestировала или на каком-то этапе обострилась) под маской веры. Чаще это больные параноидной или шубообразной формой шизофрении, с неуклонным прогрессированием процесса. «Обращение» нередко происходило быстро, внезапно, в структуре обострения или очередного приступа (иногда – по механизму бредового «озарения») и воспринималось больными как «откровение», «начало духовного пути». Его содержанием являлись «разговоры с Богом», воз-

действие со стороны Бога или дьявольской силы, «открытие» своей особой миссии, избранности, пророческого дара, особые формы поста, идеи самоуничтожения. «Религиозность» таких больных очень напряженная, сопровождающаяся мощными аффективными реакциями – страхом, тоской, или же, напротив, – манией, экзальтацией с ощущениями «живого Бога в себе», «схождения благодати» и т. п. В динамике заболевания эти темы знаменовали собой парафренизацию бреда. Параллельно все отчетливее выявлялись специфические изменения личности: вялость, монотонность, обеднение эмоциональной и волевой сферы, аутизация, расплывчатость и непродуктивность мышления.

Реже эти больные сообщали, что были религиозны с детства или юности, но подчёркивали, что «по-настоящему верующими» они стали с годами (то есть по мере нарастания расстройств). Самоочевидно, что болезнь во всех этих случаях не осознается, критика чаще всего полностью отсутствует. Начало болезни они оценивали как внутреннее перерождение, особое обновление и именно с этими обстоятельствами связывали свое стационарирование. Медицинских оснований для него они не видели.

Часть больных этой группы, на начальных этапах заболевания констатирующая некоторую собственную измененность (обычно речь шла о тягостных сенестопатически-ипохондрических или аффективных переживаниях), приходила к вере, в церковь как к способу исцеления. Затем, по мере утяжеления заболевания, религиозное мирозерцание преобразовывалось в патологический душевный процесс, лучше будет сказать – растворялось в нем.

Именно в этой группе больных особенно часто можно было наблюдать вычурное соединение несовместимого. Религиозность как проявление духовности здесь никак не влияет на поведение больных, ее по существу нет. Будучи в действительности составляющей душевной патологии она может даже усугублять расстройства, нарушать поведение. В частности, опасны по последствиям бывают попытки душевнобольных этой группы свои духовные искания воплотить в

особо строгих формах аскетической жизни (например, строгого поста, граничащего с голоданием), поясняя, что таким образом они следуют практике Святых Отцов и постигают таким образом Бога. Действительно, в христианской литературе много говорится о необходимости подвижнического образа жизни для исцеления и просветления духа. Но духовно опытные наставники вместе с тем подчёркивают, что даже у психически здоровых людей опасны пост и аскетизм, не регулируемые опытным лицом и лишённые молитвенного наполнения, поскольку «тело утонченное, трансформированное слезами, постом, болезнями, трудами, делается более способным к воздействию духовных сил. Но оно же делается болезненно чувствительным и к грубому вещественно-плотскому миру, и реакция его на мир есть нервность» (230). Греческий митрополит Иерофей (Влахос), рассуждая об аскетических методах лечения, говорит, что «соответствующие лекарства следует давать в соответствующее время» и что «лекарство для одного человека может оказаться ядом для другого» (197). Это относится и к больным других групп, и к здоровым людям.

Вторую группу составили больные, которые были верующими до болезни, но переживания религиозного плана вплелись в структуру острых состояний. Многие пациенты по выходе из приступа обнаруживают частичную критику к своим психопатологическим переживаниям с религиозным содержанием, у них восстанавливается в целом нормальная, но все же в той или иной степени деформированная болезнью религиозная жизнь. Важно отметить, что стремление таких пациентов осмыслить болезнь разворачивалось в контексте их религиозности. При этом болезнь осознаётся вполне адекватно и не вызывает протеста, а «терпеливо принимается» и даже признается целесообразной. Такой христианский подход к болезни для врача означает изменение отношения к ней, что имеет большое психотерапевтическое значение. Это даёт не только субъективное улучшение состояния (даже при объективном его утяжелении), но и упорядочивает поведение больных, повышает их собственную ответственность

за процесс лечения. Больные, ранее госпитализировавшиеся недобровольно, теперь при обострении активно обращаются в диспансер, стационар, просят о помощи. Главное, чтобы такое отношение к болезни не сочеталось с отрицанием необходимости лечения.

У больных первой группы, а также в периоды обострений и у пациентов второй группы не следует поощрять тенденции к проявлению их религиозности, активной церковной жизни, поскольку это может усугублять симптоматику заболевания. У многих больных из этих групп отмечалось появление или усиление симптоматики именно в храме. При этом церковь, мечеть или синагога не является специфическим стрессогенным фактором: любое эмоционально окрашенное место может у таких пациентов спровоцировать возникновение или усиление симптоматики. Из этого вовсе не следует, что религия как состояние духовной жизни личности приводит к душевному заболеванию. Но она может оформлять содержательную сторону эндогенной психопатологической продукции, и тогда внешние проявления религиозности могут лишь усугублять расстройства, способствовать закреплению симптоматики. Это совершенно не означает, что такие больные бездуховны, и вышеприведённые соображения – это призыв махнуть на них рукой. Напротив, каждому психиатру следует, как советовал Юнг, «радоваться, когда сквозь туман гротесковой нелепицы проглядывает человеческое существо» (30), и искать какие-то другие, помимо религии, средства реабилитации для этих больных.

Третья группа включает больных, религиозные переживания которых не соприкасаются с болезненными. К вере такие больные приходят как до (что встречается значительно чаще), так и после манифестации заболевания, причём в последнем случае часто обращаются к ней в поисках помощи, как к средству реабилитации. Обретение и закрепление веры происходит постепенно, на протяжении достаточно длительного времени. Внешне религиозный образ жизни выражается в посещении храма, участии в богослужениях, молитвах, исповеди, причащении, разумном посте.

То, что человек обращается к вере в болезни, в нужде – совершенно естественно: «поскольку религиозный опыт связан со смыслом жизни и предназначением человека, именно кризисные, переходные периоды... бывают поводом обращения к религии» (230). Но прийти к ней он должен сам. Врач и кто бы то ни было другой не может «советовать», а тем более «прописывать» веру как лекарство, поскольку духовная область человека, прежде всего, предполагает свободный выбор. При навязывании, регламентации всякая духовность тут же исчезает. А самому больному не следует «внутреннюю установку на исцеление... путать с целью и смыслом» веры (231).

В размышлениях больных-верующих раздумья над смыслом болезни тесно связываются с поисками смысла жизни. Больные могут не находить смысла, но они его ищут, и это отличает их от исследованных аналогичных по тяжести заболевания больных-неверующих, которые чаще на вопрос о смысле болезни и жизни ограничивались ответом «не знаю» или «не задумывалась». Как писал Н.А. Бердяев, «такого рода искание истины есть в известном смысле и нахождение истины, такого рода обращение к смыслу жизни есть проникновение смыслом» (232). И в этом тоже можно усмотреть психотерапевтическую ценность религии.

В этой группе наиболее часто есть осознание нездоровья и «стремление осмыслить значение болезни в общей сумме религиозного опыта личности» (228). Переосмысляются с христианских позиций конечность жизни, смерть. У некоторых таких религиозных больных не обнаруживалось страха перед страданием и перед смертью, так часто встречающегося у душевно-здоровых лиц, таким образом, можно думать, что духовные и душевно-телесные изменения могут быть разнонаправлены.

Больных третьей группы, а также и критичных больных второй группы в период ремиссии не следует ограничивать в их религиозном бытии. Эти больные «держатся верой», некоторые из них говорят, что «только верой и живут». В отношении работоспособности и социального функциони-

рования надо отметить, что все исследованные Воскресенским и Виноградовой (197) больные не работали, главным образом из-за частых госпитализаций или нарушения социальной адаптации. Церковная жизнь некоторым из них давала возможность работать послушниками в храме или петь в церковном хоре, тем самым помогая решить проблемы социально-трудовой реадaptации.

Но даже когда религия явно и не оказывает влияния на качество жизни, не повышает работоспособности и не улучшает социального функционирования, она имеет у таких больных психотерапевтическое значение, поскольку, как сказал В. Франкл, «даёт человеку убежище и опору, которых он не нашел бы больше нигде; убежище и опору в трансцендентном и абсолютном» (173).

Нередко при встрече с религиозным больным практикующий психиатр или психотерапевт, не всегда достаточно хорошо разбирающийся в теологии, вынужден обращаться к помощи священнослужителя, компетентного в данных вопросах. Следует вместе с тем учитывать, что если наша цель – не сделать пациента пророком или ясновидящим, а адаптировать его в первую очередь к реальной жизни, то и избранный нами, по сути, в качестве члена рабочей бригады священник должен отличаться, по словам Пратта, «целостностью и рациональностью личности» (227). Ему обязательно необходимо рассказать, чем именно страдает пациент, и обсудить, к каким именно целям и какими средствами вы совместно намерены его подталкивать. Как описывается в соответствующей главе, единство целей и терапевтических подходов в бригаде является принципиально важным условием достижения результата.

Как указывает Телле, следует обращать внимание на индивидуальные особенности отправления религиозного культа: чрезмерные психофизические нагрузки; связанные с изучением священных текстов, частые медитации, молитвы с вызыванием визуализированных представлений, использование различных психотропных веществ, посещение (особенно впервые) высокозначимых для данной религии святых

мест у психически больных людей могут спровоцировать психоз с религиозно-мистическими переживаниями, либо способствовать эксацербации уже имеющегося психического заболевания (233). Это подтверждается, например, изучением так называемого «иерусалимского синдрома» – своеобразного симптомокомплекса, развивающегося у паломников, посещающих Иерусалим. Показано, что большинство пациентов с данным синдромом переносили психотические эпизоды еще до поездки в Иерусалим, а случаи впервые возникших психотических эпизодов гораздо более редки (234) (235) (236).

В связи с этим, по нашим наблюдениям, крайне нежелательно в духовном окормлении больных шизофренией использовать «отчитки». Расщеплённая личность больного шизофренией в отличие от невротической реагирует на это, как правило, только усилением внутриличностного конфликта, а сама по себе атмосфера массовых отчиток на почве нажитой реактивной лабильности наших пациентов создаёт прекрасные условия для декомпенсации их состояния за счёт взаимного индуцирования с другими психически нездоровыми людьми, которые в немалом количестве также присутствуют там. Создаются условия для возникновения «истерических эпидемий», на фоне которых продолжается декомпенсация состояния уже по эндогенным механизмам с немалой вероятностью развития психотических приступов. Игумен Евмений в своей книге «Пастырская помощь душевнобольным», адресуясь к читателям-священникам, так отзывается о данной практике:

«Хочется предостеречь тех из наших читателей, кто, возможно, уже совершил ошибку: душевнобольного (но не одержимого) человека отправил на «отчитку.» Вероятнее всего, это принесло ему больше вреда, чем пользы. Попытаемся аргументировать такое утверждение.

Митрополит Антоний Сурожский, ссылаясь на писания праведного Иоанна Кронштадтского, говорит о том, что среди людей «есть души настолько хрупкие, что они разбились бы о грубость и жестокость окружающего мира, и

Господь допускает, чтобы между ними и миром опустилась бы пелена психической болезни для того, чтобы они были отделены от того, что могло бы окончательно разбить их цельность».

Нетрудно представить ситуацию: душевнобольной, но не одержимый, а душевно хрупкий и незащищенный человек приходит в храм, где совершается массовая «отчитка». Как будет реагировать его надломленная психика, видя огромное количество кричащих, визжащих, прыгающих бесноватых людей? Какой след, какой отпечаток может остаться на его больной душе?

Только опытный духовник, глубоко и внимательно пообщавшись с человеком, может благословить его на отчитку, которая, если совершается «по чину», то не в массовом порядке, непременно за закрытыми дверями храма, дабы не смутить посторонних людей, не имеющих к совершаемому отношения. В этом процессе, как и во всех других случаях пастырского душепопечения, важнейшее значение имеет личное (а не массовое) взаимодействие пастыря с конкретным больным (одержимым) человеком. Именно по этому признаку можно отличить благодатное воздействие священника по прочтению заклинательных молитв на изгнание нечистых духов и других священнодействий, совершаемых над одержимым человеком от профанации» (237).

Религия и психиатрия представляют собой две самостоятельные системы и неизвестно, насколько религия нуждается в психиатрическом, а психиатрия – в теологическом объяснении религиозно-мистических явлений. Вместе с тем, психиатрия, как бы она сама того ни желала, не может устраниваться от решения этой проблемы, поскольку клиническая картина психической болезни, оставаясь в медицинском смысле одной и той же, в своем содержательном аспекте во многом зависит от культуральной и религиозной принадлежности и исторической обстановки (238).

Организация реабилитационного процесса

Эффективность работы любой организации напрямую зависит от слаженности действий всех её сотрудников. В случае реабилитации психозфрении ситуация оказывается сложнее обычной, т. к. активные участники процесса принадлежат как минимум к двум структурам – семье больного и реабилитационного центра. Реально же активно действующих сторон, как правило, оказывается больше. Заинтересованных в том или ином исходе процесса семей может быть две и более, медработники могут принадлежать к разным лечебным учреждениям, психологи и психиатры часто имеют совершенно разные точки зрения на происходящее и оптимальные методы лечения и даже совершенно разный язык: например, параноидное расстройство на языке психиатров – психоз с бредом и галлюцинациями, а на языке психоаналитически ориентированных психологов – расстройство личности с чертами подозрительности, раздражительности, застреманности. Понятно, почему в итоге результаты лечения психозфрении начинают весьма напоминать финал басни Крылова «Лебедь, рак и щука» – «А воз и ныне там».

Ещё Пирогов отметил: «На войне всё решает не искусство врача, а искусство администратора». Лечение психозфрении – это война с опасным и искусным противником, и часто это война на уничтожение. Высокая частота суицидов при психозфрении и шестикратное повышение риска суицида среди родственников суицидентов (не считая реактивных состояний и психосоматических заболеваний), а также профессиональное выгорание психотерапевтов – это наши потери. Правильное администрирование, чёткая иерархия в работе есть спасённые человеческие жизни на этой войне.

Первое, что должно быть сделано – наведение порядка в отношениях медперсонала между собой. Следует чётко определить, кто на данном этапе реабилитации будет главным

в ведении больного. На этапе острого психоза это обычно психиатр, на отдалённых этапах реабилитации, когда преобладает неврозоподобная симптоматика – психотерапевт. В отдельных случаях стабильных с психиатрической точки зрения состояний, когда на первый план выходит социально-трудовая дезадаптация, основная нагрузка может упасть на социального работника, и, если он обладает достаточным опытом, то именно его рекомендации могут стать основой для принятия решений о тактике ведения пациента другими членами врачебной бригады.

Однако в большинстве случаев терапии шизофрении главой врачебной бригады является лечащий врач-психиатр или заведующий отделением. И в этой ситуации психолог или психотерапевт должен помнить: его главная задача в том, чтобы психиатру или заведующему отделением работало хорошо. Может показаться что то, что я пишу здесь, выглядит цинично, но это именно так. Если специалист категорически не согласен с бытующими в отделении порядками и чувствует себя достаточно компетентным, чтобы работать иначе, то ему следует сменить работу или начать свою частную практику. Если же нет – то необходимо во всём поддержать существующее начальство, несмотря на все его недостатки. Именно таким образом специалист сможет оказать помощь максимально большому количеству пациентов, иначе во врачебном коллективе начинается не лечебный процесс, а борьба специалистов между собой за чистоту веры. Следует помнить: *на нынешнем уровне знаний в области медицины и психологии абсолютно правильного способа лечения шизофрении не существует*, и свою правоту следует доказывать не критикой коллег, тем более у них за спиной, а реальными результатами своей работы. Кроме того, наши пациенты и члены их семей по бессознательным соображениям игры в «как будто бы» часто пытаются столкнуть лбами сотрудников врачебной бригады, и демонстрация единства и сплочённости коллектива для достижения единых целей оказывается мощным способом психотерапевтической коррекции расколов как в семьях, так и в психике больных.

Как известно, самое лучшее обучение осуществляется на собственном примере.

Если же ситуация в коллективе и в работе невыносима, то следует в первую очередь проработать этот вопрос со своим личным психотерапевтом или обсудить с коллегами на супервизионной группе. Исписаны тома на тему, что специалисты, работающие с тяжёлыми личностными расстройствами и шизофренией, обязательно должны заниматься личной терапией, иначе вероятность профессионального выгорания психотерапевта чрезвычайно велика. И лишь в ситуации, когда решение уйти становится осознанным и зрелым, а не импульсивным, его следует реализовывать. Настоящий профессиональный рост – это часто рост «вбок», за пределы организации, на свободное место, туда, где можно беспрепятственно заниматься своим делом. Но это эффективно только для зрелых специалистов, для начинающих и не стремящихся постоянно к повышению качества работы труд в условиях тех или иных административных ограничений неизбежен.

Нам часто кажется, что нашего пациента незаслуженно обижают и подавляют в родительской семье, и нам хочется его защитить. Берегитесь! Как говорил К. Витакер, «если вы решили стать миссионером среди чернокожих, помните: всех миссионеров чернокожие рано или поздно съедают!» (50). Ваш пациент каждый вечер приходит в семью сам, по собственной доброй воле, и если бы он мог строить иные отношения, он давно бы их построил. Попытки «спасти» его обычно заканчиваются тем, что именно он вас и предаёт первым, переставая пить таблетки, совершая общественно опасные действия, на худой конец, распространяя гадкие слухи о вас у вас за спиной. Он – лишь член своей семьи, и как и все остальные члены, будет вести отчаянный бой за сохранение шизофреногенного стиля общения в семье. Так в 19 веке в России интеллигенты-разночинцы, болея душой за крестьян, шли «в народ» нести им грамоту, образование, медицинское обслуживание, и до глубины души удивлялись, почему крестьяне быстро сдавали их в полицию.

Если вы хотите помочь своим пациентам, установите хорошие отношения, во-первых, с вашим начальством (тогда вам не будут мешать), и во-вторых, с наиболее влиятельными членами семьи (тогда, опираясь на их убеждения и ценности, вы сможете постепенно добиться изменения семейных правил). Как именно это сделать, описано в разделе, касающемся семейной психотерапии.

Примеры лечения больных шизофренией

Пример 1

Больной А., 23 года. Наследственность психопатологически отягощена: отец страдал депрессиями, алкоголизировался, в возрасте 37 лет повесился (сыну было 10 лет). Самоубийство отца, с которым эмоционально значимых отношений не имел, перенёс спокойно. Мать по характеру волевая, упорная, склонная к доминированию, предприниматель. Один ребёнок в семье. В детстве по характеру был пассивным, подчиняемым. Воспитывался по механизму доминирующей гиперопеки. В школе учился хорошо, но друзей имел мало. По окончании школы закончил ВУЗ по специальности «менеджер» (учебное заведение выбирала мать). Учился средне – имея хорошие способности, ленился. Общался в студенческой компании, где был на вторых ролях. Жил за счёт доходов матери. Половая жизнь с 20 лет, первый половой акт по инициативе более опытной партнёрши на 5 лет старше. Серьёзных отношений не строил, связи носили случайный характер, преимущественно на вечеринках в состоянии опьянения. Периодически выпивал, по механизмам подражания покуривал анашу. Во время одного из подобных эпизодов на 4 курсе неожиданно для себя испытал приступ сильного страха, казалось, что за стеной, в соседней комнате, притаился кто-то ужасный. Боялся пойти и посмотреть, ужас не прошёл, даже когда его приятели подняли его на смех.

После этого стал тревожен, стал избегать компаний, опасаясь, что дым выкуренной кем-то анаши может вызвать у него подобную реакцию. Перестал ходить в институт, боясь, что рядом может оказаться кто-то, недавно покуривший анашу. Появилась бессонница, страхи стали отмечаться и дома, у больного стали появляться подозрения, что анашу

курит и специально запускает дым в его квартиру для того, чтобы свести его с ума, кто-то из соседей, в связи с чем стал пытаться заглядывать в соседские окна. По рекомендации знакомых через полгода мать обратилась за помощью в реабилитационный центр «Надежда».

Психический статус при осмотре: Сознание формально ясное, ориентирован полностью. Замкнут, тревожен, своих переживаний полностью не раскрывает. В кабинете психиатра принимает, пытается определить, нет ли запаха анаши. Утверждает, что его сосед, узнав о его слабом здоровье, пытается специально его свести с ума, куря анашу и запуская дым в его квартиру, стремясь тем самым отомстить за то, что больной слушал громкую музыку. Мышление с элементами шперрунга и разорванности, концентрация внимания существенно снижена, интеллект сохранён, память снижена на психотравмирующие события. Критики нет.

В неврологическом статусе – без особенностей.

ЭПИ – пограничный варианта шизофренического психологического симптомокомплекса.

Был установлен диагноз: Шизофрения, приступообразно-прогредиентный тип течения, манифестный аффективно-бредовый приступ (по МКБ-10 – шизоаффективное расстройство, депрессивный тип F 25.18)

Работа с больным была начата с семейной встречи. На неё была приглашена и тётя – двоюродная сестра матери пациента, по инициативе которой семья пришла в центр – важно было с самого начала разомкнуть симбиотические отношения пациента и матери. Семейная встреча была организована до начала психофармакотерапии, т.к. именно в этот момент кризиса, на фоне неупорядоченного поведения больного, семья наиболее готова к изменениям. Больной и родственники были проинформированы о характере заболевания и методах его лечения. Во время семейной встречи, пользуясь информацией, полученной от тётки, был прояснён патологический характер семейных отношений. Были установлены чёткие правила поведения для больного и ответственность за их нарушение в виде повышенного объёма домашней ра-

боты. В беседе было прояснено, что главной в семье является мать, и больной обязан точно исполнять все её указания. В случае отказа от этого мать должна была госпитализировать пациента в психиатрический стационар. Так были выстроены условия, противодействующие скатыванию пациента в привычную нишу шизофренической коммуникации с отказом от определения намерений, действий и чувств.

Больному в домашних условиях было начато лечение: клопиксол-акуфаз 1,0 в/м 1 раз в 3 дня (потребовалось 3 инъекции) с переходом к приёму клопиксола в таблетках по 20 мг 2 раза в день, депакин-хроно 1000 мг на ночь, реамберин 400 мг в/в кап. №5 каждый день. Психическое состояние больного начало постепенно улучшаться, эмоционально компенсировался, поведение приобрело упорядоченный характер, мышление стало более стройным, начала формироваться критика к своему состоянию. Установленных для него правил больной не нарушал, хотя иногда вербально выражал недовольство их строгостью. Через 2 нед доза клопиксола была уменьшена до 20 мг/сут, и с больным была начата индивидуальная психотерапия 2 раза в неделю. Работа была начата с когнитивной тренировки в визуализации зрительных образов с последующим их зарисовыванием. В связи с быстрой истощаемостью психики больного первые сеансы длились не более 30 мин, но в последующем, по мере дальнейшей компенсации состояния, длительность сеанса составляла 1 час.

В переживаемых образах проецировалась резко выраженная тревога: луг всё время заливало водой, ручей был тонким и пропадал в песках, вместо одной горы представил две устрашающей величины, на которые долго не мог взобраться. В образе опушки леса пациента преследовали свирепые хищники, а представленный дом был старый и разваливающийся, не подлежащий восстановлению.

Больному было рекомендовано представить образ Разведчика «чтобы научиться во всём этом разбираться». Разведчик был трусливый, неумелый, зачем-то тащивший за собой на спине устаревший пулемёт «Максим», надрывавшийся под его тяжестью, и понятия не имевший, куда он идёт и

зачем. На следующем сеансе разведчик был определён в курсанты разведшколы, где опытные наставники учили его уму-разуму, и в последующем разведчик справлялся с делом куда профессиональней. Далее наступила пора Защитника, Рыцаря, побеждавшего на рыцарском турнире и отвоёвывавшего у злого дракона прекрасную девушку... Впрочем, представившийся дракон оказался на редкость злобен и глуп (сам подставился под удар рыцаря) как, впрочем, и освобождённая принцесса, надутая не сказавшая рыцарю ни слова благодарности, а потом, когда он уехал пить в кабак, кусавшая локти в обиду на потенциального жениха, так и не обратившего на неё внимания. После представления этого образа пациенту было разъяснено, что все представленные персонажи – образы частей его собственного подсознания. Совместно удалось разобраться, что Дракон – это его страхи, глупая надутая барышня – его представление о женщинах, которые, как казалось пациенту, только и ждут, как его оскорбить, а храбрый, но непоследовательный Рыцарь, так ничего от своего геройства не получающий – его образ мужчины. Это важное занятие открыло путь к работе с женскими образами и их взаимодействию с мужскими.

На фоне этой работы состояние больного улучшалось, клопиксол был заменён на солиан в дозе 400 мг/сут.

По мере постепенной проработки этих тем подключались и когнитивно-поведенческие занятия, на которых больной обучался справляться со своими аффектами, общаться, правильно организовывать свой день и т. д. Состояние его постепенно компенсировалось, и через полгода с момента начала работы он вышел на учёбу.

В начале обучения состояние ухудшилось: резко усилились тревожность, слабость, больной стал прогуливать занятия. Это было скорректировано изменением доз препаратов, визуализацией и зарисовыванием образа устрашающего извергающегося, а потом успокаивающегося вулкана, и поведенческим заданием, когда за каждый день, когда больной не пошёл учиться, он должен был вымыть всю лестницу в подъезде. Состояние вновь стабилизировалось, пациент успешно

сдал сессию, расширился круг общения. На фоне обсуждения тем взаимоотношений визуализируемых мужских и женских образов больной стал встречаться с девушками.

Отдельно проводилась работа и с мамой пациента, в результате чего существенно уменьшилась её тревожность, она похорошела и нашла себе мужчину. Сын стал ходить на свои свидания, а мама – на свои. Через полтора года с момента начала работы больной со своей девушкой ушёл жить на квартиру, устроившись подрабатывать официантом. Психическое состояние его было стабильным. Приём медикаментов в поддерживающих дозировках (солиан 100 мг/сут и депакин 0,5 вечером) продолжался ещё полгода.

Катамнез через 5 лет: пациент успешно работает менеджером по персоналу, женат, семейные отношения хорошие, у него родились 2 дочки, не обнаруживающие признаков психических расстройств.

Пример 2

Больная А. 19 лет. Данных за наличие психических заболеваний у родственников выявить не удалось. Мать по характеру мягкая, тревожная, работает бухгалтером. Отец неуверенный в себе, часто болеет – отмечаются нередкие обострения язвенной болезни желудка и радикулита; работает токарем на том же предприятии, где и мать. Пробанд – младший ребёнок в семье. Старший на 5 лет брат отличается подчёркнуто стеническими формами реагирования, закончил военное училище, служит офицером в РВСН, с членами родительской семьи общается мало, с подчёркнутым презрением относится к родителям, упрекая их в слабости и мягкости. Пациентка с детства отличалась чертами ранимости, обидчивости, неуверенности. Играть предпочитала сама, очень переживала, если видела умерших или страдающих животных. Страдания людей у неё подобных чувств не вызывали, относилась к этому безразлично. С детства часто страдала головными болями, по поводу чего регулярно получала лечение у невролога с диагнозом «вегето-сосудистая

дистония». В школе была замкнутой, у неё была только одна подруга, но училась хорошо. С мальчиками не знакомилась – с её слов, ей это было неинтересно. По поводу узкого круга общения никогда не переживала, мало общаться ей было комфортно. С родителями отношения были хорошими, тёплыми. После окончания школы по рекомендации мамы поступила в финансовый институт. Первый курс закончила отлично, но контакты с другими студентами были крайне формальными, среди сверстников слыла «ботаничкой». Подолгу сидела в интернете, где на одном из сайтов прочитала о том, что для привлечения удачи необходимо выполнять определённые действия: вставить с определённой ноги, переступить через одну плитку в ванной и т. д. Увлёклась этим, у неё появились целые утренние и вечерние ритуалы по привлечению удачи, в которые стала вовлекать родителей под предлогом заботы о них. При попытке отказа родителей исполнять ритуалы у пациентки резко усиливались тревога, головные боли, за что она упрекала родителей. Из-за ритуалов она стала все чаще опаздывать на учёбу и в итоге совсем перестала посещать ВУЗ, мотивируя это наличием более важных дел: выполнением ритуалов для привлечения удачи и здоровья и очистки кармы своей и близких. От посещения врача отказывалась, считая себя здоровой, но просто занятой чрезвычайно важными делами. Отношения с родителями значительно ухудшились, в доме всё чаще возникали скандалы, на которые реагировала обидой, общей слабостью и головной болью. В связи с этим врачи обратились за помощью в центр «Надежда».

При поступлении предъявляет жалобы на слабость и головные боли, но полагает, что это всё – закономерные сложности при выполнении ею работы по привлечению удачи и очистке кармы, а себя считает совершенно здоровой. В психическом статусе: сознание ясное, ориентирована полностью. Эмоционально монотонна. Говорит подчёркнуто спокойным голосом, утверждает, что смысл её жизни – в привлечении удачи и очистке кармы окружающих. Это очень важно, и поэтому они должны потерпеть связанные с этим неудобства,

например, обеспечивать её материально, приводя в связи с этим в качестве примера практику монашествующих. Однако религиозной себя не считает, говорит, что в церкви «всё неправильно». Её философские построения представляют собой смесь разных течений, из которых пациентка выбирала то, что подходило ей. При попытке спорить с её доводами замолкает, становится безразличной, говоря, что в своей правоте она уверена, а доказывать что-то ей неинтересно. Разговор в доброжелательном, заинтересованном тоне о её философских изысканиях может поддерживать довольно долго. Явно бредовых идей не высказывает, наличие обманов восприятия отрицает. Интеллект, память сохранены, критика крайне формальна.

В неврологическом и соматическом статусе – без особенностей.

Оказание помощи пациентке было начато с семейной встречи. Сперва на встречу с психотерапевтом с больной могла прийти только одна мать, но врачу пришлось объяснить, что случай сложный и надо собрать максимум информации. Встреча была отложена на неделю, чтобы прийти смогли также отец и брат (борьба за структуру и инициативу). В процессе первой встречи всем присутствующим было предложено рассказать, в чём они видят проблемы. Так как целью первой встречи является усиление семейного кризиса, то первому слово было предоставлено наиболее оппозиционно настроенному к родительской семье старшему брату. Пациентка была выслушанной последней. Было прояснено, что, по сути, семьёй руководила с помощью своих симптомов младшая дочь, угрожавшая ухудшением своего состояния при невыполнении её требований.

Далее всем членам семьи было предложено сформулировать, что должно произойти, чтобы всё стало хорошо (прояснение отношений и намерений). Первое слово на этот раз было предоставлено дочери, и в форме сократического диалога ей было прояснено, что если родители будут исполнять все её требования по проведению ритуалов, то в доме будет нечего есть. У дочери также было спрошено, сможет ли она

быть счастливой, если остальные члены семьи будут несчастными, и, после её ответа, что нет, родители и брат также сказали, что они в семье в настоящее время чувствуют себя несчастными. При расспросе других членов семьи психотерапевт обратил внимание всех, что все, по большому счёту, хотели одного и того же: уважения друг к другу, любви, понимания, радости. Психотерапевт подчеркнул, что к этому могут вести разные пути, но никаким из этих путей невозможно успешно пройти при отсутствии в семье чёткой, ясной иерархии. Самым лучшим главой семьи, подчеркнул врач, является тот, при мудром правлении которого все члены семьи удовлетворяют все свои потребности. Был поставлен вопрос: кто мог бы быть главой семьи (установление иерархии)?

Первой эта должность была предложена пациентке (парадоксальное предписание, направленное на разрушение бессознательной игры, поддерживавшей патологическую семейную иерархию). Она сперва обрадовалась, но затем, когда оказалось, что при этом надо думать, как зарабатывать деньги, строить семейный бюджет и т. д., категорически отказалась. Главой семьи было предложено стать маме; все пообещали выполнять её требования. Пациентка сперва сопротивлялась, но затем была поставлена перед выбором: можно командовать всем самой и нести за это ответственность, можно подчиняться главе семьи, можно идти жить самой.

Далее настало время прояснить семейные законы. Было установлено, что члены семьи должны либо учиться, либо работать, либо, если они не могут делать этого по состоянию здоровья, то лечиться. Для того, чтобы объективно разобраться в происходящем, пациентке было проведено экспериментально-психологическое исследование. В ЭПИ был выявлен пограничный варианта шизофренического патопсихологического симптомокомплекса. Тестирующая больную психолог была приглашена в качестве «чёрного вестника» на очередную семейную встречу, где подробно изложила больной и членам её семьи суть проблем. С при-

влечением критериев диагностики шизофрении из МКБ-10 совместно с членами семьи был прояснен диагноз: малопрогредиентная шизофрения с паранойяльным синдромом (по МКБ-10 паранойяльная шизофрения, F22.82).

Была начата психообразовательная работа, было разъяснено, что без лечения шизофрения приводит к слабоумию и разнообразным тяжёлым расстройствам поведения, мышления и восприятия, но на нынешнем уровне медицинских знаний с ней вполне реально справиться. Для этого надо обеспечить регулярный приём лекарств, психотерапию для обучения пациентки самостоятельно справляться с её проблемами, стабильные последовательные отношения в семье и социально-трудовую реадaptацию. Больной было разъяснено, что лечение может проводиться дома, с исполнением всех указаний родителей, или в стационаре, где подчинения добиваться будут санитары, и подробно рассказано о том, какие именно компоненты лечения решают какие задачи. Всё это помогло уничтожить домашний миф о неизлечимости шизофрении. Был выбран домашний вариант оказания помощи.

В качестве медикаментозного лечения были использованы rispoleпт 1 мг/2 раза в день, клоназепам 0,25 мг/2 раза в день, карбомазепин 100 мг/2 раза в день, стимулотон 100 мг на ночь. Родители прописали для пациентки четкий распорядок дня, уделив там достаточно много места работе по дому. С девушкой была начата индивидуальная психотерапия, в процессе которой психотерапевт, проявив интерес к её занятиям магией, пообещал её научить заниматься этим профессионально, подчеркнув, что все опытные маги умеют в транс работать с зрительными образами. С этого были начаты занятия проективной гипнотерапией с последующим зарисовыванием образов (терапия творческим самовыражением). Сначала работа велась с ландшафтными образами, а затем психотерапевт предложил побыть в транс колдуньей. Это предложение вызвало у пациентки немалое смущение, но психотерапевт был настойчив, утверждая, что если она серьёзно собирается заниматься магией, то уметь быть, хотя

бы и в трансе, колдуньей совершенно необходимо. Образ представить оказалось сложно – представлена была неуверенная в себе девушка, собирающая лечебные травы и ничем особо колдовским не владеющая. В процессе интерпретации и обсуждения этого и других образов было прояснено, что у девушки установлен бессознательный запрет на агрессивное или женственное поведение, и либидо бессознательно было направлено на саморазрушение личности. Ввиду этого была начата работа с агрессивными образами, причём сначала с мужскими (Воин на поле боя, Лев, Защитник, Палач), к которым позже были добавлены образы женские (Ведьма, Амазонка, Гейша), а также исследовалось в трансе взаимодействие между ними. По мере проработки иницирующих образов девушка стала всё более интересоваться реальными отношениями, а тема выполнения магических ритуалов постепенно дезактуализировалась – шизофреническая инициация мифоритуального комплекса «смерть-второе рождение» стала меняться на инициацию развития уникальной, успешной, счастливой женщины. Примерно через полгода с момента начала работы психотерапевт начал давать задания на реальное установление отношений с молодыми людьми. Пациентка начала подготовку к продолжению учёбы.

На фоне этого большую выраженность стали приобретать конфликты между родителями, основанные на недовольстве отца пациентки диктатом её матери, и недовольстве матери безволием и безответственностью отца. Внимание в ежемесячно проводимых сеансах семейной психотерапии было перенесено именно на это. Психотерапевт предложил передать бразды семейного правления отцу, с чем он начал, к великому удивлению матери, успешно справляться. Ещё более удивительным для мамы оказалось то, что ей начало нравиться не решать проблемы самой, а перекладывать их на плечи мужа. Для укрепления позиций отца в семье с ним были проведены несколько занятий в когнитивно-поведенческом ключе. Родителям была дана директива научиться лучше отдыхать вдвоём, а пациентку спросили, готова ли она помочь им чётким выполнением своих обязанностей. Пациентка от-

кликнулась с большой охотой, она подчеркнула, что никогда не могла придумать, как сделать своих родителей счастливыми.

Также семье было дано директивное предписание вскоре ухудшить состояние пациентки, после чего успешно решить возникающие при этом проблемы. Это весьма пригодилось, когда позже, не 10-м месяце работы, при выходе пациентки на учёбу, у неё рецидивировали тревога и головные боли. Семья и больная не перепугались, но, спокойно увеличив дозы препаратов и активизировав психотерапевтическую работу, успешно справились с проблемами, продолжая учиться. Девушке было разъяснено: она уже взрослая и должна уметь регулярно выходить на учёбу либо на работу вне зависимости от того, как она себя чувствует, кроме особенно тяжёлых состояний, типа острого отравления, высокой температуры или давления. В этих случаях она должна обратиться к участковому врачу и взять больничный. Если больничного нет, то она должна добраться до места учёбы или работы и отбыть там полный день, постаравшись справиться с порученными ей обязанностями настолько хорошо, насколько сможет. (Понятно, что такое требование следует применять не ко всем больным. Но при истеро-ипохондрическом синдроме с явлениями госпитализма, который в тот момент определял тяжесть состояния пациентки, эта рекомендация часто весьма действенна).

Реабилитационная работа продолжалась, и акцент в ней все более переносился с психиатрических на психологические вопросы. Стимулотон был отменён, доза рисполепта уменьшена до 1 мг/сут, клоназепам применялся изредка, ситуационно, как «огнетушитель», приём карбомазепина продолжался. Пациенткой заинтересовался один из её соучеников, и эти первые в её жизни отношения вызывали у неё много переживаний, которые приходилось постоянно прорабатывать с психотерапевтом. Кроме когнитивно-поведенческих подходов, большую роль играло продолжение инициационной терапии (образы «Русалочка», «Расколдовывание женственности», «Афродита», «Гейша»). Большое значение

имели и символические «битвы» в трансе, проводившиеся для освобождения пациентки от её комплексов и запретов («Убить Дракона», «Убить Злодея», «Сражение с Великим Пауком», «Битва с Коцеем»). И всё же первые отношения в её жизни завершились неудачно, совместно с психотерапевтом пришлось «зализывать раны» и учиться, используя прошлый опыт, строить новые.

Пройдя сквозь череду поверхностных отношений, через 2 года с момента начала работы девушка по собственной инициативе познакомилась с понравившимся ей парнем. Они решили жить вместе, и здесь снова пришлось поработать с родителями. Помогая им справиться с их страхами, психотерапевт помог им дать пациентке столь нужное ей благословение на начало самостоятельной жизни. Регулярная индивидуальная терапия и приём медикаментов продолжались ещё полгода (всего 2,5 года). После этого мы с пациенткой виделись 1 раз в месяц, и 1 раз в 3 месяца, а затем – 1 раз в полгода собиралась вся родительская семья. Это продолжалось ещё год. После этого пациентка изредка (1-2 раза в год) заходит посоветоваться по вопросам оптимализации взаимоотношений в семье и на работе. Каких-либо признаков психического заболевания у неё не отмечается.

Пример 3

Больной Р., 43 года. Обратился по настоянию родственников, на попечении которых находится последние полтора года.

Анамнез: наследственность психопатологически отягощена алкоголизмом отца. Когда больному было 18 лет, отец в возрасте 42 лет утонул. Пробанд перенес это спокойно – значимых отношений с отцом у него не было. По характеру пробанд был добрым, трудолюбивым, но ранимым. Учился хорошо, имел много друзей, но отношения с девушками не складывались – не умел быть сильным, напористым, очень сильно переживал женские истерики. Закончив институт, работал инженером. Был на хорошем счету, продвигался по

службе. В 29 лет женился, отношения завязались по инициативе женщины, которой он показался перспективным мужчиной. Однако отношения не складывались. В семье постоянно возникали скандалы, связанные с тем, что, с точки зрения жены, пробанд мало зарабатывал, слишком много времени уделяя науке. Когда ему было 38 лет, жена ушла, забрав с собой любимого сына. Пациент погрузился в депрессию, начал алкоголизироваться. По инициативе мамы обратился к районному психиатру, получал антидепрессанты. Состояние улучшилось, больной приступил к работе, но через 3 мес нарушился ночной сон, стал агрессивен, ругался с матерью, угрожал физической расправой бывшей жене за то, что она якобы подсыпала ему в пищу яд, чтобы у него «не стоял». В связи с этим был госпитализирован в психиатрический стационар, где в течение полугода получал лечение по поводу параноидной шизофрении с эпизодическим типом течения. Был выписан в хорошем состоянии, приступил к работе. После перенесенного приступа стал более замкнут, чаще сидел дома, стало меньше друзей. Но с работой справлялся. По инициативе матери начал встречаться с другой женщиной, довольно быстро по её инициативе женился, родился ребёнок. Однако пациент прекратил приём прописанных ему лекарств, и, когда ему было 40 лет, у него развился очередной приступ шизофрении – погрузился в депрессию, утверждал, что у него нет рук, ног, нижней челюсти, и из-за этого он не может ходить на работу, говорить и принимать пищу. Жена с ребёнком, сохраняя с ним хорошие отношения, покинули его и уехали к её родителям. Ходил, замотав шею и нижнюю часть лица шарфом, стремясь скрыть от окружающих отсутствие у него горла и нижней челюсти. В течение полугода лечился стационарно, затем – у участкового психиатра. Улучшение было незначительным, была оформлена инвалидность второй группы.

Психический статус при поступлении: сознание формально ясное. Ориентирован полностью. Замкнут, бездеятелен, погружён в свои переживания. На вопросы отвечает коротко, формально, после долгой латентной паузы, не всегда в

плане заданного. Утверждает, что у него нет горла и нижней челюсти, что мешает ему говорить и есть. Мышление с выраженной разорванностью, из-за чего подробно разобраться в характере переживаний пациента затруднительно. Депрессивен. Концентрация внимания снижена. Память сохранена, критики нет.

В соматическом и неврологическом статусе – без патологии.

В данных ЭПИ – шизофренический патосимптомокомплекс между умеренной и выраженной степенью выраженности.

Лечение было начато с семейной встречи, которая была посвящена преимущественно психообразовательной работе. Психотерапевт настоял на том, чтобы на неё пришли не только больной и его мать, но и его племянница с мужем, которые знали о сложившейся ситуации и периодически старались помочь. Был подтвержден диагноз параноидной шизофрении с эпизодическим типом течения (по МКБ-9 – шизофрения, приступообразно-прогредиентный тип течения, затяжной аффективно-бредовый приступ с выраженным изменением личности). Больному и членам его семьи было разъяснено, что такое шизофрения и каковы методы её лечения. Отдельно был описан характер шизофренической коммуникации. Отметив неспособность пациента называть его чувства, врач предложил ему определить их, воспользовавшись таблицей эмоций. С большим трудом больной смог определить, что у него тоска, тревога и неуверенность. «То есть вы чувствуете себя так, как если бы вы чувствовали себя, если бы у вас действительно не было горла и нижней челюсти?» – уточнил психотерапевт, и, когда больной подтвердил это, врач пояснил ему и членам семьи, что используя бредовые метафоры, пациент стремился выразить свои чувства, когда по-другому он был неспособен это сделать, а потом стал сам верить в свои метафоры. Больному и членам семьи было рекомендовано не реже 2 раз в день говорить другим о своих чувствах и прекратить говорить метафорами, обучаясь называть все свои переживания, четко их опреде-

ляя как чувства, ощущения, звуки, зрительные образы, запахи, вкус и т. д. Например, когда пациент начинал снова говорить о дефектах тела, родственники должны были остановить его и предложить сказать то же самое, но не с помощью метафор, а правильно назвав свои чувства и ощущения. Кроме того, были четко определены семейная иерархия (главой семьи на данном этапе является мать больного, пациент должен четко исполнять её указания, а в случае его отказа выполнить необходимое помочь восстановить порядок должны были племянница с её мужем), обязанности пациента по поддержанию порядка и ремонту в доме, занятиям физкультурой. Было назначено лечение: rispoleпт 4 мг в сут, фебарин 100 мг на ночь, депакин 500 мг на ночь. Позже rispoleпт в связи с развитием побочных явлений (гиперседация) был заменен на солиан 400 мг/сут. С больным была начата когнитивная тренировка в визуализации зрительных образов. Сначала она протекала с затруднениями из-за выраженной разорванности мышления, но в дальнейшем, по мере продолжения работы, визуализация образов стала даваться больному легче.

Состояние начало постепенно улучшаться, через 2 месяца лечения больной стал активнее, мышление стало заметно более продуктивным. Своё тело стал воспринимать адекватно, активно занялся работой по ремонту дома, однако пришлось столкнуться с выраженными проблемами с поиском работы, что было связано и со страхами мамы по поводу возможного ухудшения его состояния во время интенсивной работы и её убежденностью по поводу того, что хорошей работы не найдёшь (безусловно, немалую роль здесь играли вытесненные страхи самой мамы). Вопрос с поиском работы не решался, пока через 4 мес у пациента не возникло ухудшение состояния. Оно было быстро купировано коррекцией лекарств, и с этого момента мать, наученная горьким опытом, стала активно требовать от пациента искать работу.

Психотерапевтическая работа на этом этапе проводилась 2 раза в месяц. Первые 30 мин проводилась семейная беседа, к которой периодически подключалась племянница больного

(в семейной работе симбиотические «двойки» надо превращать в «тройки»), а вторые 30 мин мы обсуждали с больным его проблемы и работали с образами, которые затем дома зарисовывались. Большую роль играли образы, в которых пациент отыгрывал доминирующую роль в отношениях – сперва символически (Подъём на гору), а затем – всё более прямо (Лев, Бык, Садовник, Кормилец, Король). Постепенно больной нашёл себе работу, но через месяц уволился оттуда из-за невыплаты заработной платы. Очередные попытки оказались более удачными, и постепенно пациент за полтора года достиг должности главного специалиста фирмы. Убеждённая изменением к лучшему, вторая жена с ребёнком вернулась к нему. В процессе подготовки к воссоединению семьи значимой оказалась презентация пациентом себя в женских образах (Ведьма, Амазонка, Гейша, Счастливая Жена), и презентация взаимодействия мужских и женских образов. Семейная психотерапия была использована здесь для налаживания гармоничных отношений между супругами. Кроме того, было установлено, что с настоящего момента бразды правления в семье возвращаются от матери к самому пациенту. Психофармакотерапия на фоне психотерапии продолжалась в общей сложности 2,5 года. В семье родился второй ребёнок, и мать пациента нашла себя в воспитании внуков. По итогам пятилетнего катамнеза – больной работает, отношения в семье хорошие. В характере сохраняется некоторая сензитивность и неуверенность, но в условиях гармоничных семейных отношений они носят компенсированный характер, в психофармакотерапии пациент не нуждается, изредка обращается посоветоваться по сложным житейским вопросам.

Результаты лечения шизофрении

Материал и методы. Данная работа – результат тринадцатилетнего использования различных разновидностей психофармакотерапии, психотерапии, психосоциальной терапии и психореабилитации больных шизофренией на базе различных стационаров Ростовской области, ЛРНЦ «Феникс» и реабилитационного центра «Надежда». Первично она была начата как исследование возможностей индивидуальной психотерапии, затем в работе стала использоваться семейная терапия, трудотерапия, психообразование, в отдельных случаях – групповая терапия. Исследовались возможности проведения как изолированной психосоциальной терапии, так и в сочетании с различными вариантами психофармакотерапии.

Работа проводилась бригадным методом. В состав бригады входили врач-психиатр и врач-психотерапевт, иногда в работе также участвовали клинические психологи. Нами были изучены результаты лечения в вышеуказанных лечебных учреждениях 164 больных шизофренией, катамнестическое наблюдение за которыми удалось осуществить в течение 18 мес (максимально – 5 лет). В соответствии с задачами работы нами были использованы клинический, клинико-катамнестический, психотерапевтический и математико-статистический методы исследования.

Критерием включения в исследование был установленный психиатрами, не участвовавшими в данном исследовании, диагноз шизофрении. Всем больным диагноз шизофрении по МКБ-9 был установлен либо в других учреждениях, либо консультировавшими их психиатрами, не участвовавшими в данной программе. Диагностическая квалификация изученных случаев опиралась, в первую очередь, на систематику, принятую в отечественной клинической психиатрии, концептуально обоснованную А.В. Снежневским (1976) и его школой, поскольку разрешающая способность современных

официальных классификаций психических заболеваний, в частности МКБ-10 и DSM-IV, для решения задач настоящего исследования представлялась недостаточной. В указанных систематиках к шизофрении относятся в основном неблагоприятно протекающие крепелиновские формы болезни с грубыми негативными расстройствами, заведомо сопровождающиеся семейной и социально-трудовой дезадаптацией. Диагностика приступообразно-прогредиентной шизофрении, при которой больные в той или иной степени сохраняли семейную адаптацию, по МКБ-10 связана с известными сложностями (необходимость использования дополнительных знаков и пр.). При приступообразном течении, несмотря на повторные психотические приступы, больные в межприступный период выглядят относительно сохранными, а проявления болезни подвержены обратному развитию. Наконец, не исключена возможность стабилизации процесса на любом этапе, когда последующие приступы существенно не усложняются и дефект почти не нарастает (175).

Все больные основной группы были осмотрены лично. Критериями исключения из программы были тяжёлые сопутствующие заболевания, сопутствующее органическое заболевание головного мозга с явлениями психоорганического синдрома, имевшиеся на момент осмотра или ранее психозы органического происхождения (в рамках прогрессивного паралича, хронического эпидемического энцефалита, эпилепсии, сенильных и алкогольных психозов) и возраст менее 14 и старше 60 лет. Среди исследованных больных были 134 мужчин и 30 женщин в возрасте от 14 до 60 лет (средний – 29,1 г.).

В качестве контрольной использовалась сопоставимая с основной по возрасту и соотношению типов течения шизофренического процесса группа из 65 мужчин в возрасте от 18 до 57 лет (средний – 31,2 г.), методом случайной выборки избранных из числа лиц, в период с 2003 г. по 2005 г. проходивших стационарное лечение по поводу шизофрении в условиях психиатрического отделения городской больницы №7 г. Ростова-на-Дону и затем наблюдавшихся у районного психиатра.

Другие характеристики пациентов основной и контрольной групп приводятся в таблицах 5-11.

Таблица 5. Распределение больных основной и контрольной групп по возрасту.

| Возраст | 14-20 | 20-25 | 25-30 | 30-35 | 35-40 | 40-45 | 45-50 | 50-55 | 55-60 |
|--------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|
| Основная группа | 30 (18,3%) | 39 (23,6%) | 25 (15,2%) | 25 (15,2%) | 14 (8,6%) | 11 (6,7%) | 9 (5,4%) | 7 (4,3%) | 4 (2,4%) |
| Контрольная группа | 12 (18,5%) | 16 (24,6%) | 9 (13,8%) | 10 (15,4%) | 6 (9,2%) | 4 (6,6%) | 3 (4,6%) | 3 (4,6%) | 2 (3,1%) |

Распределение больных по возрасту в основной и контрольной группах было достаточно сходным. Преобладание мужчин среди пациентов основной и контрольной группы объясняется тем, что работа с больными в стационаре осуществлялась на базе мужских психиатрических отделений.

Таблица 6. Семейное положение больных основной и контрольной групп

| Группа | Живут в родительских семьях | Имеют свою семью | Одинокие |
|-------------|-----------------------------|------------------|---------------|
| Основная | 87 (53,0%) | 48 (29,3%) | 29 (17,7%) |
| Контрольная | 41 (63,1%) | 15 (23,1%) | 9 (13,8%) |

Семейное положение больных основной и контрольной групп отличалось незначительно.

Таблица 7. Уровень образования больных основной и контрольной групп

| Группа | Неоконч. Среднее | Среднее | Среднее Спец. | Неоконч. высшее | Высшее |
|-------------|------------------|---------------|---------------|-----------------|---------------|
| Основная | 18 (11,0%) | 41 (25,0%) | 32 (19,5%) | 25 (15,2%) | 48 (29,3%) |
| Контрольная | 5 (7,7%) | 23 (35,4%) | 18 (27,7%) | 12 (18,5%) | 7 (10,8%) |

Пациенты основной клинической группы имели существенно более высокий образовательный ценз.

Таблица 8. Тип течения шизофренического процесса у больных основной и контрольной групп

| Группа | Малопрогр | Рекуррентн | Шубообразн | Параноидная |
|-------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| Основная | 28 (17,1%) | 42 (25,6%) | 79 (48,2%) | 15 (9,2%) |
| Контрольная | 10 (15,4%) | 14 (21,5%) | 34 (52,3%) | 7 (10,8%) |

Распределение типов течения шизофренического процесса в основной и клинической группе мало отличалось друг от друга.

Таблица 9. Основной клинический синдром при поступлении у больных основной и контрольной групп

| Синдромы | Основная | Контрольная |
|----------------------------|------------|-------------|
| Онейроидный | 7 (4,2%) | 5 (7,7%) |
| Галлюцинаторно-параноидный | 7 (4,2%) | 15 (32,1%) |
| Маниакально-параноидный | 17 (10,4%) | 5 (7,7%) |
| Депрессивно-параноидный | 27 (16,6%) | 9 (13,8%) |

| | | |
|-------------------------------|------------|-----------|
| Паранойяльный | 3 (1,8%) | 0 (0%) |
| Психопатопоподобный | 15 (9,3%) | 7 (10,8%) |
| Депрессивный | 12 (7,3%) | 7 (10,8%) |
| Негативные изменения личности | 31 (18,9%) | 5 (7,7%) |
| Зависимое поведение | 8 (4,9%) | 5 (7,7%) |
| Истериоформный | 10 (6,2%) | 3 (4,6%) |
| Соматизированная депрессия | 8 (4,9%) | 3 (4,6%) |
| Обсессивно-компульсивный | 19 (11,6%) | 2 (3,0%) |

В основной и клинической группе отмечались существенные отличия в синдромальных характеристиках больных. Если в контрольной группе существенно выше был уровень психотических расстройств, характеризующихся обилием драматичной, но хорошо поддающейся купированию с помощью психофармакотерапии продуктивной симптоматики, то в основной группе значительно более высоким было количество случаев с плохо поддающейся обычному лекарственному лечению негативной и псевдоневротической симптоматикой (паранойяльной, истериоформной и обсессивно-компульсивной).

Таблица 10. Длительность течения шизофренического процесса до поступления у больных основной и контрольной групп

| Группа | До 1 года | 1-5 лет | 5-10 лет | Более 10 лет |
|-------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Основная | 17 (10,4%) | 75 (45,8%) | 29 (17,7%) | 43 (26,3%) |
| Контрольная | 12 (18,5%) | 10 (15,4%) | 15 (23,1%) | 28 (43,1%) |

В основной группе основное количество больных страдало шизофренией от 1 до 5 лет. Это было связано с тем, что на

лечение в негосударственные медицинские центры обычно попадали пациенты, у которых уже был опыт неэффективного лечения в обычных психиатрических стационарах. Однако они, а чаще их родственники продолжали искать выход из сложившейся патовой ситуации «от психических болезней не умирают, но и не выздоравливают», перебирая новые и новые варианты лечения. В контрольной группе вдвое выше был уровень пациентов, болеющих шизофренией более 10 лет, часто вполне адаптировавшихся в своей роли хронического душевнобольного, имеющего полное право жить за счёт родственников или государства.

Таблица 11. Давность начала последнего приступа или экзацербации у больных основной и контрольной групп

| Группа | До 2 мес | 2-6 мес | 6-12 мес | 1-2 года | Более 2 лет |
|-------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Основная | 26 (15,5%) | 35 (21,3%) | 27 (16,6%) | 33 (20,0%) | 43 (26,2%) |
| Контрольная | 42 (64,6%) | 10 (15,4%) | 3 (4,6%) | 6 (9,2%) | 4 (6,2%) |

Как и в предыдущей таблице, здесь видно, что больные контрольной группы попадали на лечение раньше с момента манифестации или обострения шизофрении, и, благодаря большей выраженности продуктивной симптоматики и меньшему времени, прошедшему с момента обострения, были потенциально более курабельными, нежели пациенты основной группы.

Из числа больных основной группы инвалидность по шизофрении на момент начала заболевания имели 37 (22,6%) больных, в контрольной группе – 49 (75,4%).

Следует ещё раз отметить существенные отличия основной и контрольной групп в отношении более высокого образовательного ценза среди больных основной группы и большего удельного веса пациентов с установленной инвалидностью в контрольной группе. Это было связано с тем,

что многие пациенты основной группы, не имея исходно инвалидности, обращались за амбулаторным лечением непосредственно в лечебно-реабилитационный центр «Феникс» или реабилитационный центр «Надежда». Их мотивами при этом было избежать плохих условий содержания в стационарах и неизбежной (в их представлении) постановки на диспансерный учёт. Их родственники, как правило, оплачивавшие курс реабилитации, в большинстве своём были настроены на скорейший возврат больных к учёбе или работе. Заболевание пациента его родственниками воспринималось катастрофально – как нечто, с чем в жизни смириться совершенно невозможно. К самим пациентам это относилось в значительно меньшей степени.

Пациенты же контрольной группы зачастую ложились в стационар в качестве бесплатного обязательного этапа перед продлением группы инвалидности, при этом они и члены их семей совершенно не планировали их дальнейшую трудовую деятельность. Среди пациентов контрольной группы и их родственников доминировали представления о неизлечимости и безусловном неуклонном прогрессировании шизофрении, что, как следствие, приводило к выводам о бессмысленности каких-либо попыток борьбы с болезнью. При этом, отличие от родственников больных основной группы, они смирялись с неизбежным негативным исходом в виде тяжёлых эмоционально-волевых нарушений и инвалидности. Фактором, заставлявшим членов семьи как-то сплотиться и начать что-либо реально предпринимать, обыкновенно оказывалась непосредственная угроза общественно опасных действий или самоубийства больного либо существенные материальные потери.

Все пациенты основной группы получали посиндромную психотерапию. Кроме того, 65 из них получали помощь в виде индивидуальной психотерапии (1 группа больных), 12 – только семейную терапию (подобным образом приходилось работать при выраженном негативизме больных – 2 группа больных), у 87 проводилась интегративная психотерапия, при которой индивидуальная сочеталась с семейной, трудо-

терапией и психообразовательной работой (3 группа больных). 1 и 3 группы были сопоставимы по возрасту, типу и длительности течения заболевания. Во 2 группу были включены больные с выраженным негативизмом, исключавшим возможность параллельного проведения индивидуальной психотерапии. Из числа больных основной группы до 10 сеансов индивидуальной терапии было проведено у 64 (42,1%), от 10 до 20 – у 24 (15,8%), от 20 до 50 – у 40 (26,5%), более 50 – у 24 (15,7%). Число проведенных сеансов семейной терапии составило в 42 случаях (42,4%) от 1 до 3, в 37 (37,2%) случаях от 3 до 10, в 20 (20,2%) случаях более 10. Мы всегда рекомендовали больным шизофренией длительную работу с психотерапевтом (не менее года), однако реально длительность работы определялась самими больными и членами их семей. В таблице отражается распределение длительности прохождения курса психотерапии больными из основных клинических групп.

Таблица 12. Длительность прохождения курса психотерапии больными основных клинических групп.

| Группа | Число больных | Более 1 года | 6-12 мес | 3-6 мес | Менее 3 мес |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 1. Индивидуальная психотерапия + психофармакотерапия | 65 | 6 (9,2%) | 8 (12,3%) | 11 (16,9%) | 40 (61,5%) |
| 2. Семейная психотерапия + психофармакотерапия | 12 | 3 (25%) | 2 (16,7%) | 2 (16,7%) | 5 (41,7%) |
| 3. Интегративная психотерапия + психофармакотерапия | 87 | 26 (29,9%) | 12 (13,8%) | 15 (17,2%) | 34 (39,1%) |

Качество лечения и стойкость достигнутых результатов определялась с использованием клинического метода, с помощью шкалы PANSS и самоотчетов больных. Кроме того, важными критериями для нас были сохранение трудоспособности больных и способность справиться с проявлениями болезни без госпитализации. Отдельно по пятибалльной шкале мы оценивали комплайентность пациентов и членов их семей к проводимой психосоциальной работе на момент её начала.

Результаты терапии.

Динамика клинического состояния больных в группах индивидуальной психотерапии и психофармакотерапии, семейной терапии и психофармакотерапии, комплексной психосоциальной терапии и психофармакотерапии и контрольной группе оценивалась нами по шкале PANSS. Учитывались средние значения баллов в группах продуктивных, негативных симптомов и общей суммы баллов по всем шкалам. С учётом длительного характера работы и наблюдения оценка состояния больных производилась при поступлении, а также на 3, 6, 12 и 18 мес. Полученные результаты отражены на диаграммах 1,2 и 3.

Диаграмма 1. Динамика продуктивной симптоматики в баллах по шкале PANSS в различных клинических группах

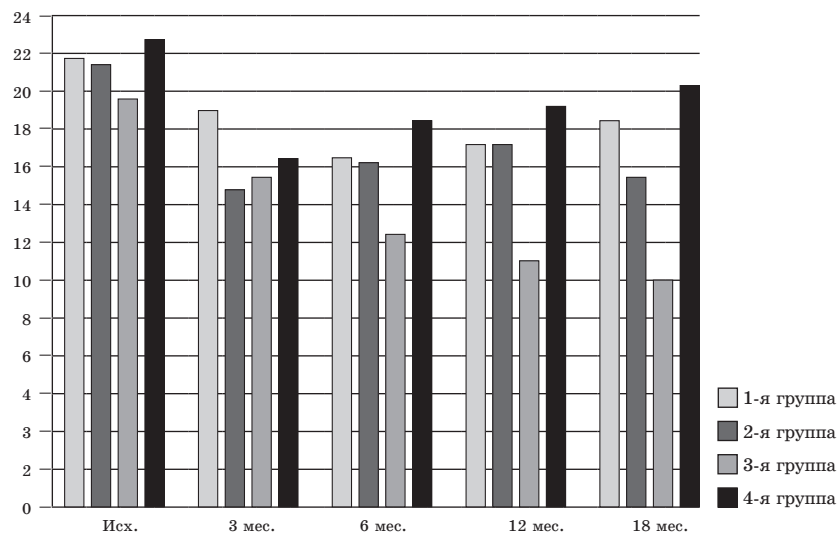


Диаграмма 2. Динамика негативной симптоматики в баллах по шкале PANSS в различных клинических группах

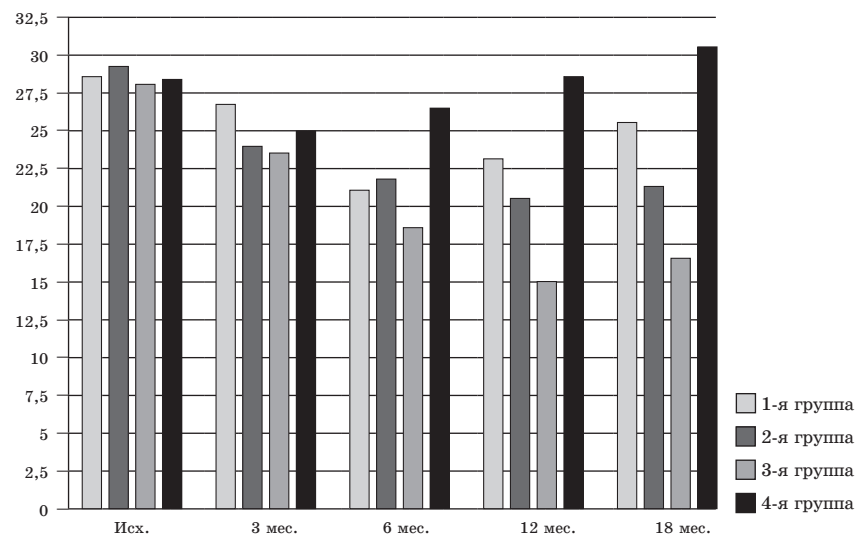
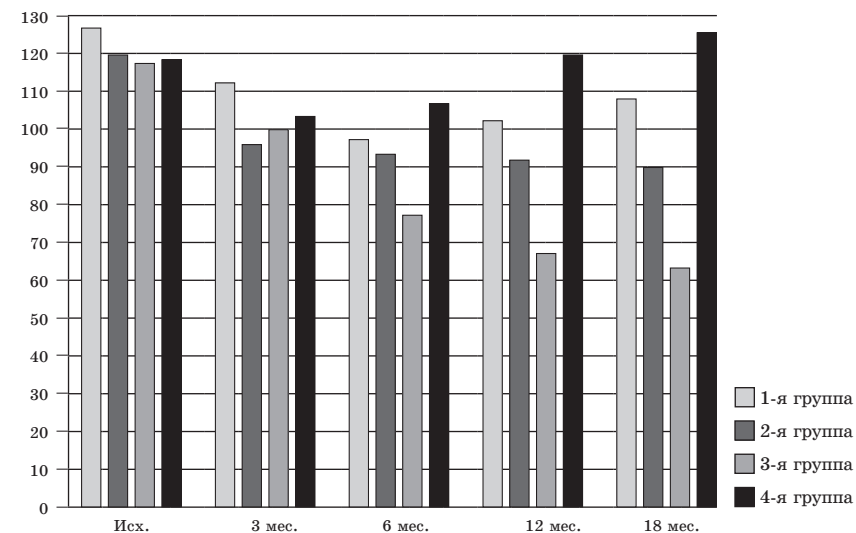


Диаграмма 3. Динамика суммарного балла по шкале PANSS в различных клинических группах



Из представленных диаграмм видно, что в период до 3 мес достоверных различий в эффективности лечения между основной и контрольной группами не выявлялось. Однако потом состояние пациентов контрольной группы вследствие прогрессивного течения шизофренического процесса начало прогрессивно ухудшаться, и по прошествии года, оно становилось хуже, нежели до начала лечения.

У больных основной группы, с которыми кроме психофармакотерапии занимались и индивидуальной психотерапией, улучшение продолжалось примерно до 6 месяца, после чего достигнутые улучшения начинали вступать в противоречие с дисфункциональным стилем общения в семье, вследствие чего постепенно начинался откат назад. Вместе с тем по прошествии 18 мес состояние пациентов, получавших индивидуальную терапию, оставалось лучшим, чем до начала лечения, и в целом лучшим, чем среди больных контрольной группы.

У больных основной группы, с которыми кроме психофармакотерапии проводилась семейная терапия, после характерного для всех групп больных быстрого улучшения состояния на фоне активного лекарственного лечения в первые 3 мес, в течение всех 18 мес наблюдения шла медленная, постепенная регрессия негативной шизофренической симптоматики (преимущественно за счёт улучшавшейся социально-трудовой адаптации) при относительной стабильности позитивной.

Наилучшие результаты отмечались у тех больных основной группы, в лечении которых кроме медикаментозного лечения использовалась интегративная психотерапия. Улучшение их состояния продолжалось по всем шкалам в течение всего периода наблюдения, но особенно активно оно шло в течение первых 12 мес.

Достоверность полученных данных проверялась с использованием критериев Фридмана и Крускала-Уоллиса. Критерий Фридмана, определяющий статистическую значимость различий в величине баллов шкал PANSS, измеренных в различные моменты времени, был рассчитан нами для группы

интегративной психотерапии и фармакотерапии. Это объясняется тем, что в других группах число больных, прошедших лечение более года было недостаточным. Результаты расчетов представлены в таблице 13.

Таблица 13. Проверка достоверности полученных данных с использованием критерия Фридмана.

| Симптоматика | $X_{г}^2$ | $X^2_{крит}$ | Вывод |
|---------------------|-----------|--------------|---|
| Позитивные симптомы | 16,2 | 13,3 | Существующие различия в величине баллов, описывающих позитивные симптомы, измеренных в различные моменты времени статистически значимы. |
| Негативные симптомы | 19,5 | | Существующие различия в величине баллов, описывающие негативные симптомы, измеренные в различные моменты времени статистически значимы. |
| Суммарный балл | 21,9 | | Существующие различия в величине суммарных баллов, измеренные в различные моменты времени статистически значимы. |

Для определения того одинаково ли эффективны индивидуальная, семейная и интегративная психотерапия на различных промежутках времени нами был использован критерий Крускала-Уоллиса. Это непараметрический критерий, не требующий предположения о нормальности распределения.

Критерий Крускала-Уоллиса был рассчитан нами для различных временных этапов терапии в трёх подгруппах основной группы. Результаты расчетов и выводы представлены в таблице 14.

Таблица 14. Проверка достоверности полученных данных с использованием критерия Крускала-Уоллиса.

| Продолжительность терапии | Значение критерия Крускала-Уоллиса | $X^2_{\text{крит}}$ | Выводы |
|---------------------------|------------------------------------|---------------------|---|
| До 3 месяцев | 4,1 | 6,0 | Статистически значимых различий между группами с различными методами терапии не обнаружено |
| 3-6 месяцев | 8,3 | | Имеются статистически значимые различия между подгруппами основной группы с различными вариантами терапии |
| 6-12 месяцев | 9,5 | | Имеются статистически значимые различия между подгруппами основной группы с различными вариантами терапии |
| Более 12 месяцев | 12,4 | | Имеются статистически значимые различия между подгруппами основной группы с различными вариантами терапии |

Из представленных диаграмм очевидно, что при использовании только индивидуальной терапии без вовлечения в работу семьи пациента позитивная динамика состояния больного уже через несколько месяцев вновь сменяется негативной, хотя и не столь выраженной, как в группе, получавшей только психофармакотерапию. По нашим наблюдениям, это было связано с тем, что изменения состояния больного начинали представлять собой угрозу для сложившегося в семье патологического равновесия сил и распределения ролей, за чем следовала негативная реакция семейной системы. Члены семьи начинали отрицательно относиться к посещению больным психотерапевта, у них возникали и обострялись функциональные заболевания, существенно усиливалась внутри-семейная тревога. Следовавшее за этим ухудшение состоя-

ния пациента приводило к возвращению семьи в обычное, уже ставшее привычным патологическое состояние.

Использование только лишь семейной психотерапии у больных 2-й группы имело ряд преимуществ: обеспечение стабильного психического состояния за счёт регулярного приёма лекарств и удовлетворительной социально-трудовой адаптации достигалось с минимальными расходами для родственников, больной удерживался в трудовом коллективе. Кроме того, существенно менее выраженными становились патологические семейные игры и уровень ЕЕ в семейной системе, что также благотворно отражалось на состоянии пациентов. Недостатком этого подхода являлась сложность достижения достаточно чистой ремиссии, так как не проводилось работы над коррекцией глубинных патологических личностных качеств пациентов. Больные регулярно принимали лекарства, работали, удерживались в трудовом коллективе, но их эмоционально-волевая неадекватность, парамимичность, сложности в общении и построении отношений были достаточно заметны.

Позитивная динамика в той или иной степени отмечалась при всех вариантах дополнения психофармакотерапии психотерапией, но наиболее выраженной она была при использовании интегративного подхода у больных 3-й группы. Следует отметить, что именно этот вариант реабилитации обеспечивал максимальную регрессию негативной симптоматики, являющейся наиболее резистентной к традиционным методам лечения шизофрении. В процессе интегративной психотерапии происходила коррекция как личностных расстройств, так и патологических семейных отношений, закладывая основу для постепенного продвижения реабилитационного процесса, не только стабилизации психического состояния, но и личностного роста пациентов, обретения ими нового опыта проблемно-решающего поведения и гармоничного выражения своих чувств, карьерного роста, построения всё более гармоничных личных отношений. Важным было и развитие у больных этой группы способности всё более ответственно и осознанно относиться ко всем сферам своей жизни и борьбе с проявлениями болезни.

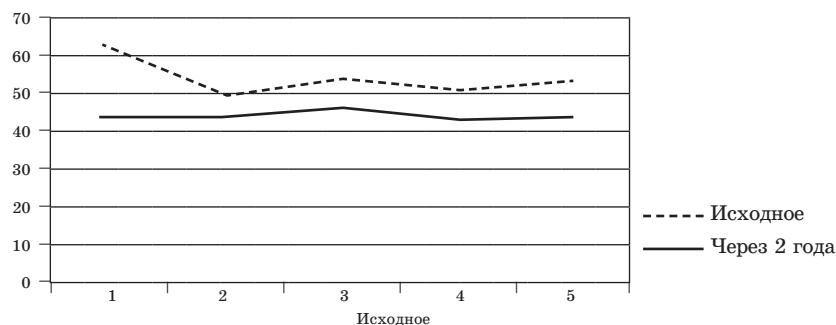
Для уточнения характера изменений высших психических функций на фоне комплексной терапии, включавшей в себя медикаментозное лечение, индивидуальную и семейную психотерапию, а также меры по социально-трудовой реадaptации пациентов, нами было предпринято изучение данных экспериментально-психологического исследования (ЭПИ) (168) в динамике у 32 пациентов 3-й группы в начале работы и через 2 года.

У всех пациентов в той или иной степени выявлялось повышение выразительности мимических и пантомимических проявлений, их экспрессивная насыщенность и синтонность происходящему.

Продуктивность непосредственного запоминания 10 слов увеличилась с 8,45 до 9,17. В исследовании опосредованного запоминания процент правильного воспроизведения увеличился с 64,8% до 81,2%; пиктограммы становились менее лаконичны, схематичны и более адекватны и стандартны, что косвенно свидетельствует о регрессе нарушений мотивационной сферы.

На диаграмме 4 приведены данные исследовании способности к долговременной концентрации активного внимания (отсчет по таблицам Шульте, отражено среднее время в секундах в зависимости от повторения).

Диаграмма 4. Исследование способности к долговременной концентрации активного внимания (отсчет по таблицам Шульте).



Исходя из полученных данных, у пациентов отмечалось повышение уровня концентрации внимания и темпа сенсомоторных реакций.

У 26 из 32 пациентов были отмечены положительные изменения в сфере мышления. В операциональной сфере уменьшалось количество смысловых соскальзываний, переходя с уровня искажения на уровень неравномерности процесса обобщения с уравниванием значимости главных и второстепенных признаков предметов и понятий, отмечалось усиление категориального строя мышления. В мотивационной сфере мышления повышался потребностно-мотивационный компонент психической активности, вследствие чего отчетливо улучшалась продуктивность всех психических функций.

По данным СМИЛ у 15 из 32 больных выросли показатели шкалы психопатии (противоположной шкале шизофрении), что отражало развитие компенсаторных механизмов личности, у 3 профиль стал соответствовать нормативным показателям. У всех пациентов отчетливо снизились показатели шкалы шизофрении, а также показатели по шкалам, соответствующим клинико-психопатологическому синдрому в момент начала работы. При этом следует отметить, что практически у всех пациентов полученные данные с учетом шкал достоверности расценивались как невалидные.

Таким образом, по данным ЭПИ можно с уверенностью сказать о том, что практически всегда на фоне длительного лечения, включавшего в себя полноценную психофармакотерапию, индивидуальную и семейную психотерапию и меры по социально-трудовой адаптации пациентов 3-й группы, у них в той или иной степени отмечалась стойкая регрессия шизофренических расстройств моторики, мышления, эмоционально-волевой сферы, в то время как у больных контрольной группы отмечалось стандартное для шизофрении прогрессивное течение процесса с углублением выраженности болезни.

Следует отметить, что данные ЭПИ далеко не всегда отражали динамику клинического состояния больных. Возможно, это связано с тем, что положительные изменения в

состоянии во многом достигались за счёт коррекции именно личности пациентов, а стандартно используемая в ЭПИ для анализа личности методика СМИЛ, как мы указывали выше, достоверных результатов у наших больных, как правило, не давала, что связано с особенностями личностного реагирования больных шизофренией (негативизм, разноплановость и т. д.). Значительно более точно динамика выздоровления отражалась в рисунках, что было отражено в соответствующей главе. Кроме того, анализ рисунков по описанным нами критериям, основанным на общепринятых подходах к проективным тестам, оказывался значительно более простым и быстрым, нежели использование полноценного комплекса ЭПИ. Негативизм и мотивационные нарушения больных шизофренией нередко приводили к отрицательной установке на регулярное выполнение ЭПИ, в то время как предложить зарисовать визуализируемый образ оказывалось значительно проще, и многие пациенты, как отмечал М.Е. Бурно, занимались этим с удовольствием.

Качество социально-трудовой реабилитации является другим, не менее значимым, чем клинические данные, показателем динамики ремиссии. Оно оценивалось в 3 группе больных, получавших интегративную психотерапию через 18 мес с момента начала работы по трём параметрам: способности стабилизировать своё психическое состояние с помощью психокоррекционных приёмов при отсутствии необходимости в постоянном приёме психотропных препаратов, возвращению пациента к работе либо учёбе и отсутствию необходимости в повторных госпитализациях в психиатрические стационары. Мы проследили зависимость этих показателей от длительности участия больных в психореабилитационной программе. Для сравнения приведены аналогичные показатели пациентов контрольной группы. Результаты отражены в таблице 15.

Таблица 15. Зависимость показателей качества социально-трудовой реабилитации от длительности участия в психореабилитационной программе.

| Длительность работы в психореабилитационной программе | Число больных (% от общего числа больных группы) | Отсутствие необходимости в постоянном приёме психотропных препаратов (% от числа больных, пролечившихся соответствующий промежуток времени) | Работают или учатся (% от числа больных, пролечившихся соответствующий промежуток времени) | Количество больных, у которых за время наблюдения отмечались рецидивы, потребовавшие стационаризации (% от числа больных, пролечившихся соответствующий промежуток времени) |
|---|--|---|--|---|
| Более 12 мес | 26 (29,9%) | 8 (30,8%) | 23 (88,5%) | 3 (11,5%) |
| 6-12 мес | 12 (13,8%) | 2 (16,7%) | 4 (66,7%) | 2 (16,7%) |
| 3-6 мес | 15 (17,2%) | 1 (6,7%) | 3 (20,0%) | 5 (33,3%) |
| Менее 3 мес | 34 (39,1%) | 1 (2,9%) | 5 (14,7%) | 15 (44,1%) |
| Всего по группе интегративной психотерапии | 87 | 12 (13,8%) | 34 (40,2%) | 25 (28,8%) |
| Контрольная группа | 65 | 2 (3,1%) | 11 (16,9%) | 45 (69,2%) |
| Значение коэффициента Крамера | – | 0,346 | 0,654 | 0,316 |
| χ^2 наблюдаемое | – | 10.39 | 37.16 | 8.69 |

Таким образом, между длительностью лечения и наличием рецидивов существует слабая статистически значимая взаимосвязь, между длительностью лечения и отсутствием

необходимости в постоянном приеме психотропных препаратов существует слабая статистически значимая взаимосвязь, между длительностью лечения и социальной реализацией (работают или учатся) существует заметная статистически значимая взаимосвязь. Эти выводы обобщены как по группе интегративной психотерапии, так и по контрольной группе в целом. Для уточнения существования взаимосвязи между видом терапии и качеством социально-трудовой реабилитации, нами был использован коэффициент ассоциации, применяемый для исследования степени тесноты связи между качественными признаками (табл. 16).

Таблица 16. Оценка зависимости качества социально-трудовой реабилитации от вида проводимой терапии в основной и контрольной группах

| Взаимосвязь типа терапии с | Значение коэффициента ассоциации | Наблюдаемое значение критерия | Критическое значение критерия | Вывод |
|---|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|
| Наличием рецидива, требующего стационарирования | -0,696 | 42,08 | 1,96 | Между видом терапии и наличием рецидива, требующего стационарирования существует подтвержденная и статистически значимая взаимосвязь |
| Работой или учебой пациентов | 0,518 | 17,96 | | Между видом терапии и социальной реабилитацией пациентов, выражающейся в наличии учебы или работы существует подтвержденная и статистически значимая взаимосвязь |
| Отсутствием необходимости в постоянном приеме психотропных препаратов | 0,669 | 7,9 | | Между видом терапии и отсутствием необходимости в постоянном приеме психотропных препаратов существует подтвержденная и статистически значимая взаимосвязь |

Из представленной таблицы видно, что показатели качества социально-трудовой реабилитации закономерно воз-

растают по мере увеличения длительности участия больного и членов его семьи в работе психореабилитационной программы.

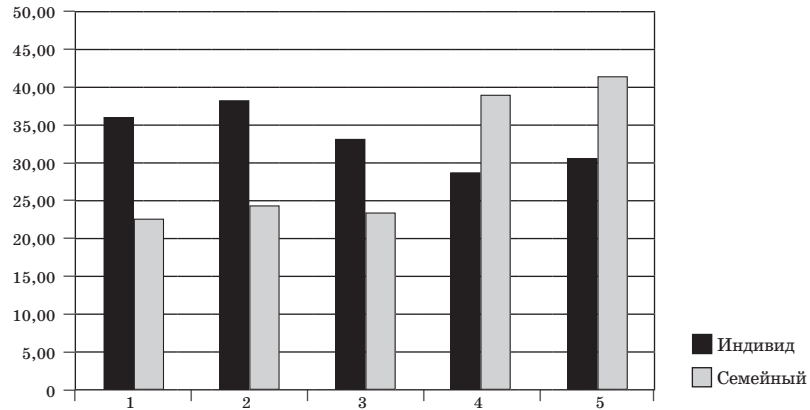
Кроме того, нами исследовалась связь между исходной комплайентностью пациента и членов его семьи с медицинским персоналом и достигнутыми в итоге результатами лечения. В качестве критерия последних мы использовали процент регрессии исходного суммарного балла по шкале PANSS через 18 мес. у пациентов 2 и 3 подгрупп основной группы. Комплайентность пациентов и членов их семей мы оценивали в баллах:

Табл. 17. Шкала оценки комплайенса.

| Оценка комплайенса в баллах | Характеристика комплайенса |
|-----------------------------|--|
| 0 | Полный отказ от сотрудничества |
| 1 | Формальное согласие на присутствие на сеансе под нажимом психиатра или близких |
| 2 | Добровольное согласие посещать сеансы, нерегулярность посещений сеансов, отсутствие интереса к психотерапии, невыполнение домашних заданий |
| 3 | Добровольное регулярное посещение сеансов, периодически – интерес к ним, изредка – выполнение домашних заданий |
| 4 | Работа на сеансах с интересом, регулярность посещений, выполнение домашних заданий в 30-70% случаев |
| 5 | Активная заинтересованность к получению психотерапевтической помощи, четкое выполнение всех домашних заданий |

Результаты исследования соотношения индивидуального и семейного комплайенса и достигнутыми результатами лечения отражена в диаграмме 5.

Диаграмма 5. Соотношение исходного индивидуального и семейного комплайенса и достигнутой регрессии суммарного балла по шкале PANSS у пациентов 2 и 3 подгрупп через 18 мес



Из данной диаграммы видно, что существенное значение для эффективности лечения имел комплайенс с членами семьи больного. Анализ достоверности полученных данных с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена показал, что между исходным комплайенсом самого пациента и достигнутой регрессией суммарного балла по шкале PANSS у пациентов 2 и 3 подгрупп через 18 мес взаимосвязь практически отсутствует (0,126). В то же время присутствует заметная статистически значимая взаимосвязь между комплайентностью членов семьи и достигнутой регрессии суммарного балла по шкале PANSS у пациентов 2 и 3 подгрупп через 18 мес (0,634). Таким образом, наше исследование показывает малую значимость формального согласия на те или иные методы терапии амбивалентного больного шизофренией, то время как последовательное и целенаправленное, согласованное с медперсоналом поведение близких оказывается чрезвычайно важным для получения существенных стойких результатов лечения.

Обсуждение.

Проведенное исследование демонстрирует, что наилучших результатов в лечении шизофрении можно добиться только при сочетанном использовании современных достижений психофармакотерапии, интегративной психотерапии и психореабилитации, что невозможно без полипрофессионального (бригадного) оказания помощи. Более того, данные катмнеза показывают, что в этом случае мы можем добиться обратного развития не только продуктивных, но и негативных расстройств. Несмотря на то, что по обычным психиатрическим критериям (большая выраженность продуктивной симптоматики, меньшая – негативной, более раннее поступление на лечение с момента развития обострения) больные контрольной группы были более перспективны, у пациентов основной группы (в особенности в 3-й подгруппе, где проводилась интегративная психотерапия) были отмечены существенно лучшие непосредственные и тем более отдалённые результаты лечения и, что не менее важно, социально-трудовой реадaptации. У больных, получавших комплексное лечение с включением интегративной психотерапии, резко (с 16,9% до 88,5%) повышается и частота возвращения пациентов к труду, существенно снижается стоимость оказания помощи за счёт уменьшения частоты регоспитализации с 69,2% до 11,5%.

Величайшей иллюзией является попытка лечить шизофрению, работая только с одним больным! Практически никогда, кроме самых мягких форм, без вовлечения в полноценную работу всех более или менее значимых членов семьи нам не удаётся добиться стойких положительных результатов. Больной шизофренией, как правило, ни материально, ни эмоционально не отделим от своей семьи. Шизофрения же подобна психологическому раку, который надо удалять во всём организме в пределах здоровых тканей, и при котором попытка заниматься только основной опухолью неизбежно

ведёт к краху! Необходимо сообщать об этом членам семьи в процессе психообразовательной работы так же откровенно и последовательно, как это делают онкологи. Их значительно меньше волнует то, насколько шокирующим для больного и членов его семьи будет известие о том, что у него рак, по сравнению с необходимостью донести информацию о том, какое именно вмешательство необходимо для того, чтобы пациент имел шансы на выздоровление, сколько это будет стоить и что должны сделать члены семьи для благополучного решения проблем. Если же пациент или его родственники ведут себя непоследовательно или отказываются от необходимого лечения, то квалифицированный онколог просто занимается теми, кто реально готов последовательно сражаться за своё выздоровление (или, если больной в тяжёлом состоянии, то общается с теми родственниками, которые готовы бороться за жизнь пациента), передавая некомплаинентных больных под наблюдение поликлиники. У нас, психиатров, огромное количество больных, которые нуждаются в нашей квалифицированной помощи, намного больше, чем специалистов, которые в состоянии эффективно помогать (с крайней печалью вынужден признать этот факт). И поэтому нам, квалифицированным специалистам, необходимо помнить бессмертные принципы сортировки раненых Пирогова, и в первую очередь помогать именно тем, кому возможно быстро и эффективно помочь. В современной психиатрии этот принцип мало-помалу начинает внедряться, например, открываются клиники первого эпизода с максимально интенсивным лечением. Однако в данном случае в качестве критерия отбора избираются клинические особенности самого больного (малое время болезни и острота симптоматики), которые, как показывает наш опыт, всё же не настолько важны, как организованность, дисциплина и чёткость действий членов семьи пациента. Именно характеристики семейной системы (объектные отношения) и ответственность больного и членов его семьи, как показал ещё Кернберг (20), являются решающими обстоятельствами, позволяющими достичь оптимальных результатов. В нашей работе также было выявлено, что

результат во многом зависит от вовлечения в работу именно членов семьи больного, и что комплаинс с больным на ранних этапах лечения, достижение которого является часто весьма затруднительным, в случае оказания помощи с опорой на членов семьи оказывается не столь важным. Только индивидуальная психотерапия, проводимая с больными шизофренией, оказывается наиболее эффективной на первых этапах работы, и стойкие изменения при ней формируются лишь на срок около полугода, после чего болезнь продолжает прогрессировать. В случае вовлечения в длительную (не менее полугода, а лучше год и более) психотерапевтическую работу всех членов семьи этого не происходит, и регрессия продуктивной и негативной симптоматики продолжается и после 18 мес. Также необходимо помнить, что результаты психореабилитационной терапии, какой бы активной она не была, продолжающейся менее полугода, оказываются недостаточно стойкими – в этих случаях вскоре снова начинается прогрессирование заболевания, и отдалённые результаты постепенно начинают приближаться к показателям контрольной группы.

Возражения нередко вызывает излишне, с точки зрения ряда психотерапевтов, директивный характер нашей работы. Хотелось бы в связи с этим отметить, что психотерапевтические методики, пригодные для лечения невротиков, не срабатывают у пациентов с тяжёлыми психическими заболеваниями (118) (122). Если в невротических случаях наилучшие результаты достигаются при воздействии именно на пациента, то при тяжёлых расстройствах эффективнее оказывается воздействие на контекст жизненной ситуации, на окружение больного. Хирург не начнёт оперировать, пока в операционной не наведён порядок и не созданы асептические условия. Ту же роль в психиатрии играет чёткая регламентация жизни людей, личность которых не готова эффективно реагировать на постоянно меняющиеся условия быденной жизни, проявления двойственности в общении с окружающими. Безусловно, среди больных шизофренией существуют пациенты с мягкими, неврозоподобными формами, и в их

лечении основную роль играет именно индивидуальная психотерапия, зачастую прямо направленная на сепарацию от родительской семьи и начало самостоятельной жизни. Такие пациенты часто осознанно относятся к необходимости длительной психотерапевтической работы, готовы к принятию на себя ответственности за свою судьбу и даже нередко настаивают на том, чтобы работа производилась без включения в нее других членов семьи. Мы обычно соглашаемся на это при условии заключения психотерапевтического контракта не менее чем на полгода, и что чисто индивидуальная работа проводится только при условии её эффективности, а в ближайшие, чётко оговоренные сроки, пациент должен начать либо учиться, либо работать на полный день. Мы заранее оговариваем, что если в её процессе возникнут непреодолимые трудности, то психотерапевт вправе поставить вопрос о вовлечении в психотерапевтический процесс других членов семьи.

К сожалению, огромное большинство больных шизофренией из-за характерных для этого заболевания мотивационных нарушений к подобному стилю работы не готово. Поэтому процесс психосоциальной терапии у них требует обязательного подключения семейной системы, работы полипрофессиональной бригады (120) (163) (164).

Наиболее «узким» местом в лечении шизофрении являются именно негативные расстройства, проявляющиеся в мотивационных нарушениях, нейрокогнитивном дефиците, неспособности к распознаванию своих и чужих эмоций и проблемно-решающему поведению, отсутствию осознания своей болезни. Каждый из элементов предложенной нами системы реабилитации является необходимым для коррекции. Эффективная биологическая терапия направлена на коррекцию медиаторных, токсических и аутоиммунных расстройств, приводящих к специфической шизофренической ранимости личности и развитию психозов. Кроме того, биологическая терапия приводит к ограничению способности пациента поддерживать прежний стиль внутрисемейного реагирования, что также создаёт условия для изменения

характера внутрисемейных отношений и поиска больным новых возможностей для реализации себя во внешнем мире. Визуализация образов является как бы нейрокогнитивным тренингом, обучающим больных мыслить последовательно и использовать в образах методики проблемно-решающего поведения, которые затем они могут использовать и в жизни. Психообразование и когнитивно-поведенческая терапия также помогают развивать навыки совладания со сложными ситуациями в реальной жизни; кроме того, они способствуют восстановлению критического отношения к болезни, что резко улучшает результаты терапии. Семейная терапия позволяет весьма эффективно работать с мотивационными нарушениями и алекситимией, при этом первичный этап управляемой дестабилизации семейной системы способствует разрушению устойчивого патологического состояния психики больного, тесно связанной с эмоциональным состоянием родственников. Кроме того, как неоднократно отмечалась (120) (80) (163), сама по себе способность родственников спокойно и уверенно, без грубости, ненависти и страха справиться с неадекватным поведением психически больного пусть даже с применением мер физического стеснения, вызывает у пациента чувство безопасности реальности, в которой он функционирует, способствуя тем самым стабилизации эмоционального состояния. Продолжавшаяся далее трансформация семейной системы, сопровождавшаяся повышением эффективности функционирования всех её членов, подкреплённая директивами, основанными на терапии тяжёлым испытанием по Хейли (120) (118), позитивной коннотации или парадоксальной интенции, делала невозможным возврат к прежним стереотипам реагирования как больного, так и других членов семьи. Это, в свою очередь, давало возможность достижения выраженных и стойких положительных результатов лечения.

ВЫВОДЫ

1. Основными стратегиями в реабилитации шизофрении являются:

– Создание в микросоциальном окружении пациента стройной иерархической структуры с чётко прописанными правами и обязанностями всех её членов, ответственностью за невыполнение своих обязанностей и главой, способным обеспечивать соблюдение всех этих законов. В такой структуре не остаётся места для неопределённости отношений.

– Эффективная биологическая терапия, направленная на коррекцию медиаторных, токсических и аутоиммунных расстройств, приводящих к специфической шизофренической ранимости личности и развитию психозов. Кроме того, биологическая терапия приводит к ограничению способности пациента поддерживать прежний стиль внутрисемейного реагирования, что также создаёт условия для изменения характера внутрисемейных отношений и поиска больным новых возможностей для реализации себя во внешнем мире.

– Противопоставление общению, основанному на «двойных связках», парадоксальных действий психотерапевта, направленных на предписание пациенту в замаскированной форме его же шизофренического стиля реагирования. Это также разрушает бессознательную игру пациента и его близких: продолжение прежнего поведения и реагирования теперь начинает означать подчинение психотерапевту и, соответственно, чёткое определение отношений.

– Учитывая склонность больных шизофренией к транс-овому функционированию, для получения доступа к их переживаниям и коррекции их личности также может быть использована гипнотерапия, которая, кроме всего прочего, обладает и выраженным позитивным действием и на биологические процессы, также являющиеся движущими силами болезни – интоксикацию, аутоиммунные нарушения, расстройства медиаторного обмена. Вместе с тем большин-

ство данных пациентов маловосприимчивы к обычным методикам гипнотического наведения из-за негативизма, нарушения концентрации внимания и расстройств мышления. Поэтому в этих случаях гипнотической работе должна предшествовать когнитивная тренировка, направленная на коррекцию данных проблем.

– В процессе психотерапии должна быть разрушена болезненная инициация мифоритуального комплекса «смерть-второе рождение», основанная на представлении о том, что от усилий самого пациента в этом мире ничего не зависит, и все его действия и судьба определяется волей иных людей и сил, и инициирована трансформация личности больного с развитием в нём стратегий эффективного проблемно-решающего поведения и гармоничного выражения его чувств.

– Чрезвычайно важны психообразование, проводимое как с самим пациентом, так и с членами его семьи, и социально-трудовая реабилитация.

2. Успех в работе с больными шизофренией напрямую зависит от активности участия и заинтересованности в оказании помощи членам семьи больного. Для коррекции устойчивого патологического состояния семьи целесообразна контролируемая разбалансировка семейной системы больного, для чего возможно использовать директивный подход стратегической семейной терапии.

3. Длительность работы в программе психосоциальной терапии не должна быть менее 6 мес (оптимально – год и более).

4. При длительности проведения комплексной психосоциальной терапии более года с 16,9% до 88,5% повышается частота возвращения пациентов к труду, с 69,2% до 11,5% снижается частота регоспитализации.

5. Самой важной психотерапевтической составляющей реабилитационного процесса при шизофрении является именно семейная психотерапия, справедливо рассматриваемая многими специалистами как ключ к успеху в лечении шизофрении. Без её использования в большинстве случаев прогрессирование болезни через некоторое время вновь воз-

обновляется. Однако и другие составляющие (гипнотерапия, когнитивно-поведенческая психотерапия, инициационная терапия, терапия творческим самовыражением) тоже важны, так как от проведения их зависит качество ремиссии болезни.

6. Эффективное лечение шизофрении невозможно без согласованных действий чётко иерархически выстроенной полипрофессиональной врачебной бригады.

Сущность выздоровления

Шизофрения психиатрами всегда считалась и сейчас большинством из них считается неизлечимым заболеванием. Можно ли ответственно говорить о её излечении?

Я считаю, что да, если речь идёт о функциональном выздоровлении – о возможности личности человека обрести способности успешно справляться со всеми сложностями внутренней и внешней жизни, несмотря на сохраняющуюся биологическую ранимость мозга. Речь не идёт о том, чтобы в результате лечения эти сложности исчезли – в ином случае нам угрожает иная опасность: в благополучных скандинавских странах одной из главных причин смертности в молодом возрасте оказываются суициды от скуки.

В мире тишь и безветрие
Чистота и симметрия
На душе моей гадостно
И живу я безрадостно.

(В. Высоцкий)

Бесмысленность жизни, когда у тебя нет проблем – страшное испытание!

Эпилептологам известно, что для того, что для прекращения припадков не всегда необходимо исчезновение эпилептического фокуса. Антиэпилептическая система мозга может оказаться способной подавлять его действие. Серьёзные деформации позвоночника нередко не вызывают неврологических расстройств, если больной сумел развить мышцы спины, хорошо справляющиеся со статической нагрузкой («мышечный корсет»). Мы в своей практике, осматривая определённо невротического, по данным клинического структурно-динамического анализа, вполне адаптированного в жизни пациента, который никогда ранее не попадал к психиатрам, иногда бываем крайне удивлены, найдя в данных

экспериментально-психологического исследования шизофренический патосимптомокомплекс. Причём эти больные нередко успешно обходятся одной кризисной интервенцией и далее идут жить счастливо без всяких симптомов шизофрении и медикаментозного лечения. Их личность оказывается достаточно развитой для совладания со всеми этими проблемами и успешного развития, а шизофренический патосимптомокомплекс даже даёт им дополнительную возможность взглянуть на проблему не так, как все, и найти принципиально новое её решение – так нередко получают лауреаты Нобелевской премии мира в области физики и математики. Наша задача – помочь нашим больным выработать необходимые личностные качества (которые должны быть выше средних, на личность больного шизофренией ложится дополнительная нагрузка) и научить их развиваться самостоятельно дальше. На тот же период, пока их психика – «трость, ветром колеблемая», мы подобно травматологам, накладываем гипс психофармакотерапии. Но как большой ошибкой в травматологии является не иммобилизовать ногу после серьёзного перелома, не меньшей является и оставлять гипс навсегда – человек остаётся таким же инвалидом из-за атрофии мышц и контрактур суставов. При далеко не завершённой консолидации перелома, на фоне только начавшихся процессов заживления врач постепенно уменьшает иммобилизацию, подключая физиотерапию, массаж, лечебную гимнастику, стремясь как можно быстрее активизировать больного. Такой же тактики следует придерживаться и нам, психиатрам, и тогда души наших выздоровевших больных, подобно костям, утолщённым благодаря развитию костных мозолей, станут только крепче на излом. «Всё то, что не убивает нас,» – писал прошедший очень многое в своей жизни В. Франкль, – «делает нас сильнее» (173).

В заключение я просто хотел бы процитировать то, что по итогам своего 40-летнего изучения шизофрении написал об этом Х. Спотниц (1). Это – просто поэзия:

Когда сопротивление нарциссического трансфера достигает максимума, пациент увязает в произвольном повто-

рении нескольких основных недифференцированных тонов чувств раннего детства. Он, как старая шарманка, играет одни и те же мелодии снова и снова. Когда наиболее мощные сопротивления к коммуникации разрешаются, у него развивается множество оттенков и нюансов чувств. В итоге он обретает способность испытывать весь спектр человеческих эмоций. По тому, как он выражает их в аналитических отношениях, можно наблюдать эмоциональную эволюцию человека. В результате он достигает богатой «оркестровки» зрелой личности.

Успешно излеченный индивид располагает множеством поведенческих паттернов. Поскольку он может выражать свои чувства социально-приемлемым образом, ему не приходится избегать контактов, чтобы защититься от деструктивного поведения, какой бы сильной ни была провокация. Он также способен воспринимать и переносить эмоции других людей. Эмоциональная восприимчивость и непринужденная отзывчивость меняют всю его жизнь. Он может спокойно относиться к людям и сталкиваться с болезненной реальностью, не прибегая к старым нарциссическим защитам. У пациента больше не проявляется следов старых патологических паттернов; только точное диагностическое тестирование или искусное интервью может выявить признаки бывших ограничений.

Выздоровевший пациент производит впечатление человека, открывшего самого себя. «Я только начинаю понимать, кем я являюсь на самом деле», – сказала одна женщина. Большинство пациентов чувствуют, что они нашли в своей истинной самости верного и постоянного компаньона, с которым можно общаться на языке чувств. Они переживают это новое открытие чувств как важное преимущество при соприкосновении с жизненными сложностями.

Выздоровление не означает, что исчезнут все трудности или что в будущем не встретится новых проблем. Однако пациент теперь способен справляться с проблемами как цельная личность и разрешать свои первичные фиксации методами переобучения. Значительно возрастает способ-

ность пациента к самореализации и счастью, и он может переносить воздействие травматических событий с большой гибкостью. Он развил достаточную выдержку и понимание, чтобы получать удовольствие от разрешения небольших психологических конфликтов.

Полностью выздоровевший пациент способен понимать и описывать недостатки аналитика, конструктивно критиковать лечебный процесс и предлагать усовершенствования в подходе аналитика. Пациент при желании может указать причины своей болезни и идентифицировать основные для его прогресса факторы.

Пациент может понимать других людей; он знает, каковы их интересы. Он может принимать различия установок и точек зрения. Он производит впечатление на своих родственников и знакомых эффективным функционированием дома, на работе и в социальных ситуациях. Он в большей степени ориентирован на социум, чем в начале лечения. Он демонстрирует, что может жить среди людей, сохраняя ощущение эмоциональной целостности и уважения к себе; он предпочитает это изолированному существованию за каменной стеной нарциссизма.

Очевидно, современный психоанализ призван достичь большего, чем превращение глубоко несчастного человека в страдающего лишь от общечеловеческого несчастья, – терапевтическое ожидание, сформулированное Фрейдом и повторенное Блюмом спустя почти столетие развития клинического опыта и расширения психоаналитической теории. Предостерегая против избыточного оптимизма и завышенных ожиданий при лечении глубоких эмоциональных расстройств, Блюм замечает, что «классический анализ не завершается одой радости».

Пациент, который успешно прошел современный психоанализ, обретает состояние эмоциональной зрелости. Внимая симфонии человеческих эмоций и располагая достаточной психической энергией, он испытывает удовольствие от полного раскрытия своего потенциала. Когда это состояние стабилизировано, современный психоанализ достиг своей конечной цели.

Список литературы

1. Спотниц Х. Современный психоанализ шизофренического пациента. Теория техники. – СПб, Восточно-Европейский Институт психоанализа, 2004.
2. Молчанова Е., Айтпаева Г. Ритуалы в кыргызской культуре и возможности их использования в психологической практике. http://elibrary.auca.kg:8080/dspace/bitstream/123456789/154/1/Molchanova_Aitpaeva_Ritualy%20i%20psikhologicheskaja%20praktika.pdf.
3. Папюс. Магия и гипноз. М., ООО «Издательство ЭКСМО», 2003.
4. Сэкида Кацуки. Практика дзэн. К., «RELF-book», 1993.
5. Сборник о молитве Иисусовой. М., Издательство Спасо-Преображенского Валаамского монастыря, 1994.
6. Жития Святых. По изложению свт. Димитрия, митр. Ростовского. Барнаул, Издательство св. Максима Исповедника, 2004.
7. Изречения Египетских отцов. Памятники литературы на коптском языке. Введ., пер. с коптского и комм. А.И. Еланской. СПб: Издательство Чернышева, 1993.
8. Каннабих Ю.В. История психиатрии. Л., Государственное медицинское издательство, 1928.
9. Эриксон М. Стратегия психотерапии. СПб, «Речь», 2002.
10. Гиллиган С. Терапевтические транссы: Руководство по эриксоновской гипнотерапии. – М.: Независимая фирма «Класс», 1999.
11. Тукаев Р.Д. Гипноз – Механизмы и методы клинической гипнотерапии. М., Медицинское информационное агентство, 2006.
12. Холмогорова, А.Б. Психотерапия шизофрении за рубежом // Консультативная психология и психотерапия. №1.
13. Freud S. Zur Einfuhrung des Narzissmus. – Frankfurt a.M., 1969. – Bd 3. – S. 37-52.

14. Federn P. Ich-Psychologie und die Psychosen. – Bern, 1956.
15. Federn P. Principles of Psychotherapy in Latent-Schizophrenia // Amer. J. of Psychotherapy. – N.Y., 1947. – Vol. 1, N 2. – Pp. 129 – 144.
16. Fromm-Reichmann F. Heilung durch Wiederherstellung von Vertrauen // Psychotherapie schizophrener Psychosen. – Hamburg, 1976. – S. 34-52.
17. Fromm-Reichmann F. Psychoanalytic Psychotherapy with Psychotics // Psychiatry. – Wash., 1943. – Vol. 6, N 2. – Pp. 277-279.
18. Winkler W.T. Zur historischen Entwicklung der Beziehungen zwischen Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland // Psychotherapie in der Psychiatrie. – B., 1982. – S. 11-25.
19. Гринсон Ральф Р. Техника и практика психоанализа. Воронеж, НПО «МОДЭК», 1994.
20. Кернберг О. Тяжёлые личностные расстройства. М., Независимая фирма «Класс», 2000.
21. Matussek P. (Hrsg.). Psychotherapie schizophrener Psychosen – Hamburg, 1976.
22. Sechehaye, M. 1956. A new psychotherapy in schizophrenia. NY: Grune and Stratton.
23. Bender W. Psychotherapie bei psychotischen Patienten // Nervenarzt. – B., 1985. – Bd 56, № 9. – S. 465-471.
24. Hartmann H. Beitrag zu der Metapsychologie der Schizophrenie // Psyche. – Stuttgart, 1964. – Bd 6, N 5. – S. 375-382.
25. Krull F. Psychotherapie bei Schizophrenie: Eine Übersicht // Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie. – Stuttgart, 1987. – Bd 55, N 2. – S. 54-67.
26. Finzen A. Sozialpsychiatrie als Sozialwissenschaft // Schweizer Arch. fur Neurologie u. Psychiatrie. – Zurich, 1987. – Bd 138, N 6. – S. 25-34.
27. Menninger K.A. Man against himself. NY: Harcourt Brace, 1938.
28. Аристова Т.А., Бутома Б.Г., Зайцев В.В. Новые подходы к групповой психотерапии больных малопрогредиент-

- ными формами шизофрении // Шизофрения: новые подходы к терапии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и пси.
29. Glauber I.P. Shuttering – a psychoanalytic understanding. NY: Human Sciences Press, 1982.
30. Юнг К.Г., Воспоминания, сновидения, размышления. Киев: Air Land, 1994.
31. Юнг К.Г. Работы по психиатрии. Психогенез умственных расстройств. СПб, «Академический проект», 2000.
32. Еу Н. Etudes psychiatriques. Paris, 1954.
33. Пропп В.Я. Исторические корни волшебной сказки. Л., Изд-во ЛГУ, 1986.
34. Топоров. В.Н., О ритуале. Введение в проблематику // В кн. «Архаический ритуал в фольклорных и раннелитературных памятниках». М.: Наука. 1988. с7-60.
35. Зайцева-Пушкаш И.А. Шизофрения: опыт юнгианского анализа. Клинико-историогенетический метод исследования. М., «Издательский дом Видар-М», 2010.
36. Невелова С.Л. О композиции древнеиндийского этнического текста в связи с архаическими обрядовыми представлениями // В кн. «Архаический ритуал в фольклорных и раннелитературных памятниках». М.: Наука, 1988. С.128-160.
37. Самохвалов В.Н. Эволюционная психиатрия (история души и эволюция помешательства). Симферополь: Изд. ИМИС-НПФ «Движение», Лтд, 1993.
38. Laing R.D. The Divided Self. An Existential Study in Sanity and Madness. London: Tavistock Publications, 1960.
39. Koss – Chioino, Joan (2005). Spirit healing, mental health and emotional regulation. Zy-gon, Vol. 40/ 2: June: pp 409 – 421.
40. Yalom I. Existential Psychotherapy. N.Y.: «Basic Books», 1980.
41. Хиллман Джеймс. Архетипическая психология. СПб: Изд-во Б.С.К., 1996.
42. Лейнер Х.К. Кататимное переживание образов. М., «Эйдос», 1996.

43. Обухов Я.Л. Символдрама и современный психоанализ. Харьков, «Регион-информ», 1999.
44. L. von Bertalanffy, General System Theory—A Critical Review, «General Systems», vol. VII, 1962, p. 1–20.
45. Spiegel J.P. & Bell N.W. The Family of the Psychiatric Patient // Amer. Handbook of Psychiatry. – N.Y., 1979. – Vol. 1. – P.114-149.
46. Bateson G., Jackson D., Haley J. & Weakland J. Toward a Theory of Schizophrenia // Behavioral Science. – Ann Arbor, 1956. – Vol. 1, № 4. – P.251-264.
47. Lids R. & Lids T. The Family Environment of Schizophrenic Patients // Amer. J. of Psychiatry. – Wash., 1949. – Vol. 106, № 5. – P.332-345.
48. Lids R. & Lids T. Loslösung aus Symbiotischer Elternbeziehung // Psychotherapie schizophrener Psychosen. – Hamburg, 1976. – S.96-104.
49. Bowen M. The Use of Family Theory in Clinical Practice // Changing Families. – N.Y., 1971. – P.73-91.
50. За пределами психики. Терапевтическое путешествие Карла Витакера. М., «Класс», 1999.
51. Bowen M. Gleichzeitige Beobachtung und Behandlung der Familie // Psychotherapie schizophrener Psychosen. – Hamburg, 1976. – S.155-177.
52. Вид В. Д. Психотерапия шизофрении. СПб., «Питер», 2001.
53. Schwarz F. Einzel – und Familientherapie bei schizophrener Psychosen // Nervenarzt. – B., 1980. – Bd 51, № 11. – S.644-653.
54. S.57-93., Searles H.F. Voile Einsicht in das eigene Abhängigkeitsbedürfnis // Psychotherapie schizophrener Psychosen. – Hamburg – 1976. –.
55. Tourney G., Bloom V., Lowinger P.L. & Schorer C. Neurotiker müssen anders psychotherapiert werden als Psychotiker // Psychotherapie schizophrener Psychosen. – Hamburg, 1976. – S.229-238.
56. Searles H.F., Voile Einsicht in das eigene Abhängigkeitsbedürfnis // Psychotherapie schizophrener Psychosen. – Hamburg – 1976. S.57-93.

57. Muller C. Psychotherapie der Psychosen // Psychotherapie in der Gegenwart. – Zurich, 1958. – Bd 3. – S.375-401.
58. Cancro R. Einige vorläufige Überlegungen zur Psychotherapie der Schizophrenie // Psychotherapie und Sozialtherapie der Schizophrenie. – Heidelberg, 1985. – S.175-214.
59. Muller C. Psychotherapy in Schizophrenia: The End of the Pioneers Period // Schizophrenia Bull. – Wash., 1984. – Vol. 10, № 4. – P.618-620.
60. Whitehorn J. & Betz B. Further Studies of the Doctor as a Crucial Variable in the Outcome of Treatment with Schizophrenic Patients // Amer. J. of Psychiatry. – Wash., 1960. – Vol. 117, № 3. – P.215-235.
61. Hill L.B. Der psychotherapeutische Eingriff in der Schizophrenie. – Stuttgart, 1958.
62. Лаутербах В. Эффективность психотерапии: критерии и результаты оценки // Психотерапия: От теории к практике. Материалы I съезда Российской Психотерапевтической Ассоциации. – СПб., изд. Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, 1995.
63. Malmberg L, Fenton M. Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2003.
64. Wallerstein R. S. The psychotherapy research project (PRP) of the Menninger Foundation: An overview // Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1989, 57, 195-205.
65. Hoffman S.O. Forschungstendenzen im Bereich von Psychotherapie und Neurosenlehre in den letzten 15 Jahren: Ein persönlicher Eindruck // Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie. – Stuttgart, 1987. – Bd 37, № 1. – S.10-14.
66. Tolle R. Patientorientierte Psychotherapie // Psychotherapie in der Psychiatrie – B., 1982. – S.47-54.
67. Ильон, А.Г. Трудовые процессы и социально-трудовой режим в терапии больной личности. – В кн: Вопросы нервно-психического оздоровления населения. Харьков, 1928.

68. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. М., Медицина, 1985.
69. Corey G. Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy. – Monterey, 1986.
70. Cohen R. Indication und Kontraindikationen von Token-economy-Verfahren bei chronisch Schizophrenen // Psychotherapie in der Psychiatrie. – B., 1982. – S.86-92.
71. Brown G.W., Monsk E.M. & Carstairs J.M. Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Illness // Brit. J. of Preventive Social Medicine. – L., 1962. – Vol. 16, № 1. – P.55-68.
72. Olbrich R. Expressed emotion (EE) und die Auslösung schizophrener Episoden: Eine Literaturübersicht // Nervenarzt. – B., 1983. – Bd 53, № 3. – S.113-122.
73. Brown G.W., Birley J.L. & Wing J.K. Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders // Brit. J. of Psychiatry. – L., 1972. – Vol. 121, № 562. – P.241-258.
74. Vaughn C. & Leff J.P. The Influence of Family and Social Factors on the Course of Psychiatric Illness // Brit. J. of Psychiatry. – L., 1976. – Vol. 129, № 2. – P.125-137.
75. Kasermann M.L. & Altorfer A. Physiologische Korrelate unterschiedlicher belastender Situationen in Familiengesprächen // Schizophrenie als systematische Störung. – Bern, 1989. – S.300-314.
76. Tarrier N. Elektrodermale Aktivität expressed Emotion und Verlauf in der Schizophrenie // Schizophrenie als systematische Störung. – Bern, 1989. – S.106-116.
77. Tarrier N., Vaughn C., Lader M.H. & Leff J.P. Bodily Reactions to People and Events in Schizophrenics // Arch. of General Psychiatry. – N.Y., 1979. – Vol. 36, № 3. – P.311-315.
78. Neuchterlein K.H., Snyder K.S., Dawson M.E. & Rappe S. Expressed Emotion, Fixed-dose Fluphenazine Deconate Maintenance and Relapse in Recent Onset Schizophrenia // Psychopharmacology Bull, – Bethesda, 1986. – Vol. 22, № 2. – P.633-639.
79. Jenkins J.H., Karno M., Selva A. de la & Santana F. Expressed Emotion, Maintenance Pharmacotherapy

- Schizophrenic Relapse among Mexican-American // Psychopharmacology Bull. – Bethesda, 1986. – Vol. 22, № 2. – P.621-627.
80. McMillan J.F., Geld A., Grow R.J. & Johnson A.L. Northwick Park Study of First Episodes of Schizophrenia IV: Expressed Emotion a Relapse // Brit. J. of Psychiatry. – L., 1986. – Vol. 148, № 2. – P.133-143.
81. Hahlweg K., Dose M., Feinstein E. & Muller U. Familienbetreuung schizophrener Patienten: Rückfallprophylaxe u. Änderung der familiären Kommunikationsmuster // Schizophrenie als systematische Störung. – Bern, 1989. – S.243-255.
82. Fielder P., Neidermeier T. & Mundt Ch. Gruppenarbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten. – München, 1986.
83. Simon F.B. Die Grundlagen der systematischen Familientherapie // Nervenarzt. – B., 1985. – Bd 56, № 9. – S.455-464.
84. Ciompi L., Hoffmann H. (October 2004). «Soteria Berne: an innovative milieu therapeutic approach to acute schizophrenia based on the concept of affect-logic». World Psychiatry 3 (3): 140–146.
85. Calton T., Ferriter M., Huband N., Spandler H. (January 2008). «A systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia». Schizophrenia Bulletin 34 (1): 181–192.
86. Mosher, L.R. «Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalization: a personal and professional review». Journal of Nervous and Mental Disease 187 (March 1999). (3):142–149.
87. Модели безумия: Психологические, социальные и биологические подходы к пониманию шизофрении / Под ред. Дж. Рида, Л.П. Мошера, Р.П. Бенталла. — Ставрополь: Возрождение, 2008. – С. 395–411. – 412 с.
88. Bentall R. Doctoring the mind: is our current treatment of mental illness really any good?. – NYU Press, 2009.
89. Vaccaro J., Clark G. Practicing psychiatry in the community: a manual. – American Psychiatric Pub, 1996.

90. Wallace Ch., Nelson C., Lieberman R.P. & Aitchison R.A. A Review and Critique of Social Skills Training with Schizophrenic Patients // Schizophrenia Bull. – Wash., 1980. – Vol. 6, № 1. – P.42-63.
91. Bellack A.S. Das Training sozialer Fertigkeiten zur Behandlung chronisch Schizophrener // Bewältigung des Schizophrenic. – Bern, 1986. – S.121-131.
92. Lieberman R.P., McCann M.J. & Wallace Ch. Generalization of Behaviour Therapy with Psychotics // Brit. J. of Psychiatry. – L., 1976. – Vol. 129, № 5. – P.490-496.
93. Lieberman R.P., Jacobs H.E., Boone S.E. & Foy D.W. Fertigkeitentraining zur Anpassung Schizophrener an der Gemeinschaft // Bewältigung der Schizophrenie. – Bern, 1986. – S.96-112.
94. Pelzold H. Schwerpunkt der Körpertherapie // Gruppenpsychotherapie u. Gruppendynamik. – Göttingen, 1983. – Bd 1. № 1. – S.63-83.
95. Ullman R. Integrative Bewegungstherapie // Bedeutende Psychotherapieformen der Gegenwart. – Stuttgart, 1985. – S.185-197.
96. Berger M. Psychischer Ausdruck im humanstrukturellen Tanz // Dynamische Psychiatrie. – München, 1987. – Bd 20, № 2. – S.21-64.
97. Scharfetter Ch., Leiborientierte Therapie schizophrener Ich-Störungen // Psychotherapie in der Psychiatrie. – B., 1982. – S.70-76.
98. Scharfetter Ch. & Benedetti G. Leiborientierte Therapie schizophrener Ich-Störungen // Schweizer Arch. für Neurologie u. Psychiatrie. – Zürich, 1978. – Vol. 23, № 2. – S.239-245.
99. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. М., Академ. проект, 1999 – 364с.
100. Берн Э. Игры, в которые играют люди: Психология человеческих взаимоотношений и Люди, которые играют в игры: Психология человеческой судьбы. Мн., ООО «Попурри», 2000.
101. Берн Э. Групповая психотерапия. М.: Академический Проект, 2001.-464с.
102. Duhressen A. Die «kognitive Wende» in der

- Verhaltenstherapie – eine Brücke zur Psychoanalyse? // Nervenarzt. – B., 1985. – Bd 56, № 9 – S.479-484.
103. Psychoanalyse? // Nervenarzt. – B., 1985. – Bd 56, № 9 – S.479-484.
104. Beck A.T. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. – N.Y., 1984.
105. Brenner H.D., Hodel H., Kube G. & Roder V. Kognitive Therapie bei Schizophrener: Problemanalyse u. empirische Ergebnisse // Nervenarzt. – B., 1987. – Bd 58, № 2. – S.72-83.
106. Hermanutz M. & Gestrich J. Kognitives Training mit Schizophrenen // Nervenarzt. – B., 1987. – Bd 58, № 2. – S.97-106.
107. Kramer S., Sulz K., Schmie J.R. & Lassel R. Kognitive Therapie bei standardversorgten schizophrenen Patienten // Nervenarzt. – B., 1987. – Bd 58, № 2. – S.84-90.
108. Roder V., Brenner H., Keinzle N. & Hodel B. Integriertes psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (IPT). – München, 1988.
109. Brenner H., Stramke W., Mewes J. et al. Erfahrungen mit einem spezifischen Therapieprogramm zum Training kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten in der Rehabilitation chronisch schizophrenen Patienten // Nervenarzt. – 1980. – № 51. – S. 106-112.
110. Haefner H. Research report. Central Institute of mental health, Mannheim // Psychol. Med. – 1985. – № 15. – P. 417-431.
111. Hermannutz M., Gestrich J. Kognitives training mit Schizophrenen. Beschreibung des Trainings und Ergebnisse einer kontrollierten Therapiestudie // Nervenarzt. – 1987. – № 58. – S. 91-96.
112. Kraemer S., Sulz K., Schmid R., Laessle R. Kognitive Therapie bei standardversorgten schizophrenen Patienten // Nervenarzt. – 1987. – № 58. – P. 84-90.
113. Peter K., Hajek G. Kognitive Verhaltenstherapie mit Schizophrenen. Erfahrungen und Probleme bei der Erfolgsmessung // XII Psychotherapiekongress der DDR mit internationaler Beteiligung. – Berlin, 1989. – S. 99.

114. Кандыба В.М. Основы гипнотерапии. СПб, «Лань», 1999.
115. Платонов К.И. Слово как физиологический и лечебный фактор (вопросы теории и практики психотерапии на основе учения И.П. Павлова). Издание второе, заново переработанное и дополненное. – Государственное издательство медицинской литературы Медгиз – 1957 – Мо.
116. Бехтерева Н.П. Здоровый и больной мозг человека. – Л., 1980.
117. Рассказов Н.Я., Ковшик О.Ф. Опыт психотерапии у больных с бредовыми и галлюцинаторными синдромами (новый подход к терапии параноидной шизофрении) // Шизофрения: новые подходы к терапии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной.
118. Haley, Jay. Strategies of therapy. NY., Triangle Press, 1990.
119. Маданес К. Стратегическая семейная терапия. М.: Независимая фирма «Класс», 1999. – 272 с.
120. Haley, Jay. Leaving Home. – New York, McGraw-Hill Book Company, 1980.
121. Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии/ Пер. с англ. А.Д. Иорданского. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 304 с.
122. Сельвини Палаццоли М., Л. Босколо, Д. Чеккин, Д. Прата: Парадокс и контрпарадокс. Новая модель терапии семьи, вовлеченной в шизофреническое взаимодействие. М., Когито-Центр, 2010.
123. Glynn S., Mueser K. Social learning for chronic mental inpatients // Schizophrenia Bull. – 1986. – № 4. – P. 648-668.
124. Hinterkopf E., Brunswick L. Teaching mental patients to use client centered and experiential therapeutic skills with each other // Psychotherapy. – 1981. – № 18. – P. 394-402.
125. Fischer W., Jahr H., Gebhardt M., Kopsch I. Ergebnisse einer Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie bei schizophrenen Patienten // Psychiat. Neurol, med. Psychol. – 1985. – № 11. – S. 668-673.
126. Powell M., Illovsky M., Q'Leary W., Gazda G. Life

- skills training with hospitalized psychiatric patients // Int. J. Group Psychother. – 1988. – № 1. – P. 109-117.
127. Roder V., Studer K., Brenner H. Erfahrungen mit einem integrierten psychologischen Therapieprogramm zum Training kommunikativer und kognitiver Fähigkeiten in der Rehabilitation schwer chronisch schizophrenen Patienten // Schweiz. Arch. Neurol. Psych.
128. Galanter, M. Zealous self-help groups as adjuncts to psychiatric treatment // Am. J. Psychiat. – 1988. – № 145. – p.1248-1253.
129. Epstein N., Vlock L. Research on the results of psychotherapy: a summary of evidence // Am. J. Psychiat. 1981. – № 8. – P. 1027-1035.
130. Liberman R., Falloon L., Wallace C. Drug-psychosocial interventions in the treatment of schizophrenia // The chronically mentally ill: research and services. – NY. – 1984. – P. 175-212.
131. Wallace C., Liberman R. Social skills training for patients with schizophrenia: a controlled clinical trial // Psychiatry Research. – 1985. – № 15. – P. 239-247.
132. Lukoff D., Wallace C., Liberman R., Burke K. A holistic program for chronic schizophrenic patients // Schizophrenia Bull. – 1986. – № 2. – P. 274-282.
133. Reynolds L., Hoult J. The relatives of the mentally ill. A comparative trial of community-oriented and hospital oriented psychiatric care // J. nerv. ment. Dis. – 1984. – № 172. – P. 480-489.
134. Brady, J. Social skills training for psychiatric patients. II: clinical outcome studies // Am. J. Psychiat. – 1984. – № 4. – P. 491-498.
135. Kaplan H., Sadock B. II Comprehensive textbook of psychiatry. – Baltimore, London, 1985. – Vol. 1. – 1096 p.
136. Cormier H. Rehabilitation of those impaired by schizophrenia: theory and practice // Newsletters of the Canadian Friends of Schizophrenics. – 1989. – 2nd Quarter/ – P.3.
137. Ледер С. Психотерапия в медицине на современном этапе развития // Возрастные аспекты групповой психотера-

пии при нервно-психических заболеваниях. – Л., 1988.–С. 13–18.

138. Boeker W., Brenner H., Gerstner G. Self-healing strategies among schizophrenics: attempts at compensation for basic disorders. – Acta Psychiat. Scand.–1984.–N. 69. – P. 373–378.

139. Свердлов Л.С. К проблеме компенсации при шизофрении // Новое в теории и практике реабилитации психически больных.–Л., 1985.– С. 47–54.

140. Шумаков В.М., Дегтярев В.А. Проблемы личностной диагностики больных шизофренией в комплексном решении задач социальной реадaptации и профилактики опасных действий // Психологическая диагностика при нервно-психических и психосоматических заболе.

141. Бовин, Р.Я. О клинических эффектах нейролептиков. – Журн. невропатол. и психиат.–1984.– № 3.– С.413–418.

142. Бурковский Г.В., Корабельников К.В., Пинк Э. Преморбидная структура личности больных шизофренией и особенности клинической картины заболевания // Реабилитация больных психозами.–Л., 1981.–С. 76–87.

143. Каргаполов Ю.А., Мацкевич М.И. К вопросу об анозогнозии при шизофрении // Актуальные вопросы психиатрии.–Томск, 1983.–С. 103–104.

144. Беляев Б.С. Особенности преморбидных свойств личности больных параноидной шизофренией // Актуальные проблемы клиники, лечения и социальной реабилитации психически больных.–М., 1982.–С. 41–44.

145. Зейгарник Б.В., Кожуховская Н.И., Николаева Р.В. Роль отношения к болезни в структуре нарушений личности // VII Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов.–М., 1981.–Т. 3.–С. 587.

146. Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б. Нарушение саморегуляции познавательной деятельности у больных шизофренией. – Журн. невропатол. и психиат.–1985.–№ 12.–С. 1813–1819.

147. Cramer P., Weegman M., O'Neil At. Schizophrenia and the perception of emotions. How accurately do schizophrenics

judge the emotional states of others?–Brit. J. Psychiat. – 1989.–N. 155.–P. 225–228.

148. Саарма, Ю.М. Биологические и социальные факторы в саногенезе психически больных // Вопросы методологии в психиатрии (материалы симпозиума).–М., 1984.–С.93–98.

149. Кирюнчева О.С., Корабельников К.В. Изучение отношения психически больных к биологическим и психосоциальным методам воздействия // Реабилитация больных психозами.–Л., 1981.–С. 119–125.

150. Fenton W., McGlashan T. Sustained remission in drugfree schizophrenic patients. – Am. J. Psychiat.–1987.–N. 144.–P. 1306–1309.

151. Leff 1., Kuipers L., Berkowitz R. Psychosocial relevance and benefit of neuroleptic maintenance: experience in the United Kingdom. – J. Clin. Psychiat. – 1984.–N. 5 (sec. 2).–P. 43–49.

152. Diamond, R. Drugs and the quality of life: the patients point of view.–J. Clin. Psychiat. – 1985.–N. 5 (sec. 2).–P.29–35.

153. Поляков Ю.Ф., Хломов Л.П., Слоневский Ю.А. Место психологической коррекции в процессе реабилитации больных шизофренией.–Журн. невропатол. и психиат. – 1987.– № 7.– С. 1059–1064.

154. Шмаонова Л.М., Либерман Ю.И., Ротштейн В.Г., Ястребов В.С. Эпидемиологически» аспект проблемы инвалидности у больных шизофренией (частота, хроногенная динамика, факторы риска).–Журн. невропатол. и психиат. – 1987. – № 8. – С. 1221–1228.

155. Смулевич А.Б., Пантелеева Г.П. Некоторые актуальные проблемы клинической психофармакологии.–Журн. невропатол. и психиат.–1983. – № 9.–С. 1345–1351.

156. Недува, А.А. Типология резистентных к терапии состояний больных шизофренией.–Журн. невропатол. и психиат.–1986.–№ 3.– С.424–428.

157. Falloon I., Liberman R. Interactions between drug and psychosocial treatment in schizophrenia. – ScMtophrenia Bull. –1983. – N. 9. – P. 543–554.

158. Karssu, T. Psychotherapy end psychoplwmacetherapy:

toward an integrative model.—Am. J. PsychMrt. – 1982. – N. ISO. – P.1102–1113.

159. Wylie H., Wylie M. An effect of pharmacotherapy on the psycho analytic process: case report of a modified analysis. – Am. J. Psychiat. – 1987.—N. 144. – P. 489–492.

160. Feinsilver D., Yates B. Combined use of psychotherapy and drugs in chronic treatment-resistant schizophrenic patients.—J. Nerv. Dis.—1984.— N. 3. – P. 133–139.

161. Красоевич Л. Семья как фактор в реабилитации и ресоциализации психически больных // Психогигиена и психопрофилактика. – Л., 1983.— С. 37-39.

162. Payk T. Therapie psychischer Erkrankungen. Grundlagen und Methoden der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung. – Stuttgart, 1982.—212 S.

163. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Строжакова А.Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М., 2004. – 492с.

164. Психиатрическая помощь больным шизофренией. Клиническое руководство (под редакцией В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича, С.Н. Мосолова, А.Б. Шмуклера) – М., ИД «МЕДПРАКТИКА-М». – 2007. – 260с.

165. Мовина Л.Г. Опыт применения программы комплексного терапевтического вмешательства у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания. // Социальная и клиническая психиатрия, 2007, №3.

166. Alanen, Y. O., Riddkildinen, V., Rasimus, R., Laakso, J., & Kaljonen, A. (1985). Psychotherapeutically oriented treatment of schizophrenia: Results of a 5-year-follow-up. Acta Psychiatrica Scandinavica, 71(Supplementum No. 319), 31-49.

167. Павлов И.П. Пробная экскурсия физиолога в область психиатрии.// Психопатология и психиатрия. М., 1949, с. 114.

168. Зейгарник Б.В. Патопсихология. // М., Изд-во Московского университета, 1986.

169. Салическая правда. М., Образц. тип.им. Жданова, 1950. (Моск.гос.пед.ин-т им. Ленина. Ученые записки, т.LXII).

170. Психотерапевтическая энциклопедия/ Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., Питер, 2002.

171. Мадорский В.В. Использование стратегической семейной терапии в комплексном лечении и социальной адаптации больных шизофренией. Материалы второй научно-практической конференции психиатров и наркологов Южного федерального округа. Ростов н/Д, Изд-во ЛРНЦ «Фе.

172. Бэндлер Р., Гриндер Д., Сатир В. – Семейная терапия. М., Институт Общегуманитарных Исследований, 1999.

173. Франкл В. Человек в поисках смысла. М., Прогресс, 1990.

174. Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. – М.: Медицина, 1987. – 239 с.

175. Наджаров Р.Я., Смулевич А.Б. Клинические проявления шизофрении. Формы течения //Руководство по психиатрии / Под ред. А. В. Снежневского. – М.: Медицина, 1983. – Т. 1. – 480 с.

176. Руководство по психиатрии. Под ред. академика А.В. Снежневского. М., Медицина, – 1983.

177. Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных. М., «Медицина», 1989.

178. Бэндлер Р., Гриндер Д. Из лягушек – в принцы. Сыктывкар, «Флинта», 2000.

179. Роджерс, К. Брак и его альтернативы: позитивная психология семейных отношений. М.: Этерна. – 2006.

180. Консторнум С.И. Опыт практической психотерапии. М., Медицина, 1961.

181. Мадорский В.В. Использование визуализации образов в психотерапии больных шизофренией. Материалы второй научно-практической конференции психиатров и наркологов Южного федерального округа. Ростов н/Д, Изд-во ЛРНЦ «Феникс», 2006 – 615с.

182. Мадорский В.В. Психотерапевтический процесс в условиях мест лишения свободы России. // Независимый психиатрический журнал, 2007 г., № 4.

183. Мадорский В.В., Терещенко И.К. Роль психообразовательной работы с семьями больных в комплексном лече-

нии приступообразно-прогредиентной шизофрении. Материалы второй научно-практической конференции психиатров и наркологов Южного федерального округа. Р н/Д.

184. Литвак М.Е. Психологическое айкидо. – Ростов н/Д.: Изд-во Ростовского педагогического института, 1992. – 64 с.

185. Беккио Ж., Росси Э. Гипноз XXI века. М., Независимая фирма «Класс», 2007 г.

186. Бэндлер Р., Гриндер Д. Рефрейминг: ориентация личности с помощью речевых стратегий. Перев. с англ. – Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. – 256 с.

187. Джендлин Ю. – Фокусирование. Новый психотерапевтический метод работы с переживаниями. – М., Независимая фирма «Класс», 2000. – 448 с.

188. Хайкин А.В., Процессуальные методы постэриксонской гипнотерапии в работе с кризисными состояниями и другими психотерапевтическими проблемами. <http://www.relga.ru/Environ/WebObjects/tgu-www.woa/wa/Main?textid=2040&level1=main&level2=articles>.

189. Хайкин, А. Процессуальные методы постэриксонской гипнотерапии в работе с кризисными состояниями и другими психотерапевтическими проблемами. // <http://www.relga.ru/Environ/WebObjects/tgu-www.woa/wa/Main?textid=2040&level1=main&level2=articles>.

190. Дехтяр И. Психотерапевтическая мишень в психотерапии. Р н/Д, «Минитайп», – 2005.

191. Drake R. E., Mercer McFadden c., Mueser K. T. A review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. //Schizophrenia Bulletin. 1998, 24, 4, 589-608.

192. Портнов А. А., Пятницкая И. Н. Клиника алкоголизма. Ленинград, Медицина, 1971.

193. Чирко В.В. Алкогольная и наркотическая зависимость у больных эндогенными психозами М., «Медпрактика-М», 2002.

194. Бухановский А.О., Мадорский В.В., Солдаткин В.А. Интегративная психотерапия в комплексном лечении больных, страдающих патологической страстью к азартным играм. // Наркология. 2008 г. №2.

195. Бухановский А.О., Мадорский В.В., Солдаткин В.А. Интегративная психотерапия в комплексном лечении больных, страдающих патологической страстью к азартным играм. Наркология, №2, – 2008.

196. Андреас К., Андреас С. Сердце разума. Новосибирск, «ЭКОР», 1995 г.

197. Воскресенский Б.А., Виноградова Л.С. О некоторых аспектах религиозно-ориентированной психотерапии. // Независимый психиатрический журнал, 4, 2007.

198. Василец Т.Б. Тайна сакрального брака. СПб, Речь, 2010 – 496с.

199. Юнг К.Г. Психология бессознательного. М.1994, с. 135.

200. Уилкинсон Б. Библейский портрет супружества, М, 1995.

201. Болен Дж. Боги в каждом мужчине. Архетипы, управляющие жизнью мужчин. М.: ИД «София», 2005.

202. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Практическая патопсихология. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1996.

203. Белый Б.И. Тест Роршаха: практика и теория /Под ред. Л.Н. Собчик. – СПб.: Дорваль, 1992.

204. Вартегг Э. Калинин В.К. Рисуночный тест Вартегга. М., Смысл, 2006.

205. Гильяшева, И. Н. О возможностях использования метода ТАТ при изучении личности больного в психоневрологической клинике.

206. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: Иллюстрированное руководство. – М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003.

207. Романова Е.С., Потемкина О.Ф. Графические методы в психологической диагностике. – М.: Дидакт, 1992.

208. Маховер К. Проективный рисунок человека. – М.: Смысл, 1996.

209. Бетенски М. Что ты видишь? Новые методы арт-терапии. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002.

210. Большой толковый психологический словарь. П.-Я., Вече-Аст., Москва, 2000, 592с.

211. Лучшие психологические тесты для профотбора и

профориентации. Под ред. А.Ф. Кудряшова. Петрозаводск: Петроком, 1992.

212. Столяренко Л.Д. Основы психологии. Ростов –на –Дону: Логос, 1995.

213. Драгунский В.В. Цветовой личностный тест. Практическое пособие, Минск: Харвест, 1999.

214. Тимофеев В.И., Филимоненко Ю.И. Цветовой тест М. Люшера (стандартизированный вариант). Методическое руководство. Спб: Иматон, 2002.

215. Базыма Б.А. Цвет и психика. Монография. Харьков, 2001.

216. Базыма Б.А. Исследование отношения к цвету как метода в диагностике эмоциональных нарушений при шизофрении. Диссертация и автореферат на соискание ученой степени кандидата психологических наук. Ленинград, 1991.

217. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психологической диагностике. – Киев, Наукова Думка, 1989.

218. Erikson, E. Childhood and society (2d ed.). New York: Norton – 1963.

219. Радьяр Д. Астрология личности: представление астрологических понятий и идей в свете современной психологии и философии. М.: «Антарсис», 1991 – 352с.

220. Платон. Собр.соч. в 4-х томах. Том 2., стр.7 – 81. – М.:«Мысль», 1993.

221. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании.М., София, – 2001.

222. Р. Моуди. Жизнь после жизни. Исследование феномена продолжения жизни после смерти тела. Пер. с англ. М.-Рига: Старт-Синектика, 1991. – 159 с.

223. Аллан Кардек. Небо (Рай) и Ад. Р н/Д, “Феникс”, 1995.

224. Сборник церковных песнопений с переводом их на русский язык. М., Издание Сретенского монастыря, 2003.

225. Джемс В. Многообразие религиозного опыта. – М.: Русская мысль, 1910.

226. Starbuck, E. D. The Psychology of Religion. New York:

Charles Scribner’s Sons, 1899.

227. Pratt J.B. The Religious Consciousness: A Psychological Study. – NY, Hafner Publishing Company, 1971 (Facsimile of the 1920 edition).

228. Мелехов, Д.Е. Психиатрия и проблемы духовной жизни // «Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни». Свято-Филаретовская московская высшая православно-христианская школа. 1997 с.5-61.

229. Воскресенский Б.А. Некоторые аспекты клинического подхода к душевнобольным-верующим // Московский психотерапевтический журнал, 2004 г. № 4.

230. Смирнова Е.Т., Введение в религиозную психологию. – 2003г.

231. Свящ. Георгий Кочетков Таинственное введение в православную катехетику. Свято-Филаретовская московская высшая православно-христианская школа. М.:1998, 342 с.

232. Бердяев Н.А. Самопознание. – М.: Международные отношения, 1990.

233. Телле Р. Психиатрия с элементами психотерапии. Пер. с нем. – Минск: Вышшая школа, 1999.

234. Зислин И., Спивак И. Иерусалимские этюды // Независимый психиатрический журнал. – 1999. – № 4. – С. 45-51.

235. Bar-El Y., Witztum E., Kalian M., Brom D. Psychiatric hospitalization of tourists in Jerusalem // Compr. Psychiatry. – 1991. – Vol. 32.-P 238-244.

236. Bar-El Y., Durst R., Katz G. et al. Jerusalem syndrome // Br. J. Psychiatry. – 2000. – Vol. 176, N 1. – P. 86-90.

237. Игумен Евмений, (Перистый). Пастырская помощь душевнобольным. – 1999.

238. Пашковский В.Э., Зислин И.М. Религиозно-мистические состояния как психиатрическая проблема. // Социальная и клиническая психиатрия, 1, 2005.

Оглавление

| | |
|---|-----|
| Введение | 3 |
| Глава 1. Развитие психотерапии шизофрении | 6 |
| Допсихоаналитический период | 6 |
| Психоаналитически ориентированная психотерапия шизофрении | 12 |
| Бихевиористически ориентированная психотерапия шизофрении | 34 |
| Телесно-ориентированная модель психотерапии и психотерапия, основанная на вовлечение больных в процесс творчества | 45 |
| Когнитивная психотерапия | 49 |
| Гипнотерапия шизофрении | 53 |
| Стратегическая семейная терапия | 61 |
| Современная психосоциальная терапия | 65 |
| Глава 2. Коммуникация при шизофрении | 76 |
| Глава 3. Семейная психотерапия | 95 |
| Глава 4. Индивидуальная психотерапия больных шизофренией | 116 |
| Начальные этапы | 116 |
| Гипнотерапия | 126 |
| Когнитивно-поведенческая психотерапия | 136 |
| Психообразование | 136 |
| Преодоление алекситимии | 141 |
| Трансактный анализ | 148 |
| Преодоление конфликтных ситуаций с помощью ТА | 152 |
| Кризисные интервенции | 160 |

| | |
|--|-----|
| Глава 5. Психотерапевтические методики самопомощи при аффективных колебаниях | 164 |
| Работа с идеомоторными движениями рук по Росси | 164 |
| Самогипноз с использованием наведения транса по Тукаеву | 169 |
| Фокусирование | 173 |
| Глава 6. Шизофрения и зависимости | 178 |
| Глава 7. Инициационная терапия | 187 |
| Глава 8. Тренинг социальных навыков | 209 |
| Глава 9. Терапия творческим самовыражением | 213 |
| Глава 10. Роль анализа рисунков пациентов в изучении динамики реабилитационного процесса | 218 |
| Глава 11. Возрастные кризисы | 239 |
| Глава 12. Шизофрения и религия | 259 |
| Глава 13. Организация реабилитационного процесса | 269 |
| Глава 14. Примеры лечения больных шизофренией | 273 |
| Пример 1 | 273 |
| Пример 2 | 277 |
| Пример 3 | 284 |
| Глава 15. Результаты лечения шизофрении | 289 |
| Глава 16. Результаты терапии | 298 |
| Глава 17. Обсуждение | 311 |
| Глава 18. Выводы | 316 |
| Глава 19. Сущность выздоровления | 319 |
| Список литературы | 323 |

Мадорский В.В.

**Практическая психотерапия
шизофрении**

ООО «Донской Издательский Дом»
Дизайн и верстка Стефаненко С.С.

Сдано в набор 25. 07.2011. Подписано в печать 09.08.2011.

Формат 60x84/16. Печатных листов 22. Бумага офсетная.

Печать офсетная. Гарнитура SchoolBook.

Заказ № 186. Тираж 300 экз.

Отпечатано в типографии ООО «ДонПечать»

344006, г. Ростов-на-Дону, ул. Красноармейская, 170

тел./факс: (863) 280-88-78, 263-83-90, e-mail: donidom@mail.ru