

В. Д. Вид
ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Санкт-Петербург 1993

Светлой памяти психиатра Анатолия Михайловича Красильникова

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение

Глава 1

Связь лечебных стратегий с концепциями природы шизофрении

Биологический и психосоциальный лечебный подходы

Глава 2 Клинико-диагностические данные

Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные расстройства личности

Глава 3 Эффективность психотерапии при шизофрении.

Психосоциальные параметры, определяющие психотерапевтический эффект

Глава 4 Задачи психотерапии при шизофрении

Организация и финансирование психотерапевтического обслуживания.

Глава 5 Непсиходинамически опосредованные модели психотерапии

Глава 6 Особенности мотивации и неосознаваемых личностных механизмов

Глава 7 Механизмы психологической защиты у больных шизофренией

Глава 8 Психоаналитические модели психотерапии

Глава 9 Типы вмешательств психотерапевта

Глава 10 Неспецифические параметры психотерапии

Интеграция методов и общая стратегия психотерапии при шизофрении

Глава 11 Объективация психотерапевтического процесса

Глава 12 Формализация диагностики состояния больного

Глава 13 Данные эмпирических исследований

Указатель литературы

Приложение

ВВЕДЕНИЕ

Шизофрения дает 39,9% от общего числа инвалидов по психическому заболеванию. Столь высокий уровень инвалидизации в настоящее время можно рассматривать как прямое следствие недостатков в области вторичной и третичной профилактики [1]. Они связаны с тем, что в российской психиатрической клинике психотерапевтические подходы еще не находят должного понимания. Применение психодинамически ориентированных методов сдерживается прежде всего отсутствием специалистов, в достаточной мере владеющих техниками психоаналитической психотерапии, но также и привычными стереотипами мышления, опасением впасть в психологизацию при решении вопросов диагностики и лечения больных [2]. Политика финансирования здравоохранения не создает у врачей стимулов к освоению сложных и энергоемких методов психоаналитической психотерапии — в государственной бюджетной медицине на повышение качества лечения больных по-прежнему нет социального заказа, а развивающаяся частная медицина предпочитает использовать менее эффективные, но также и менее энергоемкие, не требующие длительного обучения методы суггестивной психотерапии. Основные

показатели деятельности практических лечебных учреждений (число выписанных, летальность, количество посещенных на дому и т.д.) не ориентированы на требования сегодняшнего дня, конечные качественные критерии социальной адаптации больных [3]. А между тем, для проведения психотерапевтической работы с больными шизофренией имеются достаточные основания. Лонгитудинальные исследования прогноза подтверждают наличие генетически обоснованной повышенной чувствительности к социальному стрессу у больных шизофренией и убедительно доказывают провоцирующую роль психосоциальных факторов в возникновении рецидивов психоза, а также стабилизирующую роль социальной компетенции больных в их предотвращении. Это делает ясной основную задачу психотерапии при шизофрении: обучение способам улучшения психологической защиты от социального стресса, своевременного распознавания стрессоров; коррекция навыков социального взаимодействия, повышение эффективности в общении и проблемно-решающем поведении. Получены и доказательства практической эффективности: психотерапия в общем комплексе восстановительного лечения снижает рецидивирование в среднем на 25—30% за пределами того, что оказывается возможным при использовании лишь биологических и реабилитационно-средовых методов терапии. Такие данные получены разными авторами в разных странах, в том числе и в России [4].

Растущий интерес к психотерапии психозов во всем мире объясняется и новейшими исследованиями клинической и экономической эффективности реабилитационных программ [5], позволяющими увидеть границы возможностей методов реабилитации, ставших уже традиционными в психиатрической практике. Высказывается мнение, что в отношении существующих реабилитационных программ не стоит строить избыточных иллюзий [6], так как они не решают стратегической задачи — излечения больных; более того, по отношению к определенным контингентам они не решают и тактической задачи — возвращения к труду на производстве. Здесь даже возрастающие усилия не дают никакого эффекта, если применяемые формы и методы принципиально не изменяются на высший порядок, с привлечением психодинамически ориентированных методов психотерапии. Стремление обеспечить максимальному числу психически больных в постгоспитальном периоде пребывание в среде здорового населения приходит в противоречие с нарастающей параллельно тенденцией к учащению рецидивов в силу низкого уровня адаптации у определенной части больных к психосоциальным стрессорам обыденной жизни. Растут ожидания к выздоровлению больных шизофренией и снижаются шансы их трудоустройства в условиях рыночной экономики. Это создает гораздо более высокий уровень ожиданий к их продуктивности, чем несколько лет назад. Растут экономические затраты на купирование рецидивов в стационарных условиях, превосходя в сумме стоимость постоянного содержания этой группы пациентов в отделениях для хроников; велики также психологические нагрузки здорового окружения, связанные с пребыванием в нем психически больных, находящихся в предрецидивных состояниях. Дальнейшее повышение эффективности и рентабельности возможно лишь на основе оптимизирования отдельных компонентов реабилитационных программ и, в первую очередь, психотерапии, являющейся вмешательством, наиболее нацеленным на повышение социально-трудовой адаптации больных. Вот почему общая постановка вопроса об эффективности психотерапии уступила место более компетентной формулировке о том, какая

психотерапия, при каких условиях и у каких больных является более или менее эффективной относительно каких-то определенных задач, или о том, как именно меняется эффективность данной психотерапевтической модели при изменении отдельных ее параметров

Наименее доступной настоящего времени остается подсистема факторов психотерапевтической модели и ее непосредственной реализации в ходе лечения. Изучение психотерапевтического процесса выступит на первый план, оттесняя традиционные сравнения статистических замеров индивидуального состояния больного до и после лечения. Что позволяет говорить о новой парадигме в развитии психотерапии [7]. Сейчас уже не представляется достаточно простой ссылка на название какой-то использовавшейся модели. Психотерапевтические модели излагаются в учебных руководствах в общей форме, и свою квалификацию психотерапевт приобретает преимущественно не при чтении пособий, а в ходе многолетней кропотливой отработки соответствующих практических навыков, в чем большую роль играет имитация им индивидуального стиля своих наставников. Все это может на практике довольно далеко уводить его от буквы классического описания используемой модели. До сих пор в большинстве исследований эффективности психотерапии обходятся без раскрытия интеракционных характеристик поведения врача, имплицитно предполагая, что если курс проводит достаточно компетентный и опытный специалист, то делается это всегда и относительно каждого больного *lege artis*. Поскольку это не всегда так, весьма важно иметь возможность объективно контролировать процесс психотерапии, проверять соответствие практического поведения врача теоретическому описанию используемой им модели. Нуждается в уточнении не только соответствие данной модели, но и качество использовавшихся вмешательств, так как само по себе их количество не является достаточным для успеха терапии. Относительно возможности осуществления этого делаются неоднозначные суждения. Некоторые считают, что техника психотерапии при шизофрении не поддается точному описанию. «Из того, чему можно обучить, есть пара начальных ходов, немного рекомендаций и много предостережений. На практике полагаются на интуицию врача». [8] Трудно согласиться с тем, что подобная точка зрения является многообещающей относительно повышения объективности уровня сравнительных исследований в психотерапии. Другие сетуют на трудности, связанные с многозначностью контекста психотерапевтического взаимодействия, нельзя сказать, что какое-то вмешательство обязательно способствует успеху или всегда неэффективно [9]. Здесь соучаствуют какие-то другие параметры, делающие его эффективным или неэффективным. Единичные догадки относительно связи отдельных вариантов подсистем психотерапевтического процесса между собой [10] интуитивны и не обеспечены эмпирической верификацией. Нужны более точные знания об относительном удельном весе отдельных компонентов психотерапевтических моделей в достижении лечебного эффекта. Это придает особый интерес дифференцированному анализу психотерапевтической модели именно тогда, когда она проводится *lege artis*, так как это позволяет детально узнать, что происходит не на уровне общих постановок задач теоретической концепции, а на уровне конкретного взаимодействия, с тем, чтобы выделить из всего многообразия вариантов поведения врача те, которые составляют действующую основу данной модели. То обстоятельство, что подтверждена принципиальная эффективность всех основных научно обоснованных

психотерапевтических моделей, свидетельствует о том, что каждая из них относительно неэффективна, поскольку не включает действенные компоненты других моделей, которые могли бы обеспечить лечебный эффект у определенной части больных на каком-то этапе. Задача обеспечения каждого больного оптимальным комплексом лечебных параметров из арсеналов различных психотерапевтических моделей с учетом индивидуальных психодинамических и психопатологических особенностей пациента, т. е. задача создания интегративной трансмодельной психотерапии, возможна лишь на основе системного и дифференцированного изучения важнейших параметров психотерапевтического процесса.

Настоящая работа имеет целью ознакомление с теоретическими предпосылками, техническими возможностями и методами объективации — центральными аспектами психоаналитической психотерапии психозов на современном этапе развития научной проблемы.

Глава 1

СВЯЗЬ ЛЕЧЕБНЫХ СТРАТЕГИЙ С КОНЦЕПЦИЯМИ ПРИРОДЫ ШИЗОФРЕНИИ. БИОЛОГИЧЕСКИЙ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОДЫ.

Воздействие генетических факторов на возникновение шизофрении — давно и надежно установленный факт, обуславливающий в течение многих десятилетий сдержанное отношение классической психиатрии к психотерапии при шизофрении. Генетическая обусловленность шизофрении доказана убедительно и на самых разных уровнях. Предполагают специфическое воздействие генетики матери на плод (если в семье больна шизофренией мать, то дети заболевают шизофренией в 5 раз чаще, чем если болен отец), тем более, что аналогичный «материнский эффект» зарегистрирован в некоторых типах олигофрений, генетическое происхождение которых не вызывает ни малейших сомнений [II]. Тщательно проведенные скандинавские исследования детей шизофренических родителей, с раннего возраста воспитывавшихся в семьях психически здоровых приемных родителей, а также лонгитудинальные исследования приемных детей, впоследствии заболевших шизофренией, позволили опровергнуть психосоциальные гипотезы возникновения шизофрении. Биологические родственники приемных детей, заболевших шизофренией, демонстрировали достоверно больший процент случаев детского аутизма и психопатических черт личности по сравнению с биологическими родственниками контрольной группы — приемных детей, не заболевших шизофренией [12]. Однако, именно тщательность, с которой проводились эти исследования, сделала убедительным и вывод о том, что генетическая предрасположенность является условием необходимым, но не достаточным для возникновения шизофрении. Данные исследований свидетельствуют о том, что в этиологии играют роль многие факторы и каждый из них ответственен за небольшую долю вероятности появления расстройства [13]. Нет жесткой, однозначной связи между генетическим материалом и последующей его реализацией в характеристиках патологического процесса. Наследственные факторы не обуславливают своей специфичности в предопределении основных крепелиновских типов шизофрении [14]. Они не связаны также с характеристиками начала и симптоматической картиной процесса [15]. Нет и подтверждения гипотезы о том, что шизофрения с неблагоприятным исходом является «генетической» формой расстройства [16]. Генетическая теория не дает удовлетворительного объяснения, почему заболевание не развивается в ряде случаев, когда

оно теоретически могло бы возникнуть. Как объяснить, что близнецы с идентичной структурой генного материала демонстрируют лишь 50%-ную [17] конкордантность по заболеванию? Почему генотип не всегда реализуется как фенотип, более того, отчего большинство генов шизофрении остаются не реализованными? [18]. Морбидность при совместном проживании с одним из родителей, больным шизофренией, составляет 17—28%; у детей, воспитывавшихся в домах ребенка, будучи оторванными от больной матери в первые 3 дня, морбидность равна 11%, этот уровень у детей от психически здоровых родителей, воспитывавшихся в детском доме, составляет 8—9% [19]. Таким образом, воспитание не у больных родителей снижает риск заболеть практически до среднего уровня в популяции в целом. При наличии одного больного шизофренией родственника первой степени риск для потомства принято расценивать как средний — вероятность заболевания для ребенка не превышает 10% [20]. Высоким считается риск при наличии двух родственников первой степени, когда рекомендация прерывания беременности считается оправданной. Некоторые авторы [21] считают даже более уместным в ходе генетической консультации не предоставление конкретных рекомендаций, а ознакомление с информацией по вероятности риска, которая позволила бы клиентам принять собственное решение. Органическая природа шизофрении находит свое подтверждение в новейших нейрофизиологических, биохимических и морфологических исследованиях. Предпринят ряд попыток обнаружения биологических маркеров шизофрении — патологической межполушарной активности [22], асимметрии кожной электропроводимости в ходе социального взаимодействия, латерализованной церебральной дисфункции, связанной с дефицитом умственной продуктивности [23, 24]. Однако, валидность и надежность этих маркеров, их связь с существенными клиническими параметрами пока не представляются достаточно установленными. Так, если в одних публикациях прослеживается связь между расширением желудочков мозга у больных шизофренией и снижением уровня их социального функционирования [25], то в других такие маркеры, как умеренная вентрикуломегалия, неравномерное уплотнение кортикальных тканевых структур, признаки церебральной дисфункции на ЭЭГ и нейропсихологического дефицита не обнаруживают связей ни с одним из многочисленных психопатологических параметров, уровнем трудоспособности или терапевтической резистентности [26]. Отсутствие однозначности в понимании этиологии шизофрении делает понятной теоретическую дискуссию о примате друг над другом одного из двух комплексов факторов — биологических и психосоциальных, которые могли бы взять на себя главную ответственность за возникновение заболевания и существенно определить собой содержание лечебных стратегий.

Психосоциальные параметры шизофренического процесса безусловно находятся под влиянием психопатологических параметров. Так, качественная синдромальная представленность клинической картины отражается на уровне социальной перцепции [27], сроках проведения комплекса реабилитационных мероприятий [28], достигаемого в последующем уровня социальной адаптации [29] и прогноза в целом [30].

Однако, психопатологические феномены определяют собой в картине шизофрении не все и не всегда. Удельный вес и автономия факторов психосоциальной природы достаточно велики [31]. Нет прямой связи между объективным уровнем психопатологических расстройств и уровнем их субъективной воспринимаемости, а также частотой и качеством

попыток совладания с болезнью [32]. Нет полной корреляции уровня социальной дезадаптации и выраженности конфликтных отношений с глубиной дефицитарных проявлений, нет жесткой связи между уровнем самосознания и «регистрами» психопатологических расстройств [33]. Антисоциальные формы поведения больных, в особенности в случаях малопрогредиентного течения шизофрении, обусловлены не только, а часто и не столько эндогенным процессом, сколько общей направленностью личности больного, системой его отношений и социальных установок [34]. Многообразие клинических картин зависит от включения в них большого числа различных проявлений компенсации и адаптации, в том числе и явлений психологической защиты [35]. 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 [36]. Это влияние заставляет в ряде случаев по-иному взглянуть на саму природу психопатологических феноменов — так, например, некоторые авторы [37] 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 прогредиентностью процесса [38]. 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 [39]. Психогенные патологические развития личности могут наблюдаться не только на этапе ремиссии, как это было принято думать раньше, но и при активно текущем шизофренном процессе [40].

Достаточно хорошо известна также патопластическая роль и экзогенных социальных факторов. Нельзя согласиться с тезисом Oedegard о том, что «истинные психозы во взрослом возрасте независимы от окружающего мира» [41]. Подтверждена роль социальных стрессоров как одного из факторов, обуславливающих манифестацию шизофренного психоза [42]. Установлена зависимость между экзогенными вредностями в начале заболевания и особенностями его течения в последующем. В случаях, когда возникновению заболевания предшествуют экзогении, достоверно чаще наблюдаются обострения — появление новых приступов при периодической шизофрении и эксацербации состояния при вялотекущей [43]. Общеизвестна выраженная разница в течении и исходе шизофрении между развивающимися и индустриально развитыми странами, обусловленная социо-культуральными различиями этнических укладов [44].

Социальному компоненту биопсихосоциальных процессов принято отводить большую роль и на уровне теоретического осмысления проблемы. Биологическое, входя в личность человека, становится социальным. Мозговая патология может порождать в субъекте, в структуре его индивидуальности биологически обусловленные психологические черты, которые затем становятся или не становятся личностными чертами, конкретными особенностями личности именно в силу социальной детерминации [45]. В этом смысле интересна гипотеза, согласно которой страдающие при эндогенных

психозах мозговые структуры возникли на ранних этапах появления человечества и имеют социальное происхождение [46]. Как биологическое (наследственность, структуры, обмен), так и социальное этих заболеваний происходит от тех же особенностей человека, которые отличают его от животных. Гипотеза интересна тем, что в философском плане могла бы устранить главное противоречие теории эндогенных психозов (сомато- или психогенез?). Так или иначе, но психосоциальные факторы, не объясняя собой возникновения шизофрении, могут во многом определять ее протекание [47]. Случаи психической патологии, в генезе которых важную роль играют биологические факторы, не могут рассматриваться как заболевания, имеющие чисто биологическое происхождение [48]. В патогенез таких заболеваний уже на ранних стадиях неизбежно включаются факторы социального порядка [49]. Тесная связь биологического и социального проявляется при шизофрении в том, что психические нарушения выступают в значительной степени в виде нарушения взаимоотношений с другими людьми; таким образом, во всех случаях страдает содержательная сторона психической деятельности, ее социальные аспекты.

Акцентирование роли как биологического, так и психосоциального в патогенезе шизофрении представляет, с нашей точки зрения, чрезвычайную важность, ибо история психиатрии знает немало красноречивых примеров власти монополизированного специального знания, поддерживающего суженную интерпретацию какой-либо патологии. Представление о монокаузальности заболевания имеет четкие последствия для терапевтической практики. Так, из представления о том, что шизофрения вызвана исключительно определенного рода нейрогуморальной дисক্রазией следует вывод о том, что ее можно излечить соответствующими нейротропными препаратами, подобно тому, как при диабете применяется инсулин (известный пример—предложение терапии шизофрении мегадозами витаминов), что эти препараты являются и необходимыми и достаточными средствами лечения, и тогда больной становится некоей биохимической абстракцией, объектом приложения психофармакологических препаратов, а любого рода психосоциальные воздействия — несущественными и в лучшем случае бесполезными [50]. Хороший пример биологического редукционизма — наделавшее несколько лет назад сенсацию сообщение о драматическом успехе гемодиализа, проведенного нескольким соматически здоровым пациентам с диагнозом шизофрении. Неудачи попыток контрольного воспроизведения этой терапии привели к выводу о том, что улучшение состояния этих, ранее длительно госпитализированных больных, скорее следует связать с изменениями средовых влияний, сопутствовавшими проведенной процедуре [51]. В качестве обратного примера психологического редукционизма можно было бы привести пациентов известной психоаналитической клиники Chestnut—Lodge, многолетний катамнез которых показал, что одностороннее психотерапевтическое обращение и социальная гипостимуляция привели к злокачественной регрессии, инвалидизировавшей больных.

В последние годы большинство специалистов склоняется к выводу о том, что как чисто социогенетические, так и чисто биологические модели психических заболеваний несовершенны; исторически возникшие понятия о том, что психозы обусловлены биологическими, а неврозы — социопсихологическими факторами, представляются неправомерно упрощенными и не соответствующими современному состоянию знаний

[52]. Проводившееся в прошлом на примере паранойи противопоставление эндогенно обусловленных процессов развитию личности в известной мере потеряло свое значение [53]. Монокаузальный способ рассмотрения эндогенных психозов с точки зрения сегодняшнего состояния развития психиатрии признан устаревшим [54], вот почему пренебрежение этим тезисом на практике нередко приводит к вызывающему в последнее время все большее беспокойство феномену дегуманизации медицины. Быстро развивающаяся технизация и механизация медицины, углубляющаяся специализация порождают обезличивающий подход к больному, расчленяющий его на органы и фрагменты. Не служит улучшению положения в этой области и чрезмерное увлечение многих молодых врачей блистательными успехами естественных наук и техники, приводящее их к иллюзорному убеждению в том, что все вопросы терапии удастся решить с помощью достижений фармацевтической промышленности и усовершенствования технологии. Терапия любого рода может являться лишь частью общего подхода к лечению шизофрении [55]. Так, например, самого по себе поступления адреналина в кровь недостаточно для появления субъективного ощущения тревоги — требуются еще стимулы, которые перевели бы ощущения участвовавших сердцебиений в гештальт-феномен тревоги. Таким образом, терапия тревоги лишь с помощью лекарств может воздействовать лишь на часть того, что является общим восприятием тревоги — физиологические симптомы, оставляя в стороне психологическое содержание проблемы [56].

Вот почему психиатрия в принципе не может существовать без психотерапии, хотя «глубокий интерес к психотерапии не означает, что психиатр оказывается в силу этого отчужденным от своих медицинских коллег. Он должен чувствовать себя прежде всего врачом, затем специалистом по нервно-психическим расстройствам и уже затем лицом, имеющим специальный интерес к психотерапии» [57].

Современные теоретики психиатрии стремятся, как будто бы, извлечь урок из того поучительного обстоятельства, что ряд предшествующих поколений психиатров, выступавших с унитарными, монокаузальными теориями шизофрении, принесли мало пользы своим больным, которых лечили в соответствии с этими теориями [58]. Сейчас заметно отчетливое стремление избежать любого вида редукционизма — как биологического, так и психологического и социального [59]. Foss и Rothenberg предлагают новую парадигму так называемой «инфомедицинской модели», рассматривающей человека в качестве идеального декодера, т.е. кибернетической системы, чье состояние является конечным результатом интегративной организации информации, поступающей с различных уровней—соматического, психологического, социального [60]. Наиболее радикальные сторонники т. н. «новой эпистемологии» отвергают все традиционные методы исследования, считая их производными от линейно-каузальных редукционистских парадигм и, следовательно, неадекватными современному состоянию знаний о системных процессах [61], однако их более умеренные оппоненты справедливо возражают им, полагая, что системный подход должен включать наряду с новыми и старые методы [62].

Чтобы быть эффективным в лечении, врач должен иметь в своем распоряжении знания, накопленные клиническим опытом различных теоретических школ. Однако, теоретическая концептуализация интеграции биопсихосоциального пока находится в значительном отрыве от уровня практической реализации пригодных для использования

лечебных моделей. Решение сегодняшних проблем в психиатрии окажется возможным лишь когда общая психопатология и психодинамическая психология окажутся эффективно встроенными в единый фундамент объективно установленного знания о функционировании человека. Существующие же темпы исследовательского прогресса пока не позволяют, к сожалению, надеяться на быстрое решение этих проблем "[63].

В целом, новый уровень теоретического осмысления ключевых научных проблем проявляется в смене монологической установки на диалогическую, на теоретическую ассимиляцию конструктивных идей, разработанных в различных подходах. Для нового уровня диалогического научного мышления характерно разрушение рамок школ при сохранении их традиций. В результате происходит актуализация объяснительных возможностей, заложенных в каждой теории [64]. «Быть может, наиболее правильным будет вывод о том, что надо покончить с противопоставлением одного направления в психиатрии другим, а также с необоснованными претензиями представителей каждого из основных клинических направлений в психиатрии — нозологического, синдромологического и психодинамического — на единственно возможный и правильный путь развития психиатрии» [65].

Наиболее соответствующей современному системному пониманию шизофрении, по-видимому, является модель стресс-диатеза, сформулированная Zubin [66, 67], хотя его концепция ранимости — предрасположенности к шизофрении и грешит недостаточной конкретностью, что делает в ряде случаев затруднительным четкое разграничение показателей ранимости от собственно проявлений активного процесса [68]. Ранимость проявляется в том, что стрессор действует на уже измененную способность больного противостоять ему, что делает абсолютное значение стрессора несколько относительным [69, 70]. В этом смысле некоторые авторы полагают, что термин «ранимость» просто заменил сейчас старое психодинамическое понятие «слабости Я» [71]. Тем не менее, эта концепция активно привлекается для интерпретации целого ряда клинических феноменов. В частности, связь рождаемости больных шизофренией со временем года рассматривается как следствие взаимодействия генетической предрасположенности больных и сезонно активирующейся вирусной инфекция [72]. В группе приемных детей от больных шизофренией отмечено больше манифестаций психозов по сравнению с контрольной (приемные дети от психически здоровых родителей), однако все они, как выяснилось, воспитывались в семьях с выраженными нарушениями внутрисемейных отношений. Это поддерживает гипотезу о взаимодействии генетической ранимости с социальным семейным окружением [73].

В наиболее разработанном виде модель стресс-диатеза представлена в работах L. Ciompi [74]. Приводимая на рис. 1 схема иллюстрирует ее системный характер и заложенный в ней, по определению Y. Ukei принцип «недуалистичности» т. е. отход как от редукционистской линейной модели «стимул — реакция», так и от односторонних метапсихологических истолкований. Стигматизированный проявлениями изначальной ранимости индивидум неадекватно реагирует на действие социальных стрессоров (например, семейных конфликтов), вызывая тем самым соответствующую реакцию окружения, в свою очередь усиливающую социальную дезадаптацию субъекта. Порочный круг формируется на интрапсихическом уровне: социальный стресс активирует фоновое психопатологическое возбуждение, снижающее порог действия стрессоров, что открывает

возможность патогенного влияния все увеличивающегося их количества [75]. Эта ступенчатая эскалация достигает критического пункта психотического срыва, который М. Bleuler [76] обозначает «точкой, откуда нет возврата». Дальнейшее протекание заболевания также не может быть представлено в виде линейного органического процесса, детерминированного в основном генетическими факторами». Факторы окружения продолжают играть важную роль, формируя биопсихосоциальные порочные круги с множественным эффектом обратной связи, ведущие к нелинейным процессам эскалации. Судьба рецидива может определяться балансом между интенсивностью социального стрессора и успешностью проблемно-решающего поведения. Хронизированные состояния предстают как результат сложного взаимодействия между предшествующей ранимостью, психосоциальными стрессовыми воздействиями и приемами аутозащитной регуляции на биологическом, психологическом и социальном уровнях [77]. Исследование стресса показало, что эти процессы не ограничиваются психосоциальной сферой, вторгаясь в деятельность биологически-гуморальных процессов, включая допаминую систему, а феномен нейрональной пластичности подтверждает морфологическую фундированность психосоциальных феноменов. Нейроны реагируют на повторные раздражения функциональными (электрофизиологическими) и анатомическими (рост дендритов) изменениями, представляющими собой морфологический коррелят динамики психической жизни человека [78]. В этом смысле расширение желудочков мозга, обнаруженное у некоторых больных шизофренией — признак нейрональной пластичности — является скорее следствием, чем причиной социальной депривации и пониженной активности больных [79].

Таким образом, теоретическое осмысление природы шизофрении безусловно оставляет в стратегии лечения этого заболевания место для психосоциальных, психотерапевтических подходов. Есть, однако, и иные причины, делающие обращение к психотерапии оправданным.

Одна из них—это проблема так называемого медикаментозного комплайенса — соблюдения больными лекарственных назначений. Нарушения лекарственного режима отмечаются у существенно большого числа больных: 30—50% больных совсем не принимают препаратов или принимают их в сниженных дозах [80]. По некоторым данным, 55% больных нарушают этот режим через 3 месяца после выписки [81]. Процент выпадения выписанных больных из амбулаторного наблюдения также доходит до 50% [82]. Медикаментозная коррекция комплайенса затруднительна, т.к., будучи обусловленным личностными, а не психопатологическими факторами, этот феномен оказывается за пределами воздействия психофармакологических средств [83]. Иногда медикаментозную терапию затруднительно провести даже при отсутствии проблем с комплайенсом — в случаях соматических противопоказаний, аллергической несовместимости или, например, необходимости сделать перерыв при переходе с ингибитора МАО на трициклический антидепрессант [84].

Отказ от приема лекарств или невозможность их назначения — к сожалению, не единственное затруднение, возникающее при терапии психотропными препаратами. Высказываются предположения о том, что длительный прием нейролептиков сопровождается у некоторых больных снижением энергетического и мотивационного потенциалов за пределами уровня, сопровождающего собственно проявления заболевания

[85]. Негативные побочные действия психофармакотерапии часто клинически неотличимы от процессуального дефекта, они сопровождаются снижением уровня аутоперцептивных процессов, что выражается в уменьшении социальных запросов, снижении самооценки, неудовлетворенности степенью интенции мышления, возникновении ощущения «автоматического существования», а также в снижении уровня социоперцептивных процессов, приводящем к ослаблению продуктивности общения с врачом и социальным окружением [86]. Здесь нейролептики выступают как дополнительная помеха межличностным контактам, реализация которых и так нарушена у больных в силу самой природы шизофренического процесса, что позволяет говорить о психофармакогенной депривации. Оправдано говорить также и о фармакогенном госпитализме, т. к. фактор фармакотерапии может не только способствовать патологической адаптации, но и играть существенную роль в реализации неблагоприятных тенденций патологического процесса с переходом на затяжной уровень течения [87]. Субъективная тягостность побочных эффектов нейролептиков способствует формированию порочных форм психологической адаптации, в частности — прибеганию к психотоксическим и наркотическим средствам [88], хотя чаще это — ипохондрические фиксации в тех случаях, когда за жалобами на побочные действия лекарств стоят психосоциальные проблемы [89]. Еще одним нежелательным побочным следствием лекарственной терапии является вторичная фармакогенная депрессия, которая, как полагают, распространена более широко, чем об этом известно [90], и значимо содействует учащению рецидивирования, а также общему снижению результатов лечения [91]. Осложняет здесь картину то обстоятельство, что, имея отличную от первичных депрессивных состояний природу, фармакогенные депрессии оказываются к терапии антидепрессантами в лучшем случае резистентными [92], по некоторым же данным добавление здесь антидепрессантов приводит к ухудшению состояния больных [93].

Общеизвестным осложнением психофармакотерапии является поздняя дискинезия. Она развивается у 20—30% [94—96] всех госпитализированных и амбулаторных больных шизофренией, регулярно принимающих любые нейролептики на протяжении более года. Помимо собственных патологических проявлений, поздняя дискинезия привносит повышенный риск респираторной и сердечно-сосудистой патологии. Смертность больных шизофренией с признаками поздней дискинезии и без них составляет соответственно 16% и 9% [97]. В связи с отсутствием эффективного способа лечения, главной рекомендацией остается щадящий режим назначения психотропных препаратов, однако до сих пор не вполне ясно, способствуют ли так называемые «лекарственные каникулы» (drug holidays) — временная отмена нейролептиков — обратному развитию, или же наоборот, усилению прогрессивности поздней дискинезии. Щадящий режим также не является достаточной гарантией полного устранения этого осложнения: в случае, если пациента удастся освободить от приема нейролептиков на 18 месяцев, проявления поздней дискинезии снижаются вдвое лишь у 87,2% больных; [98].

В психофармакотерапии наряду с так называемой отрицательной резистентностью (невозможностью добиться терапевтического эффекта вследствие непереносимости препаратов и т. д.) приходится иметь дело и с положительной резистентностью (отсутствие адекватного лечебного эффекта при достаточной переносимости препарата). Для преодоления последней в ряде случаев щадящий режим также является вариантом

рекомендуемого выбора. Например, при резистентных псевдоневротических и психопатоподобных состояниях в рамках резидуальной шизофрении в случаях отсутствия эффекта дальнейшая интенсификация терапии представляется нецелесообразной; более предпочтительными считаются социально-реабилитационные мероприятия [99]. Уменьшение частоты приступов идет за счет тяжелых психопатологических синдромов и тяжелых клинических форм психозов. Значительно меньшее действие лекарственная терапия оказывает при благоприятно текущих формах [100]. Все большее число авторов рекомендуют в последние годы длительное ведение больных шизофренией с использованием щадящих психофармакологических режимов. Все исследования с использованием контрольных групп с разными категориями дозировок показали, что если нижняя граница дозы любого нейролептика не ниже 300 мг аминазинового эквивалента, то дальнейшее повышение дозы большего клинического эффекта не приносит. Синдромальная структура здесь вносит, разумеется, свою дифференцировку: так, при одинаково хорошем преморбиде больные с параноидным синдромом имеют шанс получить удовлетворительную, социальную адаптацию лишь при лечении высокими дозами нейролептиков, больные же с иными синдромами—лишь при использовании низких доз [101]. Однако в целом пациенты, поддерживаемые на минимальных дозах лекарств, имеют больше шансов добиться лучшего уровня социальной адаптации по сравнению с больными, получавшими стандартные дозы [102]. Необходимость использования щадящей или интермиттирующей фармакотерапии очевидно выдвигает задачу нахождения альтернативных сопутствующих вариантов терапии [103—105]. Сопоставление оценки состояния больного с дифференцированными возможностями имеющихся средств и методов явится основанием для отхода от метода «проб и ошибок» при назначении психофармакологических препаратов.

Необходимость поиска альтернативных подходов диктуется также недостаточной эффективностью психофармакологических средств. Их действенность в принципе несомненна — при прекращении приема лекарств или переходе на плацебо процент рецидивирования в течение 2 лет доходит до 80% [106]. Однако использование лекарств ни в коей мере не гарантирует от появления рецидива [107]. Несмотря на многочисленные сообщения об эффективности поддерживающей терапии, количество рецидивов и связанных с ними регоспитализаций за последние годы практически не уменьшается [108]. Нейролептики снижают уровень рецидивирования в 2,5 раза эффективнее, чем плацебо, однако по некоторым данным этот эффект не так высок на самом деле — за два года при приеме лекарств рецидивирование снижается с 80% (уровень, достигаемый с помощью плацебо) лишь до 53,9% [110], чем все-таки трудно вполне удовлетвориться. При этом столь высокий уровень рецидивирования невозможно объяснить недостаточным комплаенсом, ибо он еще в конце 70-х гг. был зарегистрирован на больных, получавших поддерживающую терапию депо-препаратами [111,112], тем более, что некоторые авторы не смогли найти значимой разницы в уровне рецидивирования между больными, получавшими оральные препараты, т. е. с неполным комплаенсом, и больными, получавшими средства пролонгированного действия [113, 114]. Нет здесь и прямой зависимости от дозы препарата [115]; складывается впечатление, что рецидивирование находится в большей зависимости от социального стресса, чем от поддерживающей лекарственной терапии [116].

Отрезвляющая оценка возможностей психофармакотерапии привела к констатации и того обстоятельства, что феномен массовой деинституционализации 50-х гг., связываемый обычно с «психофармакологической революцией», на самом деле во многом предшествовал ей благодаря практическому внедрению стратегий реабилитации [117]. Если до 1940 г. в США 50—55% больных шизофренией находились вне психиатрических больниц, то в первые послевоенные годы этот процент уже был равен 70%, поднявшись до 85% после появления нейролептиков, причем эти данные не представляют собой артефакты вследствие вариаций в психиатрической диагностике или селекции больных. Характерно при этом, что процент выписываемых больных в прогрессивных психиатрических клиниках Северной Европы вообще не подвергся каким-либо изменениям со времени введения терапии нейролептиками [118]. Так или иначе, но появление нейролептиков мало отразилось на долговременном исходе шизофрении. Формула М. Bleuler—пропорция полностью выздоравливающих и остающихся полностью инвалидизированными остается неизменной; состояние больных спустя 5 лет от начала заболевания перестает ухудшаться независимо от терапии [119]. Хотя нейролептики определенно подавляют симптомы болезни, нет доказательств их влияния на саму основу патологии: при несомненности стабилизирующего личностно-действенного действия нейролептиков, не доказано их восстанавливающее действие [120]. Психофармакологические препараты нередко не столько купируют психоз в целом, сколько способствуют диссоциации отдельных проявлений болезни, изменению характера развития заболевания: ослабевают расстройства, относящиеся к наиболее тяжелым регистрам, видоизменяются и, как правило, становятся более выраженными проявления регистров более легких; при этом, по достижении клинической ремиссии сохраняются более мягкие мыслительные расстройства, затрудняющие социальную адаптацию [121, 122]. Следует также учесть, что долговременная терапия антипсихотическими средствами обуславливает повышенную чувствительность допаминовых рецепторов, усугубляя сопутствующие шизофрении биохимические нарушения. Поэтому отмена препаратов вызывает подъем симптоматики на уровень более высокий, чем тот, что был бы отмечен, если бы медикаментозная терапия не проводилась, создавая нередко чрезмерно оптимистичное впечатление об эффективности лекарств [118]. С нейролептиками связывались также надежды, что энергичное их использование в острой фазе заболевания обеспечит формирование менее выраженной резидуальной, негативной симптоматики. Они не оправдались—не установлено профилактического действия нейролептиков на хронизацию, формирование дефекта [123].

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 [124], на что в литературе имеется достаточно указаний. Подтверждена независимость функционирования тонких механизмов социальной перцепции от структурных особенностей психопатологических синдромов [125]. Психологическая реакция личности на психическое заболевание, тесно связанная с особенностями личности и нередко являющаяся наиболее важным фактором в са-ногенезе становления ремиссии, оказывается практически недоступной лекарственной коррекции

[126]. В относительной автономии друг от друга находятся даже установки больных на биологическую терапию и психосоциальные виды лечения [127]. Автономно действующие психосоциальные факторы обладают достаточно мощным воздействием на долговременное течение заболевания: длительные безлекарственные ремиссии оказываются обусловленными не психопатологическими, а психосоциальными предикторами [128]. Факторы неблагоприятного социального окружения в состоянии низвести уровень рецидивирования больных, получающих депо-препараты, до отмечаемого на плацебо или без лекарств [129]. Да и достигаемая с помощью психофармакотерапии стабильность состояния не ведет сама по себе автоматически к оптимальному трудоустройству и социальной адаптации [130]. При малопрогредиентной шизофрении дефицит социального функционирования больных в первую очередь определяют не продуктивные симптомы, а нарушения общения [131]. 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 [132]. 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 [133]. Достижение реального на данный момент предела возможностей биологической терапии и недостаточная интенсивность социальной реабилитации обуславливают недостаточный эффект терапии в целой группе больных умеренно прогредиентной шизофренией при формировании стабилизированных состояний [134].

Все вышеизложенное имеет целью представить дифференцированное освещение взаимоотношений биологического и психосоциального компонентов в лечении шизофрении и ни в коей мере не должно восприниматься как умаление принципиальных достоинств биологической терапии (известных, впрочем, значительно больше, чем ее недостатки). Подавляющее большинство авторов в настоящее время считает, что любая психосоциальная работа с больными шизофренией невозможна в отсутствие параллельно проводимой биологической терапии [135]. 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 никакой критики. Эмпирическими исследованиями подтверждено отсутствие негативной интерференции между психо- и фармакотерапией [136]. Психофармакотерапия облегчает общение с больным, а зачастую является единственным условием установления психотерапевтического контакта [13]. Регулирование лекарственными режимами способствует также удержанию пациента в психотерапевтическом процессе [138]. Психофармакотерапия и психотерапия реципрокно повышают у больных комплаенс друг к другу. С помощью психотерапии удастся иногда привлечь больных к приему лекарств; она же позволяет снизить дозировки и вмешательством в психосоциальной сфере закрепить психофармакологически достигнутые успехи [139]. Таким образом, сочетание рациональной биологической терапии с разумно предписанным психотерапевтическим вмешательством, с разными акцентами, в соответствующей 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 [140]. Целесообразно также, чтобы назначение лекарств и психосоциальные вмешательства исходили от одного и того же лица — это помогает врачу дифференцировать истинные побочные действия лекарств от скрывающихся иногда за ними проблем, а также лучше научить больного самостоятельному мониторингу дозы препарата. В целом же можно сказать, что задача лечения шизофрении столь грандиозна, что ни одна из существующих лечебных модальностей, будь это биохимическая, психологическая или социальная, не может претендовать на то, чтобы справиться с ней без участия каких-то других [141].

Глава 2

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ. МАЛОПРОГРЕДИЕНТНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ И ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

Правомерность использования психосоциальных вмешательств при шизофрении не делает излишним обсуждение вопроса о показаниях к психотерапии внутри богатого спектра ее клинических картин. Здесь весьма существенную роль играют данные о патоморфозе заболевания. Последние десятилетия характеризуются благоприятными тенденциями патоморфоза, что, в свою очередь, стимулирует интерес к использованию психотерапии. Если по данным работ начала века выздоровление наступало в одной пятой — одной шестой части случаев, а одна четверть — одна треть завершалась исходом в тяжелые дефектные состояния, то теперь выздоровления наступают в 17—30% случаев, а тяжелые исходы стали значительно более редкими. 25% всех случаев имеют острое начало и благоприятный исход. На конечных этапах течения 27% случаев отмечается полная ремиссия и у 22% — невысокая резидуальная симптоматика [74, 142]. У половины остро начинающихся вариантов течение сопровождается теперь длительными ремиссиями; раньше такие случаи составляли около одной трети всех больных [143]. О возрастании процента благоприятно текущих форм свидетельствуют многие исследователи [144, 145]. На практике это означает снижение удельного веса злокачественно текущих форм, традиционно считающихся малоперспективными относительно психосоциальных вмешательств и, по мнению ряда авторов, возможно представляющих собой генетически обособленную подгруппу шизофрении. Возрастает удельный вес рекуррентных, периодических форм, имеющих хороший реабилитационный потенциал и компенсаторные возможности [146, 147]. За исключением локачественных форм с неблагоприятным и рекуррентных с благоприятным прогнозом социальной адаптации, все остальные формы дают разные типы адаптации без параллелизма клинических и социальных характеристик, что подтверждает меньшую здесь степень влияния процессуально-психопатологических и большую — личностно-средовых факторов [148, 149]. Еще одной особенностью патоморфоза является то, что шизофрения приобретает все более апато-депрессивную структуру, депрессивные синдромы встречаются все чаще. Психогенные депрессии, возникающие в период активизации процесса при непрерывном течении шизофрении, приобретают затяжной характер, сопровождаются фиксацией психогенных компонентов и тем самым по своим механизмам приближаются к реактивному развитию [150]. Чаще наблюдаются также соматизированные эндогенные картины, вызывающие необходимость дифференциального диагноза с ларвированными эндогенными депрессиями [151]. Сложности дифференцировки шизофрении с сопредельной аффективной патологией

общеизвестны. Споры по вопросам о границах шизофрении не стали более редкими [152], как нет и полного согласия относительно подвергаемого в последнее время сомнению принципа деления депрессий на эндогенные, соматогенные и психогенные [153]. В то же время дифференциальный диагноз имеет существенное практическое значение, т. к. психотерапевтические вмешательства при эндогенной аффективной патологии по-прежнему не считаются целесообразными. Дифференциальный диагноз в особенности труден, когда на невротоподобной почве, особенно на спаде настроения, возникают сложные психогенные картины, которые без внимательного клинического исследования можно принять за глубокую, чисто эндогенную депрессию, не требующую массивной психотерапии [154]. В известной мере диагностику облегчает то обстоятельство, что, несмотря на отсутствие связи преморбидных личностных характеристик с последующим тяготением симптоматики к шизоформному или аффективному кругу [155], установлены существенные различия в психологических особенностях шизофренических и аффективных больных [156]. Меньше разногласий имеется по вопросу смежных с шизофренией состояний шизоаффективного круга. Четкие разграничения в лекарственных рекомендациях не находят каких-либо параллельных различий ни в показаниях, ни в тактике психотерапевтических вмешательств. Отмечается большая близость исхода шизоаффективных психозов к шизофрении, чем к аффективным состояниям [157].

Внутри рамок собственно шизофрении, в условиях современного состояния ее патоморфоза наиболее перспективным для психотерапевтических вмешательств контингентом становятся больные с мало- и умеренно прогрессивным течением процесса. Шизофрении сейчас более свойственно постепенное начало — 68,9% случаев являются дебютом невротоподобных, психопатоподобных, параноидальных и нерезко выраженных аффективных расстройств [158]. Медленные дебюты представляют тот естественный резерв времени и возможностей, который может наиболее полно использоваться для предотвращения социальной дезадаптации больного психотерапевтическими методами. Намечившаяся среди больных с приступообразной шизофренией за последние 20 лет тенденция к снижению нетрудоспособности не выявляется у больных с параноидными формами и злокачественным течением вследствие значительной тяжести процесса, не купирующейся современными медикаментозными средствами, а также у больных вялотекущей шизофренией — как можно предположить, в силу малой эффективности лекарств и при этой форме [159]. Резистентность к лекарственной терапии и трудности ранней и дифференциальной диагностики определяют большую роль личностного подхода в работе с больными малопрогрессивной шизофренией [2].

Существенным обстоятельством является значительная распространенность этой формы. Все больные малопрогрессивной шизофренией (текущей как непрерывно, так и в форме приступов) составляют около половины общей популяции больных шизофренией [160]. По некоторым данным, у 70,8% всех больных шизофренией отмечаются более легкие синдромы, свойственные малопрогрессивной форме, ремиссиям и резидуальным состояниям с возможностью адаптации на том или ином уровне. Длительность госпитализации больных шизофренией составляет в среднем 9,8% от всей продолжительности болезни; большинство больных — более 70% — составляют перенесшие 1—3 приступа на протяжении 15 лет и более [161]. Относительная благоприятность

течения, разумеется, в данном случае неравнозначна. беспроблемности этого контингента больных, о чем свидетельствует уже упоминавшийся уровень их инвалидизации. Есть также сведения о том, что среди больных, совершивших особо опасные действия, участились случаи вялотекущей и латентной шизофрении [162].

Малопрогрессирующая шизофрения в целом достаточно хорошо узнаваема, в русской литературе можно найти детально разработанные описания ее клинических особенностей и систематики [160, 163, 164]. Исходя из этого обстоятельства, а также учитывая благоприятный прогноз этой формы и нежелательные социальные последствия диагностической стигматизации, звучали предложения о необходимости выделения вялотекущей шизофрении в самостоятельную нозологическую единицу с другим наименованием [165]. В пользу этого говорит, в частности, различие коэффициентов генетической корреляции между малопрогрессирующей и манифестной формами шизофрении, свидетельствующее о том, что малопрогрессирующая форма более однородна в генотипическом отношении, чем манифестные шизофренические психозы [166, 167]. По своей генеалогической характеристике малопрогрессирующая шизофрения отличается как от шизоаффективных психозов, так и от злокачественных, ядерных форм [168]. Тем не менее, предложение о выделении малопрогрессирующей формы в качестве самостоятельной нозологической единицы не получило распространения. Исходя из концепции генетической гетерогенности шизофрении [164], принято считать, что особое место, занимаемое малопрогрессирующей шизофренией в ряду других форм этого заболевания, не противоречит представлению о данной форме как об одной из форм в пределах единого нозологического «класса» шизофрении [169]. Несмотря на наличие в зарубежной литературе сходных описаний («нерегрессирующая» шизофрения скандинавских авторов [170]), концепция малопрогрессирующей шизофрении не является международно общепринятой. Различные варианты того, что сопоставимо с принятым в России понятием «вялотекущая шизофрения» в диагностической систематике DSM-III-R [171] отчасти выходят за рамки диагноза шизофрении, затрагивая, с одной стороны, циклотимию, с другой — шизотипический и пограничный варианты расстройств личности (schizotypal, border line personality disorders). Важность концепции пограничного расстройства личности для психотерапии, а также то обстоятельство, что в России в будущем, по-видимому, будут все шире использоваться международные нозологические классификации, делают необходимым специальное ее рассмотрение.

Термин этот имеет свою историю. В 1911 г. E. Bleuler использовал термин «латентная шизофрения» для обозначения находящихся вне психоза пациентов, у которых обнаруживались элементы психопатологии, сходной с шизофренической. В 1921 г. Rorschach использовал этот же термин для обозначения внешне адекватно функционирующих лиц, ответы которых на его тесте были сходными с ответами больных шизофренией. В дальнейшем такие больные стали привлекать внимание психоаналитиков: принимаемые за невротиков, в ходе анализа они демонстрировали манифестные шизофренические эпизоды. Разными психоаналитиками эти состояния обозначались вначале по-разному: «амбулаторная шизофрения» (Zillborg), «как бы шизофрения» (Deutsch), «псевдоневротическая шизофрения» (Hoch, Po- latin). В 1953г. Knight впервые использовал обозначение «пограничное состояние» (borderline state). Этот термин прижился и приобрел растущую популярность не только в англоязычных странах.

В 70-е годы Kety, Rosenthal обнаружили генетическое родство пограничного состояния с процессуальной шизофренией. За этим последовала серия многочисленных исследований, имевших целью более однозначную генетическую локализацию пограничных синдромов в кругах шизофрении, аффективных и личностных расстройств. Но хотя генетическая привязанность к пограничному синдрому в своей группе больше представлена в роду и более устойчива, чем в группах пациентов с шизофренией и аффективными психозами [172], в целом исследования подтверждают именно пограничный статус расстройства — расслоение генетической картины между шизофренией и аффективными состояниями [173], причем к шизофрении тяготеет часть пограничных расстройств, обозначаемых в DSM-III-R как шизотипические [174]. Надежды на обнаружение типоспецифических генетических детерминант пограничного расстройства, на что, казалось бы, указывают характерные различия внутри этой когорты больных в их реакциях на определенные фармакологические агенты и определенные типы психотерапевтических вмешательств [175], пока не оправдались.

В исследованиях пограничного синдрома сохраняются две магистральные традиции [176]. Одна связана с исследованиями шизофрении, начиная от Hoch и Polatin, вплоть до классических датских генетических работ с приемными детьми больных шизофренией и концентрируется на описании мягких шизофреноподобных симптомов и шизоидных черт личности. Другая связана с психоаналитическим направлением, представлена такими авторами, как Knight, Kernberg, Gunderson и фокусируется преимущественно на особенностях межличностных отношений, истероидных, антисоциальных, «незрелых» чертах личности и аффективной патологии. В классификации DSM-III «была предпринята попытка интеграции этих двух направлений. Ее авторы [177] признавали, что было бы логично оставить за комплексом клинических черт, сходных с субпсихотическими проявлениями продромальной или резидуальной шизофрении, обозначение латентной или пограничной шизофрении. Лишь в связи с отсутствием достаточно веских генетических аргументов в пользу такой категоризации вышеупомянутый синдром получил описательное обозначение шизотипического. Создатели последней версии классификации, DSM-IV [171] не исключают, что в окончательной редакции шизотипическое расстройство будет вынесено из раздела расстройств личности и включено в группу форм шизофрении. Такой вариант они считают целесообразным как потому, что это обеспечит совместимость с классификацией ICD-10, так и в связи с тем, что эта рубрификация находит подтверждение в новейших исследованиях семей больных. Диагностическая конструкция шизотипической группы, предлагаемая в DSM-IV, включает 5 признаков когнитивно-перцептивных нарушений, 1 — аффективных и 3 — поведенческих расстройств.

Комплекс черт, представляющих так называемую неустойчивую личность и проявляющихся в характерных нарушениях самооценки, коммуникативного поведения и аффективных реакциях включен в DSM-III-R как пограничное расстройство личности. Диагностическая конструкция включает один признак расстройства самовосприятия, 3 признака аффективных и 4 — поведенческих расстройств. Таким образом, в шизотипическом расстройстве акцент в диагностике сделан на когнитивно-перцептивных, а в пограничном — на поведенческом и аффективном аспектах нарушений. Создатели DSM-IV предлагают включить сюда дополнительный признак параноидной идеации, справедливо предполагая, что он будет способствовать лучшему различению

пограничного расстройства от остальных вариантов расстройств личности, и не менее справедливо сетуя на то, что это неизбежно осложнит различие между собой пограничного и шизотипического расстройств. Разница между этими двумя синдромальными категориями действительно условна—у больных с пограничным расстройством при направленном обследовании можно обнаружить немало признаков, характерных для пациентов шизотипической группы; предлагаемые психотерапевтические стратегии в обоих случаях весьма сходны. Тем не менее, дифференциальная диагностика между этими группами признается важной, т. к. из нее следует существенная информация для содержания больных и последующего исхода [179]. Понятно, что пациенты, удовлетворяющие диагностическим критериям шизотипического расстройства, рекрутируются из шизофренического круга, а случаи собственно пограничного расстройства — из психопатий [180]. Наиболее надежными дифференциально-диагностическими критериями считаются транзиторные субпсихотические эпизоды преимущественно деперсонализационно-дереализационной структуры, подозрительность, настороженность, социальная изоляция, более характерные для шизотипической группы [181]—[183], в то время как нарушения межличностных отношений и импульсивность скорее свойственны больным с пограничным расстройством. Депрессия как симптом не различает обе эти диагностические категории [184]. И все же следует признать, что нет полного единства мнений относительно того, какие именно признаки являются лучшими дифференциально-диагностическими дискриминаторами [185]. Ряд авторов отдают здесь предпочтение признакам, характеризующим социальное поведение, сетуя на недостаточную их представленность в классификациях DSM [186—188], другие же полагают, что когнитивно-перцептивные нарушения являются не менее, а иногда и более важными дифференциально-диагностическими признаками по сравнению с расстройствами социального поведения [189, 190].

Клинические описания пограничного синдрома весьма тщательно дифференцированы [191], но структурно ничего, по сути дела, не добавляют к описаниям малопрогрессирующей шизофрении отечественных авторов. И в тех, и в других описаниях эти больные достаточно хорошо узнаваемы, и в этом смысле представляется удачным образное выражение о том, что «латентная шизофрения не более патентна, чем змея в траве, если знать, что именно надо искать» [192].

В силу самого определения пограничных расстройств, трудности их «внешнего» дифференциально-диагностического отграничения столь же велики, как таковые при малопрогрессирующей шизофрении. Попыткам внести большую ясность в проблему родства с сопредельными зонами психической патологии или отличия от них посвящена обширная литература. По существу, все современные исследования пограничного синдрома имели отправным пунктом намерение установить, существует ли так называемая латентная шизофрения, клинически отличная от соответствующих вариантов личностной патологии. На психологическом уровне эти различия проблематичны—у больных с пограничным расстройством не выявляются характерные для шизофрении признаки нарушений переработки информации [193]. Отдельные элементы пограничного синдрома можно найти в дескриптивных характеристиках многих типов психопатий ICD-10 [194], что существенно затрудняет разграничение информации на клиническом уровне [195] и является причиной того, что с точки зрения, например, британских психиатров то, что в

США диагностируется как пограничное расстройство, у них скорее всего было бы расценено как случаи истероидной или эксплозивной психопатии. Исходя из клинического реализма, следует признать, что границы между типами личностных расстройств строятся по типу известного континуума психопатологических признаков [196]. Однако, несмотря на это, имеются сообщения о разработках формализованных диагностических интервью, обладающих высокой способностью различения пограничных расстройств не только от других психопатий [197, 198], но и от смешанных групп психопатий и неврозов [199], в т.ч. осложненных алкоголизмом [200].

Еще более сложной является проблема отграничения пограничных расстройств от эндогений. Имеются многочисленные свидетельства в пользу их сродства с аффективными психозами, как относительно характеристик клинической структуры [201—204], так и особенностей динамики процесса [205—210]. Есть также данные, позволяющие утверждать, что пограничные расстройства связаны с аффективными не более, чем с психопатиями [211, 212]. Эти находки могут свидетельствовать как о том, что пограничные расстройства не имеют специфического отношения к аффективному кругу патологии, так и о том, что все психопатии имеют известную предрасположенность к аффективным расстройствам, так и, возможно, о чрезмерной широте критериев аффективных заболеваний в классификациях DSM. И, разумеется, достаточно указаний на родство пограничных расстройств с шизофренией. Специально разработанные диагностические инструменты показывают достаточные возможности дифференцировки пограничных расстройств от аффективной патологии, но не от шизофрении [213]. Обнаружено значительное сходство в динамических характеристиках течения с шизофренией, в отличие от аффективных психозов [214—216], а также в уровнях микроорганической симптоматики [217].

Данные о патоморфозе малопрогрессирующей шизофрении и пограничных расстройств, естественно, сходны: процент больных с пограничными расстройствами в населении нарастает [218]. Это привлекает особое внимание к проблемам терапии этого контингента, которые сами по себе весьма велики. Следует попутно отметить, что благоприятность течения в целом в данном случае еще не свидетельствует о легкости заболевания — высказываются мнения, что аффективные, неврозоподобные синдромы сопровождаются более высоким субъективным уровнем страдания по сравнению с галлюцинаторно-параноидными [170]. Психофармакологическое их лечение встречает значительные трудности в связи с невысокой эффективностью» препаратов, частыми случаями терапевтической резистентности и неблагоприятных парадоксальных реакций, в особенности на антидепрессанты [219]. И все же главная трудность лечения больных с пограничными расстройствами связана с проблемами их содержания. Свойственная им нестабильность в контакте и импульсивность сопровождаются частыми отказами от лечения, возникающей необходимостью перевода на режимы закрытого содержания, усугубляющейся еще и тем, что у этих больных, в отличие от аффективных, риск суицида не связан преимущественно с какими-то узловыми этапами состояния, а равномерно распределен по всему длиннику [220]. Частые агрессивные вспышки [221] и характерное для этих больных отсутствие какой-либо ответственности за свои поступки делают общение с ними крайне тяжелым [222]. Красноречивым показателем этого является то, что в среде американских психиатров слово «borderline» приобрело такое же отрицательное

звучание, как в обывательских кругах слово «шизофреник» — за чем в данном случае очевидно скрывается раздражение собственным терапевтическим бессилием [223]. Помимо уже упоминавшихся трудностей медикаментозного лечения, следует отметить, что особенности психологической структуры больных с пограничными расстройствами, контакта с ними, делают даже в отсутствие каких-либо субпсихотических проявлений обычные психотерапевтические техники неприменимыми. Использование стандартной психоаналитической процедуры также не дает здесь каких-либо ощутимых результатов [216].

Успехи психотерапии больных с пограничными расстройствами обязаны своим появлением настойчивому изучению их глубинной психологии и поискам принципиально новых психотерапевтических приемов. Эти поиски лишь в последние годы привели к формулированию модифицированных, пригодных для практического использования моделей, столь отличных по технике от классического психоанализа, что американские авторы считают это название неприменимым по отношению к ним, предпочитая обозначать их как психоаналитическую психотерапию [224]. На смену индивидуальной терапии пришли групповые подходы, успешно используются краткосрочные интенсивные модели, ранее отвергавшиеся всеми школами [225, 226]. Спектр психотерапевтических приемов, в зависимости от состояния, весьма широк и включает как поддерживающе-кустодиальные, так и раскрывающе-реконструктивные; стандартным является требование сочетания медикаментозной и психотерапии [227]. Трудности режимного содержания преодолеваются путем создания специализированных отделений для больных с пограничными расстройствами [228] с использованием гибкой системы режимов пребывания больных в зависимости от особенности их состояния [229]. Наличие пограничного расстройства в рамках хронической шизофрении в настоящее время, в отличие от периода 20—30 лет назад, считается показанием для психотерапевтического вмешательства, что, по мнению некоторых авторов, послужило причиной «перекачивания» больных из диагностической категории шизофрении: «больным, которых раньше считали бы шизофрениками и оставили бы без особого внимания, теперь ставят диагноз пограничного расстройства и лечат» [230]. Снижение заболеваемости шизофренией, отмечаемое в некоторых скандинавских клиниках — артефакт, объясняющийся более успешным ее лечением [231].

Анализ эффективности лечебной работы с больными с пограничными расстройствами затрудняют различия в их клинической интерпретации на практике. Нередко в литературе можно встретить в качестве нозологической характеристики обозначения «больной с пограничным синдромом» или просто «пограничный больной», в связи с чем многие авторы сетуют на то, что за этим термином могут скрываться самые разные клинические картины, что делает неясным, о чем именно идет речь в каждом отдельном случае [232—234]. Нет даже полного согласия относительно того, что же именно означает общий термин «borderline» — в литературе он используется для обозначения по меньшей мере четырех классов понятий [235]: 1) клиническое расстройство разной диагностической принадлежности, характеризующееся сходными поведенческими признаками, 2) легкая форма шизофрении, 3) неспецифический термин, объединяющий ряд атипичных аффективных расстройств, 4) вариант психодинамической структуры личности. В этом смысле термин «borderline» фигурирует на практике как прилагательное

без существительного, вернее, без какого-то определенного существительного. Да и какими дескриптивными усилиями возможно однозначно идентифицировать эту специфическую «границу»? Если это так, то пограничное расстройство может рассматриваться в качестве пограничного диагноза в самом буквальном смысле этого слова [236].

Несмотря на отсутствие этой единой «границы», клиническое понимание множественных обозначений термина «пограничный» в литературе за последние годы можно считать устоявшимся и ориентировка в них может помочь в более однозначной идентификации клинического материала [237]. Собственно термином «пограничный синдром» обозначается основная масса этих больных, допускающая перекрытия с краевыми зонами сопредельных случаев психопатий, неврозов и аффективных психозов, но не шизофрении. Основная масса этих больных, допускающая латеральное диагностическое перекрытие с психопатиями, аффективными психозами и шизофренией, но не с неврозами, обозначается обычно термином «пограничное расстройство личности», причем ее зона, вдающаяся в круг шизофренических расстройств, представляет собой то, что обозначается более узким термином «шизотипическое расстройство личности» (или латентная, псевдоневротическая шизофрения), а зона, вдающаяся в круг аффективных психозов, представлена случаями так называемых атипичных аффективных расстройств. Реже употребляемый в литературе термин «пограничная организация личности» более широк. Он полностью включает в себя все случаи психопатий, а также понятия «пограничного синдрома» и «пограничного расстройства личности», вдаваясь, таким образом, в сопредельные краевые зоны шизофрении, аффективных психозов и неврозов. Как видно, различия между категориями должны приниматься во внимание, ибо они весьма существенно предопределяют разницу в структуре клинических состояний, течения и лечебных подходов.

Резюмируя, можно сказать, что концепции малопрогрессирующей шизофрении отечественных авторов недостает эмпирической верификации клинических описаний с помощью формализованных диагностических инструментов, столь широко и не без успеха используемых в рамках концепции пограничных расстройств. В том, что касается психотерапевтических разработок, представляется вполне правомерным использование исследовательских материалов, полученных при лечении больных с пограничным синдромом в работе с больными, идентифицируемыми в нашей стране как случаи малопрогрессирующей шизофрении. В целом, концепция пограничных состояний представляет собой разумную рабочую конструкцию, позволяющую выйти на ряд объективных клинических критериев, делающих возможным систематическое изучение его содержания и границ [238]. Жизненность этой концепции подтверждена ее однозначной воспроизводимостью с помощью разных диагностических инструментов [239]. При точном следовании классификационным схемам, диагноз оказывается воспроизводимым также с помощью полуструктурированного интервью и также опросника самоотчета больного [240], причем остается стабильно воспроизводимым и через несколько лет [241].

Но самым существенным достоинством концепции пограничных состояний является то, что она сняла прежний терапевтический нигилизм в отношении к этим больным [242]. Если этот термин и будет продолжать употребляться в будущем, то не потому, что он описывает многообразные клинические феномены в поле между неврозом и психозом, а потому, что он обозначает специфические психодинамические нарушения на определенных

этапах развития состояния этих больных, приводящие к искажениям восприятия себя и других и характерным дефектом коммуникативного поведения с невозможностью установления постоянных и близких отношений с окружающими [243].

Глава 3

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ. ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ

Вопрос о принципиальной эффективности психотерапии вообще в настоящее время сомнений не вызывает. После провокационного выступления Eysenck в 1952 г. [244] с заключением о неэффективности психотерапии, действенность последней была подтверждена достаточным количеством специальных исследований. С помощью приемов метаанализа по данным 475 исследований эффективности психотерапии с использованием контрольных групп было установлено, что психотерапия вообще чрезвычайно эффективна — в конце курса средней больной имеет достоверно лучшее состояние, чем 80% лиц в контрольной группе [245]. Общее впечатление, складывающееся при анализе работ по эффективности, то, что о действенности психотерапии психозов также известно больше, чем это обычно признается [246], причем относится это не только к шизофрении. Есть сообщения, что использование психотерапии повышает эффект антидепрессантов и при эндогенной депрессии [247]. Экспериментальные данные опровергают пессимистические представления большинства психиатров о том, что единственно возможным исходом лечения шизофрении является реабилитация больных на относительно низком уровне функционирования. Такой исход — не более, чем самореализующееся пророчество [248]. Следует подчеркнуть, что здесь и далее речь идет о так называемой специфической психотерапии, т. е. об индивидуализированных подходах, ставящих задачи, выходящие за пределы неспецифического эмоционального принятия больного, поддержания в нем оптимизма, активации в малых группах, поддержания нормальных социальных контактов. Ряд авторов вводит разграничение психотерапии и психокоррекции, полагая, что последняя не является, в отличие от психотерапии, лечением, так как представляет собой воздействие на структуры, способные вызвать симптоматику, а не на саму симптоматику [131]. Мы не разделяем этой точки зрения, присоединяясь к мнению большинства исследователей о том, что лечением считается воздействие не только на симптоматику, но и на структуры, патогенетически способствующие ее возникновению.

Психотерапия производит отчетливый аддитивный эффект: при комбинированном ее использовании с психофармакотерапией у больных отмечается повышение социальной адаптации и трудоспособности, снижение длительности госпитализации и инвалидизации в достоверно большей степени, чем у пациентов контрольных групп, получавших одни лишь медикаментозные средства [249—253]. При этом удается также повысить мотивацию больных к продуктивной деятельности [254] и снизить дозировки используемых препаратов [255].

Наиболее убедителен эффект психотерапии в снижении рецидивирования шизофрении. Доминирующим в литературе является представление о том, что психотерапия не в состоянии вылечить больного шизофренией, но она может до известной степени предотвращать рецидивы заболевания, оказывая, таким образом, влияние на течение процесса [256]. Возможности психотерапии в снижении числа и длительности

повторных госпитализаций по сравнению с периодом до прохождения психотерапии подтверждена многочисленными исследованиями с использованием адекватных контрольных групп и двойного слепого метода оценки результатов [257—262]. Противорецидивный эффект не является эфемерным: достоверная разница с контрольными группами в частоте рецидивирования выявляется через 9 месяцев [263], 5 лет [264], 6—8 лет [265] по завершении психотерапевтического курса. Отдельные психотерапевтические программы дают по сравнению с контрольными группами лучший 10-летний прогноз по критериям повторных стационаризований и психосоциальной интеграции [266]. Вклад психотерапии в противорецидивное действие лекарств является не только устойчивым, но и достаточно весомым. Процент рецидивировавших больных контрольной группы, получавших лишь психофармакологические средства, в сравнении с больными основной группы, получавшими в комплексе медикаментозную и психотерапию, составляет соответственно 33% и 26% [267], 48% и 35% [268], 50% и 33% [269], 50% и 25% [270], 39% и 0% [271]. Сроки катамнеза в приведенных исследованиях колеблются от 2 до 7,6 лет. Противорецидивная прибавка — дополнительный процент, на который снижается уровень рецидивирования при использовании психотерапии от уровня, достигаемого с помощью одних только лекарств, составляет в этих исследованиях соответственно 21%, 27%, 34%, 50% и 100%. Если отбросить последний результат как слишком оптимистичный, то средняя величина по всем остальным работам все же будет равна 33%; таким образом, с помощью психотерапии реально снизить рецидивирование больных шизофренией еще на треть от того уровня, который дает одна только психофармакотерапия. Достижению противорецидивного эффекта способствуют различные психотерапевтические подходы. При сравнительном исследовании нескольких психотерапевтических модельностей — долговременной индивидуальной психоаналитической психотерапии, семейной терапии, кратковременного периодического кризисного вмешательства, длительной коммуникативно-корректирующей психотерапии с использованием групповых подходов, все они показали достоверное по сравнению с контрольными группами снижение уровня последующего рецидивирования [272]. По данным О. Hogarty, отдельные психотерапевтические техники обладают взаимно потенцирующим действием друг с другом и с психофармакологическими средствами: 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% [273].

Безусловно установленной можно считать действенность коммуникативно-корректирующей психоаналитически ориентированной психотерапии. Она успешно используется и с хронизированными контингентами больных [274]. Этот подход является успешным в повышении уровня социальной адаптации и проблемно-решающего поведения [275—277], в снижении базисной симптоматики [278, 279] и уровня рецидивирования, в сравнении с контрольными группами [280—283]. Прекращение терапии, направленной на поддержание навыков социального поведения, вновь возвращает рецидивирование к прежнему уровню [284]. Противорецидивный 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% [285]. В ходе 2-летнего катамнестического наблюдения основной группы из 18 больных шизофренией, получавших коммунитивно-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 [286]. Важной находкой является обнаружение возможности генерализации полученных в ходе психотерапии навыков социального поведения за пределами ситуаций обучения: больные оказываются способными самостоятельно расширять свой коммуникативный репертуар, полученный во время психотерапевтических занятий [287, 288]. Подобные результаты оправдывают надежды на то, что развитие коммуникативно-корректирующих методов, возможно, предвещает эру закрытия «вращающихся дверей» в психиатрии [289].

Оптимизация проблемно-решающего поведения дает достоверный противорецидивный эффект, если проводится в рамках соответствующих форм семейной терапии. Эти данные приводятся в ряде исследований с использованием контрольных групп [290—294]. Имеются данные о снижении рецидивирования в группах, получавших лекарства + коммуникативно-корректирующую семейную терапию по сравнению с контролем (только фармакотерапия), соответственно: 0%—48% (катамнез 6 мес.) и 21%—56% (катамнез 9 мес.). Рецидивирование в основной группе удается снизить до 12,5% (катамнез 1 год), 16% (катамнез 3 года). Параллельно со снижением уровня рецидивирования отмечались, в сравнении с контролем, такие эффекты, как более высокий уровень социальной адаптации, комплайенса, более низкий уровень продуктивной симптоматики в ходе последующих обострений [295, 296]. Подобные эффекты наблюдаются при терапии не только родительских, но и супружеских семей больных шизофренией [297]. Несколько менее многочисленны сообщения об успешном использовании с больными шизофренией методов когнитивной психотерапии, которая, в основном, применяется в лечении депрессий, в т. ч. эндогенных [298]. 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 [299—302], а также — что представляется весьма существенным, способность к генерализации полученных навыков переработки информации за пределами ситуаций научения [303]. Относительно узкое применение находят и поведенческие методы терапии; тем не менее, есть сообщения об эффективных поведенческих программах, направленных на уменьшение интенсивности некоторых резидуальных симптомов шизофрении, улучшение контроля моторики [304], улучшение социальной перцепции и проблемно-решающего поведения, повышение уровня самоутверждения больных [305], воздействие на изолированные патологические симптомы, затрудняющие межличностные отношения. Использование поведенческих программ в рамках семейной терапии способствует снижению уровня последующего рецидивирования по сравнению с контрольными группами, получавшими лишь лекарственную терапию [263].

Можно отметить определенную предпочтительность в психотерапевтическом обращении к различным контингентам больных шизофренного круга. Некоторый реабилитационный потенциал имеется даже у больных с неблагоприятным течением процесса: есть впечатляющие сообщения о том, что с помощью психосоциальных методов удается привлечь к труду свыше 60% больных ядерными формами шизофрении в сравнении с 10% при использовании лишь медикаментозных средств, а также достоверно увеличить число ремиссий более высокого качества [306]. Однако, при использовании психотерапевтических методов предпочтение, несомненно, отдается наиболее терапевтически перспективным контингентам — больным с приступообразными формами на этапах становления ремиссии и, прежде всего, больным с мало- и умеренно прогрессивными формами [307—309].

Психотерапевтическая работа с больными шизофренией с успехом проводится и в госпитальных условиях, однако большинство исследований, подтверждающих успех психотерапии при шизофрении, посвящены амбулаторным и полустационарным контингентам, т.к. состояние на выходе из острого эпизода наиболее благоприятствует проведению психотерапии, имеющей противорецидивную направленность [310—314]. Исследование эффективности психотерапии больных шизофренией проведено в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева [4]. Основная и контрольная группа состояли из 52 клинически сопоставимых пациентов, основная группа получала фармакотерапию+групповую и индивидуальную суппортивную и эксплорационную психотерапию. Контрольная группа больных получала лишь психо-фармакотерапию. В основной группе ремиссии оказались достоверно более длительными, выше были также уровни трудового восстановления и социальной адаптации, ниже уровень инвалидизации больных.

Мы привели данные о теоретическом обосновании применения психотерапии при шизофрении и достигаемых с ее помощью результатах. Далее мы хотели бы обратиться к освещению механизмов действия психотерапии. Для построения оптимальной стратегии и тактики психотерапевтического вмешательства важно знать, какие социальные стрессоры замыкают патогенетическое «реле», ведущее к рецидиву, и какие личностные структуры в состоянии этому противодействовать.

С точки зрения диатез-стрессовой модели рецидивирования шизофрении, патогенез болезни зависит в каждом отдельном случае от тонкого баланса разных удельных весов предрасполагающих к эксацербации биогенетических и психосоциальных стрессоров. В этих условиях предупреждение рецидива принципиально возможно двумя путями: 1) торможение избыточной потенциальной способности к возбуждению путем воздействия на лимбические структуры нейролептиками; 2) манипулирование социальными стрессорами и реакцией больного на них. Здесь следует иметь в виду, что действие нейролептиков обеспечивает восстановление социальной адаптации за счет включения преморбидных компенсаторных возможностей и социальных навыков только при наличии и достаточно удовлетворительном функционировании таковых. В противном случае компенсация окажется невозможной, несмотря на предпосылки, созданные для ее возникновения нейролептиками [315]. Нейролептики не в состоянии также непосредственно воздействовать на болезненные проявления, «закрепленные» в структуре личности, которые остаются нечувствительными к психофармакотерапии [164]. Примером является

феномен осознания болезни, мало объяснимый с точки зрения острых психопатологических проявлений и отчасти резистентный к лекарствам [316]. Объясняется это относительной автономией функционирования личностных структур от психопатологических. Отмечено, что шизофренный процесс снижает в основном оперантный уровень мышления, оставляя более сохранными качественные структуры прошлого опыта [317]. Дефект проявляется не столько в прогрессирующем угасании личностных реакций, сколько в видоизменении структуры личности [318]. Одна и та же выраженность психопатологической симптоматики может сопровождаться разными уровнями трудовой продуктивности и социального приспособления. Установлено, что при одинаковой степени выраженности процессуального дефекта сохранность трудоспособности находится в отчетливой зависимости от уровня самосознания [319]. Проявлением относительной автономии психосоциальных патогенетических механизмов является то, что на отставленных от первичной манифестации этапах заболевания они могут обособляться от действия первоначально доминировавших этиологических факторов, становиться самоподкрепляемыми и во многом определять собой характер протекания процесса [320]. Патопластическое влияние психосоциальных факторов на клиническое оформление процесса тем сильнее, чем менее злокачественным оказывается течение шизофренного процесса; в особенности отчетливо это проявляется в случаях малопрогрессирующих форм [321]. Из этого следует важный вывод о том, что на основании одних только психопатологических характеристик нельзя судить о прогнозе — он может определяться также личностными и социальными факторами [322, 323]. Эта точка зрения поддерживается многими авторами, считающими, что уровень психопатологических проявлений при поступлении или выписке не является надежным предиктором последующего рецидивирования [324], клиника инициального этапа заболевания не несет информации о будущей реадaptации больного [325], а клинические проявления ремиссии не являются предиктором ее длительности и сопутствующих показателей социальной адаптации [326]. Что же касается психосоциального восстановления больных, то для его успеха, как показывают данные лонгитудинальных исследований, преморбидные особенности личности и структура социального окружения оказываются гораздо более важными, чем классические психиатрические критерии [327].

Анализ природы стрессоров показывает, что в подавляющем большинстве случаев они представляют собой патогенные ситуации межличностных конфликтов в быту, вызывающие у больных значительное эмоциональное напряжение [328]. Они не обязательно ведут к рецидиву в случаях, когда срабатывает какая-то социальная поддержка окружающих или психологическая защита самого больного [329], но при отсутствии того или другого интенсификация действия стрессоров может сопровождаться морбидными последствиями. Установлено достоверное скапливание стрессовых ситуаций в период 2—3 недель, предшествующих госпитализации.

Влияние социально-демографических факторов на шизофренный процесс установлено эпидемиологическими исследованиями. Достоверному факту скапливания больных шизофренией в социально низких слоях общества в настоящее время уже никто не склонен придавать этиологического значения. Установлено, что изначально (по социальному положению отца) в распределении по социальным классам больные достоверно не отличаются от случаев с аффективными расстройствами, а также от

здоровых. В низших слоях общества они оказываются в силу снижающихся возможностей получения образования и коммуникативных затруднений, препятствующих адаптации в производственных группах [330]. Пребывание же в низших слоях общества само по себе замыкает порочный круг социальной дезадаптации: высказываются предположения, что у генетически предрасположенных людей в силу доминирующих в низких слоях стилей социализации вероятнее складываются когнитивные и коммуникативные дефекты, составляющие структуру шизофренного диатеза [331]. Точно так же пребывание в относительно высоких социальных классах, а также в супружеском статусе в силу сопутствующих этому стимулирующих ожиданий окружения благоприятно отражается на исходе заболевания, как показали исследования больных с контрольными группами и 2-годовичным катамнезом [332]. Общественный статус больного является достаточно весомым социально-пластическим фактором. Установленный эпидемиологическими исследованиями факт, что малопрогрессирующая шизофрения и растянутые вялые дебюты при приступообразной шизофрении чаще встречаются в России среди интеллигенции, чем в населении в целом [147], разумеется, не говорит о том, что принадлежность к социальному классу является формообразующим фактором. Скорее всего, это объясняется разной толерантностью различных социальных сред к резко выраженным психическим нарушениям и, следовательно, более вероятной дезадаптацией больных в тех группах, где социальные требования являются более жесткими. Функциональный характер описываемых феноменов подтверждается влиянием психотерапевтических вмешательств на разницу в исходе шизофрении, определяемую социальной стратификацией. Историческим достоянием стал общеизвестный факт, что представители более обеспеченных слоев общества являются преимущественными потребителями психотерапевтических программ и демонстрируют более благоприятные исходы процесса в сравнении с лицами из малообеспеченных слоев, чье лечение ориентировано исключительно на медикаментозные подходы и сопровождается более низкими результатами. Эпидемиологическими исследованиями установлено, что в ходе последнего десятилетия, когда финансируемые страховыми компаниями психотерапевтические программы стали доступными широким слоям населения, разница в исходах шизофрении между представителями различных социальных классов сравнялась [333]; отмечено также, что при доступности психотерапии основным ее потребителем становятся малообеспеченные слои населения [334].

Влияние пола на течение и исход шизофрении также, по-видимому, опосредовано социальными факторами. Установлено, что у больных шизофренией мужчин чаще отмечаются регоспитализации и получение инвалидности, в целом хуже исход, чем у женщин [335]. У мужчин раньше отмечается появление симптоматики и первая госпитализация; у них также в целом более низкий преморбидный уровень социальной компетентности по сравнению с женщинами [336]. Это объясняют тем, что мужчины более подвержены социальному стрессу в связи с предъявляемыми к ним ожиданиями финансовой поддержки семьи, в то время как женщины в большей степени ориентированы на ведение домашнего хозяйства [337], а также, вне зависимости от того, являются ли они домохозяйками или работают на производстве, имеют по сравнению с мужчинами более широкий круг общения и, соответственно, больше возможностей социальной поддержки [338].

Мощным источником стресса может стать семья больного шизофренией. Ситуации неправильного семейного воспитания вообще являются типичными для случаев малопрогрессирующей шизофрении [339]. Исследования семьи не внесли ясность в этиологию шизофрении, однако, они помогли увидеть значение процессов семейного взаимодействия для отдельных элементов патогенеза и течения заболевания. В связи с невозможностью детального освещения теорий влияния семейного взаимодействия на течение шизофрении, остановимся здесь лишь на основных находках этих исследований, существенных для психотерапии. Несомненно установленным можно считать наличие у родителей больных шизофренией когнитивных расстройств, относящихся прежде всего к дефициту интенции внимания [340]. Следует заметить, что термин «когнитивные нарушения» в литературе все более уступает место перекрывающему его значению понятию «нарушения переработки информации», рассматриваемому как базисное расстройство при шизофрении [341]. Эти расстройства аналогичны выявляемым у больных, имеют сходный уровень выраженности [342]. У матерей больных дефицит интенции внимания обычно сочетается еще и с трудностью-поддержания согласованного тонуса внимания [343]. Высказываются предположения, что когнитивные расстройства у больных могут индуцироваться специфическим поведением родителей, т. е. являться следствием достоверно установленных расстройств коммуникативных функций последних [344]. Нарушения коммуникации обусловлены особенностями личности родителей больных шизофренией. Матери больных часто занимают ригидные, доминирующие ролевые позиции, что сопровождается внутренней неуверенностью в себе; отцы при этом часто пассивны и не включены эмоционально во внутреннюю жизнь-семьи. Если в семье доминирует отец, то рисунок его поведения, как правило, отмечается деспотичностью; при этом мать-обычно пассивная, зависимая, неэффективная в организации домашней жизни и воспитании ребенка. В рамках этих фиксированных ролевых систем можно наблюдать характерные рисунки поведения членов семьи и стиля руководства больным [345]. Для этих семей характерно повышенное тяготение как к морфостатическим (сохранение норм отношений, жесткость распределения ролей), так и к морфогенетическим (ролевая хаотичность, отхождение от норм вплоть до крайностей) процессам, промежуточные варианты избегаются. Характерно быстрое чередование ласки и окрика в обращении с больным. Не принято обсуждать характер взаимодействия членов семьи, в особенности — подвергать сомнению компетентность родителей в принятии решений. Возникающие расхождения во мнениях обычно скрываются, внутренние потребности отдельных членов семьи не артикулируются, попытки расширения детьми их ролевого репертуара подавляются. Внешне высказываемое родителями ожидание взросления детей приходит в резкое противоречие с внутренним ожиданием того, что дети должны оставаться беспомощными и зависимыми. Отсюда — тенденция добиваться ригидного выполнения взаимных ожиданий, в т. ч. ценой отказа от удовлетворения значимых потребностей. Повышенный контроль над ребенком может использоваться одним из родителей (чаще матерью) для компенсации собственной неуверенности в себе, социальной незрелости. Ребенок, в свою очередь, может воспользоваться этой потребностью матери для удовлетворения собственной потребности повышенной социальной защиты, освобождения от ответственности за самостоятельное принятие решения. В этом случае взаимно подкрепляемые потребности образуют порочный круг, блокирующий социальное

созревание ребенка, делающий его повышенно зависимым от близкого окружения и обозначаемый как симбиотические отношения — феномен, часто наблюдаемый в семьях с больным шизофренией ребенком. Иногда болезнь ребенка может выполнять важные для семьи функция, предохраняя распадающуюся семью от окончательного разрыва и способствуя возникновению такого отношения к ребенку, которое фиксирует его в роли больного. Пациенты часто имеют общий с родителями стиль дефектов социальной перцепции, оценки реальной действительности, что проявляется в идентичности у родителей и их заболевших детей приемов уклонения от конфронтации с объективной реальностью при психотерапевтической эксплорации [346].

В ходе общения с родителями у больных формируются интрапсихические структуры, содержащие осознаваемые и неосознаваемые когнитивные схемы, которые обуславливают селективное восприятие и поиск информации извне в соответствии с уже сформированными ожиданиями и имеют целью стабилизацию уже существующих иерархических отношений с родителями. Новая информация при этом ассимилируется лишь в уже заданных схемах. Такое научение Piaget назвал ассимилятивным, в отличие от более свойственного психотерапевтическому научению аккомодативного, в ходе которого происходят фундаментальные изменения существующих когнитивных схем [347]. Характер коммуникативных отклонений проливает некоторый свет на происхождение фоновых когнитивных расстройств у больных [348, 349]. Имплицитность, нечеткость поступающей от родителей информации, частое прерывание сообщения прежде, чем основное смыслообразующее значение оказалось переданным (фрагментированная коммуникация), отсутствие обратной связи и пресечение попыток уточнения — все это приводит к тому, что ребенок, пытаясь распознать смысл информации, от которой может зависеть его выживание в широком смысле, развивает неадекватные стратегии угадывания. Они характеризуются, как правило, хаотическим перемещением фокуса внимания от одного параметра коммуникации к другому, в попытках компенсировать недостаточность получаемой информации, и приводят к характерному для больных дефициту интенции внимания, который в свою очередь дополнительно затрудняет общение. Экспериментально установленные [350] особенности коммуникации родителей больных шизофренией, являющиеся социальным стрессором для больных, обозначаются в литературе термином «коммуникативная девиация». Ее характерные признаки: касательность относительно темы сообщения, алогичность, нечеткость формулирования, отсутствие интереса к ответу собеседника, отсутствие способности совместно удерживать фокус беседы (тенденции перебивать собеседника, не вслушиваться), бедность словаря, используемого в общении, сравнительно с индивидуальным запасом слов каждого из участников. Коммуникативная девиация — устойчивый феномен, характеризующий общение в семьях с больным шизофренией на большом протяжении во времени [351]. Коммуникативная девиация включает еще один важный признак, заслуживающий отдельного рассмотрения.

Для многих семей с больным шизофренией характерен специфический стиль поведения родителей, проявляющийся в упорных, настойчивых попытках добиваться восстановления здоровья ребенка. Эти попытки проводятся в стиле, характерном для плохо информированных о данном предмете людей, сопровождаются завышенными ожиданиями, предъявляемыми к ребенку, повышенной опекой его, частыми порицаниями, открытой критикой, выражениями недовольства его поведением. Они перемежаются не

скрываемыми от больного эпизодами тревожно-тоскливой фрустрации с чувством, отчаяния и бесперспективности ввиду очевидной неуспешности прилагаемых усилий. Этот стиль поведения в пионерских исследованиях этого вопроса, проведенных британскими авторами в 70-е годы, получил обозначение «выраженные эмоции» (Expressed Emotions, сокр. ЕЕ). Первоначальное сообщение о корреляции уровней выраженности ЕЕ и рецидивирования привлекло всеобщее внимание. Будучи поведенческой характеристикой, этот феномен легко и однозначно объективировался независимыми наблюдателями; его воспроизводимость является впечатляющим аргументом в пользу влияния психосоциальных факторов на рецидивирование при шизофрении. Эта воспроизводимость подтверждена в многочисленных исследованиях. Больные с более высоким уровнем ЕЕ родителей имеют достоверно большую частоту рецидивов [352—355]. И наоборот, если больных сначала разделить по частоте рецидивирования, а затем исследовать ЕЕ в их семьях, то окажется, что у чаще рецидивирующих больных родители демонстрируют достоверно более высокую выраженность ЕЕ [356]. Основываясь на уровне выраженности ЕЕ на данный момент, можно достоверно предсказать частоту последующих обострений [357—360]. Исследования показывают, что ЕЕ—достаточно устойчивый феномен, отражающий привычный стиль взаимодействия в семье [361]. Он транскультурально воспроизводим [362] и отражает разницу в течении шизофрении между индустриально развитыми и развивающимися социокультуральными средами [363]. Нам удалось обнаружить лишь одно исследование [364], в котором корреляция уровня ЕЕ и рецидивирования не была подтверждена.

Прочность связи с параметрами течения наводила на мысль о том, что ЕЕ не просто коррелирует с колебаниями уровня психотических расстройств, а каузально связаны с рецидивированием. Есть данные, позволяющие считать ЕЕ психопатологически аффинным феноменом: в семьях больных, госпитализированных по поводу шизофрении, уровень ЕЕ оказался достоверно более высоким, чем в семьях больных, госпитализированных в связи с острой хирургической патологией [365]. Однако, он не является нозоспецифичным для шизофрении — обнаружено». что высокий уровень ЕЕ является предиктором и для обострения у эндогенно депрессивных больных [366]. Следует отметить, что, хотя связь ЕЕ с обострениями и несомненна, в то же время нет убедительных доказательств тому, что эта связь носит каузальный характер [367]. Нельзя исключить, что этот вариант коммуникативной девиации сам может являться следствием неблагоприятного течения заболевания, естественной реакцией родителей на испытываемые ими тяготы общения с больным членом семьи [368]. Более вероятной представляется не линейная, а циркулярная взаимосвязь феномена ЕЕ с рецидивированием: девиантное поведение родителей несомненно является стрессором, создавая у больных когнитивный диссонанс и способствуя усилению проявлений психопатологического регистра, которые, в свою очередь, усиливают выраженность ЕЕ у родителей, тем самым замыкая порочный круг [369]. Такой механизм делает вопрос о примате каузальности (т. е. о том, вызван ли рецидив социальным стрессором или внутренними психопатологическими факторами) безразличным для задач психотерапии: сочетанное действие обоих факторов безусловно патогенно вне зависимости от того, что именно является первопричиной. В этом смысле психосоциальными стрессорами в любом случае приходится заниматься, т. к. нейтрализация ЕЕ, разрывая порочный круг, должна иметь противорецидивный эффект,

чему имеются практические подтверждения. Установлено, что снижение числа часов, проводимых больными вместе с членами семьи с высоким уровнем ЕЕ, приводит к достоверному снижению риска рецидива [370]. Специальные психотерапевтические программы, имеющие целью нейтрализацию ЕЕ, достоверно снижают уровень последующего рецидивирования по сравнению с контрольными группами больных, получавших лишь медикаментозную поддерживающую терапию [371—374]. Психотерапевтическое устранение ЕЕ снижает рецидивирование в основной группе больных (лекарства + психотерапия) до 9—10% по сравнению с уровнем 50—60% в контрольной группе (только лекарства), причем в 73% случаев основной группы, где задачи устранения ЕЕ были выполнены полностью, рецидивы вообще не были отмечены [375]. Нейтрализующая ЕЕ психотерапия успешна и в случаях эндогенных депрессий—имеется сообщение о снижении здесь рецидивов в основной группе по сравнению с контрольной соответственно до 0% и 59% [366].

ЕЕ представляют собой лишь один из компонентов многофакторной структуры семейных отношений, влияющих на течение процесса. Исследования подтверждают корреляцию и других вариантов коммуникативных девиаций [376], качества отношений с родителями в целом [377] и их интенсивности [378] с течением шизофрении. Адаптация больного в семье оказывается более чувствительным предиктором качества социального восстановления, чем трудоспособность, что выявляется даже среди больных с благоприятным течением процесса [379]. Структурой семьи объясняют разницу в течении шизофрении между индустриальными и развивающимися, в частности, мусульманскими странами. Восточная страна представляет собой, по существу, несколько совместно проживающих нуклеарных семей, объединенных между собой родственными узами, что дает больше возможностей регулировать воздействие на эмоциональные ресурсы больного и расширять репертуар его социальных навыков [380]. Наиболее типичными признаками патогенной семьи, достоверно отражающимися на течении шизофрении, являются: открытый конфликт между родителями [381], социальная изоляция семьи [85], противоречащие друг другу тенденции в руководстве больным [382], непонимание состояния больного, неадекватные ожидания к нему и отсутствие готовности сотрудничать с врачом [383], повышенный страх психиатрической стигматизации, в особенности при низком культурном уровне семьи, имеющий следствием тенденции к отрицанию болезни и позднее обращение за медицинской помощью [384].

Течение шизофрении находится под влиянием не только внешних психосоциальных факторов, его определяют и внутренние: преморбидные особенности личности, когнитивный статус и навыки проблемно-решающего поведения.

Преморбидные характеристики личности — пожалуй, единственное психосоциальное измерение пациента, которое, как правило, оказывается недоступным непосредственному объективному наблюдению. Поэтому, в отличие от когнитивных феноменов и проблемно-решающих стратегий, данные о которых поступают уже в морбидный период, преморбидные характеристики обычно детально не операционализируются и сообщаются в общих формулах большей или меньшей успешности социального функционирования до заболевания. Последняя связана обычно с когнитивно-перцептивными, аффективными отклонениями, психомоторной заторможенностью, затруднениями в установлении удовлетворительных отношений с

окружающими и тенденцией к социальной изоляции [385]. Точный поведенческий рисунок этих проявлений ретроспективно получить весьма затруднительно, поэтому обычно довольствуются усредненной оценкой преморбидного уровня социальной адаптации. Есть много подтверждений тому, что он является надежным предиктором прогноза последующего течения шизофрении [386—388], в т. ч. при малопрогрессирующих ее формах [389].

Преморбид играет как патогенетическую, так и патопластическую роль в формировании картины негативных расстройств [390]. Ведущим моментом в дезадаптивном влиянии преморбидных параметров является неудовлетворительное состояние навыков общения на общем фоне незрелости личности, незавершенности ее социальных характеристик к моменту манифестации психоза [391] и характерных для шизофрении когнитивных нарушений.

В оценке когнитивного статуса больных шизофренией значительную трудность представляет ограничение нарушений мышления, представляющих собой психопатологические феномены, от когнитивных расстройств, выступающих уже преимущественно как личностные феномены, в том числе и в периоды ремиссий, и описанных еще старыми авторами (Jaspers, Kleist) как нажитая «реактивная лабильность», ускоряющая рецидивы. Ее психологическая структура проявляется в снижении продуктивности при выполнении заданий, характеризующихся многовариантностью решений, требующих направленной сознательной организации и гибкой перестройки своих действий. Ослабление рефлексивной регуляции познавательной деятельности сопровождается нарушением способности к смене позиции, оценке деятельности другого и превращению собственных действий в объект специального анализа. Нажитая реактивная лабильность в особенности характеризует малопрогрессирующие формы шизофрении, наиболее подверженные действию экзогенных стрессоров [392]. Клинико-психологическая операционализация структуры реактивной лабильности, выделение когнитивных маркеров шизофренного диатеза, существенных для прогноза и терапии, представляет собой важную исследовательскую задачу. Однако, за исключением принципиального разделения маркеров на постоянные (выявляемые и вне приступа, пригодные для идентификации групп риска), промежуточные (более выраженные в острых приступах, иногда появляющиеся и в ремиссии и могущие быть предикторами рецидивирования) и эпизодические (выявляемые только в приступе, могущие быть использованными как предикторы длительности приступа и полноты выхода в ремиссию), общепринятых категорий в каждом типе индикаторов пока не предложено [393].

Когнитивные расстройства представляют собой стабильные и устойчивые образования [394]. Их значение трудно переоценить. Анализ новейших данных свидетельствует о том, что когнитивные функции не только находятся в связи с дефицитом микро- и макросоциальных навыков, но и играют роль медиаторов в психофизиологических и биохимических механизмах [395]. Видный исследователь Н. Huber формулирует основное расстройство при шизофрении как нарушение переработки информации, селективной ее фильтрации и целенаправленного использования опыта [396]. Для больных шизофренией характерно неверное распознавание значения информации о социальном контексте, неспособность удержать краткосрочный информационный материал вследствие низкой сопротивляемости к снижению интенции внимания [397], затруднение

отбора, сопровождающееся смешением полезной и несущественной информации. Эмпирически подтверждены ошибки в установлении связи между отдельными элементами поступающей информации, в разграничении конкретного и абстрактного, части и целого, явных и скрытых значений, соблюдения логических правил [398]. Ошибочная переработка информации сопровождается выбором неадекватных вариантов реагирования на эту информацию. Выпадение эффективной объективации, т. е. проверки соответствия реальности, лишает больного возможности успешного личностного регулирования отдельных психических процессов поведения и переживаний [399]. На уровне восприятия характерным является нарушение быстрого визуального охвата деталей сложных конфигураций [400] и замаскированной информации; последнее многие склонны считать когнитивным маркером ранимости к шизофрении [401]. Когнитивные отклонения отражаются и на вербальной продукции больных. Их дефиниции неопределенны, часто заменяются множеством ассоциаций, отмечается перераспределение используемого словаря с увеличением обозначения явлений и предметов и снижением удельного веса слов, придающих речи коммуникативную функцию [402]. Когнитивные расстройства больных шизофренией конкретно проявляются в их общении в виде неспособности совмещать фокус внимания с собеседником, точно выражать свою мысль, гибко и точно выбирать приемы коммуникации [403]. Когнитивные ошибки, выявляемые в мышлении больных, достаточно типичны, это — неправомерные обобщения (использование логически неоправданных параллелей для объяснения событий), избирательное абстрагирование (неправомерное использование части для оценки целого), ошибки в правильной атрибуции собственной роли в происходящем и своей ответственности, ошибки в правильном построении причинно-следственной цепи событий, тенденции к «черно-белым» оценкам [404].

Когнитивные расстройства при шизофрении и шизоаффективных психозах являются сходными [405]; в целом же природа когнитивного дефицита у больных шизофренией качественно отличается от такового при других видах психической патологии [406]. Эти расстройства носят при шизофрении качественный характер, тогда как при аффективной патологии они представляют собой скорее количественные отклонения функций [407, 408]. Резидуальные расстройства коммуникативных структур у больных шизофренией сохраняются и в отсутствие продуктивной психопатологической симптоматики, в отличие от аффективных психозов [409]. Дефицит интенции внимания в маниакальных состояниях при аффективных расстройствах носит самостоятельный характер, при шизофрении же он накладывается на подлежащее нарушение контроля переработки информации [410].

Природа когнитивного дефицита при шизофрении не вполне установлена. Попытки физиологической интерпретации (отвлекаемость — следствие повышенной допаминэргической активности [411], нарушения вербализации—дефект таламического контроля [412]) не внесли полной ясности в понимание этих феноменов. Однако, представляется несомненным, что здесь мы имеем дело с изменением не просто количественных аспектов внимания или мотивации, а качественной природы процессов переработки информации [413]. Когнитивный дефицит связан не с неэффективностью фильтрации, защищающей мозг от перегрузки несущественной информацией из внешнего мира, а с дефектом активной корригирующей переработки, касающейся как сенсорного

ввода извне, так и внутренней концептуализации информации [414]. В качестве наиболее существенного элемента нарушения переработки информации выделяется так называемая слабость дезактуализации — нарушение правильного включения поступающей информации в структуру прошлого опыта, затрудняющее возможность ее эффективного использования на разных уровнях ее представительства [415], что представляет собой патогенетически активный элемент в формировании продуктивной психотической симптоматики [416, 417]. Нарушения переработки информации усугубляются расстройствами, происходящими при ее вводе. Больные шизофренией демонстрируют выраженные трудности в распознавании правильного значения эмоциональных состояний и реакций окружающих, что существенно соучаствует в усугублении их социальной дезадаптации. Эти нарушения проявляются в снижении точности распознавания эмоций, в особенности, в неструктурированных ситуациях [418], в нарушении распознавания эмоций по выражению лица [419]. Способность распознавания эмоций у больных шизофренией достоверно снижена не только по сравнению со здоровыми, но и с больными аффективными психозами [420]. Экспериментально установлено, что эмоциогенные ситуации, в особенности положительного знака, менее точно воспринимаются больными, сопровождаются неадекватной тактикой поведения и хуже запоминаются [421]. Низка точность оценки эмоций как собственных, так и у окружающих; неточно различаются ситуации успеха и неуспеха [422]. Еще хуже дело обстоит с восприятием невербальной информации: при наличии противоречивости вербальной и невербальной информации в распознавании значений эмоциональных состояний, больные ориентируются исключительно на вербальную информацию, т. к. невербальная остается для них практически неуловимой [423].

Выраженность когнитивных расстройств непостоянна, она находится под воздействием как внешних, так и интернальных факторов. Нарушения процессов переработки информации, социоперцептивных характеристик усугубляются в неопределенных, неструктурированных ситуациях [424], при появлении негативной симптоматики [425], углублении социальной дезадаптации [426]. Когнитивные функции находятся в относительной автономии от сопряженных с ними эмоциональных и моторных компонентов поведения. Так, когнитивный компонент эмоционального процесса может нарушаться при сохранности аффективного и поведенческого [427], а когнитивный компонент самосознания может в той или иной мере восстанавливаться и тогда, когда чувственный компонент остается нарушенным, что крайне важно учитывать при вмешательствах, направленных на восстановление сознательной саморегуляции [428].

Детальное рассмотрение когнитивных нарушений представляется необходимым в силу той важности, которую они имеют в социальной адаптации больных. Истинный медиатор адаптации по самой своей природе когнитивен [429]. Возникновение когнитивного диссонанса влечет за собой возрастание напряжения тем больше, чем более значимо для индивида когнитивное несоответствие, что может существенно влиять на поведение субъекта. Так, несовместимость привычной самооценки и нового восприятия себя сквозь призму психиатрической стигматизации могут толкать больного на попытки выйти из такого состояния когнитивного диссонанса, сопровождающиеся завышением оценки актуальных психических ресурсов больного и неминуемо ведущие к рецидиву заболевания. Особый интерес в этой связи представляет рассмотрение проблемно-

решающего поведения больных шизофренией и анализ факторов, определяющих уровень адаптивности.

Изучение проблемно-решающего поведения больных шизофренией ведет свое начало с наблюдений за самостоятельными попытками больных справиться с проявлениями заболевания [430]. Еще в 1920 г. Mayer-Gross описал различные установки больных на перенесенный ими психотический эпизод и их влияние на самоконтроль поведения. Muller в 1930 г. описал спонтанные защитные приемы в виде отрицания психотического опыта в ремиссии или попытки подавления бреда, игнорирования слуховых обманов при персистирующей симптоматике. Arietì сообщил об успехе попыток научения больных своевременно распознавать стрессовые ситуации, ведущие к симптомам, распознавать стоящие за ними конфликты. Это означало переход от наблюдений за спонтанным поведением больных к терапевтической оптимизации их проблемно-решающего поведения. До сих пор не существует общепринятой систематики типов реакции психически больных на проявления симптомов. Выделяются, например, такие типы [431]: 1) демонстрация псевдонормальности и отрицание болезни, 2) мучительные попытки отделить реальность от психотических переживаний, 3) полная поглощенность психотическими переживаниями без попыток борьбы с ними. В отдельных исследованиях приводятся также такие варианты поведения больных в этих ситуациях, как избегание источника стресса, активное обращение к медикации, поиск социальной поддержки, попытки отвлечься от слуховых галлюцинаций путем произвольных изменений уровня активности [432], попытки переключения на различные типы работы или рекреативной занятости, стремление к ограничению нагрузок, ответственности, проявляемых к себе ожиданий и требований [433] и, наконец, сложные интрапсихические приемы эмоциональной саморегуляции — попытки интеграции заболевания в личную концепцию жизни и т. д. Наиболее терапевтически значимыми являются попытки своевременного распознавания приближающегося рецидива, способствующие более эффективному медикаментозному контролю состояния.

Продуктивная симптоматика появляется не внезапно, ей предшествует период (около 2 недель), в котором можно выявить комплекс нарушений невротического или субпсихотического уровня, имеющий для каждого больного почти стандартный характер. Эти проявления не нозоспецифичны и часто выглядят так же, как у здоровых лиц, находящихся под воздействием социального стресса [434]. Эти признаки идентифицируются родными в 92,6% случаев, самими больными в 70% случаев; в 66% родителям и больным удается прийти к единому мнению о природе и значении этих проявлений [435, 436]. Терапевтическое значение этих находок определяется экспериментально установленным фактом: раннее распознавание больными продромальных проявлений является благоприятным предиктором предотвращения регоспитализации [430].

Прогноз шизофрении находится в известной зависимости от состояния компенсаторных навыков [437]. Различные варианты спонтанной психологической защиты могут иметь как позитивную, так и негативную значимость в саногенезе, что во многом определяет возможность и скорость становления ремиссии. Проблема здесь заключается в том, что используемые больными шизофренией защитные приемы чаще имеют крайне низкую или даже отрицательную терапевтическую результативность. Стрессовая нагрузка

в предрецидивном периоде фактически воспринимается усиленной за счет низкой социальной компетентности больных [438]. Компонентами последней являются: мотивационная недостаточность, когнитивно-перцептивный дефицит, ограничивающий возможность приобретения и поддержания социальных навыков, необходимых для социальной интеграции, снижение произвольной регуляции деятельности [439], снижение регулятивных функций смысловых установок и социальных норм, часто сочетающееся со стремлением непосредственного удовлетворения потребностей и снижением способности прогнозировать возможные последствия своих действий [440]. Установлено, что количество успешных защитных стратегий у больных шизофренией обратно пропорционально количеству перенесенных приступов заболевания [441]: с каждым последующим рецидивом дефекты навыков социального поведения наслаиваются, что с особой остротой ставит задачу психопрофилактики рецидивирования.

Когнитивные расстройства можно уподобить молекулярной основе социального поведения, макроструктуры которого представлены отдельными вариантами проблемно-решающего поведения. Связующим каркасом этой конструкции является подсистема личностных параметров, опосредующих когнитивные характеристики в высших формах социального поведения. Экспериментально подтверждено достоверное влияние этой подсистемы на уровень социальной адаптации и трудоспособности, прогноз течения шизофрении и предотвращение рецидивов. Среди этих параметров такие личностные характеристики, как самооценка [442], правильное опознание дефектов своего социального поведения, способность к адекватной оценке окружающих и общению с ними [443], уровень притязаний [444], мотивация к продуктивной деятельности, осознание интрапсихических конфликтов [445], значимость друзей и лиц противоположного пола, удовлетворенность общением и работой, ориентировка на материальные стимулы [446], опознание социальных нормативов и подстраивание под них [447], способность копировать успешное поведение окружающих, способность к произвольной регуляции и сознательному контролю деятельности [448]. Более сложным и также личностно опосредованным феноменом является внутренняя картина болезни, определяющая собой отношение к болезни и лечению и имеющая первостепенное отношение к течению заболевания. Внутренняя картина болезни и ожидаемых результатов лечения определенно влияет на исход реабилитации [449]. Установлено, что сознание болезни — достаточно автономный феномен, который мало зависит от окружающей социальной обстановки [450]. Он отчетливо связан с рецидивированием: в одном из исследований из имеющих сознание болезни при рецидиве было госпитализировано 8%, тогда как в контрольной группе больных, не имеющих критики к заболеванию, госпитализировано 50% [451]. Игнорирующее, а также паническое отношение к болезни сопровождаются худшим прогнозом по сравнению с более реалистичными вариантами отношения [452].

Прежде, чем приступить к изложению техники психотерапии, нам представляется целесообразным более конкретно осветить задачи психотерапии при шизофрении, ее организационные и экономические предпосылки.

Глава 4

ЗАДАЧИ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ. ОРГАНИЗАЦИЯ И ФИНАНСИРОВАНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Главная из задач, ставящихся перед психотерапией шизофрении — воздействие на деформированные коммуникативные структуры больных. Психотерапия опосредована общением, совместной деятельностью, включение в которую улучшает социальную перцепцию [453]. Экспериментально показано, что, меняя стиль общения, можно повышать эффективность совместной деятельности [454], а за счет повышения ее согласованности — предотвращать возникновение межличностных конфликтов [455]. Собственно, эффективность психотерапии определяется степенью успешности включения диссоциированной психики больного в пусть искусственно создаваемый, но все же социальный контекст [456], в котором больной восстанавливает умение ориентироваться на социальные факторы и нормы, опираться на собственный прошлый опыт, расширяет свои ролевые навыки [457]. Если при обусловленном депривацией дефиците положительных эмоций оказывается достаточным одних изменений внешних условий содержания больных, то при дефиците, обусловленном нарастанием негативной симптоматики, специальные меры психосоциальной активации открывают возможности выхода за пределы чисто средовых воздействий [458]. Точно так же изменение взаимодействия в семье больного дает действенную возможность выйти за пределы достижимого лишь при работе с самим больным [459]. Вообще можно сказать, что психофармакологические средства открыли для психотерапии самую главную возможность — выйти за пределы действия одних только лекарств, помогая психотерапевту вмешиваться «как анестезия хирургу» [56]. И наконец, заманчивая возможность, открывающаяся перед психотерапией, связана с тем, что базисные нарушения переработки информации при шизофрении оказываются доступными коррекции, позволяя развивать психотерапевтические стратегии научения [460]. Новейшие данные о патоморфозе не делают потребность в психотерапии относительной. Тезис о том, что на психотерапевтических усилиях можно сэкономить, поскольку большинство случаев процесса все равно будет иметь благоприятное течение, несостоятелен. Своим шансом на относительно пристойное будущее больной шизофренией сможет воспользоваться лишь при наличии успешных социальных навыков, которые он может не сохранить в ходе заболевания даже при благоприятном его течении. Это позволяет сейчас говорить о новой парадигме социальной психиатрии, появившейся по мере того, как поблек миф о социальных утопиях неограниченных возможностей общества помогать больному — требования совершенствования автономных форм поведения больных, позволяющих им в большей мере опираться на собственные возможности в решении жизненных задач [461].

Следует отметить, что признанию принципиальной широты возможностей психотерапии шизофрении, к сожалению, сопутствует то обстоятельство, что ее цели и задачи в основном излагаются в общей форме и не всегда в достаточной мере конкретизируются. Попытки конкретизации, как правило, не представляют собой дифференцированную типологию мишеней психотерапии, не содержат привязки к индивидуально-типическим системам клинической и психосоциальной диагностики. Обычны рекомендации: разорвать порочный круг взаимно подкрепляющей обратной связи между когнитивными дисфункциями и психосоциальными стрессорами, расширять ролевой репертуар, корригировать старые дезадаптивные ролевые рисунки [462], проводить коррекцию личностных образований, участвующих в проявлениях болезни и фиксирующих патологические формы адаптации. Задачи психотерапии иногда

формулируются как общие стратегии, задаваемые от противного, например, основная цель психотерапии — не интенсивное стремление к раскрытию мотивов поведения больного, а восстановление реальных взаимоотношений с окружающими и приспособление к условиям обыденной жизни [463]; психотерапия малопрогрессирующей шизофрении направлена не собственно на болезнь в ее клиническом понимании, а на социальную активацию больных, тренировку их способности к общению, повышению социальной уверенности, предотвращению изоляции, коррекцию определенных психологических структур, обуславливающих нарушения общения [131]. Задачи психотерапии иногда подаются в виде схематизированных ожидаемых результатов лечения — параметров социальной компетенции: 1) дифференцированное восприятие собственных и чужих личностных качеств, 2) осознание собственной включенности в социальный контекст, 3) эффективность навыков проблемно-решающего поведения [464]: 1) правильное восприятие социальной ситуации, 2) контроль аффекта, 3) правильное оперантное поведение [465]; 1) стабилизация эмоционального равновесия, 2) удовлетворительная самооценка, 3) гармоничные отношения с родными и друзьями, 4) реалистичная подготовка к неопределенному будущему [430].

Чрезвычайно важной представляется и еще одна задача: путем оптимизации психотерапии сократить общие расходы на лечение и содержание больных шизофренией. Потребность в решении этой задачи достаточно велика. Больные шизофренией представляют собой самый распространенный контингент хронически больных, пользующихся услугами психиатрических служб. Одна четверть из них нуждается в частых повторных госпитализациях [466]. Повторно поступающие больные с интервалом ремиссии до 6 лет составляют 68,2% от всех больных шизофренией [467]. Существенны негативные социальные последствия болезни: ремиссия у 50—60% больных носит частичный характер, сопровождаясь снижением социального приспособления [116]; уровень инвалидизации составляет даже при благоприятном течении процесса 31,7—47,2% [383]. Все это усиливает необходимость психосоциальных мероприятий, недостаточная интенсивность которых способствует хронизации больных, являясь, по существу, одним из проявлений ятрогении [468]. Неиспользование социальных мероприятий оставляет нереализованным существенный реабилитационный потенциал больных шизофренией, возможность выхода к общественно полезной деятельности. В случаях приступообразных форм компенсаторные возможности в отношении получения образования достаточно высоки [469], в связи с чем высказываются мнения о пересмотре ограничений на поступление в ВУЗы для больных благоприятно текущей шизофренией [383]. При использовании стимулирующей психотерапии перспектива компенсации на здоровом производстве открывается перед 38% пациентов ЛТМ [470]. В целом резерв реабилитации составляет одну треть стационарированных ныне больных, так как именно столько удастся выписать при проведении психосоциальной реабилитации [471]. Однако, полноценным образом реализовать этот потенциал можно лишь при условии дополнительного подключения психотерапевтических подходов, т. к. традиционные реабилитационные программы достигли пределов возможностей своей экономической эффективности.

Первоначально оптимистическое представление о том, что можно реабилитировать любого больного, натолкнулось на сопротивление «феномена пружины» [472],

определяющего границы возможностей реабилитации, за пределами которых достижение успеха требует такой интенсивности усилий, при которой реабилитация перестает быть экономически выгодной. Сама по себе выписка из стационара еще не равнозначна успеху реабилитации. Отрезвляющий опыт конца 70-х гг. показал, что медикаментозная деинституционализация не может быть самоцелью [473]. Пациентов можно выписать, но они оказываются не готовыми к жизни вне больницы, что означает дополнительные расходы на развитие сети внебольничных учреждений, лишь при достаточной развитости которых можно пойти на сокращение больничных коек [474]. Неподготовленная выписка больных означает лишь ускорение движения психиатрической «вращающейся двери». Больные продолжают рецидивировать и вне госпитализаций — амбулаторные обострения составляют 61,8% всех обострений при перемежающе-поступательной шизофрении [475]. В этом отношении небольшое реабилитационное общежитие в целом лучше, чем враждебно относящаяся семья или полное одиночество [476], однако достаточного противорецидивного эффекта такие учреждения, по сравнению с больницами для хроников, могут добиться лишь при дополнении традиционных реабилитационных мероприятий психотерапевтическими [477, 478]. Вне психотерапии результативность обслуживания остается невысокой даже при достаточном развитии сети внебольничных учреждений. При использовании лишь традиционной реабилитации простое расширение приема больных в дневные стационары приводит к возрастанию длительности пребывания в них, что стирает экономические преимущества дневных перед круглосуточными стационарами [479]. Одной из основных причин недостаточности противорецидивного эффекта полустационаров является узость ролевого тренинга проблемно-решающего поведения, предлагаемого в них больным [480], что нередко способствует формированию так называемого «нового госпитализма» [481]. Высказываются даже мнения о том, что внебольничное наблюдение в том виде, в котором оно сейчас находится (т. е. без психотерапии и с низким комплейенсом больных) в отношении противорецидивного эффекта достоверно не отличается от полного отсутствия наблюдения [482]. Невысоки в этом отношении и результаты стационарного лечения, если они ориентированы лишь на медикаментозное купирование продуктивной симптоматики, иногда являясь, по существу, скрытым средством избавления от проблем отношений больного с родными [483]. Благодаря успехам психофармакотерапии, средний срок пребывания в «остром» отделении в среднем составляет 1—3 недели, в то время как установлено, что чем больше больной проводит в целом времени в стационаре (за длительный период наблюдения), тем чаще он регоспитализируется, и тем короче пребывание в каждом повторном поступлении [158].

Психотерапия способствует ускорению выздоровления и сокращению общей стоимости лечения даже в соматической клинике, где она является сугубо вспомогательным приемом [484]. Разумеется, психотерапия в состоянии решать задачи повышения экономической эффективности и в психиатрической клинике, где она приобретает патогенетическую значимость. Включение психотерапии в общий комплекс биологических и реабилитационных методов снижает затраты на лечение на 40—55% [485]. Стоимость обслуживания прошедших психотерапию больных за 2 года катамнеза составляла в 1985 г. в среднем 2220 долларов на пациента, тогда как у контрольной группы не проходивших психотерапию она равна 5167 долларов [286]. Экономический эффект

обусловлен в первую очередь снижением использования дорогостоящего лечения в острых отделениях психиатрических больниц, потребности в коечном фонде в целом и (в меньшей степени) прибылью от вовлечения больных в производство. Казалось бы, эти обстоятельства создают предпосылки для широчайшего внедрения психотерапии в психиатрическую практику, однако этого не происходит прежде всего потому, что психотерапия, в принципе способная сократить расходы на лечение по другим статьям, сложна для освоения и проведения, и в силу этого по-прежнему остается относительно малодоступной. Ее внедрение в повседневную практику психиатрических учреждений возможно лишь при начальной финансовой нагрузке, связанной с обучением специалистов, оплатой их труда и пересмотром норм обслуживания. Лишь после этого психотерапия начинает становиться экономически выгодной. Такие начальные затраты готовы выдержать пока не все структуры здравоохранения и страховые компании развитых стран. Во всех остальных случаях психотерапия психозов делается лишь теми, кто в состоянии позволить себе ее делать, и лишь по отношению к тем больным, которые в состоянии позволить себе ее получить. Это — причина широкого распространения психотерапии в частной практике. При опросе методом случайной выборки каждого шестого частнопрактикующего врача в Австралии выяснилось, что практически все из них применяют в дополнение к медикаментозным и психотерапевтические подходы при лечении больных шизофренией, исходя из очевидной для них результативности такого сочетания [486]. И хотя очевидная результативность психотерапии столь велика, что, по мнению некоторых авторов, «трудно защитить адекватность существования психиатрического отделения, пытающегося функционировать без психотерапевтических программ» [487], тем не менее, на сегодняшний день использование психотерапии в психиатрических учреждениях определяется прежде всего их финансовыми возможностями [488]. Решение вопроса о расширении использования психотерапии в лечении шизофрении требует, по-видимому, существенных изменений в политике финансирования охраны психического здоровья с учетом удельного веса расходов по этому заболеванию. Больные шизофренией составляют в США менее 5% от всех лиц с психическими расстройствами в населении, включая алкоголизм и наркомании, но на их лечение в 1983 г. ушло 30% от всех затрат на терапию психической патологии [489]. Основная часть расходов пришлось не на долгосрочную глубинную психотерапию, как принято было думать, а на краткосрочные интенсивные ее модели, пользующиеся значительным спросом и финансируемые вне рамок частной практики [490]. Именно здесь должны прилагаться основные усилия по удешевлению процедуры.

Установлено, что шизофрения поражает вдвое меньше людей, чем инфаркт миокарда, однако лечение ее обходится вдвое дороже [491], что делает оправданным призыв к большей паритетности финансирования исследований по этим видам патологии, с чем, к сожалению, психиатрия испытывает большие трудности во всем мире. Эти трудности объективны. Законы гуманности требуют разговора с больным, но не предписывают бесконечного удлинения разговора при его удорожании. Психотерапия предполагает человеческое участие, которое объективно стоит денег. И здесь любые попытки экономить на расходах по здравоохранению означают угрозу, нависающую прежде всего над политически наименее значимой частью населения — душевнобольными [492].

Тем не менее, магистральное направление развития политики здравоохранения во

всем мире находится в русле требований руководствоваться в оценке деятельности психиатрических учреждений не формальными количественными показателями, а качественными, учитывающими противорецидивный: эффект, качество и длительность достигнутой социальной адаптации. В некоторых странах, как, например, в Швейцарии, оценки реабилитационного потенциала и качества жизни важных нозологических контингентов уже являются действующими критериями деятельности психиатрических служб [493]. Можно лишь согласиться также с требованиями более широко информировать врачей и население о лечебных возможностях, достигаемых с помощью психотерапии [494].

Глава 5

НЕПСИХОДИНАМИЧЕСКИ ОПОСРЕДОВАННЫЕ МОДЕЛИ ПСИХОТЕРАПИИ

Хотя основным предметом настоящей работы являются психоаналитические методы, для полноты изложения мы считаем целесообразным вкратце упомянуть и о непсиходинамических моделях. Они не играют центральной роли в мировой практике психотерапии шизофрении, однако иногда используются в общем комплексе как дополнение к психоаналитическим техникам.

Несмотря на единичные упоминания об успешности применения гипносуггестивных методов и аутогенной тренировки, в целях способствования наступлению седативного эффекта и редукции неглубоких сенестопатических расстройств у больных шизофренией [495], эти методы в мировой практике лечения шизофрении практически не используются ввиду их очевидной малоэффективности. Отсутствие эффекта рассматривается некоторыми авторами как дифференциально-диагностический признак, отличающий псевдоневротические синдромы в рамках шизофрении от истинно невротических состояний [496]. Высказываются и мнения о том, что аутогенная тренировка противопоказана при шизофрении [497].

На недостаточность внушения для формирования автономного поведения как противорецидивного средства указывал еще основоположник метода т. н. рациональной психиатрии Р. Du-bois, который вообще был не склонен считать суггестию психотерапией. Он придавал большую важность проникновению в механизм формирования нарушений для достижения устойчивого реконструктивного результата: «Я не стараюсь уверить больного, что у него прошел этот симптом... Я, напротив, хочу изучить своего больного, исследовать... какими сознательными или подсознательными внушениями вызывает он у себя ощущение боли» [498]. Основанный им метод, именуемый в России рациональной психотерапией, а в мировой литературе убеждением или психотерапией здравого смысла, хоть и представляет собой основу т. н. неспецифического психотерапевтического общения с больным, однако самостоятельно в работе с психозами не используется (в качестве компонента он входит в модель суппортивной психотерапии, о чем будет сказано при описании этой модели). Причина та же — неадекватность задачам психотерапевтической коррекции у больных шизофренией.

Шире применяются поведенческие методы психотерапии. Наиболее часто они используются для тренировки т. н. ассертивного или самоутверждающего поведения. Основные цели тренинга здесь — научение спонтанному выражению возникающих эмоций (мимически и вербально), воздержанию от неискреннего согласия с окружающими,

принятию похвалы окружающих, умению отказывать им, выражать свои желания и требования, активно вступать в разговор и оканчивать его. В ряде программ ассертивного тренинга предлагается освоение ступенчатого возрастающих по своей сложности стереотипов социального поведения, на ранних этапах обучения — с полностью расписанными ролями, на последующих — с неизвестным исходом коммуникации, что предполагает максимальное включение больным освоенных ранее навыков.

Ассертивный тренинг проводится чаще отдельными курсами, однако универсальность законов теории обучения, лежащих в основе поведенческой терапии, делает неизбежным широкое проникновение приемов последней в рамки других разговорных психотерапевтических моделей, прежде всего — имеющих целью коммуникативную активацию. Основные приемы, используемые здесь — формирование желательного поведения с помощью положительного подкрепления или его отнятия при появлении нежелательных форм поведения, установление определенных границ и правил, создающих условия для общения, демонстрация образцов успешного коммуникативного поведения с их последующим воспроизведением больными, постоянное использование в качестве обратной связи информации от больного о том, каким видит он себя в общении, какой представляет себе реакцию окружающих, что он при этом думает и чувствует. Важным элементом являются так называемые домашние задания, предоставляющие больным возможность использования полученных навыков во внутерапевтической среде. Связь с другими моделями осуществляется также и в том, что поведенческие методы расширяют показания к вербальным психотерапевтическим подходам за счет привлечения ранее отсекавшихся больных с трудностями вербализации: преимущественно ипохондризированных контингентов [499] или мутичных больных [92].

Тем не менее, в лечении больных шизофренией собственно поведенческие методы используются лишь на определенных, в основном, заключительных этапах терапии, и как дополнение к другим разговорным методам. Отношение большинства психиатров к изолированному применению поведенческих методов остается скептическим, они видятся врачами не как медицинские, а как психологические вмешательства, имеющие целью манипулятивное, поверхностное устранение психопатологических симптомов, а не базисных нарушений личности [500—503]. Виноваты в этом отчасти сторонники поведенческих методов, восстановившие против себя коллег-психиатров безопасным отвержением других подходов, недооценкой роли отношений врача и больного в деле лечения, подменой терапии «технологией поведения», «контролем симптомов», отнимающим у больных мотивацию к пониманию себя. Но прежде всего причина этого — очевидно недостаточная результативность поведенческих методов при их изолированном применении, невозможность в достаточной степени распространить освоенные навыки поведения за пределы психотерапевтической ситуации. Поведенческую терапию обедняет исключительная ориентировка на собственно коммуникацию с отказом от перехода на метакоммуникативный уровень и проработкой информации о коммуникации. Тренировка навыков общения, ограничивающая себя достижением так называемой топографической динамики поведения: контакта взглядов, громкости голоса, быстроты ответов, использования определенных жестов и поз, — не сопровождается распространением эффекта на все поведение больных без увязки с общими когнитивными схемами, координирующими поведение, включая правильное распознавание значения

данных элементов поведения в социальном контексте, взаимодействие с другими элементами, учет их роли в достижении цели общения. Эмпирические исследования подтверждают, что в систематической десенситизации эффект опосредован когнитивным реструктурированием [504].

Относительно клиентцентрированной психотерапии по Rogers также можно сказать, что ее основа (параметры поведения психотерапевта) включена во все другие вербальные модели. Универсальная ценность соблюдения врачом этих переменных для успеха лечения подтверждена эмпирически. При установлении благодаря им оптимальных взаимоотношений врача и больного автоматически пускается в ход процесс, в котором, опираясь на врача и видя в нем дружественное зеркало, больной перестает бояться реальности, отсекает ее и начинает воспринимать разницу между ней и своим видением ее и себя. Этому способствует правильное видение врачом больного и точная вербализация его когнитивного мира, безусловное принятие больного, какой он есть, собственная искренность и естественность поведения врача, но в еще большей степени — акцент на самоэксплорацию больного, вербализацию только предсознательных его переживаний и только в те моменты, когда больной может прочувствовать, понять и согласиться с этим. Эти приемы, направленные на снятие страха больного перед болезненным для него проникновением в его переживания, без сомнения, в какой-то мере достигают своей цели. Однако, они не в состоянии убрать страх полностью и сделать вмешательства врача независимыми от него, оставляя психотерапевта на милость мотивации больного. Последняя же далеко не всегда бывает снисходительной к врачу даже при искусном выполнении параметров Rogers, о чем свидетельствует его собственный клинический опыт. Это обстоятельство резко сужает показания к изолированному использованию метода до круга высокомотивированных и хорошо вербализующих пациентов. Сторонники концепции Rogers настаивают на достаточности для успеха терапии соблюдения параметров психотерапевта — при условии, если они будут использоваться в полном наборе, с полным объемом выполнения каждого, постоянно, гибко, и чтобы больной это с гарантией адекватно воспринимал. Доказать существование границ возможностей клиентцентрированной модели можно лишь показав, что все эти требования врачом были выполнены, что в принципе невозможно. Таким образом, в реальной клинической практике набора параметров поведения психотерапевта, предложенного Rogers, оказывается недостаточно, в нем отсутствуют приемы, дающие возможность более активного доступа к когнитивному реструктурированию психики пациента.

Такие приемы составляют основу модели когнитивной терапии. Общие рекомендации здесь врачу — учитывать когнитивные особенности больного и использовать приемы, облегчающие усвоение им информации: стремиться к отсутствию отвлекающих факторов, к интенсивной, отчетливой подаче небольшой по объему информации [505, 506], упрощать, конкретизировать, структурировать высказывания, повышать их наглядность, по возможности повторять и уточнять их, избегая абстрактных формулировок. Разработано много методик целенаправленной коррекции отдельных когнитивных функций больных — запоминания, апперцепции, выделения сути, целенаправленного внимания и др. Однако, о когнитивной терапии как о модели стало возможным говорить лишь после появления работ А. Векс и его школы. Первоначально модель ориентировалась на терапию депрессивных состояний, но в последнее время

появились модификации, адаптированные к задачам терапии шизофрении. Заслугой А. Векс является привлечение внимания к тому, что когнитивные нарушения определяются не дефицитом отдельных разрозненных когнитивных функций, а содержанием их устойчивого взаимовлияния друг на друга. В ходе заболевания в ответ "на действие социальных стрессоров формируются индивидуально-типические когнитивные реакции на них — мысли, которые при повторных действиях стрессоров автоматизируются, ложась в основу устойчивых когнитивных структур — дисфункциональных схем, искажающих такие существенные функции, как самооценку, социальную перцепцию и др., и отрицательно воздействующих на эмоциональное реагирование. Повторные действия стрессоров приводят, таким образом, не к появлению какой-то одной мысли, а к активированию комплексных когнитивных схем, взаимоувязанных с важнейшими личностными характеристиками, не всегда имеющих прямую содержательную связь с действующим стрессором и адекватных ему, не всегда осознаваемых больным, но всегда ведущих к ухудшению его эмоционального самочувствия и сенсibiliзирующих к последующим действиям стрессора.

В рамках когнитивной модели систематически используются приемы, имеющие целью разорвать этот порочный круг. Больной обучается навыку своевременного распознавания действия стрессоров, индикатором которого служит возникающая негативная эмоция. В дневнике дисфункциональных мыслей больному предлагается фиксировать автоматическую мысль, предшествовавшую возникшей эмоции. Последнее не всегда удается сразу, поскольку дисфункциональные мысли не всегда осознаются. Дальнейшим этапом является анализ содержания автоматических мыслей в их соотнесении с ситуацией действительности, цель которого — выявить типичные когнитивные ошибки, искажающие восприятие реальности или оценку ее и дать рациональный, нормативный ответ. Восстановление объективного видения действительности, как правило, сопровождается положительными изменениями эмоционального состояния, что больному также предлагается фиксировать в т. н. графике субъективного дискомфорта. Дискомфорт измеряется больным в субъективных условных единицах от 0 до 100 и фиксируется графически для каждого эпизода в трех точках— до действия стрессора, на максимуме выраженности негативной эмоции после действия стрессора и после нахождения рационального ответа. Такой график позволяет больному увидеть, что дискомфорт имеет связь с социальными стрессорами и очерчен во времени, т. е. доступен контролю извне. Освоение больным навыка идентификации стрессора, генерируемых им автоматических мыслей и заключенных в них когнитивных ошибок рассматривается как существенный успех терапии, так как систематическое выявление таких ошибок *post factum* снижает вероятность последующего их возникновения, способствуя деавтоматизации дисфункциональных мыслей. Дальнейшее общее направление терапии от частных и внешних проявлений — к обобщенным схемам, от конкретных ситуаций и отдельных мыслей — к формулированию центральных тем, к которым они приводят, к анализу нарушений самооценки и т. д. и, наконец, к формулированию обобщенных рекомендаций по устранению этих нарушений. Общая позиция врача здесь, охватывая хаотичную когнитивную структуру больного, объясняя ее, снабжать больного образцами адекватного когнитивного функционирования, которыми тот может в дальнейшем пользоваться самостоятельно. Тактика врача, кроме того, гибко адаптируется к особенностям коррекции

специфических вариантов когнитивных нарушений.

Так, например, при неправомерной экстернализации или интернализации вины используется техника так называемой реатрибуции вины, целью которой является не освободить больного полностью от всякой ответственности и, тем более, не обвинить его самого во всем случившемся, а помочь увидеть все множество внешних и внутренних факторов, соучаствующих в формировании данной дисфункциональной схемы. Обычная последовательность приемов здесь. 1) проверка субъективных аргументов обвинения, 2) введение социальных нормативов атрибуции вины, 3) демонстрация неправомерности 100%-ной атрибуции вины одному фактору.

Другой пример коррекция завышенного уровня притязаний. Оптимальная последовательность приемов здесь. 1) вербализация притязаний (желаемое поведение свое и окружающих, его интенсивность, количество ситуаций и т. д.), коррекция элементов нереалистичности, несоответствия социальным нормативам, 2) визуализация субъективно угрожающих последствий неудовлетворения притязаний, 3) воспроизведение в реальной обстановке ситуации с неудовлетворением притязаний, демонстрация субъективно завышенного восприятия угрозы, 4) ревизия предсказаний последствий неудовлетворения притязаний на основе результатов проведенного эксперимента. Целостное видение больного — главная предпосылка успеха когнитивной терапии. Сомнительна практическая ценность изолированной коррекции единичных, так называемых молекулярных когнитивных параметров вне видения общего поля психосоциальных расстройств, ведение больного с использованием «рецептурного справочника» [507] отдельных приемов когнитивной терапии. Успех ее еще более зависит от точности диагностики природы корригируемых структур, ибо относительно психопатологически обусловленных феноменов когнитивная терапия, разумеется, бессильна. При всех положительных аспектах упомянутых психотерапевтических моделей, все они находят лишь ограниченное применение. Главная причина этого — недостаточные их возможности мотивирования больных к лечению и коррекции личностных структур, блокирующих эту мотивацию. Прежде, чем приступить к анализу психоаналитических методов, более адекватных для решения этой проблемы, нам представляется важным более подробно остановиться на специфических особенностях мотивационных структур больных шизофренией и искажающих их личностных механизмах.

Глава 6

ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ И НЕОСОЗНАВАЕМЫХ ЛИЧНОСТНЫХ МЕХАНИЗМОВ

Мотивация — один из основных аспектов психологии деятельности. Общая структура деятельности является результирующей взаимодействия когнитивного, эмоционального, мотивационного и оперантного компонентов [508]. Не менее важной является ее роль и в психотерапии — она признается одной из наиболее существенных категорий основ «психологии воздействия» [509]. Основные ее компоненты — уровень бодрости, внутренней активности, охватывающий широкий спектр от сонливости до сильного возбуждения, и усилие — степень привлечения имеющихся ресурсов для их непосредственного вложения в выполнение задания, в достижение цели [510]. Отсюда становится ясной принципиально возможная вариативность генеза нарушений. На первый

компонент может негативно воздействовать общее снижение уровня энергетики или, наоборот, чрезмерно высокий уровень тревоги, второй находится в зависимости от сложных и разнообразных психологических механизмов, как, например, завышение ориентировки на достижение [511], или утрата смыслообразующей целенаправленности деятельности [512].

Нарушения мотивации и продуктивной деятельности носят при шизофрении центральный характер. Еще К. Conrad [513] верил, что если бы удалось найти возможность пополнить энергетические ресурсы больных, вводить их извне подобно тому, как вводятся недостающие гормоны, то шизофрению действительно удалось бы вылечить. Клинически расстройства мотивации проявляются разнообразно, это — разноплановость, бессистемность мотивации, сужение круга мотивов и их побудительного уровня, нарушение целеполагания и смыслообразующей функции мотивов, перестройка смысловой иерархии, отсутствие гибкости в перестройке мотивов. При правильном иногда понимании задачи общения у больных отсутствует цель быть понятым партнером и соответствующая перестройка поведения в общении [514], что отчасти может быть связано с дефицитом положительных эмоций от общения [515], который они, несомненно, испытывают. Острота и прогрессивность сопутствующей продуктивной симптоматики не оказывают существенного влияния на качественную структуру нарушений мотивации [516], в то же время именно побудительная активность, а не дефект в первую очередь определяет уровень трудоспособности больных [517]. Потребностные, мотивационные компоненты социальной регуляции и ценностные ориентации повреждаются раньше оперантных в ходе процесса и страдают больше, чем собственно трудоспособность [518]. При астеническом типе ремиссий мотивационный, побудительный компонент страдает тотально. Даже при стеническом типе ремиссии происходит парциальное снижение произвольной регуляции сложных видов психической деятельности [519]. При тенденции к отказу от достижения цели больные шизофренией предлагают не худший по сравнению со здоровыми лицами репертуар содержания проблемно-решающего поведения [520]. Угасание мотивации не всегда тотально, иногда при уходе от социальных функций можно установить активную компенсаторно-приспособительную деятельность в аутоцентрической сфере, обеспечивающую удовлетворение узких интересов и потребностей больного [521]. Мотивационные структуры испытывают на себе воздействие психосоциальных факторов: наряду с морбидными, нарушения связаны иногда с преморбидными особенностями личности [522]. Экспериментальные данные показывают, что низкая мотивация больных достоверно сочетается с тенденцией к отрицанию дезадаптации и роли в ней психосоциальных факторов, высоким уровнем соматизации, низким социоэкономическим положением в обществе и низким уровнем интеллекта [523].

Уровень мотивации имеет высокую прогностическую значимость, он является важным признаком прогноза ремиссии [524]. Установлена прямая зависимость между уровнем мотивации и достигаемым успехом психотерапии [525]. Залогом мотивации к лечению должно, казалось бы, быть желание каждого пациента избавиться от болезни — в этой связи S. Freud никогда не говорил о воле больного к выздоровлению, предпочитая говорить о нужде в выздоровлении, обозначаемую им словом *Leidensdruck* (давление страдания). Однако, разницу в субъективно воспринимаемом страдании и декларируемой в самоотчете больными мотивацией к терапии между успешно и неуспешно лечеными

больными выявить не удастся [526, 527].

На мотивацию части больных к лечению и продуктивной деятельности парализующим образом действует существующая система социального обеспечения [528]. Подтверждением тому являются псевдорецидивы перед освидетельствованием ВТЭК, учащение которых объясняется тем, что при трудоустройстве пенсионное пособие выплачивалось бы частично [529]. Сейчас довольно много больных стали «экспертами» в пребывании в разного рода психиатрических учреждениях, дающих убежище и минимальные радости жизни, не требуя взамен никакой ответственности или активной деятельности. Некоторые формы психотерапии могут, по всей вероятности, невольно стимулировать такой хронический социальный паразитизм. Во всех случаях, когда вторичная выгода от болезни превышает страдания больного, успех психотерапии становится маловероятным, преодоление нозофильности считается возможным лишь в ходе глубинной психотерапевтической проработки [530]. Иногда освобождение от работы, пенсия, льготы в получении жилья могут быть достаточно реалистичными причинами для того, чтобы цепляться за болезнь. Тому есть и эмпирические подтверждения. При преобладающем отрицательном отношении к инвалидности (67,2% в группе хронических и 79,2% в группе свежезаболевших шизофренией пациентов) ни в той, ни в другой группе не было обнаружено достоверных попыток добиться финансовой независимости. Слова врача в этом направлении встречали полное согласие больных, без соответствующих изменений их поведения [531]. Пособие по инвалидности — сам по себе, безусловно, гуманитарный акт — имеет и свою оборотную сторону, снижая собственные усилия больного по реадaptации к труду.

В самых злокачественных случаях нарушения мотивации связаны с низкими моральными характеристиками больных. Здесь они, как правило, носят вполне осознанный характер. Эти больные лгут врачу, полностью осознавая, что они лгут. Моральные принципы не являются регуляторами их поведения, которое определяется стремлением к безграничному удовлетворению любых потребностей и агрессивными импульсами, направленными на все, что этому удовлетворению препятствует. Но в большинстве случаев нарушения мотивации не являются намеренными, а истинные их причины не осознаются больными и находят иные объяснения. Часто дефицит мотивации заложен в саму модель лечения, которая близка к представлению о хирургической операции, в которой больной находится под наркозом и, естественно, бездеятелен. Отсюда — такая повышенная готовность больных к получению гипнотерапии. Эмпирические данные показывают, что идеальный врач для больного оказывается всегда более доминирующим, чем лечащий, что свидетельствует о проекции регрессивной тенденции зависимости [532]. Больных обычно не смущает несообразность логике их объяснений типа «хочу быть пациентом, хотя в лечении практически не нуждаюсь» [533], эти объяснения являются устойчивыми регуляторами их поведения; во всяком случае, пока вина за происходящее проецируется больным вовне, он, как правило, соглашается принять помощь лишь в виде сочувствия или какого-то вмешательства извне, исключая собственное активное участие в процессе лечения. Мотивация к лечению часто представляет собой желание проявления заботы о себе со стороны, не сопряженного с какой-либо собственной ответственностью за результат. Это в особенности касается психотерапии. Когда последняя заменяет больному жизнь, появляется установка на ее бесконечное продолжение (и, следовательно, отсутствие

результатов). Больной может прямо требовать, чтобы в компенсацию за перенесенные страдания врач посвятил ему всю свою жизнь или нес ответственность за все дальнейшие шаги больного. Содержательное разнообразие психологических вариантов мотивационных нарушений чрезвычайно велико. Это — нежелание признать ментальный характер симптомов, какие-то личностные черты, семейные трудности, характеристики родных, которых больной стыдится. Отсутствие соответствующего личного опыта может вызывать представление о невозможности решать проблемы в разговоре с другим человеком. Враждебность к окружающим, в т. ч. к психиатру, может превышать желание получить от него помощь, причем неосознанной причиной ненависти к врачу может быть непереносимая зависть к тому, что он сильнее как личность, не поражен той же патологией и в состоянии, в отличие от больного, наслаждаться своей собственной жизнью. Низкий уровень самоутверждения часто сочетается с нежеланием принять авторитет врача как эксперта, гиперкомпенсаторным стремлением подавлять других, которое может быть сильнее, чем предполагаемые надежды на полезное терапевтическое сотрудничество.

Таким образом, задача когнитивной реконструкции — главной предпосылки коррекции социальной компетенции больных шизофренией — выполнима лишь при активном сотрудничестве больного в лечении. Такая позиция больного в большинстве случаев не наблюдается, ее не удастся добиться в достаточной мере суггестивными приемами. Это ставит все модели психотерапии в зависимость от их возможностей воздействия на мотивацию больных шизофренией. Следует, впрочем, отметить, что проблема мотивации к лечению, хотя и не в такой степени, весьма актуальна и для работы с иными нозологическими контингентами в психиатрии (да и в медицине в целом). В этом смысле можно считать лишь печальным историческим курьезом требование крупного немецкого психиатра С. Schneider, высказанное им в 1944г., — подвергать больных неврозами (что он никак не приравнивал к симуляции) при «плохой воле к выздоровлению» судебному преследованию с помещением в концлагерь на неопределенный срок вплоть до наступления лечебного успеха [534].

Поскольку нарушения мотивации в большинстве своем обусловлены бессознательными психологическими процессами, успеха в психотерапии можно добиться лишь с помощью методов, предоставляющих достаточные возможности воздействия именно на эти неосознаваемые личностные механизмы. Нам представляется важным подробнее остановиться на природе этих неосознаваемых психологических, или, как они обычно называются, глубинно-психологических, психодинамических механизмов.

Недостаточная изученность психодинамики в отечественной психиатрии обусловлена общеизвестным отношением к психоанализу в целом. И хотя S. Freud, собственно, не принадлежит честь открытия клинической значимости бессознательных процессов (вот как, например, иллюстрировал F. Nietzsche феномен вытеснения: «Я сделал это — говорит моя память. Я не мог этого сделать — говорит моя гордыня и остается неумолимой. И — память уступает»), его предшественники были также относимы к числу идеологически отвергаемых, что способствовало тотальному отверганию как теории, так и метода психоанализа.

Критика S. Freud в советской психиатрии имела основной целью выполнение социального заказа. Это не требовало обстоятельного знакомства с предметом критики, и поэтому неизбежно вносило содержательные искажения в оценку психоанализа. Обвинения

S. Freud в отрыве от морфологической основы патологии, спекулятивности построений и чрезмерном психологизировании несправедливы, т. к. он сам никогда не оставлял надежды на то, что когда-либо будут установлены нейробиологические основы глубинной психологии и подчеркивал, что чисто психологическая модель является вынужденным следствием современного ему состояния знаний о функциях мозга [535]. Эти знания, как следует признать, и в наши дни недостаточно полны, и развитие психодинамики по-прежнему во многом зависит от развития экспериментальной нейропсихологии, от которой она могла бы получить более скромные, но менее спекулятивные и доступные эмпирической проверке гипотезы [536]. В частности, например, предположение о том, что инстинкт смерти в первые полгода жизни формирует депрессивную предрасположенность, не возникли бы, если бы вовремя стало известно, что организация мозга в этом возрасте делает столь сложные когнитивные процессы невероятными.

Не вполне справедливы также фундаментальные упреки S. Freud в постулировании непримиримого антагонизма сознательных и бессознательных процессов. Несмотря на то, что основной интерес его был обращен к исследованию влияния неосознаваемых мотивов на поведение человека, конечной целью терапии он считал достижение их осознания, т. е. правильную когнитивную переработку. Эта цель сохраняется и во всех последующих модификациях психоаналитической психотерапии [537]. Сознание, в конечном счете, являлось основным рычагом терапии, главной опорой S. Freud как доктора. Рациональный анализ иррациональных побуждений и, тем самым, избавление от него — таковым было его кредо [538]. Бессознательное в модели психоанализа не есть вместилище неприемлемых предрасположений, враждебных «рациональному Я». Это, скорее, разнообразные потребностные, мотивационные, эмоциональные и ценностные векторы личности, многие из которых являются не связанными с сексуальной сферой и вполне социально приемлемыми, что делает функцией Я не подавлять, а разумно управлять инстинктивными побуждениями.

Психоаналитики вызывают раздражение психиатров стремлением к созданию собственного эзотерического языка. Следует, однако, признать, что для многих терминов, которыми оперирует психоанализ, в семиотике психиатрии и медицинской психологии просто нет соответствующих аналогов; некоторые же, при желании ознакомиться с их значением, вполне доступны демифологизации. Так, например, термин «либидиновая загруженность объекта» означает значимость для субъекта какого-либо лица в каком-то определенном отношении, а «сила Я» — способность контролировать эмоционально напряженные, требующие реализации психологические установки [539].

Мрачные прогнозы будущей судьбы оказались в какой-то мере справедливы лишь относительно модели так называемого классического психоанализа и совершенно не оправдались относительно психодинамики в целом. Использование ортодоксального психоанализа по-прежнему ограничено преподавательской, исследовательской работой в области глубинной психологии и клинической практикой узкого круга главным образом состоятельных больных неврозами. Психодинамика же в целом проделала весьма интенсивное развитие, выходящее далеко за рамки концепции S. Freud и способствовавшее созданию моделей психоаналитической психотерапии, резко отличающихся технически от ортодоксального психоанализа. Именно они оплачиваются в развитых странах страховыми компаниями, оказываясь доступными широким слоям населения, благодаря их

подтвержденной практической действенности и экономической эффективности. Основы психодинамики входят обязательной составной частью в учебные программы подготовки психиатров в высших учебных заведениях всех развитых стран.

Основой такого развития глубинной психологии является прежде всего ее клиническая значимость. То, что какой-то мотив может, перестав осознаваться субъектом, продолжать оказывать определенное влияние на его поведение, есть факт, достоверно подтвержденный клинической практикой и лишенный всякой мистики. И следует отметить, что, несмотря на тенденции к огульному отрицанию психоанализа вплоть до рекомендаций отказаться от самого термина «бессознательное» как вредного [540], оценка психодинамики клиницистами и психологами в России в последние годы меняется. Признается, что бессознательное является глубинной основой отражения личностью действительности [64]. Психологическое изучение личности в системе общественных отношений не может игнорировать тот факт, что объективно складывающиеся отношения между людьми не обязательно отражаются ими на уровне сознания. Отдельные аспекты сущности человека, понимаемой как совокупность отношений, от него самого могут быть скрыты [541]. Экспериментальный анализ формирования эмоций показал, что субъект, полностью осознавая испытываемые им переживания, может совершенно не осознавать объективных закономерностей, которым динамика этих переживаний довольно жестко подчинена [542]. От взаимоотношений между сознательным контролем и бессознательной регуляцией зависит реализация повышения эффективности деятельности человека [543] и избежание возможного перенапряжения [544]. Весьма существенной признается роль неосознаваемых механизмов в психотерапии. Саногенным является лишь то, что заставляет больного глубоко задуматься и что адресуется к системе взаимопотенцирующего синэргизма сознания и бессознательного, что и составляет психику каждой отдельной личности [545]. Успех психотерапии зависит от исследования неосознаваемых механизмов [546], тщательное изучение которых необходимо для выбора правильного психотерапевтического подхода [547, 548]. Изменение неправильного осознания самооценки считается одной из главных мишеней психотерапии [458]. Признается также необходимость ассимилировать позитивный опыт психодинамических моделей зарубежной психотерапии [549].

Основой психодинамических нарушений является конфликт, возникающий в результате субъективных затруднений в процессе принятия мотива или неспособности личности реализовать принятый мотив [550]. Конфликт при реализации мотивов всегда межличностно опосредован, он становится патогенетически действенным, когда невозможность его разрешения автоматизируется интраперсонально. Возникающие при этом переживания фрустрации, когнитивный диссонанс, связанный с противоречиями между отдельными компонентами сознания, вызывают необходимость в снятии психологическими средствами сопутствующего конфликту эмоционального напряжения. Оптимальный нормально-психологический защитный механизм — разрешающая объективация — как правило, отсутствует в репертуаре защит больных шизофренией, в силу низких компенсаторных возможностей. Используются те приемы, на которые психология больного оказывается способной — несовершенные, сопровождаемые издержками для адаптации и поэтому именуемые дезадаптивными.

Дезадаптивная психологическая защита это — в разной степени осознаваемые (что

является их характерной особенностью) приемы для устранения или снижения эмоционального напряжения, сопровождающего разного рода внутри- и межличностные конфликты [551]. На этом сходство психодинамических механизмов при неврозах и шизофрении заканчивается, т. к. характер дезадаптивной психологической защиты при шизофрении принципиально отличен. Поскольку дифференцированные представления о механизмах психологической защиты больных шизофренией являются непременным условием успешности проведения психоаналитической психотерапии, на них мы специально остановимся в следующей главе; пока же мы хотели бы коснуться существа принципиальных различий защитных механизмов при неврозах и шизофрении.

Для больных неврозами характерны более зрелые и эффективные формы психологической защиты: подавление, рационализация, психологизация и т. д., в то время, как больными шизофренией чаще используются инфантильные и примитивные варианты — проекция и расщепление, позволяющие перестать воспринимать взаимосвязь между противоречивыми свойствами одного и того же объекта, снижать тревогу, которая возникла бы вследствие невозможности для больного их цельного, интегрированного восприятия и, тем самым, задерживать психотически детерминированную дезинтеграцию личности. В психотической экзакцербации такие механизмы играют диалектически положительную роль, но вне ее они снижают гибкость социального функционирования и адаптивность больных.

Для шизофрении характерно также центральное нарушение идентичности Я, т. е. непрерывности ощущения собственного представительства во времени отдельно от объектов, несмотря на поток внешних и внутренних импульсов информации. Это нарушение не наблюдается при неврозах. На клиническом уровне отличия связаны с тем, что компенсаторные феномены при шизофрении окрашены тонами патологических явлений, характеризуются неадекватностью, огрубленностью и примитивностью. На психодинамическом уровне эти различия более сложны. В отличие от невротических структур, где и положительно, и отрицательно эмоционально окрашенные представления о себе и других интегрированы пусть в патологическую, но целостную картину, при шизофрении представления о себе и других остаются разрозненными, множественными и противоречивыми, интегрированный взгляд на себя и окружающих отсутствует. Конфликт при шизофрении представлен не конфронтацией определенных сфер личности, как при неврозах, а неосознанной спутанностью отношений в результате отсутствия контроля их маркировки. В нормальном общении всегда при необходимости используются маркеры, позволяющие на метакоммуникативном уровне уточнить важнейшие параметры коммуникации (что именно сказано, кем и кому в данной ситуации). Любой из этих опорных пунктов больной шизофренией может не уметь маркировать или не понимать их маркировку другими, или не хотеть маркировать — таков иногда путь избегания острых углов в коммуникации, используемый больными шизофренией, причем отказ от маркировки может сопровождаться отрицанием больным самого отказа. Подобные дезадаптивные стереотипы коммуникации закладываются у больных шизофренией в ходе раннего негативного опыта общения в родительской семье. По ходу процесса сначала повреждается восприятие собственных взаимодействий, затем и правильное восприятие взаимодействий других. Помимо восприятия, нарушается предвосхищение и планирование, а также выполнение действий.

Вот почему, в отличие от классической психоаналитической процедуры при неврозах, в случаях шизофрении попытки генетической реконструкции переживаний раннего детства беспредметны: при шизофрении искажения взаимодействия вызваны, в основном, не защитой личности от осознания определенных содержаний, а на более ранней и примитивной ступени развития первичной неспособностью личности артикулировать переживания, выбрать правильные значения основных элементов коммуникации. При этом больным вытесняются не только расхождения в отношениях, но и события, могущие привести к расхождениям. На уровне ролевого взаимодействия больному шизофренией не удается преодолеть огромный скачок от механического перенятия роли со стороны к гибкому отхождению от заданных ролевых стереотипов с переходом, в случае необходимости, на автономное поисковое поведение, когда этого требует развитие структуры потребностей и мотивов. На уровне глобального функционирования личности развивается так называемая «слабость Я», т. е. неспособность автономно контролировать внутреннее напряжение и инстинктивные побуждения, а также обеспечить адекватную реализацию творческих потенциалов личности.

Глава 7

МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Генез дисфункции отдельных элементов в структуре социального поведения больных шизофренией различен, что требует учета при проведении психосоциальных лечебных мероприятий. При дезадаптации, связанной преимущественно с низким уровнем преморбидного социального опыта, могут оказаться достаточными приемы активации общения, тренировка новых для больного навыков поведения, способствующих повышению уровня его самоутверждения. Чаще же простая тренировка поведения оказывается недостаточной или невозможной в связи с тем, что на изначально низкий уровень социальной компетенции накладываются приобретенные в ходе заболевания неблагоприятные формы социальной адаптации и дезадаптивной психологической защиты, обусловленные и сами по себе обуславливающие искажения процесса переработки информации. Эти искажения, как правило, оказываются стабильными, приводящими к устойчивым отклонениям в самооценке, восприятии окружающих и характерным дезадаптивным поведенческим реакциям, сенсibiliзировавшим относительно индивидуально-типических социальных стрессоров — пусковых ситуаций. Психологические защиты — устойчивая формация. Они находятся преимущественно под влиянием биологических факторов. Под действием травмы, алкоголя и т. п. защиты могут становиться все более незрелыми. Такие социальные факторы, как пол, культура, социальный статус, в отличие от биологических, не оказывают заметного влияния на зрелость защит [552]. Предпочтительный вариант защиты является надежным независимым предиктором исхода психотерапии, в особенности ее краткосрочных форм [553]. Стабильность этих реакций усиливается еще и тем, что они содержат субъективно удовлетворяющий компонент, часто снижая, например, остроту переживаний, которые в противном случае были бы невыносимыми, или принося какие-то другие, как правило, иллюзорные, выгоды, что, тем не менее, делает дезадаптивную психологическую защиту самоподкрепляемой. Перцептивные искажения являются здесь непременным условием, т. к. точное соответствие формирующихся представлений и оценок объективной

действительности сделало бы их субъективно неубедительными. Поддержание этой субъективной убедительности требует постоянной избирательной фильтрации поступающей информации с отсечением тех ее компонентов, которые противоречат внутренней картине мира. В каждой защите можно встретить сочетание: 1) отрицания какого-либо аспекта реальности, 2) привнесения в представление о реальной действительности неких не присущих ей элементов и 3) преобразования когнитивного и эмоционального значения различных аспектов реальности [554]. Больной перестает, таким образом, осознавать важную информацию, которая могла бы способствовать успешному социальному функционированию. При попытках введения этой информации со стороны, больной непроизвольно использует ставшие автоматизированными приемы, обеспечивающие безопасность функционирования первичной психологической защиты — приемы вторичной защиты. Последние представляют собой: 1) разного рода концептуализации, искажающие опасный для первичной защиты смысл корректирующей информации вплоть до его нейтрализации; 2) направленные усилия избирательной фильтрации информации вплоть до полного ее невосприятия; 3) разного рода подмены смысла и ипохондризирующие переключения психологической проблематики на соматический, уровень.

Мы не согласны с предложением сохранить название психологической защиты лишь для первичной, вытесняющей потребность, а вторичную обозначать как психологическую компенсацию [555], поскольку процессы вторичной защиты также дезадаптивны и к истинной компенсации не ведут.

При неосознании отсеченной уже первичной психологической защитой информации смысл приемов вторичной защиты также остается неизвестным больному. Он не осознает как то, что он не воспринимает или воспринимает искаженно, так и то, почему он вынужден защищать себя от восприятия этой информации, а также что именно ему приходится постоянно делать, чтобы защититься. Лишенный возможности увидеть истинные мотивы своих поступков и реакций, он вынужден находить объяснения, не соответствующие действительности, но укладываемые в когнитивную защитную схему. При этом могут использоваться как разнообразные по содержанию приемы на одном и том же уровне защиты, так и одни и те же приемы на разных уровнях. Так, один и тот же прием может быть использован на уровне прямой реализации потребности, на уровне первичной психологической защиты при невозможности реализации потребности, а также на уровне вторичной защиты для обеспечения сохранности первичных защитных структур. Психотерапевтическая эксплорация обнаруживает сложную, многослойную структуру конфликтов и дезадаптивных защитных образований, требующую идентификации как содержательных вариантов защиты, так и глубины уровня ее функционирования [556].

Все вышеизложенное делает понятным, почему психотерапевтические вмешательства, представленные попытками простого изложения существенной для больного информации, а также дополненные приемами убеждения, переубеждения и внушения, не могут быть эффективными, а при наращивании усилий могут лишь вызвать у больного необходимость усиления сопротивления восприятию этой информации и ухудшение клинического состояния. Анализ эффекта психотерапии [345] показал, что в случаях успеха вмешательства всегда точно индивидуализированы относительно психодинамических мишеней, а в случаях неудач характеризуются стереотипными

формами обращения, построенными по типу «еще больше того же самого, что уже не приносило эффект».

Далее мы представляем сводные результаты клинического изучения механизмов психологической защиты на разных уровнях их психологической иерархии, полученные нами в ходе психотерапевтической эксплорации. Эти данные по существу представляют собой набор мишеней психоаналитической психотерапии, наиболее характерных для контингента больных шизофренией. Следует иметь в виду, что на практике описываемые феномены носят стержневой, комплексный характер, функционально в формировании каждого из них могут участвовать различные более элементарные приемы психологических защит, которые, в свою очередь, могут соответствовать зрелому уровню психологического функционирования (предвосхищение, объективация, вытеснение, юмор и т.д.), или же быть характерными для инфантильных, незрелых личностей (регрессивное поведение, примитивная агрессия, соматизация, отрицание действительности, проекция, сплиттинг и т.д.). Эмпирически подтверждено, что расположение защит по иерархии их зрелости коррелирует с достигаемым уровнем психологической адаптации, т. е. более зрелым защитным приемам соответствует более высокий уровень адаптации [557, 558].

Искажения восприятия важнейших мотивационных структур.

Мотив и потребность — не совсем одно и то же. Мотивы — осознанный компонент потребности [559], или объект, в котором опредмечивается потребность [541]. Следует, поэтому, учитывать, что мотивы в защитных целях могут подменяться и, таким образом, не совпадать по содержанию с истинными потребностями. Сфера мотивационных структур — наиболее глубокая из зон, в которых проводится психотерапевтическая коррекция. Из всего разнообразия потребностей, с защитными искажениями которых приходится иметь дело в клинической практике, мы приводим варианты, наиболее существенные для формирования дезадаптивного социального функционирования больных шизофренией:

1. Потребность сексуального удовлетворения.

При отсутствии несовместимости сосуществующих мотивов защитные искажения восприятия отдельных потребностей обычно связаны с затруднениями в их удовлетворении. Такая потребность подвергается эмоциональному обесцениванию, дистанцированию, ее восприятие снижается вплоть до полного неосознания, как это часто происходит с потребностью сексуального удовлетворения. Снижение уровня притязаний и здесь может выполнять функцию защиты от неуспеха [560]. Иногда это происходит за счет гиперкомпенсаторного завышения субъективной значимости какой-либо другой потребности, на удовлетворение которой переключается сознание больного.

2. Потребность ощущения собственной социальной ценности с субъективной предпочтительной реализацией по типу:

- гипертрофированного принятия окружающими,
- гиперкомпенсаторного доминирования над окружающими.

Неудовлетворенность своей социальной ценностью — мощный импульс к психологической защите, т. к. может приводить к значительным деформациям самооценки. Ее снижение может вызвать компенсаторные ожидания принятия, поддержки, теплоты со стороны окружающих. При этом продолжается фильтрация информации об истинных причинах чувства собственной неполноценности, помогающая избежать болезненных

попыток реального самоутверждения, а также информации о существующих социальных нормах межличностных отношений, регулирующих представления о достаточности поддержки со стороны. Все это приводит к постоянной невозможности реалистического восприятия социального контекста и делает ожидания принятия окружающими, приносящего временное снижение болезненного чувства неполноценности, неудовлетворимыми.

Защита от снижения самооценки иногда идет совершенно иным путем—через гиперкомпенсаторное ее завышение с отсечением всей противоречащей этому информации. При этом пассивная позиция ожидания поддержки со стороны сменяется активными попытками лидерства, доминирования над окружающими, субъективно подтверждающими правомерность завышенной самооценки. Вследствие фильтрации соответствующей информации, доминирование над окружающими также приносит лишь временное снятие болезненности, уровень власти над ними воспринимается недостаточным, а ожидания подчинения себе — ненасыщаемыми.

В обоих случаях истинные мотивы поведения остаются скрытыми для больного. В первом он считает, что не предъявлял к окружающим императивные ожидания безграничного внимания к себе, а, напротив, подвергается несправедливо холодному обращению с их стороны. Во втором — что не удовлетворяет собственные потребности доминирования, а, идя навстречу ожиданиям окружающих, благодетельствует их своим руководством. Иногда эти два приема поддержания чувства социальной ценности комбинируются: ожидания поддержки обращены к социально более сильным фигурам, в качестве же ведомых выбираются социально более слабые.

3. Потребность в незрелом, регрессивном поведении.

Регрессивное поведение сопровождается (при невозможности справиться с соответствующими возрасту задачами зрелого поведения) отход на формы социального поведения, соответствующие более ранним этапам индивидуального психического развития, с помощью которых удавалось поддержать приемлемый уровень адаптации. Часто регрессивное поведение больного является компонентом симбиотических отношений с родителями, обычно — с матерью. Симбиотические отношения являются нормой для определенного этапа индивидуального развития, и потребность в их сохранении сопровождается дефекты воспитания, следствием которых является неподготовленность к автономному, зрелому функционированию. Регрессивное поведение может проявляться и в отсутствии реальных родителей, представительство которых оказывается символически интегрированным в соответствующих структурах личности больного. Основная цель защиты здесь — не получение чувства собственной ценности, отсутствие которого в таких случаях больного мало беспокоит, а избавление от трудностей самостоятельного решения жизненных проблем и болезненно переносимой личной ответственности за успешность своего поведения.

4. Искажения восприятия, связанные с наличием, несовместимых конфликтогенных мотивов.

Как правило, потребности выступают в тесном взаимодействии друг с другом, их структура представляет собой ту сложную основу, на которой строится все проблемно-решающее поведение больного, с формирующимися внутри нее феноменами первичных и вторичных психологических защит. Появление последних во многом связано с

взаимоотношениями отдельных мотивов поведения между собой, т. к. их несовместимость генерирует интрапсихические личностные конфликты. Классическими примерами здесь являются: конфликт между удовлетворением зрелой потребности и инфантильным страхом неудач или конфронтующей с этой потребностью морально-этической установкой (часто в виде интернализованного и уже неосознаваемого родительского запрета); конфликт между завышенными идеальными ожиданиями и отсутствием социальных возможностей их удовлетворения. Большую роль здесь играет часто формирующееся у больных шизофренией в раннем детстве т. д. черно-белое восприятие значимых лиц окружения без видения полутонов с демонстрацией или полностью положительного или исключительно отрицательного к ним отношения, что является основой последующего развития конфликтных взаимоотношений в более широком общении. Конфликт зависимости и эмансипации может быть и в отношениях не только с родителями» но и с партнерами. При низком уровне самоутверждения партнер может использоваться для повышения самооценки в глазах окружающих; в то же время зависимость от него, противореча зрелым потребностям, ведет к обесцениванию субъекта в собственных глазах [1561]. Основной целью развиваемой при этом психологической защиты является устранение когнитивного диссонанса, сопровождающего конфликтную несовместимость мотивов, достигаемое с помощью индивидуальной в каждом случае комбинации элементарных вариантов психологической защиты.

Варианты первичной психологической защиты.

1. Искажение восприятия себя.

2. Искажение восприятия окружающих.

На практике мы обычно имеем дело с тесным переплетением отдельных типов первичных психологических защит. Центральным здесь является нарушение восприятия себя и окружающих, основная цель которого — оградить сознание от болезненного для самооценки восприятия уровня своей реальной продуктивности, своих личностных качеств и коммуникативных дефектов. Экспериментально установлено, что сочетание завышенной самооценки и отсутствия инсайта на болезнь является фактором риска для последующего нарушения комплайенса [562]. Сохранение переносимой самооценки сопровождается минимизацией негативной и гипертрофированной подачей потенциально положительной информации о себе. Соответственно этому формируется и восприятие окружающих, их предполагаемых ожиданий к себе, оценок себя. Так, чтобы оправдать в собственных глазах свою агрессию к врачу, больной может приписывать ей ответный характер «справедливой» реакции на мнимую агрессию врача, искаженно воспринимаемого в этот момент.

3. Искажения идеальных представлений.

Нереалистичное восприятие себя и окружающих часто диктуется искаженными идеальными представлениями о себе и идеальными ожиданиями отношения к себе окружающих. Нереалистично завышенные идеальные ожидания к собственной личности и своему социальному успеху, как правило, приводят к заниженной самооценке, которая далее может обраться в ричными защитными образованиями гиперкомпенсаторно завышенной ее подачи.

4. Инфантильные проекции.

Искажения идеала и социоперцептивных процессов часто характеризуют

социальную незрелость личности, имея отчетливо инфантильные черты. Эта очевидная несовременность реакций, не соответствующих возрасту больного, также становится предметом защиты от осознания больным собственной незрелости. Следует отметить, что эти варианты защиты отличны от регрессивного поведения и часто не сочетаются с ним. Чаще всего у больных шизофренией мы наблюдали противоречивость оценок и поведения с отрицанием ими как самой противоречивости, так и своей ответственности за то, чтобы разбираться в этих противоречиях, за соответствие своих суждений реальности. При этом утрачивается восприятие сходства реакций в актуальной ситуации с прошлыми, сформированными и автоматизированными в процессе общения со значимыми лицами близкого окружения, обычно — родителями.

В отношениях с окружающими, в т. ч. с врачом, могут непроизвольно возникать элементы поведения, ставшие когда-то привычными защитными реакциями в общении с родителями без того, чтобы их происхождение было в настоящем очевидно для больного (т.н. проективные идентификации). В ответ на субъективные искажения восприятия и соответствующее поведение больного следуют негативные реакции окружающих, являющиеся в глазах больного подтверждением истинности своих искаженных оценок, что обеспечивает их самовоспроизводимость. Некоторые ценностные ориентации и поведенческие нормы, императивно заданные в детстве родителями, могут со временем оказаться чуждыми собственным зрелым потребностям и интересам больного и, тем не менее, продолжать определять его поведение в настоящем. В представлении больного, сближение положительных и отрицательных (любимых и ненавидимых) аспектов восприятия себя и окружающего может вести к утрате хороших отношений с идеализируемыми лицами. Это вызывает тревогу и интенсивную психологическую защиту, обозначаемую как расщепление или сплиттинг (splitting), выражающуюся в субъективной невозможности совмещения этих аспектов, что позволило бы увидеть полутона человеческих отношений. Это приводит иногда к резким скачкам (от идеализирования к ненависти) в отношениях с одним и тем же человеком, иногда на протяжении одной беседы с ним, в зависимости от того, какие аспекты отношений и связанных с ними ассоциаций всплывают в беседе. Так, реальный родитель может иметь два представительства: сильный, защищающий, любимый и — деспотичный, подавляющий, ненавидимый. Аналогичные повороты беседы могут реактивировать эти привычные реакции и в отношениях с врачом, который будет восприниматься таким же образом. Борьба при этом в действительности идет не против родителей или проецированных на врача суррогатов родителей, а против себя самого в виде личностных структур, в которых интегрированы деформированные отношения с родителями, непроизвольным подчинением им и столь же непроизвольным бунтом против них. В литературе такое двойственное представительство обозначается как диэгофрения [563]. При этом невосприятие того, что мотивы действий больному на самом деле чужды, привычно спасает инфантильные компоненты его незрелой личности от чувства вины перед родителями и страха их наказания (в актуальной ситуации часто уже лишь символических) и, одновременно, зрелые структуры личности от угрозы ощущения собственной неполноценности.

Варианты вторичной психологической защиты.

1. Невосприятие собственной роли в формировании дезадаптации.

Невосприятие своей психологической защиты, резерва своих адаптивных возможностей, отсутствия мотивации к продуктивному поведению — центральный прием вторичной психологической защиты. Обычно используемый в сочетании с приемами экстернализации причин дезадаптации, он предотвращает трудно переносимое чувство вины и собственной неполноценности, несоответствие идеальным представлениям о себе.

2. Невосприятие истинного уровня дезадаптации.

Восприятие истинного уровня дезадаптации обычно искажается в сторону его снижения, что уменьшает страх перед будущим и способствует фиксации защит типа пассивной ориентировки на благоприятный спонтанный ход событий. Иногда уровень дезадаптации в восприятии завышается, стоящие перед больным трудности гиперболизируются, фигурируя в качестве субъективного подтверждения невозможности их преодоления. Таким образом, в обоих случаях пассивная позиция больного, спасающая его от трудностей решения проблем, остается субъективно аргументированной. Искаженно могут восприниматься объем негативных последствий действия стрессора, потенциальные возможности адаптивных факторов, механизм дезадаптации и реалистический прогноз событий.

3. Невосприятие субъективных выгод дезадаптивной защиты.

Субъективные выгоды порочной дезадаптации не нуждаются в сокрытии от сознания, если она согласуется с морально-этическими нормами больного — как, например, в случае рентных установок. Если же субъективная нужда в симптоме оказывается несовместимой с системой ценностных ориентации больного, его идеальными представлениями о себе, то она подвергается избирательной фильтрации и отсекается тем тщательнее, чем больше несовместимость, чем сильнее угроза удара по самолюбию и чем менее желательно для больного предположение окружающих о намеренном использовании этих приемов. Необходима особая осторожность при выведении этого материала в сознание больного, так как сопутствующая этому динамика самооценки воспринимается им крайне болезненно.

4. Манипулятивный уход от психосоциального стрессора.

Данный вариант представляет собой использование средств избавления от ответственности перед собой и другими за успешность своего продуктивного поведения, от трудностей, вызванных социальной и профессиональной некомпетентностью, от страха отрицательной самооценки и предполагаемого мнения о себе окружающих. Здесь может использоваться чрезвычайно широкий набор приемов, наиболее часто встречаются: ссылки на (завышаемые) побочные действия лекарств, псевдоаргументация избегания существенных для адаптации ситуаций, придание искусственной расплывчатости жизненным целям и идеалам, искусственное поддержание их недостижимости или их эмоциональное обесценивание, тенденции к саморазрушающему доведению как средству ухода.

5. Приемы косвенного контроля окружающих.

Тенденции к саморазрушающему поведению, наряду с симптомами, могут также использоваться и с иной целью — опосредованного руководства поведением окружающих. Здесь часто также используется предьявляемая мнимая беспомощность, которая в ряде случаев может служить не менее эффективным средством контроля окружения, чем деспотичная опека.

Феномены нарушения внутренней картины болезни.

Эти нарушения представляют собой по существу приемы вторичной психологической защиты. Мы рассматриваем их отдельно в силу того, что они играют ключевую роль в установлении контакта с врачом. Эти нарушения могут выступать на любом уровне сложной структуры отношения к болезни, касаясь осознания существования болезни, понимания природы симптомов, предположений об этиологии, представлений о пусковых факторах рецидивов и ценности лечения [564]. От их коррекции зависит, удастся ли вообще вовлечь больного в психотерапию. Все они в разной степени имеют целью игнорирование патогенетически значимых психосоциальных факторов, прежде всего, параметров собственной личности в формировании социальной адаптации, а также в снятии личной ответственности за успех выздоровления. Субъективное удовлетворение достигается за счет иллюзорного улучшения самооценки и устранения необходимости самостоятельного формирования продуктивной линии поведения, включающего часто мучительные для больного поиск и принятие решений, настойчивость и самодисциплину, необходимые для их выполнения, включая активное участие в процессе лечения. В клинической практике наиболее часто встречаются следующие варианты:

. Экстернализация причин дезадаптации и самой болезни с возложением больным вины на:

- другие лица социального окружения,
- вмешательство психиатров, психиатрическую стигматизацию,
- свой неблагоприятный характер, врожденную слабость нервной системы,
- неблагоприятную социальную ситуацию.

Экстернализация причин дезадаптации крайне редко проводится без всяких к тому внешних оснований. Как правило, больные ссылаются на реальные факты и обстоятельства, свидетельствующие об объективно неблагоприятном воздействии социальных стрессоров, однако при этом их дезадаптирующая роль воспринимается преувеличенной, стрессорам могут приписываться функции и следствия, им не свойственные, а собственные возможности противодействия им полностью игнорируются. Часто причины дезадаптации иллюзорны, как, например, при обвинении окружающих в недостаточно чутком к себе отношении, настаивание на том, что тот, кто действительно любит, обязан знать невысказанные желания другого. Экстернализация — групповой феномен, он проявляется в тенденции объяснять успехи группы внутригрупповыми, а неудачи — внешними по отношению к группе факторами [565]. Отнесение причин дезадаптации к, казалось бы, интернальным параметрам (особенности характера, нервной системы) имеет, по существу, также экстрапроективный характер, т. к. увязывается с приобретенным извне генетическим дефектом или изъянами воспитания, представляя собой в обоих случаях завуалированное обвинение родителей.

2. Односторонне биологическая модель болезни и лечения.

Эта модель близка к таковой при инфекционных заболеваниях (сугубо внешнее происхождение, ориентировка на исключительное использование специфических биологических средств терапии). Для этого типа защиты вообще характерна тенденция к соматизации психологических переживаний. Позитивный компонент данного защитного приема (признание больным необходимости биологической терапии) весьма относителен.

Когда успешная медикация выводит больного на уровень самостоятельного решения социальных задач, к чему он еще не готов, обычно включаются вторичные защитные механизмы, имеющие целью блокировать лекарственную терапию («лекарства нужны, но эти плохо/недостаточно хорошо действуют»).

3. Пассивная ориентировка на благоприятный спонтанный ход событий.

Пассивная ориентировка на благоприятный ход событий (самопроизвольное исцеление и т.д.), как правило, действует в обрамлении других приемов вторичной защиты, делающих внутреннюю картину болезни неопределенной, размытой, и исключающих опору на какие-то ориентиры, позволяющие делать суждения о принципиальной целесообразности ожидания, его допустимых сроках, степени вероятности наступления благоприятного хода событий и его предположительного механизма. Часто эти установки основываются на в разной степени неосознаваемой инфантильной убежденности в том, что императивно ожидаемая и абстрактно представляемая больным «всеобщая справедливость» обязана реализоваться именно в случае данного больного и в виде желаемых им последствий.

4. Ожидание руководства, помощи со стороны, с отказом от приложения собственных усилий.

Ожидание руководства и помощи со стороны часто бывает имплицитным и открыто не высказывается. Поддержка принимается охотно; часто этот прием защиты открывает путь к установлению симбиотических отношений с опекающими лицами и разного рода порочным паразитическим формам социальной адаптации. Поддержка принимается избирательно: те ее приемы, которые ведут к формированию самостоятельного продуктивного поведения часто отвергаются с помощью появляющихся соответствующих приемов вторичной психологической защиты.

5. Ориентировка на парамедицинские способы лечения.

Данный вариант имеет разнообразные формы проявления: обращение к знахарям и разного рода целителям, акцентуированные формы диеты, т.н. «здорового образа жизни», реже — спорта; разного рода сублимирующая деятельность, хобби, обращение к религиям, самовнушение. Для всех этих приемов характерна социальная интравертированность; хобби не предполагают общения. Если защита и облекается в социальные формы, то это, как правило, секта, где общение носит преимущественно вертикально (с лидером), а не горизонтально (с другими членами) направленный характер. Концептуализация защит с использованием элементов, недоступных объективации (нпр., религия) делает их трудноустраняемыми. Внешне больной часто выглядит активно и интенсивно включенным в какую-то деятельность, долженствующую принести исцеление, однако эта деятельность никогда не ставит целью исследование механизма дезадаптации и поиск дефектов в своем социальном поведении. При неудовлетворительных отношениях с врачом парамедицинский характер может принимать участие больного в психотерапии, когда в ущерб объективации проблем возникает склонность больного к непродуктивному самостоятельному «аутоанализу», сопровождаемая гордостью его собственными мнимыми успехами и снисходительным отношением к врачу.

6. Фаталистически неблагоприятный субъективный прогноз, исключаящий собственные усилия и помощь со стороны.

Фаталистическое отношение к прогнозу представляет собой обычно

психотерапевтически резистентную форму дезадаптивной защиты в тех случаях, когда неблагоприятный прогноз воспринимается больным как некая данность, не нуждающаяся в проверке или доказательствах.

7. Анозогнозия.

В тех случаях, когда анозогнозия не является психопатологически обусловленным феноменом, она представляет собой вариант защитного приема отрицания реальной действительности. Диссимулятивное поведение больных всегда сопровождается разной степенью выраженности анозогнозии [566].

Проявления дезадаптивной психологической защиты в поведении больных.
Нарушения стратегии проблемно-решающего поведения.

1. Регрессивные ролевые шаблоны.

Они сопровождаются повышенной, не соответствующей возрасту, зависимостью от родителей и других авторитарных фигур, тенденцией к установлению симбиотических отношений. Покорность и послушание при этом чередуются с эпизодами протеста против опеки родителей, которые носят псевдоэмансипаторный характер, имея целью частичное удовлетворение некоторых зрелых потребностей, и быстро вновь сменяются активным принятием опеки, избавляющей от трудностей обеспечения себе полностью автономного существования.

2. Масочное ролевое поведение.

Использование чуждых своим истинным потребностям ролей, подмена личностных качеств, необходимых для успешного функционирования заимствованными извне атрибутами социального престижа. Эти приемы имеют целью искусственное, не обеспеченное истинными психологическими и коммуникативными возможностями повышение принятия себя окружающими. Сюда относятся: развитие эзотерических престижных навыков, стремление к приобретению и демонстрации вовне социально престижных характеристик существования, внесение соответствующих изменений в свой внешний облик, придание ему определенных коммуникативных функций, вживание в «маски» литературных и киногероев, олицетворяющие идеальные представления о социальном успехе, ориентировка на механическое освоение техники общения и т. д.

Вне зависимости от защитных стратегий, представляющих собой комплексные структуры поведения, неспособность больных справиться с повседневными задачами адаптации в общении и профессиональной деятельности проявляется и в более элементарных, тактических приемах.

Нарушения тактики проблемно-решающего поведения больных.

1. Защитное избегание контакта с окружающими, отказ от попыток решения проблем.

Уход из ситуаций затруднения находится в тесной связи с бессознательным стремлением к ограничению поля деятельности привычными и доступными способами. При углубленном исследовании больного становится заметным что то, что воспринималось ранее как проявление дефекта, может являться психологической защитой по типу ухода, направленной на предотвращение полного осознания интрапсихических конфликтов.

2. Выпадение метакоммуникативных приемов для налаживания общения.

Трудности, возникающие в общении, не обсуждаются, не уточняется позиция партнера, его оценки, ожидания. Больной избегает давать партнеру информацию о причинах своей неудовлетворенности, о своих ожиданиях к нему. Предполагается, что партнер обо всем этом должен догадаться сам.

3. Межличностные конфликты, вследствие неэффективного выполнения социальных ролей с тенденцией ухода от общения или защитной агрессии.

4. Неверная тактика подхода к решению метакоммуникативных задач.

Здесь чаще всего встречается неумение правильно планировать производственную деятельность, выполнение домашних обязанностей, подготовку к сдаче экзаменов и т. д.

Непосредственные проявления психологических защит в ходе психотерапии.

Приводимые ниже варианты поведения больных неспецифичны относительно содержательных типов психологической защиты, они представляют собой лишь наиболее характерные внешние признаки, позволяющие врачу предположить наличие бессознательных защитных механизмов. Мы расположили их в порядке нарастания интенсивности сопротивления психотерапевтическому вмешательству.

1. Избирательное приведение аргументов в пользу своей защитной системы, произвольно вырванных из социального контекста и свидетельствующих о недостаточном учете всей полноты ситуации.

2. При приближении анализа к субъективно болезненно воспринимаемому материалу: ссылки на затруднения памяти, внезапную невозможность понять, сосредоточиться, прочувствовать и т. п., на неправдоподобную неориентированность в заведомо известном больному вопросу или невозможность его сформулировать; излишняя податливость, поспешное согласие с высказываниями врача без внутреннего их принятия; слезы, внезапно появляющийся симптом, исключающий возможность обсуждения проблемы при внешне декларируемой желательности его продолжения; опоздание или отсутствие на психотерапии без убедительных причин.

3. Уклонение в ходе анализа проблемы или конфликта, непродуктивное переадресование инициативы, соскальзывание на другую тему или в чрезмерные обобщения, использование юмора для обесценивания эмоциональной значимости переживаний, снижения их масштаба.

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

5. Бездоказательное отстаивание субъективной правомерности собственного дезадаптивного поведения.

6. Отрицание существования действительности (реально имевших место событий, проявлений дезадаптации, реалистического прогноза).

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

8. Подача материала в очищенном от конфликтов и эмоций виде, молчание или малоинформативный речевой поток. Стремление к сокрытию существенной для анализа проблем информации вплоть до отказа от ее сообщения; отказ от обсуждения. Позиция терапевтического нигилизма: отрицание ценности терапии, постоянные жалобы на

отсутствие эффекта, на то, что больной не узнает ничего нового; мгновенное, бездумное отрицание смысла тщательной интерпретативной работы (в такие моменты часто виден контраст между жалобами на обманутые ожидания больного и его торжествующим внешним видом).

9. Защитная агрессия (как вербальная, так и физическая).

Знакомство с наиболее типичными мишенями психотерапии больных шизофренией позволяет перейти непосредственно к технике психоаналитической психотерапии, обзору двух наиболее распространенных вариантов которой — суппортивной и эксплорационной терапии — будет посвящена следующая глава.

Глава 8 ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ПСИХОТЕРАПИИ Суппортивная психотерапия.

Данная модель представляет собой интеграцию психоаналитических приемов в структуру поддерживающей психосоциальной реабилитации. Цель суппортивной психотерапии — смягчение неблагоприятного эмоционального реагирования больных [567—569], повышение доверия к врачу [570] и социальная адаптация больных за счет улучшения когнитивной дифференцированности, социальной перцепции, коммуникативного и проблемно-решающего поведения. Простое ободрение и поддержка дают больному лишь кратковременное облегчение, поэтому главная задача — снабдить его инструментами самопомощи, которыми бы мог пользоваться он сам. Цели суппортивной психотерапии могут быть высокими или скромными, но даже скромные могут превышать возможности больного.

Скромной целью может быть: сделать больного, который в обозримом будущем не может функционировать без поддержки со стороны, способным к относительной автономии в рамках имеющихся ограничений при продолжающейся психотерапевтической поддержке. В других случаях целью может быть ориентировка на использование альтернативных структур социального окружения, что позволило бы прекратить суппортивную психотерапию. Цели ставятся в направлении повышения автономности существования больного с учетом его возможностей и отодвигаются в сторону простого призрения лишь при отсутствии соответствующих личностных ресурсов больного. Именно такая гибкость целей и возможность привлечения широких контингентов больных делают суппортивную психотерапию самой распространенной из всех используемых при шизофрении моделей. Ее, в частности, рассматривают как стратегию выбора во всех случаях острой фазы процесса [571].

Основная функция врача — сообщать сведения, которые могли бы помочь больному лучше понять себя и свои проблемы и эффективнее преодолевать их. Врач как бы одалживает больному свое здоровое Я [572], что позволяет последнему лучше адаптироваться к реальной действительности. Здесь широко используются непсихоаналитические вмешательства: совет, эмоциональная стимуляция, разъяснение, убеждение, манипуляции в социальном окружении, ролевой тренинг [573]. В повышении когнитивной дифференцированности больной должен перейти от субъективного аморфного ощущения полной ошеломленности к видению отдельных проблем.

Комплексный феномен когнитивной дисфункции разделяется на отдельные фрагменты со специфическими проблемами, обладающими взаимопотенцирующим действием с определением терапевтического подхода к каждой из них. Врач стремится вызвать у больного понимание того, что он не обязан решать все свои проблемы сразу, а должен делать это последовательно, работая не более, чем над одной из них одновременно. Такая редукция масштабности целей снижает страх перед выполнением всего плана и облегчает начало работы. На ранних этапах лечения предпочтение отдается не глубокому проникновению в когнитивные дисфункциональные схемы, а оптимизации проблемно-решающего поведения, что представляет собой краеугольный камень суппортивной терапии [574].

В остром периоде заболевания основной проблемой больного является совладание в продуктивной психотической симптоматикой. Здесь первоначально выявляются и поощряются способы совладания, которые спонтанно находит сам больной. Показано [575], что ожидание психотического симптома может повысить частоту его появления. Отсюда следуют приемы самоконтроля, включая, например, загрузку информацией извне, которая препятствует иногда появлению психотической продукции в сознании больного [576]. Но, разумеется, главная стратегия совладания здесь — активное и грамотное сотрудничество больного в процессе медикации. Суппортивная психотерапия ставит здесь перед собой следующие задачи [577]: 1) обучить больного распознаванию ранних признаков рецидива, служащих сигналом для обращения к врачу, 2) поставить медикацию в контекст жизни больного. Он должен увидеть, что главное — это не то, принимает ли он лекарство, а добился ли с его помощью улучшения своего состояния, 3) менять представления больного о собственной роли в лечении: медикация — это не то, что делается с ним, а то, что делает он сам для того, чтобы повысить контроль над ситуацией и расширить свои возможности, 4) при полном отказе больного от приема лекарств сохранять с ним безмедикационный контакт с тем, чтобы иметь возможность более раннего вмешательства в случае рецидива.

Относительно решения коммуникативных проблем используется следующая последовательность приемов психотерапии: 1) соотнесение оценки больным видения ситуации с реальной действительностью, коррекция искажений, 2) улучшение социальной перцепция, расширение видения и точности опознания важнейших параметров социального контекста [578]: характера ситуации взаимодействия, значения вербальной и невербальной информации, взаимных ожиданий, выражаемых эмоций, прогнозирования исхода взаимодействий. Отработка навыков понимания окружающих и уточнения вопросами смысла высказываемого и сопровождающих эмоций; коррекция неадекватности невербального поведения, неполноты и неясности высказываний, чрезмерных обобщений, игнорирования поведения собеседника, 3) формулирование проблем межличностных отношений, ранжирование их приоритетности, 4) идентификация дефекта общения и его психодраматическая демонстрация, уточнение специфики коммуникативных нарушений, объяснение их происхождения и механизмов, 5) формулирование альтернативных вариантов поведения, способов решения проблем, выбор оптимального варианта на основе анализа имеющихся коммуникативных ресурсов и предвосхищения возможных последствий, 6) планирование выполнения проблемно-решающего поведения, демонстрация моделей успешного поведения, отработка их с больным, 7) анализ

выполнения, эмоциональное подкрепление достигнутого успеха, резюме новой стратегии поведения, переход к воспроизведению его в реальной жизненной обстановке (домашние задания).

Индивидуализация задач относительно каждого больного, гибкий подбор навыков является важнейшим условием проблемно-решающего тренинга. Так же, как и любую другую, суппортивную терапию нельзя вести по «рецептурному справочнику» навыков. Учить больного тому, когда уместно использовать тот или иной навык, не менее важно, чем учить, как его выполнять [579]. Врач должен содействовать пониманию больными истин, стимулирующих мотивацию к тренингу и не всегда очевидных для них — например, что окружающие не могут угадывать их мысли, что вызывает необходимость самому активно сделать себя понятным другим, или что нет всезнающего слуги, призванного заботиться о них во всем, и это тоже приходится делать самому. Большая ошибка здесь — не ожидать от больного его активного вклада в сотрудничество с врачом. Следует также учитывать индивидуальную восприимчивость к тренингу, конкретные условия социального окружения, которые могут свести на нет все его результаты, в силу чего чрезвычайно важно убедиться в воспроизведении полученных при тренировке навыков в реальной жизни. Трудности, испытываемые больными в социальных ситуациях, могут быть вызваны и множеством других причин, кроме дефицита социальных навыков [580]. И, наконец, чем ниже уровень умственной продуктивности больных, тем важнее правильное эмоциональное подкрепление, постоянная помощь больным в переработке информации, предоставление им множественной возможности повтора выполнения заданий с учетом сниженных возможностей их внетерапевтического воспроизведения [581].

Интерпретативный анализ примитивных типов психологической защиты не входит в задачи суппортивной терапии, однако — и в этом существенное отличие суппортивной психотерапии от т. п. рациональной — они не должны оставаться нетронутыми. Эти защитные приемы сами по себе ослабляют личностные возможности, что делает одним из важнейших технических требований суппортивной психотерапии неинтерпретативную, хотя и ограниченную соотношениями с ситуациями действительности «здесь и сейчас», но последовательную работу по обезвреживанию таких защит и выдвигает данную модель психотерапии в разряд психоаналитических. Интерпретации также могут использоваться, но избирательно, в определенных, фокусированных областях, оставляя другие нетронутыми, при чем такая работа ведется исключительно с сознательным и предсознательным материалом. Работа с психологической защитой больных требует умения различать директивное руководство ими от психотерапевтического стимулирования их автономности. Есть большое отличие между советом больному, как ему жить, и помощью в том, чтобы он увидел, как некоторые формы его личностного реагирования влияют на его жизнь, его оценку реальности и процесс принятия решений. Повышение точности оценки действительности и своего поведения, лучшее видение больным приемов психологической защиты и их дезадаптивных последствий снижает интенсивность и частоту их появления, а налаживание удовлетворения от продуктивных форм поведения стимулирует, в свою очередь, их предпочтительное использование. Следует осторожно относиться к оценке быть не отражением действительных событий, а современным субъективным оправданием имеющихся трудностей, что может привести врача к псевдогенетическим построениям при попытке анализировать их.

Отношения больного с врачом, в отличие от эксплорационных методов, не являются одной из центральных тем в суппортивной модели; тем не менее, и здесь этот аспект весьма важен. Полное игнорирование отношений с больным может вести к псевдоадаптивному приспособлению, при котором врач перестает конфронтировать больного с проявлениями его дезадаптивности в общении с собой, больной перестает выражать свои основные конфликты в ситуации лечения и терапия проходит в поверхностно дружеских, но, по существу, формальных отношениях, никак не затрагивая события в реальной жизни больного. Исключительно перmissive, вседозволяющее отношение к больному в надежде, что он использует врача как модель для положительного подражания, оказывается недостаточным в силу сохраняющихся искажений восприятия врача, которые рано или поздно проявятся в виде мнимо парадоксальных негативных реакций на него, на прием лекарств и т. д. Осознаваемые больным манифестные проявления негативного отношения к врачу должны непременно становиться предметом обсуждения с проведением сопоставлений с аналогичными эпизодами в реальной жизни. Обсуждение отношений с врачом не касается неосознаваемого материала в установках на врача или на прошлые события. Использование выводимого в сознание материала сводится к конфронтации больного с реальной ситуацией лечения и параллельными дезадаптивными проявлениями вне терапии. В коррекцию нереалистического восприятия врача входит осознание больным того, что потенциальное прекращение психотерапии в силу отказа от нее больным не является для врача жизненной угрозой, что, в то же время, не означает отвергания им больного или безразличного к нему отношения.

Эксплорационная (инсайт-ориентированная) терапия.

Эта модель представляет собой модификацию классического психоанализа. Общеизвестно, что S. Freud вследствие своих клинических неудач считал психоанализ психозов невозможным. Обвинял он в этом больных, полагая, что эти нозологические контингенты непригодны для лечения психодинамическими методами. Жизнь опровергла эту точку зрения, подтвердив обратное — непригодным для лечения психозов оказался классический метод психоанализа, потребовавший значительной модификации, коренного изменения целей, средств и понимания механизма действия терапии для того, чтобы стать адекватным задачам лечения психозов.

Впервые систематически психоаналитической терапией больных шизофренией начал заниматься С. Jung в 1903г. [582], что стало началом развития этих методов. Этот период теперь именуют героическим, имея в виду, что занимались этим в основном энтузиасты-одиночки, отважность которых определялась гигантским количеством труда, вкладываемого ими в многолетнюю безлекарственную терапию больных шизофренией при далеко не восторженной оценке этого труда со стороны большинства коллег по профессии, вполне, впрочем, понятной, если учесть скромность первоначальных результатов. Отход от классического психоанализа, ориентированного на лечение неврозов, был вызван главным обстоятельством — принципиальными различиями в этиологии, патогенезе и психодинамических механизмах при неврозах и шизофрении. Эти различия делают беспредметным прямые попытки интерпретации значения психодинамических процессов [583]. Принципиально иной становится понимание событий прошлого в силу того, что оно совершенно по-другому определяет собой актуальные межличностные нарушения при

шизофрении. Результатом модификации классической процедуры стало появление к концу 70-х гг. группы методов, несколько отличных между собой в расстановке отдельных технических акцентов, но основанных на единой базовой модели. Эти методы принято обозначать как эксплорационная, инсайт-ориентированная, экспрессивная или, чтобы подчеркнуть отличие от психоанализа, — психоаналитическая психотерапия. Психоанализ и психоаналитическая психотерапия имеют разные цели и, поэтому, разные средства их достижения. Кратковременность и интенсивность психоаналитической психотерапии выдвигают более высокие требования к технической квалификации, гибкости и инициативе врача. При всей существенности отличий от психоанализа, эксплорационная терапия все же несомненно остается психоаналитической, ибо содержит основные параметры, которые сам S. Freud считал непеременимыми для всякой психодинамической терапии: признание значения неосознаваемых компонентов переживаний, проблемы сопротивления больного психотерапевтической коррекции и реактивации прошлых переживаний в его взаимодействии с врачом.

Здесь следует коснуться отношения к этому развитию в отечественной литературе, где оно освещалось весьма тенденциозно. Механизм действия психоаналитических подходов при шизофрении представлялся в ней далеким от действительности образом: «добиваться того, чтобы больной воспроизвел вызвавшую болезнь ситуацию и вновь пережил ее» [160], эмпирические данные об эффективности этих методов игнорировались, эффект объяснялся внушением или спонтанными ремиссиями, т. е., по существу, отрицался. Несмотря на это, отдельными исследователями подтверждалась значимость психодинамических механизмов, как, например, то, что степень расогласования осознанных и неосознанных личностных реакций на врача является одним из факторов, определяющих резистентность к психотерапии [2], а вскрытие фиксированных патологических форм психологической защиты представляет собой важный этап психотерапии шизофрении [495].

Систематически психодинамические механизмы находятся в центре внимания оригинальной российской модели патогенетической психотерапии, ориентированной на терапию больных невротами и разработанной в НИИ им. В. М. Бехтерева проф. Б. Д. Карвасарским и его учениками [49, 584] на основе теории отношений В. Н. Мясищева. Эта модель заслуживает специального рассмотрения.

Основным принципом патогенетической психотерапии является повышение адаптивности поведения на основе личностной реконструкции, существенная предпосылка которой — осознание больным роли определенных аспектов значимых отношений с окружающими и понимания себя в формировании интрапсихического конфликта. Это обуславливает принципиальное качественное отличие данной модели от рациональной психотерапии и суггестивных методов и вполне оправдывает ее второе название — реконструктивной. В рамках модели вводится иерархия уровней осознания в ходе терапии: сначала устанавливается связь эмоциональных факторов с симптоматикой, затем — личностные позиции, генерирующие конфликты, наконец, потребности или мотивы, обуславливающие эти личностные позиции. В соответствии со степенью осознания может быть проведена коррекция нарушенных и выработка новых отношений на уровнях когний, эмоций и поведения. В качестве полезного приема используется привлечение внимания больного к возможным аналогиям его эмоциональных отношений с врачом и

отношений со значимыми лицами его окружения, что, по существу, представляет собой анализ переноса. И, наконец, сопротивление больного вмешательствам врача признается закономерно возникающей реакцией, а его преодоление—важным компонентом психотерапии. Это сопротивление, впрочем, рассматривается не как следствие действия приемов дезадаптивной психологической защиты, которые специально в рамках данной модели не выделяются, а как сама по себе психологическая защита, реакция пациента на болезненное для него прикосновение к скрываемым им тягостным переживаниям. Отсюда — отказ от коррекции дезадаптивных защит, представляющих собой неосознаваемые содержания (благодаря действию специальных механизмов, препятствующих доступу их в сознание) и сосредоточение исключительно на анализе сознательного или предсознательного материала, т.е., находящегося в краевом поле сознания, полному осознанию которого не препятствуют механизмы вытеснения. Таким образом, коренным отличием патогенетической психотерапии от психоаналитических моделей является то, что речь здесь идет не об анализе бессознательного, а о поиске связей между разобщенными прежде в сознании больного представлениями, уточнении неясных переживаний, т. е. не столько о расширении сферы осознаваемого, сколько о его упорядочении. Отсюда и ограничение вмешательств эмоциональной поддержкой, снижающей сопротивление больного и делающей его более доступным конфронтации — второму основному инструменту патогенетической психотерапии. Такая техническая структура данной модели, вполне адекватная задачам неврототерапии, не дает достаточных возможностей для коррекции специфических мотивационных нарушений у больных шизофренией и характерных для этих больных вариантов примитивной психологической защиты.

Основную задачу современной эксплорационной психотерапии представляют осознание и коррекция механизмов дезадаптивной психологической защиты. Эти механизмы непроизвольно воспроизводятся больным в ходе его контакта с врачом или членами психотерапевтической группы, представляя собой проявление т. н. переноса. Перенос означает присутствие в терапевтическом взаимодействии неадекватного поведения больного, отражающего неосознанное воспроизведение конфликтных и патогенных отношений с лицами значимого в прошлом окружения больного. Проявления переноса — не всякое неадекватное поведение, а лишь оживляющиеся в общении с врачом типовые для данного больного клише инфантильных ожиданий защиты, опеки, сопровождаемые страхом ее лишиться, а также соперничества с целью подавить партнера или импонировать, произвести впечатление, восхитить. Субъективно для больного это — не искажение восприятия, а правдоподобная для него точка зрения, основанная на многократно повторявшемся жизненном опыте [585]. Осознание этого механизма в общении с врачом помогает больному видеть эти искажения и в своем общении с другими лицами, что повышает точность его оценки окружающей действительности и эффективность социального поведения. Мы хотели бы подчеркнуть, что при переносе речь идет не о конкретном воспроизведении имевших ранее место эпизодов, а об оживлении интегрированных в структуре личности конфликтных установок и стереотипов поведения. Переноситься в современное общение могут не только переживания прошлого, но и относительно недавно, в том числе и в общении с врачом, сформированные установки. Проявления переноса можно наблюдать и в невербальном поведении больного (т.н. acting out) — поведенческой разрядке мотивационного побуждения, возникшей в другой

ситуации и неадекватной в ситуации появления, которая неосознанно идентифицируется с первоначальной.

Осознание проявившихся в переносе дезадаптивных психологических защитных механизмов встречает неизбежное сопротивление больного, главным образом, в силу действия специальных психологических механизмов, препятствующих этому осознанию. Поэтому преодоление сопротивления является непременной предпосылкой осознания и главным механизмом психотерапевтической коррекции, имеющим в эксплорационной терапии такое же большое значение, как в психоанализе — катарсическое отреагирование. Сопротивление далеко не исчерпывается дефензивно-агрессивными проявлениями, у больных шизофренией оно большей частью проявляется в виде пассивности, разнообразных формах ухода. Осознание затрудняют эмоциональные и оценочные связи со значениями вытесняемых установок, а также т. н. эго-синтонность последних, не чуждость их для больного. Пациент чаще положительно оценивает врачебное вмешательство, направленное на устранение чуждых его личности симптомов и непосредственных проявлений болезни, но, как правило, негативно относится к попыткам устранения тех симптомов, которые являются проявлением спаянных с его личностью приемов психологической защиты. Преодоление сопротивления находится также в большой зависимости от общего фона мотивации больного к лечению: чем выше мотивация, тем больше шансов имеет эксплорационная терапия, чем ниже — тем в большей степени приходится использовать приемы суппортивной терапии [586]; при наличии осознанной вторичной выгоды от болезни эксплорационная терапия становится невозможной, что не меняет того обстоятельства, что мотивационный дефицит не является противопоказанием к эксплорационной терапии. Успехи бесплатного (оплачиваемого страховыми компаниями) психоаналитического лечения опровергли тезис S. Freud о том, что психотерапия успешна лишь если она связана с большими финансовыми жертвами для больного, тем самым обеспечивая его высокую личную заинтересованность.

Неспецифические средства преодоления сопротивления — общая работа над повышением мотивации больного к лечению и его эмоциональная поддержка. При использовании последней целесообразно как можно больше приписывать больному заслуг в процессе лечения. Больной тем скорее оставляет сопротивление, чем меньше испытывает чувство поражения в общении с врачом. Существенно, однако, чтобы эмпатия врача при эмоциональной поддержке направлялась на помощь в преодолении трудностей реконструктивной работы, а не на удовлетворение инфантильных потребностей больного в зависимости и агрессии. Очень важным также является установление границ показаний для коррекции: сопротивление само по себе не есть болезнь и не всякое сопротивление надо преодолевать.

Успешное преодоление сопротивления в ходе терапии завершается осознанием механизмов дезадаптивной защиты, или инсайтом (в англоязычной литературе — insight, в немецкоязычной — Einsicht). Инсайт — феномен более сложный, чем осознание, он представляет собой одновременную индентификацию" больным характерного шаблона своего поведения в трех измерениях: в прошлом, в современных отношениях с людьми и в отношениях с врачом. Надежда на успешный исход терапии появляется не ранее, чем больной увидит хотя бы в одном эпизоде свое искаженное восприятие врача и опознает его как таковое. Суть инсайта в том, что он превращает патогенные неосознававшиеся

личностные конструкции в безвредную память и создает предпосылки для повышения эффективности поведения за счет устранения ранее не осознававшихся помех. Инсайт способствует устранению противоречий между сознательными и бессознательными мотивами личности и, на этой основе, проведения рациональной корректировки мотивов и жизненных целей. Успех достигаемого инсайта определяется балансом между его эмоциональным, когнитивным и поведенческим компонентами. Инсайт не идентичен восприятию и даже пониманию информации. Лишь когда он получает эмоциональное сопровождение, он может способствовать изменению поведения. Инсайт, полученный без усилий, не сопровождающийся транзиторным нарушением интрапсихического равновесия больного и, прежде всего, его озабоченностью патологическими аспектами своего поведения и переживаний — спорный инсайт. Вместе с тем, само по себе эмоциональное отреагирование дает лишь кратковременное облегчение, не оставляя после себя устойчивого результата. Эмоциональная реакция на интерпретацию не может менять поведение, если не сопровождается достаточным пониманием, когнитивным реструктурированием. Главным инструментом здесь является не эмоциональное отреагирование, а когнитивная реконструкция, однако и ее действенность определяется уровнем опосредованности в поведении больного. Инсайт — не самоцель, ни к чему не обязывающая интроспекция, а дистанцированный обзор и дифференцировка внутренних процессов, которые ведут к изменению стратегии поведения, когда на новом когнитивном уровне произойдет эмоциональная переоценка ее дефектов. Смысловые образования в принципе нечувствительны к вербальным воздействиям, несущим исключительно информативную нагрузку [587]. Они меняются лишь в ходе реорганизации деятельности, в т. ч. общения, поэтому инсайт-ориентированная терапия оказывается более эффективной, если сочетается с тренингом проблемно-решающего поведения [588].

Терапевтический успех инсайта определяется основательностью его практической проработки в реальной жизни больного. Проработка является важнейшим инструментом эксплорационной терапии, принципиально отличающим ее от суггестивных методов. Проработка представляет собой процесс применения полученного в ходе терапии инсайта к различным новым жизненным ситуациям — сначала в общении с врачом, затем — с окружающими. Здесь, с помощью реакций врача, происходит, по существу, процесс оперантного кондиционирования, цель которого — обучение более эффективному поведению и мышлению. То, что начинается как сознательное использование полученных знаний, со временем автоматизируется и становится предсознательным. Проработка эмоционально опосредована, однако она не представляет собой катарсис. Скорее, это — постоянный дозированный эмоциональный дренаж, обеспечивающий формирование устойчивых, контролируемых, индивидуумом эмоциональных структур. И все же, главным и здесь остается когнитивный компонент. Решающим для радикальных перемен является значимость осознанного материала, его влияние на другие взаимосвязанные аспекты межличностных отношений. Вот почему достигнутое в каждом узле материала осознание должно вновь и вновь завоевываться в новых ситуациях отношений и новых межличностных связях. Тогда уже можно будет говорить не о простом осознании или понимании, а об инсайте всего автоматически воспроизводящегося механизма защитных психологических структур. Этот процесс, по существу, представляет собой перевоспитание человека. Отсутствие распространения во внетерапевтической среде полученных больным

навыков ставит под сомнение целесообразность продолжения эксплорационной терапии.

Ретроспективное прослеживание происхождения деформаций в восприятии врача-, введение генетического параметра реконструкции отношений проводится на более поздних этапах терапии, когда больной уже в состоянии несколько дистанцироваться от своих искажений восприятия, когда они не являются уже столь спаянными с его личностью и когда его представления о лицах значимого окружения становятся более реалистичными. До этого последние могут представлять собой не более, чем ретропроекцию современных конфликтов со значимым окружением. В отличие от психоанализа, генетические реконструкции в психоаналитической терапии носят «безвременный» характер, без стремления к их привязке к определенным временным отрезкам жизни больного. Экскурс в прошлое пациента не служит цели получения точных биографических данных. При работе с больными шизофренией, в отличие от невротиков, в интерпретации нуждаются не столько события, происходящие в прошлом в ходе общения больного со значимым окружением, сколько эмоциональные реакции, сопровождавшие эти события и оказавшиеся условнорефлекторно зафиксированными в современном его поведении. Ведется поиск не детских конфликтов, а характерных стереотипов переживаний и поведенческих актов с целью установления связи каких-то элементов прошлого с сегодняшним днем. Главное — не вскрыть и понять прошлое, а использовать его для понимания отношений больного с окружающими в настоящем. Чрезвычайно важным представляется нахождение правильного баланса между генетической реконструкцией, способствующей стабилизации личности, и акцентом на анализе межличностных отношений в сиюминутной ситуации. Избежание априорного предпочтения врачом каких-либо определенных трактовок, контроль эмпатического вчувствования предохраняет от чрезмерно поспешного выстраивания смысловых связей в клише, которые могли бы стоять на пути дальнейшей эксплорации. Больной всячески стимулируется к самостоятельным объяснениям, врач делает это лишь в случаях, когда становится ясно, что больному не сможет это сделать сам, каждый раз раскрывая причины, по которым больному не удалось объяснение. В противном случае повышается риск того, что интерпретация будет восприниматься больным не как результат объективного видения ситуации, а как внушенное магическое «знание».

Неспецифическая, базисная позиция врача по отношению к больному в психоаналитической терапии шизофрении существенно отличается от таковой в психоанализе. Общее прослеживается в известном сравнении S. Freud отношений врача и больного с двумя людьми в купе поезда, один из которых может смотреть в окно, но не знает, что это за местность (больной), другой же не может выглянуть в окно, но по описаниям первого знает, где они находятся (врач). Однако классическое нейтральное, эмоционально дистанцированное отношение психоаналитика к больному шизофренией совершенно исключено. Врач есть постоянная эмоциональная опора больного, в своем эмпатическом понимании его он мог бы быть уподоблен «достаточно хорошей матери» в ее отношении к своему грудному ребенку с той разницей, что врача отличает постоянно присущий ему отпечаток рациональности, когнитивности, некоторого аскетизма. Это отличие позволяет ему выполнить свою важную функцию «моста в реальность» [589]. Врач не стремится в принципе к полному эмоциональному замещению родителей больного. Самоутверждение усиливает не удовлетворение врачом «здесь и сейчас» эмоциональных

нужд пациента, в чем тому было отказано родителями «там и тогда», а понимание больным связи его современных патологических реакций, психологической защиты с ранним неблагоприятным опытом отношений, существенно способствовавшим формированию и фиксации низкого самоутверждения. В то же время, эмоциональная поддержка сообщает больному в общении с врачом чувство безопасности, отсутствия угрозы немедленной поведенческой ответственности за выражение своего конфликта или неудачные попытки его решения. Тем самым она предлагает ему своего рода лабораторную ситуацию, где ему легче опробовать новые формы поведения, распространяя их позднее на внетерапевтические ситуации. И, наконец, врач служит для больного моделью человека, который может вникнуть в сложность чувств другого, не убегая и не отвергая. Благодаря идентификации с человеческой моделью врача больной усваивает одобряемые им формы поведения, конкретные суждения или представления. На более глубоком уровне усвоения эти содержания интернализуются больным [590].

При лечении больных шизофренией, в отличие от неврозов, положение врача находится под большим влиянием сниженных возможностей больного. Больные, неспособные к рефлексии, вряд ли могут рассматриваться в качестве кандидатов для психоаналитической психотерапии [591]. В среднем больной шизофренией в состоянии запомнить лишь небольшой процент сообщаемой ему информации [592], что выдвигает вопрос гибкого выбора существенной для сообщения информации. Без гибкой, динамичной адаптации параметров психотерапии к индивидуальным нуждам больного последний может иногда в результате психотерапии иметь больше проблем, чем до ее начала. Другие особенности психоаналитической терапии шизофрении по сравнению с неврозами: противопоказаны техника свободной ассоциации, гиперстимуляция больных, в особенности в начале терапии, этап конфронтации и напряжения в терапевтической группе, т. к. это может способствовать обострению психоза. Поведение врача характеризуется гораздо более высокой активностью, необходимостью переносить менее скрываемую враждебность больного, нейтрализовывать его саморазрушающее поведение [593], и повышенным риском впасть в симбиотические отношения с больным.

Такова, в общих чертах, стратегия психоаналитической психотерапии. Ее непосредственное проведение требует, разумеется, кроме сведений об общей ее концепции, еще и владения характерными для нее вмешательствами психотерапевта, представляющими собой техническую основу метода. Их изложению посвящена следующая глава.

Глава 9. ТИПЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПСИХОТЕРАПЕВТА.

Эмоциональная поддержка.

Основная функция — поддержание удовлетворительного терапевтического контакта. Это — высказывания, отражающие ободрение, сочувствие, сопереживание, готовность эмоционального принятия больного, помощи ему. Эмоциональная поддержка может использоваться не только как инструмент для установления контакта, но и как средство оперантного кондиционирования содержательной стороны поведения больного. Избирательное подкрепление определенных высказываний вызывает учащение их появления, что может способствовать, например, самораскрытию больного и т. д. Коррекция дезадаптивной психологической защиты ставит перед эмоциональной

поддержкой дополнительную задачу снижения неизбежно возникающего при этом сопротивления больного психотерапевтической коррекции. Этому в особенности способствуют следующие операциональные характеристики эмоциональной поддержки:

1. Сообщение о том, что все другие пациенты также встречаются с такими же трудностями в лечении. Эти трудности неизбежны и преодоление их необходимо для избавления от страдания, решения жизненных проблем, реализации желаемых перспектив.

2. Сообщение уверенности в том, что врач не считает больного виновным в появлении проблем и конфликтов.

3. Подчеркивание повсеместности, общечеловеческого характера обнаруживаемой у больного дезадаптивной психологической защиты.

4. Готовность врача принять проявления сопротивления больного психотерапевтической коррекции, убеждение больного в том, что оно не снижает общего положительного отношения врача к нему, оценки его личности в целом и готовности помочь. Сопротивление непредосудительно, т. к. носит закономерный, общечеловеческий характер.

5. Смягчение несогласия с позицией больного и возникающего в связи с этим напряжения юмором, облечением вмешательств в менее конфронтативную форму частичного согласия типа «да, но...» и т. д.

Стимуляция.

Побуждение к размышлениям в каком-то определенном направлении, поиску решения определенных задач и высказываниям различного функционального значения, включая сообщение проблемного материала. Основная цель—максимальная мобилизация самостоятельной когнитивной деятельности больного, его самораскрытия, активного соучастия в решении проблем. В работе с больными шизофренией, в отличие от неврозов, стимуляция более интенсивна, в то же время она не должна восприниматься как что-то угрожающее, в особенности относительно раскрытия значимых переживаний, сопровождаемых страхом негативной оценки окружающих; ее следует соразмерять со сниженными энергетическими и когнитивными возможностями больных.

Стимуляция чаще (но не всегда) строится в форме вопроса; в структуре стимулирующего высказывания может программироваться не только функциональное значение ответа, но и его конкретное содержание. Если психотерапия проводится в группе, то существенную роль играют те не прямые стимуляции, которые обеспечивают работу над индивидуальной проблематикой больного в желательном для врача направлении усилиями других членов группы.

Совет.

Прямое руководство, предложение конкретного варианта поведения, конкретное указание в директивной форме. Самый простой и распространенный, хотя и далеко не самый действенный вариант вмешательства [594]. На этапе коррекции дезадаптивной психологической защиты используется редко; в рамках эксплорационной модели применение вообще нежелательно в силу принципиальной возможности усиления регрессивных тенденций больных. Однако, этот прием совершенно необходим в рамках суппортивной модели после коррекции дезадаптивной защиты, на этапе совершенствования проблемно-решающего поведения, когда вмешательства носят

преимущественно неаналитический, тренировочный, психопедагогический характер. Среди решаемых здесь задач — манипуляции в социальной среде: рекомендации по оптимальному быто- и трудоустройству, помощь в нахождении «социальной ниши», обеспечивающей защиту больного от социальных стрессоров, поиск внепрофессиональной занятости, облегчающей установление социальных связей и получение внутренней удовлетворенности. Сюда относится также нахождение остаточных резервов в сохранных социальных навыках, обучение коммуникативным приемам, которыми больной ранее не владел. Чрезвычайно важным является научение больного своевременному распознаванию приближающегося рецидива, с одной стороны, и игнорированию отдельных затрудняющих социальную адаптацию психопатологических проявлений, или даже симуляции здорового поведения в ряде внутерапевтических ситуаций — с другой.

Внутренняя структура дидактических приемов имеет разную степень сложности и предусматривает разные уровни сотрудничества больного с врачом. Гибкое использование отдельных приводимых далее вариантов с учетом возможностей больного позволяет добиться большего терапевтического эффекта.

1. Простой совет — указание на то, что надо сделать, без разъяснений, как именно это сделать.

2. Подробная инструкция по выполнению сложных образцов поведения, операционализированная относительно последовательности выполнения отдельных этапов, конкретных ролевых приемов, привязанных к возможным вариантам ситуации.

3. Предложение больному нескольких альтернативных вариантов поведения, один из которых он может выбрать самостоятельно.

4. Обучение больного типовым проблемно-решающим алгоритмам [595], выводящим на многофункциональные формы поведения, пригодные для решения других сходных задач.

Разъяснение, уточнение.

Основная цель — повышение точности понимания сути получаемого от больного эксплорационного материала, исключение возможных параллельных истолкований смысла, устранение недостаточной смысловой взаимоувязанности внутренней структуры сообщаемой информации. Здесь возможны также: насыщение суждений, сделанных ранее в более общей форме, конкретными деталями (примерами, иллюстрациями), резюмирование (сжатое воспроизведение того, что ранее было изложено более пространно или менее последовательно). Границы применения уточнений — сугубо осознаваемые компоненты эксплорационного материала, не подвергающиеся искажению защитными психологическими процессами, но и не представляющиеся еще больному достаточно определенными, ясными и увязанными в общий жизненный контекст. В этом смысле наиболее употребительным вариантом уточнения является т. п. Фокусирование — фиксация внимания больного на еще не вербализованных компонентах содержания проблемных переживаний с целью их последующей вербализации, т. е. когнитивное структурирование имплицитных значений подсознательного материала. По существу, фокусирование представляет собой осторожное нащупывание границ, за которыми попытки коррекции наталкиваются на сопротивление больного и требуют уже

использования других инструментов: конфронтации, объективации, интерпретации. В отличие от психоанализа, в психоаналитической терапии при шизофрении разъяснение используется значительно шире, чем интерпретация. Только при полной информации относительно когнитивных возможностей больного можно выделить те зоны непонимания, которые являются проявлениями защит и, следовательно, мишенями вмешательств.

Конфронтация.

Главная цель — возвращение в сознание больного информации, подвергшейся избирательной фильтрации дезадаптивными защитными процессами в силу того, что она противоречит субъективной картине мира, диктуемой стратегией защиты. Конфронтация — это умение выявлять противоречивые, неконсистентные элементы в контексте повседневного социального взаимодействия, демонстрация больному признаков наличия интрапсихических конфликтов и связанной с ними психологической защиты, искажающей восприятие реальности. Конфронтация есть сообщение не столько значения информации, сколько связанного с ней значимого переживания, в противном случае она плохо интегрируется в сознании. Используя конфронтацию, врач не должен жалеть усилий, чтобы убедить больного шизофренией, что сообщение ему информации, с которой он, как правило, не согласен, ни в коей мере не означает враждебности к нему врача, сообщающего эту информацию. При использовании этого приема врач чутко оценивает степень внутреннего неприятия больным сообщаемой ему информации, ее болезненность для него, его готовность с ней согласиться. Конфронтация в принципе эффективна в повышении способности больного к объективной оценке реальности, однако если разъяснение и тактичная конфронтация обнаруживают утрату больным правильной оценки реальности, эти попытки следует прекратить, одновременно усилив эмпатический контакт с пациентом. Конфронтация применима лишь при восстановлении больным способности правильно воспринимать окружающую действительность. Вводимый в сознание материал должен быть не слишком чуждым для больного, конфронтация не должна переступать ту грань, за которой больной перестает воспринимать предлагаемую ему информацию. При анализе получаемого от больного эксплорационного материала чаще всего используются следующие варианты конфронтации:

1. Выявление внутренней противоречивости высказываний больных, их несоответствия реальности, несовпадения его действительной линии поведения с той, которая декларируется им самим.
2. Выявление психосоциальной обусловленности дезадаптивного поведения, внутреннего дискомфорта, симптомов — по связи во времени их появления (исчезновения, изменения интенсивности) с определенными стрессовыми ситуациями.
3. Выявление неосознаваемых конфликтных отношений по чрезмерности или заниженности адекватной по содержанию реакции на ситуацию сравнительно с нормативной реакцией.
4. При защитных вариантах типа односторонне биологической модели болезни и экстернализации причин дезадаптации — обнаружение игнорируемых больным дефектов проблемно-решающего поведения вне действия симптомов (в т. ч. в преморбиде), которые он считает единственной причиной дезадаптации.
5. Обнаружение безосновательного недовольства, внутреннего дискомфорта вне действия социальных стрессоров; выпадение из репертуара больного поведения,

направленного на получение удовлетворения без видимых к тому препятствий (маркеры неосознаваемых интрапсихических конфликтов). Материалом для конфронтации является прежде всего непосредственное поведение больного в ходе психотерапии. Мы приводили его в манифестных проявлениях сопротивления (гл. 8), все варианты которого обычно не осознаются или искаженно воспринимаются больным.

Объективация.

Успех коррекции дезадаптивной психологической защиты зависит от полноты выявления ведущих неосознаваемых компонентов переживаний и поведения, их конкретизации, вербализации и демонстрации больному их несоответствия объективной действительности. Это — основная цель приемов объективации или проверки реальности (reality testing). Объективация представляет собой «конвенционализацию индивидуальной картины мира больного путем согласования определяемых ею особенностей его поведения и предполагаемых способов взаимоотношений и взаимодействия между людьми с требованиями социальной жизни, отвечающими необходимости их сотрудничества, сосуществования и взаимопонимания» [2]. Приемы объективации можно разделить на 3 основные группы:

1. Приемы трансперсональной проекции. Общим для приемов этой группы является перенесение субъективных представлений больного на аналогичные представления врача или членов психотерапевтической группы с целью их последующего сравнения между собой и выявления расхождений.

Оценки, представления врача (членов психотерапевтической группы) сопоставляются с:

- 1) представлениями больного о себе, его самооценкой;
- 2) оценкой больным степени реалистичности идеальных представлений о себе и окружающих;
- 3) видением больным его реальной жизненной ситуации;
- 4) видением больным значимых лиц своего социального окружения;
- 5) взаимооценкой больного, его субъективным представлением о том, каким его видят значимые лица социального окружения.

II. Приемы моделирования.

Общим для этой группы приемов является манипулирование содержательными компонентами переживаний и поведения больного (сопоставление их друг с другом и аналогичным эксплорационным материалом других больных, гипотезы относительно того, как бы они выглядели при определенных изменениях внешней ситуации), имеющие целью обнаружение действия дезадаптивной психологической защиты.

1. Перебор актуальных ситуаций обыденной жизни больного с целью, в ходе сравнения их друг с другом, выделения группы ситуаций, в которых можно предположить влияние на поведение больного разного рода феноменов дезадаптивной психологической защиты.

2. Сравнение ситуаций обыденной жизни больного, в которых предполагается действие дезадаптивной психологической защиты, между собой с целью выделения тех из них, в которых действует единый стержневой механизм психологической дисфункции.

3. Моделирование в психотерапевтической ситуации «здесь и сейчас» реального

поведения больного в ходе его конфликтного общения со значимыми для него лицами социального окружения «там и тогда». Часто для этого используется прием психодраматического импровизированного взаимодействия в заданных условиях (например, с т.п. сменой ролей, когда больному предлагается самому показать, как ведут себя окружающие).

4. Сопоставление феноменов дезадаптивной психологической защиты, выявляемых у других членов психотерапевтической группы и легче распознаваемых больным со стороны, с аналогичными проявлениями в тех же ситуациях у него самого, что им чаще не осознается.

5. Видоизменение параметров дезадаптации (пользуясь дальнейшим развитием внутренней «логики» установок больного, перенесением на другие ситуации и т. д.) с целью сделать более зримой абсурдность его психологической защиты. Прием особенно эффективен при демонстрации дефектов внутренней картины болезни, нереалистичности идеальных представлений.

6. При субъективной невозможности для больного самому сформулировать неясные для него компоненты значимых установок и переживаний — предъявление ему врачом серии предположительных вербализованных вариантов. Ознанные больным варианты составят более точную общую картину его субъективных представлений (принцип фоторобота). Таким образом можно проводить эксплорацию следующих, обычно в разной степени неосознаваемых структур:

- а) прогнозирование, предвосхищение больным дальнейшего развития событий;
- б) субъективные обоснования, оправдывающие дезадаптивное поведение больного в собственных глазах и примиряющие с действительностью;
- в) субъективные представления об угрозе извне, предположительных стрессорах, характере и ожидаемых последствиях их действия;
- г) идеальные представления. Визуализация идеала по эмоционально созвучным для больного ситуациям может использоваться при поиске неосознаваемых им потребностей.

7. Предложение больному самому смоделировать ситуации, в которых его осознаваемые потребности, притязания оказались бы удовлетворенными. Самостоятельное перемещение внутреннего взгляда больного в создаваемые им гипотетические ситуации, в которых его идеальные представления оказались бы реализованными. Отсутствие или появление соответствующего эмоционального отклика и его интенсивность могут определить соответствие или несоответствие идеала истинным потребностям больного.

8. При экстернализации причин дезадаптации — гипотетическое устранение мнимого стрессора, препятствия. Визуализация поведения больного в этой ситуации позволяет продемонстрировать несостоятельность экстернализации как защиты, а также выявить истинные причины дезадаптации, срабатывающие и в отсутствие тех, на которые ссылался больной.

9. Визуализация поведения больного при гипотетическом перемещении его в ранее избегавшуюся им ситуацию. Прием позволяет больному увидеть отрицавшиеся им дефекты социального функционирования и защитный характер избегания потенциально опасных ситуаций.

10. При отрицании больным ненормативности его ситуативной реакции — предлагаемое врачом видоизменение ситуации, при котором сохраняются те стрессовые

воздействия, которые больной воспринимает и считает причиной реакции, но удаляются те компоненты стресса, которые не осознавались и обуславливали ненормативность реагирования. Субъективное изменение эмоционального восприятия ситуации позволяет больному опознать ненормативность прежней реакции и, следовательно, существование дезадаптивной психологической защиты. Прием становится еще более действенным, когда, после его проведения, в ситуациях с нормативным реагированием специфическое видоизменение обстановки врачом включает действие защиты и вызывает опознаваемую больным ненормативность эмоциональной реакции.

11. При недостаточности эксплорационного материала для выявления действия дезадаптивной психологической защиты подбираются определенным образом смоделированные гипотетические ситуации, в которых действуют предположительные стрессоры. Импровизированное «поведение» в них больного или его предположения о том, как в них будут себя вести некоторые другие лица, позволяют выявить скрытые дефекты проблемно-решающего поведения больного.

12. В случаях, когда одна из существенных потребностей больным не осознается и он приписывает имеющуюся дезадаптацию другой, осознаваемой — моделирование врачом гипотетической ситуации, при которой оказывалась бы удовлетворенной лишь осознаваемая потребность. Воображаемое перемещение в нее больного позволяет ему ощутить сохраняющийся эмоциональный дискомфорт, выдающий наличие неосознававшейся потребности.

13. При наличии конфронтирующих потребностей, одна из которых не осознается — моделирование врачом гипотетической ситуации, при которой удовлетворенной оказывалась бы лишь неосознаваемая потребность. Воображаемое перемещение больного в эту ситуацию может вызвать отсутствовавший ранее положительный эмоциональный отклик, позволяющий больному убедиться в наличии неосознававшейся потребности.

14. В ходе терапии—периодическое предложение больному вновь вообразить себя в обстоятельствах, аналогичных тем, которые вызвали состояние актуальной дезадаптации, позволяет, по степени успешности «поведения» в них больного оценить прогресс, достигнутый им в ходе лечения и успешность коррекции отдельных мишеней психотерапии.

Приемы сопоставления с социокультуральными нормами.

1. Сопоставление представлений больного с данными о нормативном функционировании психики человека, возможностях адаптивной психологической защиты.

2. Сопоставление представлений больного с информацией о нормах межличностных отношений.

3. Сопоставление представлений больного с нормативным разграничением инфантильного и зрелого поведения здорового человека в конкретных обстоятельствах.

4. Сопоставление представлений больного с нормативной атрибуцией чувства вины и ответственности.

5. Сопоставление рисунка актуального поведения больного с гипотетическим нормативным поведением социально хорошо адаптированного человека с целью демонстрации принципиальных резервных возможностей проблемно-решающего поведения.

Интерпретация.

В широком смысле слова интерпретация представляет собой разъяснение значения поведения или переживаний больного, однако такое определение не дает полного представления о всей глубине значений этого приема. Интерпретация представляет собой важнейшее заключительное и связующее звено в работе с неосознаваемыми компонентами переживаний больного, делающее возможной реализацию достигнутой психологической коррекции в новом, адаптивном рисунке поведения больного. Конфронтация, восстанавливая объективное видение реальности, отвечает на вопрос: что на самом деле происходит в поведении больного? Объективация убеждает больного в достоверности полученной им картины действительности. Интерпретация призвана ответить на вопрос: почему это происходит? Без ответа на него невозможно в дальнейшем предотвращение имевшихся искажений переработки информации и на этой основе — успешный контроль продуктивного поведения. Конфронтация совмещает осознаваемую больным информацию о реальности с ранее неосознававшейся, а интерпретация приводит этот совмещенный когнитивный комплекс во взаимосвязь с бессознательными установками и мотивами, действовавшими в актуальной жизненной ситуации. Это — путь перевода мнимой (из-за действия дезадаптивной психологической защиты) логики субъективного видения мира через конфронтативную фазу когнитивного диссонанса, сопровождающего разрушение прежнего восприятия реальности, в объективную логику полного ее отражения. Интерпретация исследует причину конфликтной диссоциации информации о реальности и цели, преследуемые при этом дезадаптивной психологической защитой. Она успешна лишь в том случае, когда гипотезы врача о причинах дезадаптации окажутся полностью подтвержденными процессом объективации.

Содержание интерпретации, как правило, является функцией той или иной теоретической концепции, исповедуемой врачом. Спор о сравнительных достоинствах этих концепций (скорее всего, бесплодный) можно обойти, сосредоточив внимание на их действенности, критерием которой в конце концов является одно и то же: освободить больного от автоматизированных искажений восприятия и переработки информации с тем, чтобы дать ему возможность на основе объективного видения реальности уложить происходящее в его внутренней и социальной жизни во взаимосвязанную, понятным образом функционирующую и предсказуемую систему. Тревожное состояние человека, поведение которого диктуется непонятными ему мотивами, сменяется ощущением уверенности, сопровождающей свободный контроль ситуации. Если интерпретация дает чувство устойчивого контроля, то она правильна вне зависимости от того, как она называется в данной школе психотерапии.

Интерпретация должна иметь оптимальную глубину, т. е. степень расхождения между гипотезами объяснения самого больного и врача не должна быть чрезмерной. Она должна быть своевременной, т. е. обеспеченной готовностью больного принять и интегрировать ее. Последнее определяется успешностью психотерапевтической работы с сопротивлением больного. Чрезмерно глубокие и чрезмерно поспешные интерпретации ведут к усилению и без того имеющегося у больного когнитивного диссонанса. Принятие интерпретации зависит от взаимоотношений с врачом. Одну и ту же интерпретацию больной может не принять от врача и принять от другого больного. Интерпретация может

сработать позднее, когда во внутерапевтической ситуации появилась подкрепляющая информация, или когда отношения с врачом примут характер большей доверительности. И, наконец, чтобы быть воспринятой больным, интерпретация должна быть созвучной жизненному опыту и культуральным особенностям среды происхождения больного и не превышать его возможностей когнитивного усвоения.

Психотерапия больных шизофренией не может ограничиваться рамками какого-либо одного, пусть вполне адекватного подхода. Успех здесь обеспечивает владение некоторыми параметрами, выходящими за рамки отдельной модели. Их мы рассматриваем в следующей главе, где также коснемся проблемы интеграции методов психотерапии и ее общей стратегии в лечении больных шизофренией.

Глава 10

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ПСИХОТЕРАПИИ. ИНТЕГРАЦИЯ МЕТОДОВ И ОБЩАЯ СТРАТЕГИЯ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

К неспецифическим, не обусловленным рамками какой-либо модели параметрам психотерапии можно отнести условия ее проведения (индивидуальная, групповая, семейная; стационарная, амбулаторная), особенности ее проведения в связи с длительностью курса, синдромальными характеристиками больных, а также общие, не зависящие от метода, требования к поведению врача в связи с задачей установления психотерапевтического контакта.

Хотя впервые групповая психотерапия с больными шизофренией была проведена Lazell еще в 1921 г. в Вашингтонском госпитале Св. Елизаветы, в широкий обиход в психиатрических учреждениях западных стран она начала входить лишь в начале 70-х гг., когда ее, без всякой теоретической ориентировки врачей, стали делать медсестры, подметившие, что групповые беседы с больными оказывают некоторый седативный эффект и улучшают социальный климат в палатах. Характерно, впрочем, что это относилось прежде всего к персоналу частных лечебниц, стремившихся по возможности снизить число случаев физического ограничения возбужденных больных. У персонала же государственных учреждений, перед которыми эта задача не стояла столь остро, групповая терапия долгое время была не в фаворе, поскольку требовала существенной отдачи душевных сил, и введение ее зачастую вызывало необходимость преодоления негативного отношения к ней персонала [596, 597].

В условиях реабилитационных отделений принято проводить вообще всю терапию средой и занятостью, включая элементы самоуправления, преимущественно в групповых формах, поскольку они представляют 'благоприятные возможности для социализации больных. Однако, отношения между людьми определяются не формой совместной деятельности, которая сама по себе не влияет на содержательные характеристики восприятия, а характером общения [598]. Это — одна из причин, почему взаимодействие в группе еще не является групповой терапией. Точно так же недостаточно для этого и т. н. сплоченности больных в группе (поведения или высказываний больных, свидетельствующих о привлекательности для них группы и удовлетворенности от нахождения в ней), поскольку она представляет собой лишь предпосылку для эффективной терапии, а не куративный фактор. Психотерапевтические группы принципиально

отличаются от средовых тем, что в основе взаимодействия лежат описанные выше специфические методы психотерапии.

В работе с больным шизофренией, как правило, не используются модели психотерапии, целью которых является проработка исключительно глобальных, общегрупповых феноменов. Здесь следует стремиться к максимальной индивидуализации задач относительно каждого члена группы. Индивидуальная беседа с каждым членом группы по материалу прошедшего занятия желательна после каждого сеанса групповой психотерапии. Это не исключает использования общегрупповых феноменов в случаях, когда это диктуется нуждами отдельного больного или касается проблем, сходных для ряда больных. Подобное сочетание индивидуального и группового подходов является оптимальным, т. к. позволяет сочетать глубокое проникновение в интимные проблемы биографического характера (в индивидуальных беседах с врачом) с уникальными возможностями диагностики коммуникативных нарушений и коррекции межличностных конфликтов, предоставляемыми взаимодействием в группе. Психотерапевтическая группа создает благоприятную, защищенную обстановку, в которой больной может учиться говорить о том, что его беспокоит, вместо того, чтобы держать это в себе, выражать свои чувства, узнавать от других, как он выглядит, какое впечатление производит на окружающих, узнавать, какую меру ответственности он должен нести за свою собственную жизнь вне зависимости от получаемой от окружающих поддержки. Динамика поведения больного в группе является наглядным индикатором повышения адаптивности социального поведения [599]. Но самое существенное — в ходе группового взаимодействия больные неизбежно в общении друг с другом начинают воспроизводить привычные для них образцы дезадаптивного поведения, давая врачу ценнейший материал о наличии дезадаптивных психологических установок, коррекция которых, наряду с отработкой адаптивного поведения, также оптимальным образом может быть проведена лишь в психотерапевтической группе.

Задача группы не в том, чтобы углубляться в биографическое прошлое проблемного больного шизофренией. Группа постоянно живет в ситуации «здесь и сейчас», однако она дает возможность постоянно вглядываться со стороны в то, как это происходит, и повторяемость определенных рисунков поведения уже может придать историческое измерение материалу, обсуждаемому затем с больным индивидуально вне группы.

В начале ведения группы целью врача является создание коммуникативной системы, в которой проявляется действие куративных факторов, становятся ясными мишени; далее осуществляется индивидуальное обращение к отдельным больным. Обычная последовательность обсуждаемых группой тем: вопросы взаимного доверия между членами группы, зависимость от авторитарности родителей, конфликты в отношениях со сверстниками [600]. Работа других членов группы над проблемой данного больного должна составлять основное содержание терапии, т. к. часто суждения других больных оказываются для больных более убедительными, чем аналогичные высказывания врача. В этом отношении группа представляет весьма ценные возможности для снижения завышенного уровня притязаний больных, в особенности в профессиональной сфере [601]. Чрезвычайно ценным также может стать направляемое врачом обсуждение, когда вся группа делится опытом, как наилучшим образом вести себя при появлении симптома [602].

Мы не придерживаемся точки зрения о нозологической неспецифичности

психосоциальных нарушений [603] и рекомендаций в связи с этим смешивать в психотерапевтических группах больных шизофренией с другими нозологическими контингентами — неврозы, алкоголизм [604]. Мы согласны с теми, кто считает нозологически гомогенные группы более эффективными в связи с выраженностью различий в нозологической специфике больных [609]. Специфика отличий групповой психотерапии при шизофрении от таковой при неврозах в принципе та же, что и в индивидуальной терапии. По сравнению с невротиками, в группах больных шизофренией сплоченность низка и достигается с трудом [606]. Для больных характерен низкий уровень толерантности к стрессу [607], что требует от врача большего внимания к защите больных от вербальной агрессии других больных. Для групп с больными шизофренией характерны также меньшие возможности использования моделей положительного социального поведения для подражания. Поведение врача характеризуется более высокой активностью и более высоким уровнем четкости и конкретности при проведении занятий. Целесообразно использовать план занятий и резюмировать выполнение каждого его пункта прежде, чем переходить к следующему [608]. Полностью недирективное поведение врача в группе больных шизофренией немыслимо [609]. Врач должен активно выспрашивать группу, его вмешательства должны быть частыми, но краткими и фокусированными. Все должно сопровождаться постоянной стимуляцией ответственности группы за содержание занятий.

Психотерапия чаще проводится в т. ч. открытых группах, с постоянной выпиской и поступлением в группу новых больных [523]. Создание групп закрытого типа целесообразно там, где есть предпосылки для долговременной стабильности состава, например, в стационарах для хроников, или в амбулаторных группах поддерживающей терапии, или, наоборот, когда больные берутся в группу циклами, на одинаковый, жестко фиксированный срок. Эпизоды застоя групповой динамики, отсутствия терапевтического прогресса являются благоприятными периодами для введения в группу новых членов.

Хотя в литературе есть казуистические упоминания о проведении аналитической терапии в больших группах [610], считается, что оптимальный размер группы — 7—8 больных. В задачу врача, помимо всего, входит поддержание технических условий для работы группы, регулирование влияния как вне-, так и внутригрупповых факторов: противиться давлению администрации, направляющей для ведения в группе непригодных для участия или количественно излишних больных, противиться преждевременной выписке не готовых к этому пациентов, не допускать проведения занятий в непригодных специально для этого помещениях. Если больной перед групповым занятием спал, в обязанности персонала входит будить его не позднее, чем за 10—15 минут до начала группы. Нельзя допускать в группу опоздавших больных; больные, как правило, не должны покидать группу во время занятия, или сидеть на занятии «за кругом».

Больных с отсутствием мотивации к активному участию в групповой психотерапии часто оставляют для пассивного пребывания в группе в надежде, что они все же извлекут из этого какую-то пользу. Наш опыт не подтверждает этих ожиданий.

Самому больному это видимой пользы не приносит, а другим отчетливо вредит. Больной с высокой вероятностью «выпадения» из группы не должен включаться в нее, как бы на этом ни настаивали направляющие в группу коллеги или родственники больного. Лучше не принять его сразу, чем подвергнуть дискомфорту последующего выведения из

группы. При отсутствии достаточного числа мотивированных больных группу целесообразнее вести с недобором.

Участие в психотерапии, как известно, еще не означает ее прохождения [611], что делает оправданными любые усилия, направленные на снижение числа «выпадающих» из группы больных. В среднем их 30—35% [613]; при ведении предварительного отбора по критерию качества мотивации, это число удается снизить до 10%. Как скрининговая процедура, на нашем опыте хорошо себя зарекомендовал тест мнимого присутствия на психотерапевтической группе, когда больному предлагается прослушать вместе с врачом фоно/видеограмму одного из занятий группы, в которую ему предстоит войти; останавливая магнитофон в соответствующих местах, больной получает возможность комментировать происходящее, предлагать свои варианты высказываний, получать от врача разъяснения по неясным для себя вопросам механизма функционирования группы на конкретных примерах. Несколько таких занятий позволяют или убедиться в невозможности мотивировать больного к активному участию, или добиться у него правильного-понимания общих принципов терапии и желания участвовать в ней.

Трудности привлечения больных шизофренией к активному участию в психотерапевтической группе общеизвестны и значительно превышают таковые при работе с больными неврозами. Сопротивление здесь часто внешне определенным образом концептуализируется. Его иногда удается предотвратить перед включением в группу в ходе более глубокого индивидуального ознакомления больных с принципами групповой психотерапии. Ниже приводятся наиболее типичные версии таких защитных концептуализаций с соответствующими корригирующими разъяснениями, которые целесообразно доводить до сведения больных перед их включением в группу в доступной для них форме.

1. «я ничего не понимаю».

С трудностями понимания происходящего в равной степени сталкиваются все участники лечебного процесса, включая психотерапевта. Обсуждаемые проблемы часто чрезвычайно сложны, мысли не всегда излагаются достаточно четко, а состояние и побочные действия лекарств не всегда позволяют легко воспринимать смысл на большой скорости обсуждения. Все это безусловно затрудняет участие в дискуссии, но не исключает его. Главное средство преодоления этой трудности — обращение к окружающим с просьбой о разъяснении и уточнении происходящего. Ссылки на опасения замедлить своими расспросами проводимую в группе работу несостоятельны. Замедление темпа в таких случаях способствует углублению понимания проблем всеми участниками, в то время как выключение кого-то из обсуждения вследствие непонимания грубо искажает атмосферу отношений в группе, привнося отчужденность и пессимизм.

2. «мне не дали вставить слово»

Оживленность дискуссии не может стать оправданием неучастия в ней. Всегда можно найти возможность сказать то, что считаешь нужным, т. к. в обстановке общей заинтересованности в результате работы перебить собеседника не может считаться проявлением дурного тона.

3. «мне ничего не приходит в голову»

Это, самое частое из объяснений пассивности, обычно является следствием реакции на разрыв между объективной сложностью проблем и желанием решить их как можно

скорее. Часто в оправдание приводится действительное или мнимое превосходство других членов группы («они давят на меня, не могу при них говорить», «у меня все равно не получится как у них»). Это объяснение опасно тем, что является попыткой представить проводимую работу как своего рода состязание в гимнастике ума, что совершенно не соответствует ни нормам групповой атмосферы, ни задачам терапии. Отсутствие готовых гипотез, решений, как раз и является главным поводом для приглашения к общему обсуждению возникшей трудности с сопутствующими вопросами, углубляющими понимание проблемного материала и, в конце концов, приводящими к общему нахождению решения. Фраза: «мне сейчас трудно, а как вам?», обращенная ко всей группе, чрезвычайно полезна, т. к. вносит в групповую атмосферу целительный элемент взаимного доверия, открытости и деловой заинтересованности.

4. «а вдруг я скажу что-нибудь не то»

Если вспомнить, что нормы групповой атмосферы исключают интеллектуальное соперничество, а в ее задачи не входит вынесение оценочных суждений о добродетелях и пороках, положительных и отрицательных качествах участников, становится ясным, что т. к. «неправильное» высказывание может оказаться терапевтически полезным, давая возможность увидеть скрывающуюся за ним психологическую ошибку. В доброжелательной атмосфере группы такая ошибка будет воспринята и использована в исключительно рабочем плане, без перенесения на отношение к человеку в целом и на оценку его как личности. Говорить «не то» выгодно всем, т. к. все пришли в группу учиться на ошибках — своих и чужих.

5 «я лучше посмотрю, как они это делают»

Внешне вполне резонное решение пассивно наблюдать за тем, как другие решают проблемы, с тем, чтобы со временем сделать для себя соответствующие выводы, которые повысят продуктивность своего поведения, является пагубным, если становится постоянной стратегией участника группы. Дело в том, что любое количество полученной таким образом информации не делает человека автоматически способным применять эту информацию на самом себе в реальной жизненной обстановке. Можно научиться очень хорошо выявлять ошибки у других, и все же по-прежнему продолжать не замечать их у себя. Превратить полученную информацию в средство изменения поведения можно лишь в ходе самого поведения, т. ч. в групповой дискуссии.

6 «у других не такие проблемы, как у меня»

Это действительно так, и в каких-то нюансах проблемы людей различаются между собой так же, как отпечатки их пальцев. Суть же работы группы — в выявлении общечеловеческих психологических механизмов, на которых строится стратегия и тактика решения жизненных проблем. А элементы этой стратегии и тактики и закрадывающиеся в них ошибки как раз довольно типичны и у разных людей повторяются одинаковым образом.

Специальную проблему в группе может представить алекситимия (термин предложен Sifneos в 1973г. [613]), характеризующаяся трудностью вербализации, правильного распознавания чувств, когнитивным обеднением, частыми сопутствующими соматизациями. Преодолеть трудности, связанные с алекситимией, помогает иногда предварительное ознакомление больного с тематическим планом предстоящего занятия, вручаемым ему в письменном виде [614]. Стимулирует мотивацию к работе в группе также

предварительная договоренность с больным о жесткой фиксации сроков его пребывания в ней. Групповая форма проведения обходов в отделении также снижает у больных страх перед групповой психотерапией и способствует вовлечению [615].

Семейная психотерапия предполагает одновременное проведение реконструкции личностного и социального функционирования как у больного, так и у лиц его семейного окружения, выступающих в качестве социальных стрессоров. Реконструктивная семейная терапия должна быть непременным компонентом программы реабилитации больных шизофренией. Во всех случаях следует привлекать семью больного к сотрудничеству в процессе лечения. Здесь чаще используются приемы суппортивной терапии, направленные на выработку у родных правильного отношения к проводимой лекарственной терапии, смягчение порицающего поведения с больным в связи с недооценкой тяжести его состояния и тенденциям к психологизации психопатологических проявлений, а также и снижение гиперопеки, затрудняющей реализацию реабилитационного потенциала больных. Однако, как показывает практика, одна только просветительская работа в семье дает недостаточный противорецидивный эффект [616], что, в отсутствие возможности проведения реконструктивных вмешательств, выдвигает в качестве альтернативы поведенческие методы. Цель их—не меняя исходных установок и отношений, ввести в семейное взаимодействие определенные правила поведения и обращения друг с другом, которые первоначально соблюдались бы на основе доверия к авторитету врача, а затем и добровольно, на основе улучшающейся в ходе психотерапии взаимности, а также очевидной благотворности соблюдения этих правил относительно семейной атмосферы и самочувствия больного. Изучение отношения друг к другу и повышения реалистичности взаимооценок больных и родителей должно вестись постоянно. На начальных этапах терапии вскрываются значимые ситуации, в которых проявлялись межличностные конфликты, уточняется поведение в них участников. Выявляются эпизоды, в которых патологическое поведение больных неосознанно или необдуманно поддерживается, подкрепляется родителями. Совместно с родителями распознаются и уточняются когнитивные ресурсы и навыки больных, которые могут быть использованы в решении проблем социальной дезадаптации, ведется поиск оптимального трудоустройства и иной поддержки в различных социальных группах, включая поиск возможностей для постстрессовой рекреативной занятости больного.

Наиболее сложным и ответственным моментом является налаживание диалога больных с родителями, в силу того, что анализ семейной проблематики крайне болезненно воспринимается больными шизофренией [617]. Задача врача здесь — быть посредником, обеспечивая направляемый, свободный от взаимной агрессии и эмоционального напряжения диалог между больным и его родителями. В ходе анализа роли семьи в происхождении социальной дезадаптации существенно, чтобы врач маркировал в качестве стрессоров не родительские фигуры, а определенные события, разгружая тем самым родителей от чувства вины и способствуя более активному их включению во взаимодействие. Вводимые правила обращения друг с другом определяют, когда и как прерывать стрессовые отношения, уточняют взаимные ожидания, распределение обязанностей, объем и сроки выполнения заданий по хозяйству, согласованные обеими сторонами последствия при невыполнении договоренностей, рамки финансирования больных родителями и предоставляемой им свободы проведения времени. Наиболее

целесообразно формулирование общих правил, которые могли бы использоваться семьей самостоятельно в новых сходных конфликтных ситуациях. Важная задача врача — поддержание реалистичности ставящихся перед семьей целей взаимодействия, а также коррекция нереалистических представлений о сроках лечения и полноте выздоровления. Крайне важно обучение родителей не критичному, принимающему отношению к больному, ; предъявлению к нему ожиданий и требований в неагрессивной форме [618—620].

Длительность проведения психотерапии с больными шизофренией варьирует в зависимости от поставленных задач и клинических характеристик больных. Принято считать, что краткосрочная психотерапия не должна занимать менее 40 занятий на больного [621], причем в стационаре нецелесообразно; проведение психотерапии сроком менее 4 и свыше 6 месяцев; [218]; вместе с амбулаторным этапом длительность курса должна быть не менее 1 года. Рекомендуемая длительность амбулаторной поддерживающей фазы может быть и больше: интенсивная стационарная психотерапия — 6 недель при 5 сеансах в неделю, затем 2 года амбулаторной фазы при 1 занятии ; в неделю [622].

1. Краткосрочные модели психотерапии считаются не менее эффективными, чем длительные курсы [623], будучи более экономичными. Отсюда их растущая популярность и прогнозируемое дальнейшее расширение их использования в будущем. Можно считать широко распространенной иллюзией представление о том, что типичными в развитых странах являются долгосрочные курсы психотерапии. Средняя продолжительность психотерапии в США равна 5 — 8 сеансам [624], причем краткосрочные модели покрывают нужды не всех больных. Считается, что краткосрочные подходы должны быть методом первого выбора, в особенности при кризисном предрецидивном вмешательстве или для ускорения выхода больного на работу, и лишь в случаях выраженного дефицита мотивации к лечению, с доминированием психологической защиты по типу отрицания реальной действительности, трудностями самораскрытия и чрезмерной соматизацией следует переходить к долгосрочной психотерапии.

Краткосрочная терапия возможна лишь при достижении соглашения с больным по основным проблемам, целям, структуре терапии и взаимным ожиданиям. Сократить сроки лечения помогают: ограничение целей, отказ от анализа событий прошлого и обсуждения негативных взаимоотношений врача и больного, широкое включение элементов суппортивной модели с ограничением использования лишь сознательного и предсознательного материала [625], большая директивность в структурировании занятий. Нецелесообразно вскрытие материала, который нет возможности проработать [626]. Более экономной оказывается иногда работа не с фокусом бессознательного механизма, а с вторичными, сопровождающими его искажениями самооценки, коррекция которых может оказаться достаточной [627].

Краткосрочная психотерапия требует высокого профессионализма. Главная ее опасность для начинающего врача — когда вскрытие неосознаваемых механизмов дезадаптивной психологической защиты становится самоцелью и не сопровождается заранее запланированной конкретной выгодой для больного. При краткосрочной терапии врач не всегда может позволить себе выждать и промолчать, если он чего-то не понимает. Эта модель требует быстрого определения мишеней и направления терапии.

При ведении больных шизофренией в стационаре, в идеале каждая большая клиника

должна обеспечить организацию как краткосрочной, так и длительной психотерапии, в зависимости от нужд больного, с дифференцированной подготовкой персонала — как это делается в ведущих частных клиниках развитых стран. Современный психиатр, работающий в стационаре, должен владеть всей полнотой сведений как о психофармакологической, так и о психосоциальной терапиях с учетом их задач и возможностей.

На начальном этапе стационарного лечения главная задача психотерапии — содействовать обеспечению возможности продолжения лекарственной терапии и установлению контакта с врачом. Здесь условия содержания важнее интерпретаций [628], и основное направление работы — коррекция внутренней картины болезни, выработка мотивации к лечению, в т. ч. к продолжению психотерапии в постгоспитальном периоде [629]. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией не может рассматриваться как однократная процедура, проводимая в стационаре. Поэтому в стационарных психотерапевтических группах, по сравнению с амбулаторными, столь важно формирование у больных сознания ответственности за исход [630] и столь велик акцент на анализ межличностных отношений «здесь и сейчас» [631—636]. Стационарная терапия, помимо своих задач, выполняет функции перехода к этапу амбулаторной терапии, и успех последней зависит от того, насколько качественно эти функции будут выполнены. Неразборчивая деинституционализация пагубна для хронически больных [637]. Нельзя выписывать больного, если есть вероятность того, что он выпадет из поля действия поддерживающих психиатрических служб, при отсутствии социальной поддержки в окружении, гарантирующей возможность быстрой госпитализации при обострении [638]. Выписка из стационара (и это является критерием успеха проведенной там психотерапии) становится возможной, когда мотивация к лечению проявляется в продемонстрированной больным способности взять на себя ответственность, когда я устранены вторичные выгоды болезни и созданы предпосылки для стабильного продолжения психотерапии во внебольничных условиях;

Отдельного упоминания заслуживают особенности психотерапевтического ведения больных шизофренией с депрессивным синдромом. Общеизвестно, что ни самому S. Freud, ни кому-либо из более поздних психодинамически ориентированных авторов так и не удалось показать, что гипотетический процесс обращения агрессии больного на себя, первоначально направленный в адрес эмоционально значимого объекта нарушенных отношений (как правило, какой-либо родительской фигуры, проявляющей недостаточную или, наоборот, чрезмерную теплоту и внимание, что сопровождается страхом утраты этих отношений), является первичным или необходимым для последующего развития депрессивных проявлений [639]. Тем не менее, нельзя не признать, что, несмотря на неудачу попытки глобального психологического истолкования, интенсивная исследовательская психоаналитическая работа несомненно обогатила нас знанием ряда закономерно узнаваемых на широких контингентах больных психодинамических механизмов, являющихся по большей части проявлением личностных защитных реакций и находящихся в определенных взаимоотношениях с сопутствующими психопатологическими синдромами.

Эти психологические конструкции, служащие мишенями психоаналитической терапии, проявляются прежде всего в коммуникативной сфере и в самооценках,

опосредованных значимыми отношениями с окружающими. Зачастую они являются действительно «глубокими» относительно времени своего формирования. Так, удается проследить, как на актуальные отношения в современной жизни больного переносятся им некоторые ожидания, сформированные им в раннем детстве в отношениях с родителями (например, ожидание быть покинутым или ожидание полного подчинения другому), причем понимание содержательной связи реакции с собственным прошлым опытом, как правило, утрачивается, перестает осознаваться. Прослеживается также связь между недостаточным получением в раннем детском возрасте эмоционального тепла, стимуляции общением, обращением к себе, или чрезмерной эмоциональной заботой, формирующей невозможность субъективного дифференцированного восприятия межличностных отношений и последующей неадекватной самооценкой. Именно в раннем детстве в соответствующих условиях закладываются завышенные идеальные представления будущих пациентов о принятии себя окружающими, обрекающие их на постоянную неудовлетворенность в силу неосознания нереалистичности произвольно предписываемых окружающим рисунков ролевого поведения. Характерным здесь является двойственное восприятие больными значимых межличностных отношений: идеальное ожидание полного духовного единения с одновременным опасением быть непринятым, недостаточно высоко оцененным партнером, и страх утраты себя, собственной идентичности в случае полного отождествления, подчинения эмоционально значимому лицу. Отсюда — постоянные колебания между готовностью наслаждаться самопожертвованием и готовностью мучить, причем в последнем случае агрессия направлена иногда вовне (как месть за недостаточное принятие себя) или на себя, когда обращение агрессии на значимое лицо пугает перспективой полной утраты отношений.

Сложность и проблематичность психотерапевтического воздействия на глубинные психологические механизмы, соучаствующие в формировании депрессивных проявлений и имеющие часто весьма длительную предысторию, привели к тому, что в последние годы большее внимание клиницистов привлекают не они, а более поверхностные (и более доступные коррекции) варианты психологической защиты, проявляющиеся в когнитивных и поведенческих реакциях пациентов.

Больные в депрессивных эпизодах часто интерпретируют свою актуальную несостоятельность в обыденной жизни в качестве аргумента, обуславливающего невозможность эффективно контролировать события также и в будущем, с сопутствующим ощущением тупика и бесперспективности. Это — один из типичных примеров когнитивных ошибок, свойственных данной группе больных, позволивший М. Seligman сформулировать гипотезу об «обученной беспомощности» [640]. Существеннее что эта когнитивная ошибка не только губительным образом выводит больного из состояния растерянности, «объясняя» ему; причину его бесперспективности, но и связывает последнюю с предполагаемыми им кардинальными дефектами собственной личности, оказывая соответствующее влияние на чувство собственной ценности. Экспериментально показано, что больные с депрессивным синдромом отличаются от здоровых большей частотой негативного отнесения к себе потенциально личностно-значимых стимулов [641], причем частота продуцирования негативных оценок при переработке информации нарастает по мере хронизации процесса [642]. Несомненно, что тенденция больных фокусироваться на негативной информации о себе способствует появлению вторичных аффективных реакций,

усиливающих депрессивный синдром. Корректирующее вмешательство в этот самовоспроизводящийся когнитивный порочный круг становится одной из существенных мишеней работы с больными. Парадоксальным является тот факт, что при склонности занижать свою самооценку без достаточных на то оснований, больные шизофренией с депрессивными проявлениями часто не осознают роль своего поведения в тех случаях, когда оно является действительно неуспешным, провоцирующим негативное отношение к себе окружающих.

Эта ролевая неуспешность, в свою очередь, может следовать из ошибочных трактовок социального контекста, сопровождающихся неумением больных их корректировать соотношением с действительностью [643]. Просьбы о помощи, не учитывающие реальных возможностей окружающих оказать внимание, могут иметь следствием нежелательные для больного социальные реакции, в свою очередь становясь подтверждением уже сложившихся у больного депрессогенных пророчеств.

План терапии больных шизофренией с депрессивным синдромом должен ориентироваться на раскрытие особенностей их психологического функционирования для подключения на соответствующих этапах психотерапии к общему лечебному комплексу. Это предполагает последовательное решение следующих задач:

1) переход от исключительного рассмотрения психопатологических симптомов (по мере снижения их интенсивности) к вопросу связи жизненной ситуации, актуальной проблематики и аффективных реакций,

2) переход от щадящего, неограниченно опекающего, эмпатически принимающего стиля врачебной беседы к активации, структурирующей деятельности больного (от вопроса «как себя чувствуете?» к вопросу «чем вы хотели бы заняться?») [644]),

3) формирование мотивации к участию больного в активном выявлении своего когнитивно-поведенческого дефицита и его устранении,

4) контролируемый врачом перенос социальной тренировки пациента из больничной обстановки в среду его реальной жизни.

Особое внимание всегда уделяется больным шизофренией с риском суицидного поведения. Этот риск приходится в основном на непсихотические депрессивные участки процесса [645], но и там он представлен неравномерно, будучи более выражен у молодых больных с хроническим рецидивирующим течением, высоким преморбидным уровнем, высоким уровнем притязаний, панической реакцией на болезнь, страхом умственной дезинтеграции, безнадежностью восприятия будущего.

В психотерапевтическом ведении этих больных позиции исключительного сочувствия больным следует предпочесть сочетание эмоциональной поддержки со стремлением к эмпатическому восприятию и последующей коррекции не всегда осознаваемых психологических установок и фантазий, способствующих реализации суицидного поведения. Наиболее часто встречаемые из них: представление о смерти как о наступлении долгожданного покоя, как о временном сне, из которого они проснутся освеженными и без проблем (отсюда — частые отравления снотворными); восприятие суицида как продолжения диалога с референтными лицами, в ходе которого испытывается удовольствие от предвосхищаемой мести другим, фантазируется сцена у собственного гроба, когда больные наслаждаются сожалением тех, кто не был достаточно хорош с «покойным» при его жизни. После того, как врач убеждается в том, что режимные меры

обеспечения профилактики суицида приняты наилучшим образом, принимаются меры к созданию атмосферы для проведения психотерапии, в которой врач чувствовал бы себя свободным как от суицидного шантажа со стороны больного, так и от соответствующего давления со стороны родственников. Существенно, чтобы больной знал, что его угрозы суицида не имеют власти над врачом, он должен знать, что врач будет огорчен, но не будет нести ответственности за суицид. Это явится базой для новых отношений в отличие от установившихся в семье отношений суицидного шантажа.

Самыми значимыми для успеха психотерапии являются параметры врача — его умение устанавливать терапевтический контакт с больным, неспецифические немодельные характеристики его поведения, требования, предъявляемые к его личным качествам и профессиональной подготовке.

Исход психотерапии в конечном счете определяется судьбой терапевтического контакта [646] и не может быть полностью предопределен самыми строгими критериями предварительного отбора больных [647]. Способность больного воспользоваться определенным типом отношений из предлагаемого врачом репертуара важнее, чем широкий спектр технических методов, которыми он владеет [648]. Существенным для успеха лечения является и срок установления контакта: если его удастся установить сразу, то последующее выпадение из психотерапевтической группы составляет 24% при 60% в случаях, когда контакт сразу установить не удалось [649].

Возможность установления терапевтического контакта зависит, разумеется, от параметров больного, его способности включиться в терапию [650]. Появлению устойчивого терапевтического контакта способствует высокий уровень субъективного дискомфорта вследствие проявлений болезни, синтонность испытываемых нарушений личности больного и достаточно высокий уровень самоутверждения [651]. В гораздо большей степени установление контакта определяется навыками межличностного общения и технической компетенцией врача [652—654], в особенности в тех ситуациях общения с больным, в которых проявляются дезадаптивные шаблоны его поведения [655, 656]. Куративным фактором терапевтического контакта является эмоциональная удовлетворенность, испытываемая больным от принятия его врачом. Ощущение истинности, неискаженности, аутентичности отношений с врачом — очень вознаграждающее ощущение для больного, иногда получаемое им впервые в жизни. Нормирует отношения и придает им ощущение стабильности эмоциональный опыт больного: его агрессия, временами направляемая на врача, не вызывает в том ни страха, ни желания отомстить. Не менее важным является и то, что терапевтический контакт обеспечивает врачу постоянный доступ к личностным структурам, осуществляющим функции восприятия и оценки, сколь бы ни были эти функции иногда ограничены.

Качество терапевтического контакта определяет уровень участия больного в терапии. На низком уровне это может быть всего лишь соблюдение больным режимных предписаний, прием назначенных лекарств и т. п. Более высокому качеству контакта соответствует участие больного в психосоциальных мероприятиях и, наконец, при оптимальном контакте больной вносит свой вклад в постановку целей, разработку программы терапии.

К формированию установок больных на лечение, содействующих терапевтическому контакту, следует привлекать и других членов реабилитационной бригады отделения

[657]. Выработке терапевтического контакта содействуют: использование неизбежного недовольства больного своей ситуацией как рычага для включения его заинтересованности в успехе и, следовательно, приложения его собственных усилий, разъяснение того, чем угрожает пассивность больного ходу лечения; показ границ возможностей одностороннего участия врача в терапии; уточнение т. н. начального контракта — взаимных обязательств врача и больного друг перед другом [658]; показ выгоды результатов лечения для больного в случаях, когда она перестает осознаваться.

Положительный эмоциональный полюс терапевтического контакта имеет свои границы: продуктивная атмосфера доверия не должна превращаться в неконтролируемый поток поощрений, способствующий защитной инкапсуляции больного. С другой стороны, установлению терапевтического контакта не способствует постоянное значительное опережение больного в интерпретациях его переживаний, в особенности, если они делаются с улыбкой превосходства.

Авторитарное поведение врача, в особенности не подкрепляемое четкой структурой инструкций больному, вызывает негативный терапевтический эффект. Современный психиатрический больной не настолько беспомощен, безответственен и непредвидим в поведении, не столь неkritичен в своей позиции [659], чтобы сделать оправданной патерналистическую позицию психиатра, чрезмерное покровительство и опеку. В то же время, переход на недирективную позицию сопряжен с известными психологическими трудностями для врача. При директивной терапии поведение врача в значительной степени регламентировано, легко выявляются технические ошибки. При недирективном поведении сложнее выявить неточности эмпирического восприятия, чрезмерную пассивность и другие проявления ятрогении. В принципе же противопоставление директивности и недирективности не является абсолютным: полюсами являются не авторитарное и демократичное поведение врача, а авторитарное и функциональное, т. е., целесообразное для лечения. Авторитарность врача, совпадающая с функциональными задачами, не антитерапевтична, точно так же, как не всякая демократичность поведения врача является функциональной.

Общая техническая активность психотерапевта в работе с больными шизофренией трудно поддается четкому регламентированию. Не подлежит сомнению, что чрезмерная активация ухудшает клиническое состояние больных [660]. В этом смысле главная задача в течение первого года после манифестного приступа — продержаться без рецидива. Агрессивные, сопровождаемые завышенными ожиданиями попытки ресоциализации повышают риск рецидивирования. Психосоциальные воздействия не должны превышать постоянно меняющегося порога способности больных выдерживать разные уровни социально-трудовой активности, особенно с учетом затухающей волнообразности психопатологических проявлений. Вместе с тем, установлено, что если эмоциональная поддержка и когнитивное реструктурирование имеют прямую связь с успехом терапии, то у эмоциональной стимуляции и функций организации управления эта зависимость криволинейная, т. е. слишком низкий и слишком высокий уровни этой активности антитерапевтичны. Гипостимуляция обедняет общие результаты саногенеза, поэтому чрезмерная осторожность в психотерапевтической работе с психотиками, политика «руки прочь от больного» [661] не представляется клинически оправданной. Высказываются мнения, что с точки зрения качества жизни риск обострения — небольшая плата за

реабилитационные попытки оптимизировать социальные функции больного [117]. Мы полагаем, что обострение есть достаточное зло, чтобы стремиться избежать его любой ценой, однако проблему, на наш взгляд, вполне решает умение врача контролировать скорость психотерапевтического процесса. При необходимости снизить ее на чрезмерно напряженных этапах допустимо избирательное игнорирование высказываний больного или даже переход на обсуждение малозначимых тем.

Из всех неспецифических параметров поведения психотерапевта наименьшие проблемы обычно представляет принятие больного. Оно не означает, что врач одобряет все, что делает больной, во всем с ним согласен и свободен от оценок его поведения, поскольку в этом случае врач рискует погрешить в выполнении другого, более сложного параметра — аутентичности, т. е. естественности, искренности, свободы от ролевого масочного поведения. Практически аутентичность представляет собой искреннюю, недефензивную спонтанную реакцию врача на поведение и высказывания больного. Аутентичность не должна быть пассивной, врачу недостаточно быть просто аутентичным, надо иметь навык формирования у больного правильного восприятия этой аутентичности, умения в обход системы искажения восприятия больного создать у него реалистичное представление о враче. Кроме того, аутентичность в клинике имеет свои границы. Все, что говорит врач, должно быть аутентичным, но не все аутентичное во враче должно неразборчиво высказываться в ходе психотерапии. Тезис: неважно, что ты делаешь, лишь бы ты был аутентичным—пагубен.

Аутентичное поведение врача, уместное на одной стадии терапии или при одном составе группы, может оказаться неуместным в другой ситуации. Аутентичность не означает, что нужно говорить больному о личной жизни врача. Недопустимо также раскрытие негативных чувств к больным в ситуациях терапии «здесь и сейчас». Соблюдение аутентичности исключает также невыполнимые обещания больным в начале терапии.

Наибольшие трудности возникают при выполнении такой неспецифической характеристики поведения врача, как эмпатическое восприятие больного. Эмпатию следует дифференцировать от простого сочувствия больному, активного сопереживания его боли. Открытое выражение сочувствия может затруднить выявление причин нарушений у больного. Эмпатия же, наряду с эмоциональным, включает и интеллектуальный компонент — понимание когнитивной основы переживаний больного и способность взглянуть на них со стороны, чтобы поддержать объективность их восприятия. Точность этого понимания и вызывает наибольшие трудности в психотерапии. То, что многие думают, что понимают других, или чувствуют, что их понимают другие, еще не является гарантией такого понимания [662].

Основной индикатор эмпатических ошибок — реакция больного (появление у него чувства обиды, оскорбленности, непонятости, замешательства) — ненадежен, т. к. при наличии дезадаптивных психологических защит те же самые реакции могут сопровождать и эмпатически точные высказывания врача. Здесь таится опасность того, что, ориентируясь на реакции больного, врач может следовать за ним, повторяя ошибки его искаженного восприятия и суждений. Больной при этом может чувствовать себя понятым и утешенным, не зная, что это происходит за счет потерь в точности отражения им действительности. Другими типичными эмпатическими ошибками являются выбор малозначимых

переживаний в многослойном, неравнозначном психодинамическом материале больного и неопознание степени болезненности раскрывающих вмешательств врача.

В психоаналитической психотерапии личность врача определяет его профессиональную пригодность в гораздо большей степени, чем при других методах. Психотерапия больных шизофренией связана с чрезвычайно высокими эмоциональными нагрузками, что предполагает высокую мотивированность врача. Такой зрелищно быстрый эффект, какого удастся добиться с помощью лекарств или хирургического вмешательства, при суггестивной терапии эфемерен, а при реконструктивной его и вовсе не бывает. Здесь устойчивые сдвиги формируются лишь постепенно, в ходе длительной упорной работы, причинная связь которой с результатом лечения для больного далеко не всегда очевидна. Сложные ситуации в психотерапевтической группе, в особенности при недостаточном опыте, вызывают страх, нужду в поддержке, что является одним из объяснений, почему молодые врачи так охотно прибегают к ко-терапии. Мотивация врача должна быть достаточно высока, чтобы в течение длительного времени выдерживать отношение к себе негативистичных больных, недовольных родственников и скептически настроенных коллег, не занимающихся психотерапией. Совершенно очевидно, что эта работа должна соответствующим образом вознаграждаться, хотя это само по себе и не предотвращает наступления синдрома усталости или «перегорания» (burnt-out syndrome) зарубежных авторов, одним из первых психологических признаков которого является обезчеловечивание отношения к больному, восприятие его как предмет, использование ярлыков и т. д. [663].

Психотерапевтическое мышление должно стать личностной чертой, оно должно пронизывать весь стиль поведения врача, а не «одеваться как яркий галстук к парадному костюму психиатра» [664]. Для психотерапевта необходимы совершенное владение навыками общения, ролевая гибкость, эмоциональная стабильность, безупречный эмоциональный контроль. По выражению Н. Sullivan, «психотерапия — это ситуация, в которой встречаются два человека, один из которых менее тревожен».

Клинический опыт позволяет удовлетворительным образом повысить эмпатические возможности психотерапевта, но лишь в случае достаточно высокого природного потенциала. Эмпатия, носит в раскрывающей психотерапии несколько особый характер, превосходя таковую в обычных межличностных отношениях, т. к. она предполагает способность не только к интуитивному угадыванию центральных осознаваемых переживаний больного, но и эмпатическое восприятие того, что тот сам в себе не может переносить, а также умение интегрировать на когнитивном и эмоциональном уровне диссоциированные элементы его душевной жизни.

Эмоциональные нагрузки врача обусловлены прежде всего объективными сложностями психотерапевтического процесса, вызывающими у него боязнь противопоставить свое мнение мнению группы, чрезмерную боязнь «выпадения» из группы в связи с отказом больных от продолжения лечения, нежелание признавать свои технические ошибки, страх недостаточно быстрого терапевтического прогресса. Мощным фактором, вызывающим эмоциональное напряжение у врача, являются проявления сопротивления больных, содержание которого определяет форму эмоционального реагирования врача. Так, например, больные, защищающиеся от психоаналитической эксплорации, часто не могут себе позволить эмоциональную вовлеченность в

раскрываемый материал. Они рассматривают психотерапию как процесс получения от врача какой-то информации, которая будет затем подвергнута больным собственной сознательной экспертизе и последующему принятию или отверганию в зависимости от соответствия своим априорным и не подлежащим коррекции концепциям. В этих условиях врачу легко потерять спонтанность и впасть в напряженный контроль своих высказываний вследствие опасений показаться недостаточно компетентным.

Удастся ли врачу справиться с такими внешними стрессовыми факторами, зависит от успешности функционирования его психологических механизмов. Быть способным вести эксплорацию переживаний больного, не реагируя при этом на всплывающие неприятные параллели своих собственных проблем и переживаний, в особенности в зонах проявлений агрессии извне, своей социальной и служебной зависимости, сексуальных отношений, о которых невольно напоминают проблемы больного — это тип общения, на которое немногие оказываются способными без специальной подготовки. Это предполагает, что врач должен иметь достаточный уровень удовлетворения и безопасности в своей внепрофессиональной жизни, чтобы избежать искушения использовать больного как средство получения для себя удовлетворения и безопасности. Так, например, стремление к эмпатическому восприятию может незаметно для врача использоваться им не в нуждах больного, а для удовлетворения собственных потребностей понравиться, испытать чувство своего всемогущества или избавиться от чувства одиночества [665], -г. е. возникает феномен т. н. противопереноса. Если врачу не удалось обеспечить себе получение желаемого удовлетворения в жизни, он должен знать об этом. Его отношение к источникам неудовлетворенности или несчастья в личной жизни должно быть объяснено и интегрировано таким образом, чтобы не вызывать эмоционального дисбаланса и восприниматься постоянно раздельно от исследуемых переживаний больного.

Главный признак противопереноса — утрата способности врача различать между реалистическим и нереалистическим восприятием его больным. Противоперенос может сделать отношения врача с больным дефицитарными и, тем самым, стереть разницу в автоматизированных дезадаптивных отношениях больного в прошлом с сиюминутными отношениями с врачом. Это лишает больного возможности приобретения нового коррективного опыта отношений, более того — это оказывается для «больного очередным субъективным подтверждением и подкреплением «истинности» его дезадаптивных установок. Примером могут служить типичные реакции врача на проявления агрессии - больных. Работа с больными шизофренией инфильтрирована примитивной агрессией больного, т. к. нейтрализация им чувства вины часто осуществляется приемом проекции агрессии вовне, объектом для чего может становиться врач, что создает условия для активирования патологических черт личности последнего. Ответная агрессия врача может стать для больного субъективным подтверждением правильности такой адресации вины вовне. Эмоциональные реакции врача в особенности находятся в зависимости от его личностных характеристик в периоды отсутствия прогресса в терапии. Типичный пример проявления противопереноса здесь — участие вместе с другими членами группы в «избиении козла отпущения» в наказание за медленный ход терапии, без сознания того, что и у других больных имеется амбивалентное отношение к скорости психотерапевтического процесса.

Несмотря на признание целесообразности ставить биопсихосоциальную модель во

главу угла в подготовке психиатра [666], вопрос подготовки психотерапевтических кадров в нашей стране далек от удовлетворительного решения. Признается, что существующая система подготовки психиатров в России не дает возможности заниматься квалифицированной психотерапией [3]. В то же время, в развитых странах обучение психотерапии является обязательным в процессе всех 4 — 5 лет специализации по психиатрии [667]; считается, что психиатр сегодня обязан быть компетентным как в психофармакологии, так и в психотерапии [668]. Мечта S. Freud (которую он сам считал несбыточной) о том, что подготовка психоаналитика, кроме обязательного знания психопатологии и глубинной психологии, должна включать введение в биологию, а также области, не связанные непосредственно с медициной, как историю, литературу, остается до настоящего времени нереализованной [669]. Подготовка психиатров в университетах развитых стран включает три основных раздела: теоретические и практические семинары, самостоятельное проведение психотерапии под наблюдением более опытных коллег (супервизоров) и курс самоэксплорации, проводимый в группах или в форме индивидуального учебного анализа, целью которого является не исключить появление противопереноса, а научить психотерапевта вовремя замечать и нейтрализовать их. Самоэксплорация чаще проводится в группах студентов, иногда же студенты первых лет обучения включаются в группы с больными в роли пациентов [670, 671].

Все попытки использовать психологические тесты для отбора кандидатов в психиатры не увенчались успехом; в этом отношении принято полагаться на систему собеседований с комиссией экспертов и результаты учебного анализа, который оказывается главным инструментом для определения профессиональной пригодности будущего психиатра. Прохождение учебного анализа занимает 3—4 года при 3—4 занятиях в неделю. Большое внимание уделяется практической подготовке в ведении психотерапевтических групп, которая также занимает не менее 3—4 лет. Высказывается мнение, что если высшее образование психиатра не включает обучения групповой психотерапии, то последняя будет обречена на жалкое существование, поскольку ею будут командовать некомпетентные администраторы [487].

Первые шаги в групповой терапии также проходят под постоянным наблюдением более опытных коллег, без чего первоначальные ошибки обучающихся могут закрепляться в силу простого повторения. Предложены системы объективации хода обучения групповых психотерапевтов после занятия данные самоотчета больных сопоставляются с оценками врача и параметрами нормативного хода терапии, заданного в фазах развития группы и фиксируемого соответствующими тестами [672]. На основе этих данных производится общая оценка терапевтической продуктивности ситуации в группе, используемая обучающимися в качестве обратной связи. Типичными ошибками, устраняемыми в ходе группового тренинга, являются: неумение правильно определить существенные переживания в высказываниях больного, ориентация на восприятие проблемы вне связи с ее носителем, стремление к директивному устранению проблемы собственными силами, а не за счет возрастающей автономности больного [673]. При преподавании психотерапии широко используется видеотехника: студенты учатся взаимодействовать в соответствии с заранее расписанными ролями, после чего просматривают и обсуждают заснятый материал [674]. Предложены системы оценок навыков взаимодействия с больными по градуированной шкале на основе анализа

видеозаписи [675]. При обучении психотерапии больных шизофренией большое значение придается освоению навыков ведения больного как в стационаре, так и на амбулаторном этапе терапии [676].

Есть свои особенности в подготовке кадров, в зависимости от модели психоаналитической психотерапии, в которой они специализируются. Эксплорационная модель сама по себе требует длительной подготовки и специальной апробации, причем и то, и другое нуждается в международной стандартизации в связи с растущей необходимостью повышения экономической эффективности и расширения использования психодинамических подходов [677]. Однако, в идеале суппортивной терапии рекомендуют учесть уже после получения основательного знакомства с инсайт-ориентированными методами. В суппортивной психотерапии проявления дезадаптивной защиты, сопротивления, патологических черт личности менее заметны, поскольку, в отличие от эксплорационной модели, не становятся предметом специального внимания, поэтому манипулирование ими требует большого опыта и технического навыка, основательной психодинамической подготовки. Суппортивная модель не представляет собой психотерапии «здорового смысла», она начинается там, где кончается эффективность бытового здравого смысла.

В настоящей работе мы стремились прежде всего сформулировать типовые, устойчиво повторяющиеся параметры психотерапевтического процесса. В силу этого, мы не приводим выдержек из историй болезни и протоколов бесед с больными, полагая, что они будут мало способствовать демонстрации типичного, сверхиндивидуального в наших наблюдениях. Нам хотелось бы привести лишь описание ведения одной из наших пациенток с тем, чтобы дать представление обо всем длиннике психотерапевтической процедуры.

Анамнестические сведения. Больная N, поступила в реабилитационную клинику в возрасте 18 лет. Единственный ребенок в семье. Отец по характеру мягкий, уступчивый. По образованию инженер, высоко эрудированный, разносторонне способный. Страдает алкоголизмом, на момент поступления больной — рабочий пивного завода. Раздельное проживание с семьей с 13-летнего возраста больной. Мать по образованию инженер, по характеру активная, стеничная, вспыльчивая, неупорядоченная. Лечилась когда больной было 16 лет по поводу истерической афонии. Отношение матери к больной всегда характеризовалось подавляющей опекой с открытыми конфликтами. Больная родилась 6-месячной, в грудном возрасте перенесла тяжелую пневмонию, несколько отставала в физическом развитии. В 3-летнем возрасте перенесла рахит в тяжелой форме, выраженную анемию. В 6 лет перенесла паротит, в 15 лет—дизентерию. В 16 лет перенесла аппендэктомию. Часто и тяжело болела простудными заболеваниями, ангинами, страдала фурункулезом. В школу пошла вовремя, училась хорошо, в особенности по гуманитарным предметам. Параллельно окончила музыкальную школу. По характеру всегда была сензитивной, крайне чувствительной к принятию себя окружающими, замкнутой, всегда трудно сходилась со сверстниками. В конфликтных ситуациях с окружающими предпочитала уход, с матерью — эмансипаторную агрессию. В возрасте 14 лет в связи со сменой места жительства перешла в другую школу, не смогла найти общего языка с коллективом, подверглась насмешкам одноклассников. Была недовольна своей внешностью, неловкой походкой, полнотой. По окончании 8 класса поступила в

музыкальное училище, мечтая о карьере солирующей скрипачки. Вследствие болезненной реакции на критические замечания педагога, вскоре разочаровалась в специальности. Стала принимать активное участие в занятиях самодеятельного театра, запустила учебу, что вызвало резко негативную реакцию матери, которая запретила больной посещение театрального кружка. Был отмечен приступ, сопровождавшийся ознобом, тошнотой, повышением температуры, судорожными мелкими, затем крупными подергиваниями мышц конечностей без потери сознания, длившимся около 5 часов, с последующей слабостью, полиурией. В течение 2 недель обследовалась в неврологической клинике, где была исключена органическая патология. Через 4 месяца после конфликта с матерью был отмечен повторный аналогичный приступ, повлекший за собой двухнедельное стационарирование в неврологическое отделение, где больная лечилась гипнозом без существенного результата. В последующем очерченные приступы не повторялись, но сохранялись периодические подергивания верхних конечностей, усиливавшиеся при разговорах с матерью и затруднявшие игру на скрипке. Мать упрекала больную в притворстве, имея в виду функциональный характер расстройств, на что больная остро реагировала. Через месяц присоединились подергивания мышц ног, затруднявшие передвижения больной. Тогда же была стационарирована в одну из городских психиатрических больниц, где находилась 3 месяца. В ходе лечения судорожные подергивания редуцировались, сохранялся фон подавленности, апатии, чувства бесперспективности, нарушений сна, чувства тяжести в груди, не сопровождавшийся олигофазией и суточными колебаниями настроения. Чувствовала снижение яркости эмоционального восприятия, жаловалась на чувство отсутствия сопричастности к окружающему, блеклость цветовых ощущений; считала, что отгорожена от людей какой-то стеной. Лечилась 2 месяца в дневном стационаре по месту жительства, затем столько же повторно в той же больнице, принимала нейролептики, антидепрессанты. Появилась склонность к навязчивым раздумьям о религии, о сотворении мира. Отмечала какую-то измененность себя. Обращали на себя внимание врачей аморфность, расплывчатость мышления, склонность к резонерству. Выписалась с некоторым улучшением состояния, однако заниматься в училище не могла, жаловалась на снижение умственной продуктивности. Состояние оставалось неустойчивым, временами усиливалась тревога. Через полгода после выписки в течение 2—3 дней развилось тревожное состояние, стало казаться, что окружающие на улице по-особому смотрят на нее, казалось, что один из соучеников из враждебных целей телепатически посылает ей свои мысли. Пыталась докончить с собой, приняв упаковку малого транквилизатора, но сразу же сама обратилась в диспансер и вновь была направлена в ту же больницу, где на фоне терапии трифтазином и эглонилом появилась неполная критика к состоянию. С диагнозом шизофрения для дальнейшего лечения была переведена в реабилитационную клинику.

При поступлении была полностью ориентирована, упорядочена в поведении, связно рассказывала о себе. Отмечала несколько сниженное настроение, апатию, общую слабость, эпизодические проявления психического автоматизма («сделанные» мысли в голове). Не отмечала особого отношения окружающих, но в отделении держалась обособленно, общения избегала. Включилась в занятия психотерапевтической группы, где поначалу вела себя преимущественно пассивно. В ходе лечения средними дозами эглонила и сонапакса к началу декабря отметила устойчивое исчезновение «сделанных» мыслей, тревоги,

внутреннего напряжения. В последующем нормализовались настроение и сон, отметила общее повышение физической активности. Достигнутое улучшение симптоматического состояния устойчиво сохранялось вплоть до выписки.

В ходе психотерапии, при индивидуальной эксплорации больной выявились массивные нарушения на психосоциальном уровне диагностики. Сознание болезни было частичным, признавала болезненными лишь некоторые симптоматические проявления. Инсайт на заболевание отсутствовал, была склонна или к исключительно биологической концепции болезни, или к полной психологизации и селективному восприятию нарушений. Отмечались тенденции к фиксации в роли больного, частичный инсайт на необходимость лечения и позиция пассивного реципиента лечения, исключавшая собственные усилия. Не видела собственной роли в возникновении конфликтов с окружающими и затруднений в выборе профессионального пути, не была достаточно мотивирована к решению этих конфликтов. Демонстрировала выраженные нарушения само- и взаимооценки, идеальных представлений и ожиданий к окружающим. Предполагала в себе нереализованные положительные качества, которые затруднялась определить, и размер которых нереалистически завышала, упрекая окружающих в неумении увидеть и оценить их. Не воспринимала реально имевшиеся у себя положительные качества, что существенно снижало общую самооценку; при этом не воспринимала и объективные дефекты коммуникативного поведения, возлагая исключительно на окружающих вину за отсутствие удовлетворяющих отношений с ними. Искаженно воспринимала контекст своего социального взаимодействия, расшифровывая его не в плане истинных установок и ожиданий окружающих, а в плане проецируемых на них собственных ожиданий и представлений. Отсутствовало самонаблюдение за своим поведением в общении и учет реакции окружающих на него, в связи с этим крайне неудовлетворительной была способность прогнозировать результаты социального взаимодействия.

В начале курса в ходе индивидуальных бесед анализировались причины пассивного поведения больной на занятиях психотерапевтической группы. была вскрыта установка пассивного ожидания руководства со стороны. После того, как удалось добиться понимания того, что эта установка исключает получение ожидаемых результатов, активность больной на занятиях существенно возросла.

Психотерапевтическая коррекция была начата в сфере отношения к профессии, наибольшим образом определившей актуальную дезадаптацию больной. Больная категорически настаивала на том, чтобы бросить занятия в училище и поступать в театральный институт, что резко ухудшало отношения с матерью, которая была против такого решения, и повышало внутреннее напряжение в связи с сомнениями в том, что поступить удастся. Выявилась неадекватность подготовки больной к вступительным экзаменам, заведомо исключавшая успех; подготовка прекратилась сразу же, после того, как больная осознала эту неадекватность. В ходе дальнейшей эксплорации выявился масочный, защитный характер поведения в профессиональной сфере — стремление не к удовлетворению собственных зрелых потребностей, а к использованию театра и музыки для обеспечения принятия себя окружающими. Больная смогла увидеть, что получала удовольствие в связи с музицированием лишь если ее хвалили за исполнение, и никогда, если играла, когда ее никто не слушал; что разочарование в музыке и усиление интереса к театру совпало с критическими отзывами преподавателей и осознанием того, что она не

справляется с учебой; что отсутствие успехов в театральной студии не связано с запретами матери, как это ранее объяснялось больной, поскольку самостоятельная работа не появлялась и в отсутствие давления с ее стороны. Появилось осознание функциональной природы отдельных симптоматических проявлений (усиление подергиваний мышц конечностей в ответ на упреки матери в недостаточном прилежании, защищавших ее от игры на скрипке). При анализе отношений с преподавателем в училище выявились проявления первичной психологической защиты (искажение восприятия окружающих и идеальных ожиданий, предъявляемых к ним), обусловленные неудовлетворенной потребностью ощущения собственной ценности с субъективной предпочтительной реализацией по типу гипертрофированного принятия окружающими. В результате у больной возникло осознание того, что театр ей не нужен как специальность, нейтрализовалось негативное отношение к преподавательнице в училище, где она решила возобновить занятия, внутренне соглашаясь уже на перспективу менее блестящую, чем карьера виртуоза-солиста; занималась систематически, не испытывая прежнего негативного отношения к обучению. После успешного решения проблем отношения к профессии, психотерапия была направлена на оптимизацию поведения больной в общении со сверстниками. В ходе анализа серии ситуаций общения были выявлены характерные для больной дефекты стратегии и тактики социального поведения. Первоначальное вхождение в общение затруднялось скованностью или реакциями ухода больной, связанными со страхом своей недостаточно высокой оценки. В борьбе с этим страхом больная использовала масочное поведение, стремясь добиться искусственного эффекта интеллектуального превосходства над окружающими, что ей или не удавалось, сопровождаясь снижением самооценки, или требовало чрезмерного внутреннего напряжения, в обоих случаях завершаясь прекращением общения. Внемасочное общение с единственной подругой было также дисгармоничным — больная стремилась к деспотичному доминированию, оставаясь постоянно неудовлетворенной несоответствием поведения подруги своим ожиданиям. Визуализация неосознававшегося ранее идеала своего поведения в общении привела к осознанию нереалистичности ожиданий к себе и окружающим, фальши своего масочного поведения. Больная смогла увидеть взаимосвязь проецируемых на партнеров завышенных ожиданий своего социального успеха и последующих катастрофальных последствий нереализации этих ожиданий для ее самооценки — нереализации, которая перестала иметь мучительный оттенок несправедливости, незаслуженной обиды и, став реалистичной и предвидимой, смогла быть адекватно переработана и принята больной. Она осознала, что скованность является не причиной неудач в общении, как это представлялось раньше, а следствием собственных установок, прежде всего — проявлений первичной психологической защиты — искаженного восприятия себя, окружающих и идеальных представлений. В анализе общения с подругой больной удалось увидеть невозможность для больной внутренне переместиться в ее позицию, увидеть себя ее глазами, опознать ее ожидания, потребности. Предъявление к подруге чрезмерных ожиданий преданности, идущих вразрез с собственными зрелыми интересами подруги, служили удовлетворению потребности больной в ощущении собственной ценности с реализацией как путем гипертрофированного принятия окружающими» так и путем гиперкомпенсаторного доминирования над ними. Больная смогла увидеть себя глазами подруги и осознать свои

тенденции использования ее как средства самоутверждения, что значительно снизило напряженность в отношениях с ней. В более широком кругу сверстников участились поиски контакта; анализ каждой попытки группой способствовал устранению элементов масочности в поведении больной. Одновременно больная смогла осознать наличие у себя потребности сексуального удовлетворения, которая ранее ею не воспринималась.

Параллельно с оптимизацией общения со сверстниками, эксплорации подверглась сфера конфликтных отношений с матерью. Анализ серии ситуаций возникновения конфликтов вскрыл стереотипность ролевых приемов, используемых больной и ее матерью. Возмущение проявлениями опеки со стороны матери сменялось эпизодами регрессивного, зависимого поведения, на которое больная шла охотно. Был вскрыт псевдоэмансипаторный характер реакций- имитация зрелого поведения (каким представлялись больной эпизоды агрессии к матери), используя для собственного самоутверждения, позволяла снять болезненное восприятие своей зависимости и создать субъективную иллюзию удовлетворения потребности в зрелом, автономном поведении. После этого больная легко возвращалась в привычную регрессивную позицию с ее удобствами отсутствия ответственности за свою линию поведения и сниженных ожиданий собственной продуктивности. Больная смогла осознать выгоды, приносимые защитными дефектами тактики социального поведения — выпадением метакоммуникативных приемов (не расспрашивать мать, не уточнять взаимные ожидания и обязанности, чтобы иметь возможность в дальнейшем не нести ответственность за возникновение и исход возникающих конфликтов) Прием смены ролей позволил больной увидеть что она перенимает определенные шаблоны поведения матери, используя их в общении не только с ней, но и с другими (в переносимых на подругу шаблонах доминирования) Больная осознала неудовлетворенность потребности ощущения собственной ценности и инфантильный характер связанной с этим гипертрофированной зависимости самооценки от одобрения матери. Наложение рисунка актуального поведения больной на нормативное зрелое поведение способствовало осознанию конфликта между двумя мотивационными установками, потребности в зрелом и регрессивном поведении. Больная увидела, что пытается извлечь выгоды одновременно из инфантильной и взрослой позиции, что ее взрослая позиция иллюзорна, т.к. не сопровождается истинным чувством ответственности и в силу этого не может обеспечить удовлетворение зрелых потребностей. Она осознала, что предъявляет ожидания отношения к себе как к взрослой, сохраняя в действительности преимущественно детскую линию поведения, что приводит к неправомерной фрустрации при неудовлетворении окружающими этих ожиданий. Все это привело к изменению поведения больной в отношениях с матерью и появлению все более успешных поисков взрослой роли. Проработку проблем в сфере отношений с матерью не удалось довести до конца, однако конфликты здесь стали значительно реже, эмоциональная вовлеченность больной не была столь интенсивной и не сопровождалась появлением симптомов.

К выписке у больной сохранялись также некоторые признаки ролевой неуверенности, не была вполне разрешена проблематика собственной ценности и ценностных ориентации. Все остальные нарушения на психосоциальном уровне диагностики были устранены. В ходе последующего 3-летнего наблюдения больная не госпитализировалась в психиатрические стационары. Периодические ситуативно обусловленные ухудшения состояния, сопровождавшиеся появлением тревоги, нарушений сна, снижением

умственной продуктивности, удавалось медикаментозно купировать в амбулаторных условиях. У больной появился устойчивый круг общения, она закончила училище, устойчиво работала по специальности, вышла замуж. Отношения с матерью оставались в целом неровными, но значительно менее напряженными, благодаря отдельному проживанию с ней.

В заключение этой главы мы хотели бы остановиться на проблеме интеграции отдельных подходов в единую стратегию психотерапии шизофрении. Проблема интеграции моделей в лечении больных шизофренией чрезвычайно актуальна прежде всего потому, что в практике психоаналитической психотерапии происходит постоянное комбинирование использования эксплорационных и суппортивных приемов. Чрезмерно активное стремление к эксплорации угрожает дестабилизацией состояния больного, преимущественная суппортивность подхода поощряет зависимость, подавляет автономность и блокирует процесс реконструкции личности; при соблюдении же правильного баланса эти психотерапевтические модели являются скорее взаимодополняющими. Соблюдение баланса во многом определяет успех лечения, т. к. при некотором общем сходстве (высокая активность врача, курация вопросов о лекарственной терапии, необходимость достижения соглашения о решаемых проблемах, правилах общения друг с другом и пр.) это все же принципиально разные подходы.

Цели эксплорационной модели направлены прежде всего не на поддержку больного, скорее наоборот, здесь избирательно мобилизуются негативные эмоции, анализируются страх, подавленность, неуверенность в себе, проблемы собственной идентичности; использование этих эмоций помогает обеспечить мотивацию больного к дальнейшей самоэксплорации. Оптимальные показания для суппортивной терапии — состояния на выходе из кратковременного острого психотического эпизода без доминирования социального стрессора в картине; для эксплорационной терапии — состояния неполной ремиссии, затяжные, резистентные к медикаментозной терапии моносимптоматические синдромы на фоне личностной патологии. Ограничивают показания к эксплорационной психотерапии отсутствие возможности контроля алкогольного, наркотического и суицидного поведения, а также низкий уровень интеллекта больного, исключающий вербализацию когнитивных структур (хотя в последнем каждый раз следует практически убедиться).

Следует вообще отметить относительность применения каких-то моделей в т. к. «чистом» виде, поскольку все они содержат в себе какие-то куративные факторы, присущие другим моделям, а при отсутствии таковых вынуждают врача на каких-то этапах терапии заимствовать куративные свойства других моделей. Несовместимые с виду техники имеют на самом деле гораздо более близкое фундаментальное сродство, чем это признается возможным догматичным теоретиками. В то же время на практике внутри данной модели варианты действительного поведения врача различаются между собой не меньше, чем теоретические ориентации разных школ. Так, например, принятая в модели трансактного анализа концепция трехуровневой системы социального функционирования больного (соответствующая инфантильным, зрелым потребностям и интернализированным родительским установкам [678]) в принципе соответствует структурным основам всякой психодинамической психотерапии [679]. Разные психотерапевтические техники могут преследовать сходные цели. Так, когнитивная терапия фокусируется на мышлении

больного, коммуникативно-активирующая — на межличностных отношениях, психодинамическая — на интрапсихических конфликтах в их соотношении с прошлым. Но на практике анализ дисфункциональных схем в когнитивной терапии близок к анализу дезадаптивных психологических установок в психодинамической психотерапии, поскольку дисфункциональные схемы сформированы под влиянием неосознаваемых искажений прошлого, а эти искажения воспроизводятся за счет автоматизировавшихся когнитивных нарушений. При одинаковой зоне конфликта разница может быть в технике, в зависимости от того, ставится ли акцент на коррекции дефицита навыков общения, на искаженных когнициях или интрапсихическом конфликте.

Развитие отдельных моделей характеризуется все меньшей нетерпимостью к существованию альтернативных подходов и растущими тенденциями их взаимопроникновения и взаимообогащения. На смену первоначальному положению С. Rogers о равномерности эмпатического внимания к больному, не обеспечивавшей достаточных возможностей в преодолении его сопротивления [680] пришло активное предложение больному условий для самоэксплорации и избирательное подкрепление. Это, по существу, означает введение принципов поведенческой терапии в модель С. Rogers: оперантное кондиционирование научения самоэксплорации в добавление к обратному кондиционированию тревоги за счет десенситизации положительным принятием больным врачом. Рекомендованное введение в эту модель таких инструментов, как разъяснение, конфронтация, анализ отношений врача и больного означают включение в нее приемов из арсенала реконструктивных моделей.

Примеры взаимопроникновения можно привести и относительно других моделей. Так, получены эмпирические подтверждения отсутствия антинормии между семейной и психоаналитической терапиями [681], тому, что суппортивный и эксплорационный подходы «как камень и раствор, не могут обойтись друг без друга» [682]. Акцент поведенческих техник — на оптимизации проблемно-решающего поведения и переучивании, в то время, как эксплорационные техники фокусируются на поиске в прошлом причин сегодняшней адаптации, но оба подхода равноценны в работе с больными шизофренией, т. к. конфликты прошлого обуславливают дезадаптивное научение, а вскрытие их облегчает адаптивное переучивание [683].

Куративные факторы и потенциальные опасности для больного содержит каждая психотерапевтическая модель. Использование их определяется не принципиальным предпочтением той или иной методики, а тем, в какой ситуации и на каком этапе процесса применение какой-то из них окажется более выигрышным. Отсюда — высказываемые многими авторами требования мультимодальности, необходимости комбинирования различных методов [684]. Больного не следует втискивать в прокрустово ложе какой-либо одной техники, которая не в состоянии ответить всему разнообразию его специфических нужд. Будущее будет определяться умением гибко реализовать возможности, предоставляемые комбинированием различных подходов в сочетании с растущими знаниями о психофизиологии и психофармакологии ЦНС.

Анализ использования в шизофрении психотерапевтических подходов позволяет нам сформулировать типовые схемы стратегии психотерапии больных шизофренией. Психотерапевтический подход должен быть сугубо индивидуализированным, с учетом диагностической информации о психопатологических и психосоциальных нарушениях,

реабилитационных резервах больного. Вместе с тем, существуют общие стратегические закономерности подхода, адаптация к которым индивидуальных вариантов тактики позволяет добиться наибольшего успеха

Рис. 2

в лечении. Стержневые моменты стратегии психотерапии приведены на рис. 2.

Знакомство с больным начинается с его общеклинического изучения, психологического и социального обследования, основная задача которого — дать заключение о принципиальной целесообразности проведения психотерапии в данном случае. При положительном заключении начинается непосредственная работа с больным. Минимальные условия, при выполнении которых она на данном этапе может считаться успешной — получение готовности больного к сотрудничеству с врачом, достижение контакта с ним и совместного представления, хотя бы в самых общих чертах, о том, в устранении каких трудностей, решении каких проблем психотерапия могла бы оказаться полезной. При невозможности заключения с больным такого терапевтического контракта, он ведется далее в рамках суппортивно-кустодиальных форм обслуживания, включающих, наряду с медикаментозной, трудотерапию и различные формы терапии средой и занятостью.

При наличии же возможности психотерапевтическую работу с больным целесообразно начать с использования непсиходинамически опосредованных психопедагогических и коммуникативно-активирующих приемов, которых иногда оказывается достаточно чтобы обеспечить приемлемый для больного уровень социальной адаптации. Успеху здесь, как правило, препятствуют проявления дезадаптивной психологической защиты, наличие которой диктует необходимость перехода к более сложным и трудоемким психоаналитическим подходам. Существенным условием для успеха этой работы является соблюдение правильной последовательности решения психотерапевтических задач. Попытки «перескочить» через какую-то ступень чреваты в лучшем случае бесплодным топтанием на месте; не исключен риск ухудшить состояние больного. Работа в каждом уровне мишеней также имеет свою оптимальную последовательность: сначала проводится эксплорация проявления психологической защиты в поведении, дающая предпосылки для выявления неосознаваемых компонентов защит, работы по их осознанию больным и интеграции этого знания в его поведение. Коррекция дезадаптивных защит имеет также свою оптимальную последовательность:

1) выбрать сферу отношений, исходя из актуальности имеющихся там нарушений для общей социальной адаптации;

2) в данной сфере отношений, исходя из имеющегося у больного уровня инсайта на проблематику, выбрать иерархический уровень мишеней;

3) в этом уровне идентифицировать мишени, наиболее подходящие для проработки, исходя из их влияния на уровень адаптации и их связь с возможным сопротивлением больного;

4) относительно каждой из мишеней — выбрать наиболее целесообразные вмешательства, при невозможности проработки какой-либо мишени, попытки коррекции других, более доступных мишеней в других сферах отношений. Успешная проработка мишеней данного иерархического уровня, в свою очередь, завершается попыткой перехода к непсиходинамически опосредованным приемам.

Если и эта попытка не увенчается успехом, то это означает необходимость

устранения нарушений на следующем, более глубоком уровне психотерапевтических задач, где описанная процедура вмешательства повторяется снова в той же последовательности — и так на каждом этапе. Трудности проработки, мишеней заставляют иногда возвращаться назад — для более; тщательного изучения жизненного материала больного, поиска и уточнения неосознаваемых компонентов переживаний, или даже в переоценке общей картины дезадаптации. При невозможности решить задачи данного уровня и, таким образом, пройти дальше, психотерапию приходится прекращать, направляя больного для ведения в рамках суппортивно-кустодиальных форм обслуживания.

Границы возможностей терапевтического продвижения в каждом случае шизофрении будут различными, но каждый раз они, несомненно, будут давать о себе знать. Маловероятно, что больной шизофренией сможет когда-либо полностью контролировать свои побуждения и эмоции, стать эмпатичным, адекватно экстравертированным, проявлять ролевую гибкость и быть эмоционально значимой поддержкой для других лиц. Вряд ли он сможет освоить весь требуемый для социальной успешности набор навыков поведения. Скорее всего, он будет в какой-то мере оставаться зависимым и требовать поддержки со стороны больше, чем его здоровые сверстники. Он не будет успешно решать проблемы в сложных ситуациях или функционировать независимо от социальных групп, на которые привык опираться. Но тем не менее, все это может не помешать ему, при правильном медицинском обслуживании, устойчиво адаптироваться в своих привычных социальных группах на приемлемом для себя и окружающих уровне.

Глава 11

ОБЪЕКТИВАЦИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Дальнейшее совершенствование психотерапевтических методов во многом зависит от успеха эмпирических исследований психотерапевтического процесса.

Задача объективации функциональных элементов содержания психотерапевтического процесса поставлена не необходимостью подтверждения эффективности психотерапии (соответствующие данные приводились в гл. 3), а стремлением изучить механизмы, определяющие эту эффективность. Поставленный в общей форме вопрос «эффективна ли психотерапия?» столь же фундаментален и одновременно беспредметен, как и вопрос «эффективна ли хирургия?», если звучит в отрыве от клинического контекста. Такой вопрос слишком упрощен и неспецифичен, чтобы обеспечить ответ, адекватный клинической реальности [685—687]. Ответ на него предполагает предварительную дефиницию существенных параметров психотерапевтического процесса. Здесь имеются значительные трудности.

Существует всего три приема изучения эффективности какой-то модальности лечения:

- 1) сравнение лечения с его отсутствием,
 - 2) сравнение данной модальности с какой-либо другой и
 - 3) сравнение различных наборов компонентов лечения между собой [688].
- В исследовании эффективности психотерапии трудно сравнить применение лечения с его отсутствием. В отличие от лекарственной терапии, при психотерапии т. к. нулевая дозировка не существует, т. к. с больным в любом случае как-то разговаривают [689].

Разнородность сущности делает затруднительной сравнение эффективности психотерапии с другими видами лечения. Например, можно считать, что нейролептик помогает, блокируя допамин у постсинаптической мембраны, а семейная терапия — корригируя патогенные варианты взаимоотношений членов семьи. Но успешность действия нейролептиков невозможно объяснить в терминах семейных отношений, а успех семейной терапии — в терминах переноса допамина, вследствие чего отсутствует общая основа для сравнительной оценки того, какой подход является оптимальным для данного больного и должны ли разные подходы использоваться раздельно, или в комбинации [690].

Трудно использовать симптоматическое улучшение в качестве критерия эффективности психотерапии, т. к. в большинстве случаев симптомы при шизофрении не имеют функционального происхождения. Если же они функциональны, то, как правило, невозможно установить, производным каких именно психодинамических структур является данный симптом; наконец, функциональные симптомы могут оказаться самоподкрепляемыми, в силу чего устранение первоначальной их причины не повлечет за собой их снятия. В фармакологических исследованиях известны химическая структура лекарства и уровень абсорбции препарата. В психотерапии установление аналоговых показателей проблематично: много вмешательств не означает — много успешных вмешательств, да и нет возможности установить, «проглотил ли больной интерпретацию, или все еще держит ее за щекой» [691].

В отличие от психофармакологии, где назначение лекарства преследует обычно какую-то определенную цель, в психотерапии имеется последовательность целей воздействия; кроме того, то, что рассматривается как успех в одной психотерапевтической модели, в рамках другой может интерпретироваться совершенно иначе. Различия в ожиданиях к действию лекарств и психотерапии иногда приобретают забавный оттенок: снижение лечебного эффекта после прекращения лечения рассматривается свидетельство его эффективности при фармакотерапии и эффективности — при психотерапии [692].

Крайне сложна объективная оценка невербальных компонентов поведения больного в ходе психотерапии в силу зашумливающего действия индивидуально-специфических отношений между аффектом и его экспрессией, а также диссоциацией вербального и невербального поведения у больных шизофренией [693]. К тому же, отсутствие успеха не обязательно свидетельствует о технических ошибках врача — это может быть связано с неточным определением показаний, и тогда терапия не увенчалась бы успехом, как бы ее ни проводили [694].

Все эти трудности приводят к тому, что при сопоставлении эффективности различных моделей прибегают к косвенным методам, т.е. сравнение разных моделей производится не путем сопоставления данных о результативности, получаемых по каждой из них, а путем проверки, объяснимы ли одни и те же данные разными системами понятий, или путем лечения параллельно полученных групп разными техниками с дифференцированными критериями успеха. Здесь возникает проблема спецификации содержательной структуры различных моделей для их сопоставления. Некоторые авторы считают, что на данном этапе развития психотерапии сравнительные исследования эффективности вряд ли могут быть достоверными, т. к. эта наука переживает сейчас период терпеливого накопления фактов и апробации увеличивающегося числа приемов [695]. Завершение этой фазы позволит, по-видимому, подвести итоги затянувшегося спора

о том, является ли психотерапия наукой или искусством. Эта дилемма никогда, впрочем, не исключала возможности объективно оценить успешность и результат психотерапии [696].

Предположение о том, что психотерапия является искусством, основывается на том, что значительные зоны поведения врача остаются не операционализированными и недоступными объективной оценке. Вследствие недостаточной изученности, психотерапия все еще во многом остается скорее интуитивной практикой, чем научно обоснованным вмешательством. Недостаточный уровень научной разработанности проблемы психотерапии, в некоторой степени восполняемый в практической деятельности интуитивным знанием (с чем и связано распространение тезиса «психотерапия — не наука, а искусство»), имеет, в частности, своим конкретным следствием то обстоятельство, что после проведения сеанса психотерапевт часто без особых затруднений может в целом оценить свою деятельность в пятибалльной системе, но при этом не в состоянии структурно обосновать эту оценку [697].

В то же время, все уже технически операционализированные элементы психотерапии первоначально принадлежали интуитивным и предсознательным процессам. Представление о недоступности интуитивных процессов объективации уже оставлено — например, в результате эмпирических исследований креативности. Об искусстве в психотерапии можно говорить только относительно эмпирически еще не операционализированной ее зоны. Точно так же тезис о том, что все больные в начале лечения скорее одинаковы, чем различны, и что врачи столь одинаковы в использовании психологических вмешательств, что все, что они делают, можно назвать психотерапией, вводит в заблуждение относительно сути процесса [698]. Вследствие недостаточной изученности механизмов психотерапии, рыхлой остается связь между теоретическими концепциями модели и реальным поведением врача, проводящего психотерапию. Идеология врача на самом деле не определяет его актуального поведения — последнее нельзя предсказать, исходя из его школы; с исходом психотерапии коррелируют не теоретические концепции школы, а индивидуальный профиль поведения врача.

Если психотерапия претендует на положение уважаемой научной дисциплины, она должна уметь обосновать концепции своего действия и своих вмешательств. Это оказывается возможным лишь, если во главу угла конкретных исследований будут поставлены не умозрительные конструкции, а принцип опосредования деятельностью. Личностные параметры оптимальным образом объективируются по поведению в ходе общения больных, т. к. в условиях конкретной социальной группы личностные качества существуют в форме феноменов межличностных отношений. Непременное условие успеха объективации психотерапевтической процедуры — поведенческая привязка личностных параметров. Шизофренический дефицит должен выражаться не формальными критериями, а дифференцированной оценкой особенностей дефицитарного поведения [699].

Индивидуальная формулировка психодинамических параметров достаточно громоздка, но окупается большей надежностью и воспроизводимостью результатов, что нашло уже экспериментальное подтверждение [700]. Вот почему в эмпирических исследованиях психотерапии раздается все больше требований дифференцированной объективации подсистем пациента [701—703], терапевта [704—706] и уровней процесса [707]. Последнее признается особенно важным, т. к. чистые пре-пост замеры, т. е. исследования параметров больного до и после лечения так же, как и любые одномерные

исследования параметров врача и больного, устарели. Без данных о процессе психотерапии они неточны и не в состоянии уловить специфику модели [708]. Вот почему разные типы психотерапии по данным пре-пост замеров могут дать сходные результаты [709].

Переход от пре-пост замеров к диагностике психотерапевтического процесса на «молекулярном» уровне — точной спецификации психотерапевтической процедуры, изучению отдельных вмешательств врача и ответов на них больного — рассматривается в качестве крупного достижения оценочных исследований [710—711]. Благоприятным следствием этого подхода является растущая унификация используемого в исследованиях семантического аппарата. По данным литературы можно видеть тенденции к консенсусу относительно наблюдаемых личностных параметров и приемов, используемых для их коррекции [712].

Изменился и характер учебных пособий — в соответствии с новой парадигмой они все более приобретают характер т. н. мануалов, представляющих существенные преимущества для подготовки врачей, контроля психотерапии и проведения эмпирических исследований [713]. Основная задача мануалов — описание вмешательства врача с тем, чтобы возможно было удостовериться в соответствии проводившейся психотерапии ее теоретическим обоснованиям. Унификация структурных элементов психотерапевтического процесса имеет неожиданным следствием появление компьютерных программ, в которых психотерапия осуществляется в виде диалога больного с ЭВМ.

Эти программы ориентированы пока на относительно примитивные виды психотерапии: поведенческая терапия фобий [714, 715], сексуальных нарушений [716—717], когнитивная терапия депрессий [718].

Спецификация процедуры существенно способствует также объективаций механизма и сложных психотерапевтических подходов. Достоверно показана связь глубины квалифицированной психодинамической эксплорации больных шизофренией с последующим положительным результатом, включая уровень остаточной дефицитарной симптоматики [719]. Эти данные тем важнее, что негативная симптоматика относительно резистентна к психофармакотерапии. Объективация процесса делает возможной надежную идентификацию и разграничение отдельных моделей. В эксперименте суппортивную, эксплорационную, когнитивную, поведенческую терапию и консультирование по вопросам лекарственного лечения оказалось возможным отличить друг от друга при прослушивании 15-минутных отрезков фонограммы обученными экспертами. Их оценки совпадали при этом в 80% [720]. Установлено также, что суппортивная и эксплорационная терапия достоверно дают разные типы исходов, адресуясь к разным аспектам нарушений. Такая связь между процессом и результатом подчеркивает важность проведения более «микроскопических» исследований процесса и его результата в случаях разочарывающего исхода терапии, т. к. невозможность показать успех психотерапии часто обусловлена дефектами исследовательских методов [721]. Существующие методы оценки исхода по изолированным параметрам ненадежны в силу многофакторности исхода, что выдвигает задачу создания новых инструментов [722].

Объективация психотерапевтического процесса имеет безусловное значение для диагностики психосоциального уровня. Так, изучение процесса позволяет многое узнать о преморбидном функционировании больного [723]. Данные обследования обычно дают

лишь общие сведения об уровне адаптации больного, и мы, как правило, не узнаем, как именно вел себя больной в общении и за счет отсутствия каких навыков с ним не справлялся. Вся эта информация может быть получена в ходе психотерапевтической процедуры. Но наибольшее значение объективация процесса имеет для установления характера связи вмешательств врача с исходом терапии. Куративное влияние вмешательств наиболее действенно в ходе психотерапии, а не в катамнестическом периоде: при отрицательном результате, шестимесячный катамнез никогда не свидетельствует о спонтанных улучшениях состояния [523].

Достоверность связи отдельных элементов процесса с его результатом многократно подтверждена эмпирическими исследованиями [724, 725]. По данным объективированной эксплорации в ходе психотерапии ее результат оказалось возможным предсказать в 88% для группы больных с хорошим и в 96% с посредственным и плохим исходом лечения [726]. Факторы процесса (включая данные о сопротивлении больного) — более значимые предикторы результата психотерапии, чем параметры больного до терапии. Это подтверждается многими исследованиями [727, 728]. С положительным результатом психотерапии достоверно связана проработка проблем во взаимоотношениях больного с врачом и их связи с психологической защитой [729], число в скрытых и проработанных конфликтов во взаимоотношениях с родителями, проработка конфликтных тем и характер разрешения личностных конфликтов [730], быстрота реакции больного на интерпретацию врача [731] и общая интенсивность психотерапии [732, 733]. С отрицательным исходом психотерапии достоверно связано число обнаруженных у врача противопереносов в отношениях с больным [734].

Мы считаем целесообразным привести здесь резюме конструкций известных методик исследования психотерапевтического процесса:

1. Шкала анализа процесса интеракции Bales [735]. В структуре методики — 12 категорий проблемно-решающего поведения больного с подрубриками, регистрирующими количество и тип ответов больного. Ответы вписываются от руки в специальный бланк. Надежность согласования экспертных оценок $r = 0,75—0,95$.

2. Шкала SYMLOG — усовершенствованный вариант методики Bales [736]. Более дифференцированная оценка высказываний с уточнением: кто, к кому обращался, осознанные/неосознанные содержания. Предложен 131 вариант сюжетов разговора и поведения участников с обозначением положительного или отрицательного отношения к собеседнику, локализацией общей темы разговора (о себе, о группе, индивидуальные фантазии и т.д.). Данные могут фиксироваться как в ходе участвующего наблюдения, так и при анализе видеозаписи терапии. Методика требует относительно длительного обучения экспертов. Надежность совпадения оценок $r = 0,73$.

3. Шкала исследования группового процесса Auerbach, Luborsky [737]. 24 субшкалы фиксируют вмешательства (совет, дидактические высказывания, ободрение, исследование неосознаваемых мыслей и чувств, фокусировка на настоящем/прошлом, эмпатия, ролевая гибкость и т.д.). По 15 субшкалам фиксируются параметры статуса больного (сосредоточенность на проблемах, активность, тревожность, депрессия, враждебность, чувство вины, четкость высказываний, проявления психоза, рефлексивность, инсайт). Все субшкалы градуированы по 5 ступеням выраженности признака.

4. Инструмент для квантификации психоаналитического процесса Papenhausen [738].

Фиксируются параметры больного: мотивация, способность исследовать свои чувства, конструктивно реагировать на высказывания терапевта, поддерживать контакт с ним. Параметры врача: навык психодинамической диагностики, понятность для больного, распознавание сопротивления, умение поставить его в правильную связь с психодинамикой больного, правильно вести проработку. Все признаки имеют 5-балльную градуировку выраженности, заполняются по памяти наблюдателем после сеанса психотерапии.

5. Система квантификации поведения Borgatta [739]. Квантифицируются те же структуры поведения, что и в методике Bales, с акцентом на самоутверждающее и коммуникативное поведение. Включены 5 дополнительных субшкал, описывающих природу поведения (в т.ч. смех, напряжение). Кодированы все высказывания по фонограмме взаимодействия с больным. Не предназначена для работы с лечебными группами.

6. Шкала группового процесса Cooper [740]. Фиксируются 5 факторов группового процесса: ориентация процесса, социальная атмосфера, вовлеченность ведущего, интенсивность взаимодействия между лидером и остальными членами группы, эмоциональная сплоченность. Эти факторы разделены по 21 параметру. По фонограмме группового занятия подсчитываются все высказывания, исчисляется процент времени, занимаемого каждой из категорий. Надежность совпадения оценок экспертов $r=0,75—0,81$. Не предназначена для работы с лечебными группами.

7. Хронограмма группового взаимодействия Cox [741]. Конструкция теста представляет собой сложную социограмму, где больной изображается кружком, взаимодействия — разными вариантами стрелок, обозначающих типы эмоций, проекция, переносы. Возможно получить количественные оценки фаз развития группы, взаимодействия отдельных членов ее между собой.

8. Шкала квантификации группового процесса Griip [742]. С помощью семантического дифференциала, при специальных постановках вопросов больному и наблюдателям делаются количественные оценки основных параметров поведения врача: аутентичности, эмпатии, вербализации.

9. Матрица взаимодействия Hill [743]. Конструкция шкалы: 20-клеточная матрица типов и содержания взаимодействия. Из дословного протокола фонограммы берутся пробы в начале, середине, конце, или отрезок в 3—7 минут на каждый час терапии. Подготовка экспертов занимает 20—30 часов. Надежность совпадения экспертных оценок $r=0,70$.

10. Шкала измерения техник психотерапии Kernberg [744]. Цель методики — идентификация инструментов вмешательства психотерапевта. Шкала фиксирует 20 типов вмешательств, важнейшие из них развернуты в несколько вариантов относительно зоны вмешательств. Данные получают по аудио- или видеозаписи психотерапевтических сеансов. Подготовка эксперта занимает 1 месяц. Надежность совпадения экспертных оценок $r=0,60—0,80$.

11. Метод классификации группового взаимодействия Ohisen, Pearson [745]. Методика квантифицирует ролевое поведение врача и реакции на них членов группы. В конструкции теста 28 вариантов цели взаимодействия, ответы на которые кодируются в 4 категориях движения: к, от, в сторону и против врача. Кодировается каждое высказывание по данным видеозаписи сеанса. Требуется длительная подготовка эксперта. Надежность совпадения оценок $r=0,72—0,93$ для высказываний врача и $r=0,76—0,87$ для

высказываний больных.

12. Шкала оценки группового взаимодействия Wackwitz [746]. Оцениваются лишь типы взаимодействия между членами группы: принятие, сочувствие, сопереживание, доверие, вовлеченность. Все признаки снабжены градуировкой выраженности в 10 баллов.

13. Анализ переработки социальной информации Fisher [747]. Квантифицируются 4 параметра взаимодействия: источник информации, ориентировка во времени, правила сбора информации, снижение многозначности. Конструкция теста ориентирована на теорию информации, а не на групповую динамику. Каждое высказывание кодируется по всем 4 параметрам. Подготовка эксперта-наблюдателя занимает 1 месяц. Надежность совпадения экспертных оценок $r=0,70—0,80$.

14. Квантификационная система анализа процесса Gibbard, Hartman [748]. В конструкции теста — 18 типов содержания взаимодействия членов группы между собой и с врачом. Каждое взаимодействие снабжается маркировками в сферах состояний враждебности, эмоционального принятия, ранговых отношений и статусов личности. Не предназначена для работы с лечебными группами.

15. Факторный анализ параметров процесса Neckel [749]. В тесте используется факторный анализ нескольких систем оценки группового процесса, включая шкалу Bales. Все ответы больных делятся на те, что касаются личных моментов, взаимодействия в группе и факторов окружающего. Далее вопросы делятся на подтипы: отрицания, стимуляция активности, поиск и сообщение информации, поиск и сообщение мнения, уточнение, выработка групповых норм. По данным фонограммы кодируется каждое высказывание. Совпадение экспертных оценок: $r=0,86$.

16. Шкала исследования процесса Lieberman [750]. По фонограмме группового взаимодействия формализуются следующие типы вмешательств врача: ободрение, эмпатия, уточнение, разъяснение, фокусирование, стимуляция, самораскрытие.

17. Протокол терапевтического занятия Overbeck [751]. После занятия больной и врач по памяти заполняют неструктурированные по содержанию рубрики протокола: тема беседы, ожидания от сеанса, основные проблемы, самочувствие во время сеанса, поведение больного, результат сеанса, поведение врача. В дальнейшем сопоставляется информация от врача и больного.

18. Инструмент измерения психотерапевтического процесса Plottner [752]. На бланке соответствующими символами оценивается поведение врача по параметрам позиции (принимающая, отвергающая, объективирующая), техники (фокусирование, направление, вербализация), ситуации (паритетная, комплементирующая). Фиксируется частота каждого варианта высказывания.

19. Шкала группового процесса Goldberg [753]. Фиксируется тема обсуждения, вариант конфликта, тип его решения и связь с предыдущим занятием, фаза развития группы, варианты поведения больного.

20. Инструмент для регистрации психотерапевтического процесса Cobb [754]. Тест фиксирует типы вмешательств врача: вопросы (истинные и в виде утверждений, требующие и не требующие последующего обсуждения), инструктаж, ободрение, резюмирование, уточнение, фокусирование, стимулирование. Высказывания врача подразделяются далее на авторитативные (предписывающие, информирующие), облегчающие катарсис или когнитивную эксплорацию. Тест не предназначен для работы с

лечебными группами.

21. Программа контент-анализа Just [755]. Данные о числе слов, числе и длительности высказываний закладываются в ЭВМ для получения частотных характеристик взаимодействия. Программа рассчитана на группы, не превышающие 3—4 участников.

22. Шкала вовлеченности Klein [756]. Тест предназначен для измерения степени вовлеченности в собственную коммуникацию. Из фонограмм нескольких занятий берутся произвольные куски, кодируется каждое высказывание по семиступенной градуировке выраженности признака. Срок обучения эксперта — 8 часов. Надежность совпадения оценок $r=0,73$.

23. Система квантификации взаимоотношений лидера и члена группы R. Mann [757]. Тест предназначен для квантификации отношения к врачу как показателя эффективности работы группы. 4 параметра взаимоотношений и состояния: враждебность, приязнь, страх, депрессия оцениваются по 16 субшкалам. Надежность совпадения экспертных оценок $r=0,73$.

24. Знаковый анализ процесса Mills [758]. Тест предназначен для оценки двух параметров: природы и ценности высказывания. В конструкции теста решетка 11 на 12, дающая (вместе с подтипами) 396 возможных варианта значения. Каждое высказывание маркируется как относящееся к собственной личности (внешним моментам, существенное, второстепенное). Длительность подготовки эксперта 1 месяц, надежность совпадения экспертных оценок $r=0,80$.

25. Шкала вмешательств группового психотерапевта Nichols, Taylor [756]. Тест предназначен для измерения типа, степени конфронтации, цели высказываний врача. Каждая категория снабжена градуировкой степени выраженности. Для повышения точности оценки используются 2 наблюдателя. Подготовка эксперта—12 часов. Надежность совпадения оценок: $r=0,73$ по типу высказывания, $r=0,88$ по его цели и $r=0,66$ по категории конфронтации.

26. Инструмент оценки вмешательств психотерапевта Brahler [759]. Фиксируются следующие варианты психотерапевтических вмешательств: эксплорация, уточнение, интерпретация, прямое руководство, терапевтически несущественные высказывания. Подсчитывается длительность каждого высказывания.

27. Метод квантификации взаимодействия Noble [760]. Объекты оценки те же, что и в методике Bales. Предложено 12 типов вербального и 6 — невербального поведения врача и больного. Исчисляется процент представленности каждого варианта. Для повышения точности оценки используются 4 эксперта. Надежность совпадений экспертных оценок: $r=0,92$ для высказываний больного, $r=0,78$ для высказываний врача, $r=0,60$ для оценки невербальных компонентов взаимодействия.

28. Общий опросник взаимодействия Stone [761]. Объект квантификации: словарный объем, композиция вопросов, идентификация синтаксического стиля. Конструкция теста включает компьютерную программу для обработки отрезка дословного протокола фонограммы занятия.

29. Метод решетки поведенческого репертуара Watson [762]. В основе теста — решетка Kelly оценки межличностных отношений, в которой по данным самоотчета больного фиксируются параметры типа приязни, неприязни, ревности и т. д. Надежность

совпадения экспертных оценок по разным вариантам взаимодействия $r=0,60—0,90$.

30. Профиль группового взаимодействия Anchor [763]. Объект измерения — самораскрытие больного. В конструкции жеста—матрица 2 на 2, в которой маркируется тема обсуждения, относящаяся или не относящаяся к личности участника или к происходящему в группе. Данные фиксируются наблюдателем, присутствующим на занятии, или с помощью фонограммы. Надежность совпадения экспертных оценок $r=0,89$. Не предназначен для работы с лечебными группами.

31. Ролевой тест членов группы Venne, Sheats [764]. Объект измерения: роли, выполняемые для достижения целей группы. Выделены варианты ролей группового задания, поддержания группы и индивидуальных. Не предназначен для использования в лечебных группах.

32. Контент-анализ самораскрытия по Bugental—Reisel [765]. Объект квантификации — самораскрытие. По дословному протоколу или фонограмме кодируются темы, связанные исключительно с личностью участника, стимулированные группой и стимулирующие группу. Используются 2 и более эксперта. Не предназначен для использования в лечебных группах.

33. Хронограф взаимодействия Chappie [766]. Объект измерения: интенсивность вербального взаимодействия. Тест обслуживается компьютерной системой с постоянно движущейся бумажной лентой. По ходу взаимодействия специальными кнопками включаются кодировочные устройства, фиксирующие обозначения разговора и невербального взаимодействия. Исчисляются частота, длительность, признаки инициативы, адаптации, синхронизации, доминирования. Подготовка эксперта занимает 25—30 часов. Надежность совпадения экспертных оценок $r=0,53—0,95$. Не предназначен для использования в лечебных группах.

34. Тест оценки взаимоотношений Ellis [767]. Кодировается связь каждого акта взаимодействия с предшествующим. Фиксируются 5 параметров: доминирование, структурирование, равенство, преданность, подчиненность. Каждый признак снабжен градуировкой выраженности по 5 баллам. Содержание высказываний не оценивается. Данные фиксируются по фонограммам или видеозаписи. Надежность совпадения экспертных оценок $r=0,80$.

35. Последовательный анализ вербального взаимодействия Harvey [767]. Объект измерения: поведение, связанное с избеганием, сближением, выполнением группового задания. Каждый параметр маркируется по вариантам (личностный, тематический, ориентировочный), образуя матрицу 3 на 3. Используются 3 эксперта-наблюдателя. Кодировются отрезки фонограмм психотерапии длительностью по 5 минут. Не предназначен для использования в лечебных группах.

36. Анализ навыков межличностного взаимодействия Isaakson [767]. Объект изучения: самораскрытие, активное выслушивание, обратная связь, аффективное взаимодействие. В основе конструкции теста — таблица, параметры которой заполняются наблюдателем, присутствующим в группе, или по фонограмме. Надежность совпадения экспертных оценок $r=0,70—0,80$. Не предназначен для использования в лечебных группах.

37. Система анализа взаимодействия в лечебных группах Quimby [767]. Объектами исследования являются: самораскрытие, обратная связь, лидерское и безличное поведение. Эти параметры представлены 26 вариантами, кодировка проводится в начале, середине и

конце курса обучения присутствующим наблюдателем или по фонограмме. Надежность совпадения экспертных оценок $r=0,62—0,75$. Не предназначен для использования в лечебных группах.

38. Измерение социальной интеграции по Vogel [767]. Проводится само-, взаимооценка и предполагаемая взаимооценка больных по неструктурированному шаблону. По степени совпадения этих оценок судят о социальной интегрированности группового процесса. Надежность совпадения экспертных оценок $r=0,62$.

39. Анализ группового процесса по F. Mann [464]. Тест ориентирован на формализацию содержания процесса клиентцентрированной терапии. Структурированы описания соответствующих параметров поведения психотерапевта. Кодируются на выбор любые 5-минутные куски фонограммы занятия. Фразы, оставшиеся функционально нерасшифрованными, не кодируются. Не предназначен для определения индивидуальной динамики состояния больного.

40. Методика субъективно-интерперсональной квантификации конфликтов по Lauterbach [768]. Путем сравнения различных аспектов субъективного самоотчета больных определяется эмоциональная напряженность и субъективная выраженность личностного конфликта.

41. Инструмент формализации суждений психотерапевта Rosenberg [769]. Цель: обучение распознавания основных типов психодинамически ориентированных суждений врача по их описательным характеристикам. Используется только в учебных целях.

К недостаткам этих методик относится то, что некоторые из них основаны на данных самоотчета больных, что закладывает в получаемый материал соответствующие искажения. Объективация психотерапевтического процесса предполагает использование измерительных инструментов, более надежных, чем данные самоотчета больных. Субъективная оценка больных не всегда коррелирует с успехом терапии [770], в них возможны искажения [771]. Изучение процесса дает более надежные результаты, если данные получены независимым экспертом-наблюдателем, допуск которого к исследованию возможен лишь после предварительного обучения. Главный источник несовпадения экспертных оценок—неадекватный тренинг наблюдателя [772]. Есть также экспериментальное подтверждение того, что оценки психотерапевтического процесса при использовании измерительных инструментов самим врачом имеют не меньшую надежность, чем оценки подготовленного независимого наблюдателя [773].

Ряд методик недостаточно индивидуализирован, что вынуждает выносить суждения о динамике состояния отдельного больного по ненадежному экстраполированию общегрупповых параметров. Во многих случаях квантификация производится в ущерб содержательной стороне, когда оцениваются формальные, малоинформативные критерии типа числа, длительности высказываний. В то же время в конструкции ряда тестов заложены внепроцессуальные параметры, которые могли бы быть получены с помощью соответствующих методов пре-пост исследования. Параметры, измеряемые некоторыми методиками, представляют собой теоретические конструкции, трудно операционализируемые в формулах поведения (например, аутентичность, эмпатия врача), что затрудняет их однозначное распознавание наблюдателем. Авторы многих тестов не утруждают себя проверкой надежности данных, полученных с их помощью. Серьезными недостатками ряда методик является непригодность их использования в терапевтических

группах или исключительная ориентированность на обслуживание какой-то одной психотерапевтической модели.

В целом можно сказать, что относительно общих характеристик тест, объективирующий функциональную структуру психотерапевтического процесса, должен, по возможности, отвечать следующим требованиям: — точность исходных данных.

Информация о процессе должна получаться не из данных, восстановленных по памяти после занятия врачом, или самоотчетов больных, а по аудио- или видеозаписи сеанса терапии. Запись на магнитофон не оказывает существенного искажающего влияния на психотерапевтический процесс с больными шизофренией, скорее отражаясь на поведении самого врача при недостаточном его опыте или в присутствии визитеров. Точная спецификация вмешательств, обеспечиваемая видео- или аудиозаписью, является непременным условием сравнительных исследований в психотерапии [774],

— достаточная полнота данных о психотерапевтическом процессе, охват материала всего курса терапии,

— индивидуализированность, получение информации непосредственно о каждом отдельном больном, а не путем экстраполяции на него общегрупповых феноменов,

— полнота охвата всех подсистем психотерапевтического процесса, включая данные о вскрываемом психодинамическом материале, вариантах вмешательства врача и сопротивления больного, а также методов параллельно используемых пре-пост исследований,

— достаточный уровень надежности совпадения экспертных оценок,

— умеренная длительность подготовки эксперта-наблюдателя,

— конструкция теста должна позволять его использование в редуцированном виде, для более оперативного решения каких-то исследовательских задач.

И все же, для того, чтобы вполне отвечать этим требованиям, прежде всего необходимо эффективно преодолеть главную трудность на пути к объективации психотерапевтического процесса. Она связана с принципиальной возможностью несоответствия внутренней функциональной структуры межличностного взаимодействия той внешней содержательной форме, в которую она облекается. Одни и те же мотивы, цели, ожидания, составляющие основу функционального уровня взаимодействия, могут высказываться в различных вариантах содержания; с другой стороны, за одними и теми же словами могут скрываться самые разные побуждения участников разговора. Таким образом, по манифестному содержанию, взятому в отрыве от всего контекста, невозможно однозначно идентифицировать функциональную структуру взаимодействия, а именно она дает наиболее информативные данные о взаимодействии в психотерапевтическом.

Проблема интерсубъективности (Husserl) — поиска основы, на которой вообще возможно осознание души здорового человека, — чрезвычайно сложна, и вполне объективное рассмотрение психодинамики не представляется возможным, ибо каждое понятие объективно данного здесь уже несет в себе теорию о субъекте наблюдения. Истинные причины поведения субъекта могут быть вскрыты лишь на основе глубокого рассмотрения его целостного жизненного контекста, да и здесь их трактовка неизбежно окажется вариативной в силу возможности использования различных теоретических концепций для истолкования.

Как можно заметить, сравнивая приведенные выше измерительные инструменты, для

внесения объективности в оценку процесса межличностного взаимодействия используются три основных методических подхода.

Первый — оценка преимущественно т. н. метакоммуникативных параметров, т. е. признаков, природа которых исключает многозначность идентификации их сути (определение кто, кому говорил, количество высказываний, их длительность и т.п.). Недостатком этого подхода является то, что квантификация проводится в ущерб содержательной стороне. Метакоммуникативные признаки, как правило, малоинформативны; для оценки многих существенных компонентов функциональной структуры взаимодействия их просто не удастся найти. В ряде случаев, становясь определенными, например, относительно таких информативных признаков, как интенсивность взаимодействия или эмоциональный знак отношения, эти данные могут ничего не говорить о качественных характеристиках терапии.

Второй подход — создание системы заранее предусмотренных вариантов содержания взаимодействия. Их сопоставление между собой, с метакоммуникативными или иными параметрами позволяет делать выводы о качественных функциональных характеристиках терапии. Этот прием хорошо срабатывает при относительно узких постановках задач, но если требования к информативности повышаются, приходится расширять схему. На практике это приводит к тому, что оценивающий эксперт тонет в море содержательных вариантов, при этом все же периодически чувствуя себя стесненным семантическими рамками теста. Функциональные стержневые типы содержания уступают место громоздкому набору конкретизированных вариантов. Благодаря этому, гибкий функциональный «алфавит» живого содержания подменяется жесткой «иероглификой» искусственной схемы. Давая несущественный выигрыш в точности опознания, это в конечном счете оборачивается значительными потерями в охвате всего богатства содержания процесса и сроках подготовки наблюдателей-экспертов.

Третий подход, представляющийся нам наиболее перспективным — создание семантической системы координат, в которой определенные функциональные варианты взаимодействия приобретали бы однозначность вне зависимости от их конкретного содержательного выражения. Такой системой координат может стать модель психотерапии, в рамках правил которой поведение врача приобретает достаточную однозначность. Речь идет о том, что в практическом смысле происходит между пациентом и психотерапевтом, т. е. о сознательном, намеренном использовании последним отдельных признаков интеракции для достижения определенных целей, преследуемых им в контексте взаимодействия с больным. Независимый наблюдатель, обладающий достаточными знаниями об эксплицитных характеристиках отдельных вмешательств и о данном контексте взаимодействия, в состоянии дать однозначно воспроизводимые оценки функционального смысла происходящего. Психотерапевты разных школ расходятся между собой в выборе вмешательств в данной ситуации, что определяется различиями в моделях. Такие различия могут выявиться и между двумя психотерапевтами, работающими в рамках одной и той же модели, вследствие различий в индивидуальном стиле их работы, но так или иначе, все они в состоянии точно определить, какое именно вмешательство с точки зрения данной модели было использовано. Точно так же, вне зависимости от собственных исповедуемых им теоретических представлений, компетентный наблюдатель в состоянии однозначно определить функциональное значение поведения врача в рамках данной модели — было

ли это, например, уточнением позиции больного, проявлением эмоциональной поддержки и сочувствия ему или директивным руководством и сообщением рекомендаций к действию.

Объективация высказываний больного более сложна, т. к. точность оценки зависит от навыка наблюдателя в распознавании проявлений сопротивления больного и также находится под влиянием теоретических представлений различных школ. Вот почему многие объективирующие методики вообще не включают в себя учет высказываний больного, или ориентированы на фиксацию лишь легко распознаваемых вариантов его поведения [734]. Однозначная воспроизводимость экспертных оценок здесь может быть достигнута лишь в системе координат данной психотерапевтической модели, но и здесь общей социальной компетенции, здравого смысла эксперта и даже навыка обнаружения проявлений сопротивления оказывается недостаточно. Необходима точная спецификация наиболее репрезентативных для основных психотерапевтических моделей мишеней, типов вмешательств и поведенческих вариантов проявлений сопротивления, обеспечивающая однозначность их распознавания и разграничения друг от друга. Совмещение в едином «прицеле» дифференцированных вариантов подсистем психодинамических мишеней, типов вмешательств и проявлений сопротивления больного и образуют ту систему координат, в которой конструкция данной психотерапевтической модели оказывается наиболее доступной объективации.

В этой системе координат психотерапевт может обосновать свой выбор каждого вмешательства в соответствии с требованиями модели, а наблюдатель, анализирующий ход психотерапии в целом, проверить консистентность его позиции, точность следования данной модели. Семантическая организация системы координат заведомо исключает учет тех признаков психотерапевтического процесса, которые являются малоинформативными с точки зрения модели, опираются на трудно идентифицируемые варианты поведения или принуждают делать косвенные, экстраполируемые выводы. Эта система представляет собой фильтр, отсекающий в потоке содержания психотерапевтического процесса массу терапевтически несущественной информации, но улавливающий то, что является в нем наиболее существенным — опять же с точки зрения терапии.

Эти соображения легли в основу сконструированной нами методики для формирования существенных элементов содержания психотерапевтического процесса применительно к наиболее распространенным моделям психоаналитической психотерапии [775]. Матрица методики приведена в табл. 1.

Таблица I

Копировочная матрица к методике содержательного анализа психотерапевтического процесса

1.0 Функциональное значение высказываний

1.1 Сообщение

1.2 Эмоциональная поддержка

1.3 Стимуляция

1.4 Совет

1.5 Уточнение

1.6 Конфронтация

1.7 Объективация

1.8 Интерпретация

2.0 Сферы отношений и глубина проработки проблемного материала

2.1 Информация о жизненных обстоятельствах, относящихся к проблематике в сферах отношений:

2.5.1 родители,

2.5.2 супружеские и значимые сексуальные партнеры,

2.5.3 друзья, близкие знакомые,

2.5.4 начальство, представители администрации,

2.5.5 профессия (для студентов — учеба),

2.5.6 отношение к заболеванию и его проявлениям,

2.5.7 интрапсихические конфликты,

2.5.8 отношения с членами психотерапевтической группы.

2.2 Описание конкретных ситуаций проявления дезадаптации в зонах отношений, соответствующих пп.

2.1.1—2.1.7.

2.3 Обсуждение психологических механизмов конфликта, вызывающего дезадаптацию в сферах отношений, соответствующих пп. 2.1.1—2.1.7.

3.0 Поведенческие корреляты сопротивления психотерапевтической коррекции

3.1 Избирательное аргументирование

3.2 Произвольные истолкования

3.3 Комплекс вербальных уклонений

3.4 Комплекс невербальных уклонений 3.5 Бездоказательное отстаивание дезадаптивных установок

3.6 Отрицание реальной действительности

3.7 Намеренные искажения действительности

3.8 Отказ от терапевтического взаимодействия

3.9 Защитная агрессия.

Раздел 1.0 отражает основные типы психотерапевтических вмешательств. Раздел 2.0 позволяет оценить уровень глубины проработки проблемного материала и локализовать основные тематические зоны обсуждения. Отдельная рубрика здесь предусмотрена для информации о внутригрупповом взаимодействии, что делает возможным использование методики в работе с психотерапевтическими группами. Раздел 3.0 позволяет фиксировать качественные особенности высказывания, свидетельствующие о сопротивлении больного психотерапевтической коррекции. В соответствии с матрицей кодируются высказывания, которые эксперт находит терапевтически значимыми, т. е. содержащими существенную информацию о механизмах психотерапевтического процесса.

Каждое высказывание получает оценку раздела 2.0; наличие признаков психотерапевтического вмешательства или проявления сопротивления кодируется по разделам 1.0 и 3.0, в оптимальном случае — с указанием выделенных нами подтипов основных вмешательств. Высказывания кодируются по фонограмме/видеозаписи или дословному протоколу занятия. В бланке регистрации фиксируется порядковый номер высказывания (при наличии протокола), идентифицируется говорящий и приводятся обозначения вариантов вмешательств или сопротивления. При этом в обоих случаях указывается тип психодинамической мишени — фокуса психотерапевтической коррекции, в связи с которой было произведено вмешательство и при проработке которой было

зарегистрировано сопротивление больного.

Прилагаемая к кодировочной матрице инструкция содержит описание ее отдельных конструктивных параметров — типов вмешательств, поведенческих коррелятов сопротивления и психотерапевтических мишеней (основные данные об этом приведены в главах 7, 9). Пользуясь им, эксперт может уяснить принципы отграничения отдельных параметров друг от друга и освоить их однозначное распознавание. На практике некоторые высказывания могут иметь многофункциональный характер, т. е., совмещать в себе функциональные значения различных типов вмешательств. Сознвая, что любая матрица значений, предназначенная для классификации громадного смыслового и функционального разнообразия вербальной ткани психотерапевтического процесса, неизбежно в какой-то мере будет обладать весьма прискорбными для качества научного познания свойствами прокрустова ложа, мы рекомендуем эксперту фиксировать тот функциональный вариант, который субъективно представляется ему наиболее значимым для успеха психотерапевтической процедуры.

Бланк кодировки психотерапевтического взаимодействия представляет данные формализации качественной структуры содержания процесса; прослеживание этой информации в динамике позволяет проследить, какая проблематика, в каких зонах отношений подверглась коррекции и какая инструментальная тактика была при этом использована. Эти данные дают важную информацию, объясняющую успех или неуспех процедуры, о непосредственной результативности которой можно судить по качественной структуре высказываний больного — объекта психотерапевтической коррекции: появлению его сопротивления, видоизменению качественной структуры и благоприятной динамике последнего. Наиболее информативным признаком инсайта и, следовательно, успеха психотерапии, является появление высказываний больного, имеющих психокоррекционные функции (т.е. функциональное значение раздела 1.0), и свидетельствующих о продуктивном сотрудничестве с врачом в анализе проб лематики. Корреляция таких высказываний с объективно повышающейся адаптивностью поведения больного во внутерапевтической среде придает достаточную убедительность данным об успехе психотерапии. Подсчет общего количества высказываний данного типа за весь сеанс психотерапии дает количественный профиль структуры вмешательств врача и сопротивления больного, объективируя тип модели и индивидуальный стиль работы психотерапевта. График динамики отдельных параметров в структуре этого профиля от занятия к занятию позволяет количественно оценить непосредственную результативность психотерапевтического курса.

В зависимости от объема задач исследования или контроля психотерапии, конструкция методики позволяет использование ее в редуцированном виде. Избирательно фиксироваться может определенный ограниченный набор параметров, диктуемый задачами исследования; их регистрация возможна наблюдателем непосредственно во время сеанса терапия, без записи занятия на аудио/видео пленку.

Методика позволяет дать качественную оценку работы психотерапевта. Анализ профиля вмешательств может выявить технические ошибки, отклонения от предписаний теории модели. Появление в высказываниях психотерапевта, по оценкам независимого эксперта, признаков, характерных для сопротивления, позволяет выявить противопереносы, возникающие у врача в ходе терапии. Искажения восприятия у

психотерапевта надежнее всего выявляются при сопоставлении того, как он сам и другие эксперты оценивают его высказывания в ходе терапии.

Проверка надежности методики проводилась при участии 7 экспертов. 4 из них (2 врача, 2 психолога) имели собственный многолетний опыт проведения психотерапии, трое (2 врача, 1 психолог) ранее психотерапией не занимались. Каждый из экспертов с помощью шкалы провел кодировку 4 случайно выбранных отрезков из дословных протоколов 4 разных групповых психотерапевтических занятий, каждый объемом в 50 высказываний. Группы проводились опытными психотерапевтами (врачами и психологами), в трех из них были больные эндогенными психозами (шизофрения, аффективные состояния), в одной — больные неврозами. В одной из групп проводилась интеракционно-суппортивная психотерапия, в 3-х использована эксплорационная модель. Члены экспертной группы не имели контакта друг с другом во время проведения экспертизы. Они не имели сведений о психопатологии и психодинамике больных, занимавшихся в группе, фонограмму которой им предстояло оценивать, а также содержания предшествовавших занятий, но могли ознакомиться со всем текстом протокола занятий, содержащего предложенный для кодирования отрезок. Перед кодировкой им вручалась для ознакомления инструкция по пользованию шкалой; качество ее усвоения экспертом оценивалось в ходе отдельного интервью. Общая согласованность оценок экспертов оказалась равна: коэффициент корреляции (критерий Пирсона) $r = 0.76—0.79$.

Эти данные позволяют сделать вывод о достаточно высокой воспроизводимости оценок, получаемых с помощью разработанной методики. Оценки функциональных значений высказываний оказываются достоверно согласованными не только, когда в качестве эталона используются кодировки автора методики, но и тогда, когда в качестве эталонных предлагаются оценки любого другого психотерапевта, ведущего занятие. Оставаясь достоверным, уровень согласованности у каждого из экспертов демонстрирует определенную вариабельность, и специальные исследования могли бы установить, в какой мере ее источником являются: качество усвоения инструкции к шкале, мотивация к точности проведения кодировки или социально-эмпатические личностные характеристики отдельных экспертов. Имеющиеся данные во всяком случае не дают оснований для предположения о том, что на воспроизводимость оценок оказывают существенное влияние такие факторы, как собственный психотерапевтический опыт или профиль медицинского/психологического базового образования.

Методика содержательного анализа психотерапевтического процесса использовалась рядом российских авторов в эмпирических исследованиях [776—778]. Транскультуральная воспроизводимость методики подтверждена в ходе ее апробации и длительного использования в клинике Дома Здоровья в Берлине в 1981—1983гг., результатам которых посвящена серия публикаций [779].

Эмпирическое исследование содержания собственно психотерапевтического процесса имеет основной целью дополнить информацию, недостающую в традиционных пре-пост исследованиях психотерапии. Следует иметь, однако, в виду, что само по себе исследование процесса становится информативным лишь при системном сопоставлении его параметров с данными диагностики состояния до и после лечения. Это лишь подчеркивает сохраняющуюся важность проблемы формализованной многоуровневой диагностики статуса больного и делает необходимым ознакомление читателя с

использовавшейся нами для этой цели оригинальной методикой.

Глава 12

ФОРМАЛИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО

Создание формализованных диагностических инструментов связано с недостаточностью информации, даваемой традиционной психопатологической диагностикой, для решения исследовательских задач. Долгое время в развитии подходов к диагностике шизофрении преобладали тенденции к редукции гетерогенности симптоматических проявлений и вариантов прогноза в надежде на то, что унифицированные их варианты будут способствовать обнаружению биологических коррелятов шизофрении, поиски которых до сих пор не сопровождались заметными результатами. Однако, если представления о симптоматическом плеотропизме и этиологической гетерогенности (принципиальная возможность проявления единой этиологии в полиморфной симптоматике, а этиологической гетерогенности в унитарных симптоматологических картинах) справедливы относительно шизофрении, то для выделения этиологически гомогенных подтипов расстройства, по-видимому, целесообразнее использовать комплекс более широких параметров. Наряду с предположительными биологическими маркерами, вариантами нейрофизиологических расстройств и данными о чувствительности к психофармакологическим агентам, они должны включать также и диагностическую информацию уровня психосоциальных нарушений [780], привлечение которой означает выход за привычные рамки нозологической и синдромальной диагностики.

Клинический анализ психических заболеваний не может ограничиваться анализом оторванных от личности нарушенных психических процессов. Он должен строиться на основе системного многофакторного изучения соотношения взаимодействия всех основных аспектов личности [781]. Это имеет прежде всего практическое значение — от учета черт личности больного зависит успешность лечебно-восстановительных мероприятий [782—783], опирающихся прежде всего на информацию о психосоциальном функционировании больного. В то время, как клинико-нозологический уровень диагноза является, в основном, выражением биологических закономерностей болезни, его психосоциальный уровень выражает преимущественно последствия болезни для коммуникативного поведения пациента, включая вторичные психогенные образования с учетом их возможной пато- и саногенной роли [784]. Информация о коммуникативных дефектах в особенности важна при шизофрении: в разработанном штаб-квартирой ВОЗ инструменте для отбора больных она считается одним из существенных диагностических критериев шизофрении [785].

Признавая недостаточность нозологического диагноза как индикатора социального поведения, мы хотели бы отметить, что он никогда и не предназначался для этой цели. Его происхождение — из модели заболевания, в которой влияние межличностных отношений на течение болезни не предполагалось. Экспериментально показано, что феномены интерперсональных нарушений точнее предсказывают характер последующей психофармакотерапии, чем диагностические обозначения классификаций DSM [786], первая и вторая оси которых неадекватны не только для построения психотерапевтических программ, но даже и для планирования фармакотерапии. Не включают они и такой важной

для психотерапии информации, как сведения о дезадаптивной психологической защите больных. Показано, что факторы, характеризующие примитивность или, наоборот, зрелость психологической защиты, не имеют корреляции с диагностическими обозначениями DSM [787], в связи с чем есть высказывания о необходимости дополнения структуры классификаций шестой осью, в которой были бы заложены данные об интрапсихической конфликтной проблематике, характере межличностных отношений и т. д. [788]. Соответствующие предложения о вариантах психологических защит внесены разработчиками версии DSM-IV.

В отечественной литературе также высказываются мнения о том, что развернутая постановка диагноза предполагает уточнение уровня психической и социальной адаптации и типа психологической защиты [789].

Однако, построение типологии наиндивидуальных категорий психодинамического диагноза наталкивается на серьезные трудности, обусловленные принципиальным различием исходных задач психопатологической и психодинамической диагностики. В то время, как психопатологический диагноз имеет целью ставить индивидуальный диагноз на основе классов, сформированных по сходству изучавшихся состояний, психодинамический диагноз ориентирован на диагностический поиск индивидуальных отличий биографии и социального функционирования от других больных [790]. Отсюда — огромное богатство индивидуально-типических вариантов и сочетаний, трудно сводимых в классы категорий. Субъективный характер многих психодинамических феноменов, не проявляющихся в поведении больного, в свою очередь, затрудняет их верификацию. Данные самоотчета больных — ненадежный источник диагностической информации: установлено их существенное несовпадение с данными клинической эксплорации в силу наличия неосознаваемых больными компонентов переживаний [791].

Все эти трудности объясняют отсутствие на настоящий момент шестой оси в DSM или общепринятого инструмента диагностики на психосоциальном уровне информации. Существующие варианты конструируются разными авторами исходя из собственных постановок исследовательских задач и затрагивают различные избирательные секторы диагностики, не претендуя на всю полноту освещения данных психосоциального уровня. Наиболее типичные узлы диагностики здесь: влияние социальных стрессоров и формирование психологической защиты [792], операционализация стиля руководства больным в детстве [793], варианты интерперсональных нарушений [794] и интрапсихических конфликтов [795], диагностика когнитивных ресурсов больного [796]. Не решен также удовлетворительным образом и вопрос количественной оценки интенсивности и выраженности нарушений в отдельных параметрах психосоциального функционирования, придающий многомерному, мультиаксиальному диагнозу функциональное измерение. Создание функциональной диагностики в психиатрии предполагает унификацию существенных для адаптации психосоциальных параметров в единой диагностической структуре и оснащение ее специально сконструированными тестами, задачей которых являлась бы количественная оценка выраженности нарушений в отдельных параметрах. И то, и другое является пока делом будущего. И хотя простая констатация факторов, характеризующих психосоциальную недостаточность больного и ее динамику, еще не исчерпывает всей диагностической информации, мы полагаем, что постановке задач по конструированию квантифицирующих тестов должен предшествовать

этап клинической систематизации значимых психосоциальных параметров и их количественной и качественной оценки на дескриптивном уровне.

Исходя из этого, нами был разработан диагностический инструмент — карта функционального диагноза (см. приложение). Работа над картой проводилась в рамках международного сотрудничества научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева и психиатрической клиники Лейпцигского университета, сотрудники которой принимали участие в создании карты.

Предложенный нами на основании анализа литературы и собственного клинического опыта набор существенных параметров многоуровневого диагноза прошел экспертизу, в которой участвовал 21 сотрудник психиатрической клиники Лейпцигского университета (психиатры и психологи, имеющие опыт психокоррекционной работы с больными шизофренией). Целью экспертизы было установление согласованности оценок понимания значения диагностического параметра, частоты его обнаружения в клинической практике и информативности. В ходе экспертизы оценки по 74% признаков оказались достаточно согласованными, остальные были отсеяны. Оставшиеся признаки прошли анализ в группе из 6 экспертов высокого академического уровня и клинического опыта, что привело к окончательному отбору, уточнению формулировок или отверганию малозначимых признаков.

Карта функционального диагноза показала достаточно высокую воспроизводимость оценок, сделанных разными экспертами, в т. ч. и транскультуральную — она успешно использовалась в исследовательских целях в психиатрической клинике Лейпцигского университета [797]. Успешность использования этого инструмента предполагает, однако, определенную предварительную подготовку эксперта, в ходе которой должно быть подтверждено знание используемых в карте диагностических обозначений и достаточный навык обнаружения соответствующих параметров в клинических условиях.

Карта содержит 313 признаков, в которых могут быть обнаружены нарушения; большинство из них представлено в виде развертки вариантов их качественной представленности или ступеней градуировки их количественной выраженности, что в сумме дает 572 единицы информации.

В карте представлены некоторые существенные признаки психопатологического уровня диагностики: острота, актуальность психопатологических проявлений, их связь с функциональной недостаточностью, данные об этапе заболевания, форме его течения и прогрессивности. Далее следуют феноменологически основные разделы карты, отражающие диагностическую информацию патопсихологического и социального уровней. Специальные пункты (пп. 134, 167, 213, 255, 281) служат более четкому разграничению психопатологической и психологической обусловленности наблюдаемых нарушений.

При исследовании остроты психопатологического нарушения оценивается оформление и разнообразие синдромальных проявлений при выраженной динамике синдрома, частичная ремиссия при наличии синдромальной динамики и остаточная симптоматика без динамики синдрома. Критерием актуальности психопатологически обусловленных переживаний является степень их влияния на поведение больного. При регистрации связи функциональной недостаточности с психическим состоянием фиксируются исключительно морбогенные факторы, накладывающиеся на состояния преморбидной

недостаточности и исключительно психосоциальные факторы, проявляющиеся в ходе обратного развития эндогенных структур. Этапы процесса разграничиваются следующим образом: продромальные проявления, предшествующие манифестации первого приступа, развернутые психопатологические синдромы, полное обратное развитие синдрома, его экзацербация после предшествовавшей ремиссии, состояние частичной ремиссии с еще неясным прогнозом и терапевтически резистентные динамические клинические картины исхода заболевания. Основные типы течения представлены в рубрике 2.1.5. В рубрике прогредиентности оценка проводится, исходя не из выраженности структурных проявлений, а из длинника течения заболевания. В качестве выраженной прогредиентности кодируются случаи постоянного прогрессирования или рецидивов чаще 1 раза в год с наличием частичных ремиссий, в качестве незначительной прогредиентности — случаи рецидивов реже 1 раза в год с частичными ремиссиями или более частые рецидивы, но с полной ремиссией. Отсутствие прогредиентности — случаи рецидивов реже 1 раза в год с полными ремиссиями или отсутствие рецидивов при частичной или полной ремиссии.

Признаки 26—78 патопсихологического раздела диагностики характеризуют т. о. внутреннюю картину болезни и лечения. Существенным здесь является принципиальное разграничение сознания болезни (знание о факте наличия заболевания) и инсайта на заболевание (правильный взгляд на природу заболевания, роль личностных и социальных факторов в формировании отдельных картин и течения). Инсайт является производным сознания болезни и может устанавливаться лишь при наличии последнего. Признаки представления о болезни отражают объем чисто медицинских сведений, которые пациенту удалось получить о своей болезни, и качество их усвоения. Реакция на этикетирование — одна из важнейших причин искажения внутренней картины болезни — отражает культурально обусловленные предрассудки больного, проявляющиеся в социальном отвержении психической патологии, в представлениях о ее предосудительности, правомерности дистанцированного отношения к душевнобольным и, соответственно, неприятию психотических проявлений у себя со страхом негативных социальных последствий психиатрической стигматизации. Под бредовой уверенностью понимается некорректируемое (не обязательно психопатологически обусловленное), ложное представление больного о наличии у него иного, по сравнению с имеющимся, заболевания.

Признаки 38—45 отражают наиболее часто встречающиеся элементарные феномены психологической защиты, т. е. личностных приемов нейтрализации действия конфликтогенных интернальных и социальных стрессоров. Эти приемы используются и за пределами внутренней картины болезни, в других секторах патопсихологического уровня диагностики. При идеализировании происходит компенсаторно искаженное восприятие конфликтогенных или несовместимых отношений, установок, ожиданий, проявлений действительности, при котором устраняются субъективно отрицательные и гиперболизируются положительные качества воспринимаемых объектов и, таким образом, происходит подмена картины объективной реальности иррациональными мнимыми представлениями. Рационализирование истолкование окружающей действительности, мотивов и чувств, за внешним правдоподобием которого скрывается неполный учет всей информации о действительности с избирательным невосприятием конфликтогенной ее части. Психологизирование характеризует стремление психологически понятным образом

объяснить метапсихологические (например, психопатологически обусловленные) феномены, недоступные психологическому объяснению. Соматизирование сопровождается повышенной фиксацией на восприятии болезненных соматических ощущений с тенденцией интерпретировать их как причину социальной дезадаптации при одновременном игнорировании психосоциальных отношений, являющихся истинной причиной этой дезадаптации. Вытеснение — наиболее частый прием элементарной психологической защиты, характеризуется недопущением или удалением из сознания конфликтогенной информации, как правило, потенциально угрожающей самооценке, чувству собственной ценности. При вычленении удаляется какой-то компонент из общего комплекса осознаваемого содержания переживаний. При проекции болезненные для восприятия собственные мотивы, установки, качества и т. д., переносятся вовне, воспринимаясь принадлежащими другим лицам или ситуациям, что позволяет сохранить субъективную приемлемость самооценки. Анозогнозия в случаях, когда не является психопатологически обусловленной, представляет собой вариант отрицания болезненной для восприятия действительности, в данном случае — заболевания.

Для диссимуляции может быть характерна тенденция к сокрытию от окружающих не только собственно симптоматики, но и психологически девиантных переживаний и установок. Наличие диссимуляции представляет собой показатель известной степени осознания имеющихся конфликтов, поскольку является сознательным сопротивлением их обнаружению. Под функцией болезни понимается в разной степени осознаваемое стремление к использованию собственного страдания для извлечения каких-либо материальных или психологических (поддержка, эмоциональное внимание) выгод от окружающих. Такой способ социальной адаптации предпочитается субъективно менее приемлемому кардинальному разрешению психосоциальных конфликтов, затрудняющих автономное продуктивное поведение и являющихся причиной дезадаптации и страдания. В ряде случаев наличие болезни облегчает установление содержательно редуцированного общения в узком кругу собратьев по несчастью. Фиксация в роли больного может парализовать выполнение других, продуктивных социальных ролей, в результате чего больной занимает зависимые, краевые позиции в семье и близком социальном окружении. Основные признаки занятия роли больного: снятие с себя привычных обязательств в семейной и профессиональной жизни, освобождение от ответственности перед собой за собственное стремление к выздоровлению с возложением ее на врача и окружающих; часто — возложение на врача и других лиц ответственности за соблюдение им самим лечебных назначений. Случаи утраты активного стремления к выздоровлению, отхода от борьбы за свое здоровье без параллельной прямой или косвенной стимуляции окружающих к поддержке и ответственности за исход лечения рассматриваются в качестве пассивной нозофилии.

Следует подчеркнуть принципиальное отличие осознания необходимости лечения, которое может строиться у больного на пассивной уступке настояниям родных или слепом доверии к авторитету врача от инсайта на необходимость лечения, в основе которого лежит правильное представление о возможностях отдельных вмешательств в общем комплексе терапии, а также о реальных последствиях несоблюдения лечебных рекомендаций. При селективном поведении в процессе лечения больной может выполнять или не выполнять лечебные назначения в зависимости от того, разделяет ли он с врачом

представление о необходимости их выполнения; амбивалентное поведение характеризуется внешним следованием указаниям врача при внутреннем неприятии их, что приводит к формальному участию больного в лечебном процессе.

В рубрике 2.2.2.1 регистрируются все дезадаптирующие интрапсихические конфликты вне зависимости от формы их разрешения и уровня осознания. Мы намеренно отказались от детализированной типологии отдельных вариантов интрапсихической конфликтной проблематики в связи с отсутствием общепринятой категоризации сущности и механизмов конфликтов. В карте фиксируются основные варианты содержаний и зоны проявления конфликтов в значимых для социальной адаптации отношениях больного. Ролевая неуверенность здесь — проявление социальной атаксии поведения, вызванной невозможностью правильного выбора социальной роли, снижением мотивации, утратой или изначальным отсутствием социальных навыков. Признак 81 отражает классическое расхождение между притязаниями больного и возможностями их реализации'. В пп. 82—84 фиксируется лишь интрапсихическое представительство конфликтов, связанных с неудовлетворенностью своим статусом в значимых сферах отношений; их внешние проявления (если они есть) кодируются в пп. 88—90. Адекватный инсайт на имеющиеся интрапсихические конфликты предполагает не только осознание их наличия, но и правильное представление об их подлинных причинах и о том, как именно они реализуют свою патогенную роль в общей картине дезадаптации. Признаки 97—104 соответствуют элементарным приемам психологической защиты, затрудняющим инсайт на интрапсихические конфликты. Сопротивление отражает разнообразные по форме защитные приемы противодействия больного диагностической эксплорации конфликтов. Селективное восприятие представляет собой избирательную фильтрацию информации с отсечением нежелательной, болезненной для восприятия больным ее части.

Признаки 109—213 отражают интрапсихические предпосылки для реализации т. н. социальной компетенции, т. е. комплекса интрапсихических условий для эффективного взаимодействия с социальным окружением. Эти условия предполагают адекватное восприятие информации о себе и окружающих, ее переработку, дающую возможность правильного планирования поведения, т. е. выбора оптимальных его альтернатив на основе реалистичного прогнозирования результатов социального взаимодействия и, наконец, эффективное осуществление поведения, предполагающее ролевую гибкость и достаточное владение навыками социального взаимодействия. В психологии основные блоки параметров, определяющих социальную компетенцию, определяются как социальная перцепция, самооценка в уровень притязаний; они и составляют подрубрики этого раздела карты.

Параметры активности и эффективности когнитивной коммуникации отражают направленность коммуникативного поведения на прием информации из социального окружения и качество последующей ее переработки. Дальнейшие параметры социальной перцепции: смысловое соответствие содержания высказываний сопровождающему их невербальному поведению, выбор адекватного ролевого рисунка, успешных приемов общения, адекватная окружающей действительности расшифровка социального контекста, возможность постоянной коррекции своего поведения использованием реакции на него со стороны окружающих, выбором существенной для своего поведения информации, содержащейся в этих реакциях, переоценка положительного или отрицательного

предполагаемого отношения к себе окружающих по сравнению с истинным. Ряд более тонких параметров коммуникативного поведения фиксируется в пп. 126—133. Среди них мы хотели бы выделить наиболее значимый — антиципацию, предвосхищение будущего, чья полнота и зрелость является наиболее тонким индикатором многих свойств личности, в т. ч. и мотивационных [798—800].

При регистрации самооценки целесообразно отдельно фиксировать истинную и подаваемую больным, демонстрируемую вовне самооценку. При положительном расхождении само- и взаимооценки собственные представления о себе оказываются более позитивными, чем предполагаемое мнение о себе окружающих. Это соотношение оказывается обратным при отрицательном расхождении. В соотношениях самооценки и идеала более типичным является отрицательное расхождение, когда представление о собственном идеале оказывается более позитивным, чем актуальная оценка себя. В пп. 161—165 регистрируются психологические приемы защиты от субъективно неприемлемой информации о собственной личности.

В разделе уровня притязаний отражена диагностическая информация не только о представлениях больного относительно желаемого ориентированного на статус социального продвижения, но и поведенческие предпосылки, необходимые для реализации этих перспектив. При положительном расхождении притязаний и реальности, притязания больного превышают объективные возможности для их реализации, и наоборот — при отрицательном расхождении. Вычурность, инакость включает как определенную иррациональность в постановке целей, часто оказывающуюся препятствием для осуществления более реалистичных задач, так и девиации в рисунке поиска намеченных целей. Основным критерием креативности деятельности, ее творческого потенциала, является способность к нахождению новых, оригинальных решений поставленных задач. Качественный уровень мотивационных структур характеризуется соответствием мотиваций зрелым потребностям индивида, адекватным социальным нормативам; количественный уровень — шириной реализации потребностей в социальном поле деятельности; параметр силы определяет уровень энергетической отдачи в ходе поведения, направленного на удовлетворение потребности.

Если в признаках социальной компетенции отражались внутренние психологические предпосылки продуктивного поведения, то их реализации в обыденной жизни посвящены признаки 214—329, дающие более детальную картину объективной адаптации больного в четырех важнейших социальных сферах деятельности — отношениях в семье, на производстве, в сфере свободного времени и сексуальном поведении. Рубрика 2.2.4.1 отражает лишь информацию о поведении самого больного в семье его проживания (влияние на него атмосферы семьи фиксируется в дальнейших разделах); на не состоящих в браке и живущих отдельно от родителей заполняются лишь пп. 244—255, в которых отражается информация об отношениях в детстве или при эпизодических контактах позднее. Признаки 214—222 отражают ролевое поведение больного и его ожидания к ролевому поведению окружающих. Социальная роль понимается как поведение, характерное для человека, занимающего определенный статус в структуре данной социальной группы. Социальная роль представляет собой нормативную программу, определяемую социокультуральными традициями. Нормативное выполнение социальной роли является важной предпосылкой для правильного структурирования социальной

группы и развития межличностных отношений ее членов.

В интактных семьях существуют условия для сохранения индивидуальных интересов, установок, жизненных целей каждым отдельным членом. Ожидания полного совпадения этих параметров в рамках всей семьи ведут к потере индивидуальности отдельными ее членами и являются одним из признаков т. н. псевдовзаимности. Формирование коалиций в собственной семье характеризует тенденции больного к привлечению к себе одного из детей с одновременным стремлением выработки у него дистанцирующего или враждебного отношения к супружескому партнеру больного, в расстроенных отношениях с которым ребенок, таким образом, используется как вспомогательное средство борьбы. Для фрагментированного стиля коммуникации характерна хаотичность, непредсказуемость реакций, внутренняя противоречивость, тенденции к недоговариванию, умолчанию важных компонентов информации, частым, обрывом контакта. Аморфный стиль коммуникации характеризуется эмоциональной приглушенностью общения, общей скудностью и низкой интенсивностью коммуникации, низкой структурированностью межличностных отношений. Феномен двойной связи характеризует элементы взаимодействия, при которых зависимое в общении лицо получает от доминирующего партнера внутренне противоречивую стимулирующую информацию, содержащую взаимоисключающие ожидания, требования и т. д., с одновременным запретом выхода на метакоммуникативный уровень для получения уточнений, обсуждения возможности соответствия предъявляемым ожиданиям. В п. 246 регистрируется формирование коалиций в родительской семье больного лишь с его участием в них. Информацию по признакам 244—247 чрезвычайно важно получить даже при раздельном от родителей проживании больного и наличии у него собственной семьи. Пространственное удаление родителей не всегда означает прекращение патогенных отношений с ними, которые могут реализоваться по автоматизированным, часто неосознаваемым стереотипам и в отсутствие родителей через внутреннее их представительство в психологии больного. Данные, необходимые для учета актуального семейного положения больного, фиксируются в пп. 249—254.

В пп. 269—271 учитывается лишь активность больного в общении и участии в жизни производственного коллектива в целом. Характеристиками интегративного поведения в контакте с друзьями, знакомыми являются: наличие общих интересов; и взаимно уважительное отношение к расходящимся интересам, обоюдная готовность идти на уступки в связи с этим. Уровень, содержательности отношений в сфере свободного времени следует соотносить с уровнем образования больного и социокультуральными нормами среды его происхождения. По п. 297 регистрируются контакты в потенциально криминогенных социальных группах. В п. 300 регистрируются случаи односторонних или завышенных ожиданий преклонения, восхищения собой со стороны значимых лиц окружения.

В рубрике 2.2.4.4 отражены данные о любых сексуальных контактах, включая гомосексуальные. Комплементарность контактов отражает согласованность или расхождение с ожиданиями партнера. Сексуальные устремления могут оказаться несовместимыми с другими психологическими установками: чувством долга, морально-этическими стандартами и т. п. При этом половой контакт может являться нарушением внутреннего морального запрета или, вследствие последнего, оказываться невозможным.

Сексуальные тенденции могут сопровождаться страхом негативных последствий вне зависимости от их актуальной реализации. Невозможность установления сексуального контакта, обусловленная коммуникативными нарушениями, может находить у больного иные объяснения, шадящие его самооценку. Диссоциация между сексом и эросом часто является источником интрапсихических и межличностных конфликтов. Дискрепанцидекс есть показатель отношения уровня образования, как выражения стремления к жизненным целям, к реально достигнутому социальному статусу. Высокий дискрепанцидекс свидетельствует о наличии функциональной недостаточности..

Вторичные ограничения являются следствием сложного взаимодействия резидуальных психопатологических проявлений и сопутствующих психологических и социальных реакций индивидуума и окружающих на заболевание. Редукция энергетического потенциала, часто обозначаемая как псевдоневрастенический синдром, характеризуется утратой инициативы, побуждений, спонтанности в поведении, снижением производительности в труде, повышенной утомляемостью. Основной психосоциальной характеристикой аутизма является игнорирование социального окружения, внутренняя жизнь, не зависящая от эмоционального подкрепления окружающих. Регрессивное поведение сопровождается порочные формы адаптации с использованием не соответствующих актуальному возрасту инфантильных приемов поведения, повышающих зависимость от родителей. Инкапсулирование характеризуется полным отказом от социальных контактов, регрессивными и аутистическими тенденциями, «коконо-подобной маской между реальностью и внутренним миром» (Gastager). Бредовая фиксация — стабильное резидуальное состояние, в котором порочная адаптация достигается за счет предпочтения больным объективной деятельности мира своих психопатологических переживаний. Более или менее стабильный сплав психотических переживаний с миром до- и внепсихотических представлений и ценностных ориентации характеризует случаи амальгамирования.

Сектор карты 2.3 содержит информацию о дезадаптирующем влиянии социальной среды на течение заболевания. Здесь представлены важнейшие зоны — источники социальных стрессоров: семья, производственная сфера, микросоциальное окружение и сексуальные партнеры.

При различиях в позициях отдельных членов семьи регистрируются их установки, являющиеся наиболее патогенными для больного. В ряде случаев заболевание ребенка может искусственно восстанавливать распадающиеся отношения между родителями. В некоторых случаях это может сопровождаться в разной степени неосознаваемом больным навязыванием ему роли больного. Наряду с характером влияния на больного, карта содержит информацию о структуре и механизме взаимодействия семьи, чрезвычайно важную для понимания становления коммуникативных нарушений у больного. На эти данные следует обращать внимание и при раздельном проживании больного с родителями. Клинические и социально-психологические феномены структуры и взаимодействия семьи достаточно хорошо описаны в литературе [339]. Это позволяет нам здесь ограничиться лишь краткими характеристиками важнейших из них. Развертка вариантов в карте позволяет фиксировать имеющиеся нарушения дифференцированно по каждому из значимых лиц семейного окружения (отец, мать, супруг).

Расщепленный брак характеризуют глубокие нарушения эмоциональных

взаимоотношений, утрата контакта, взаимное недоверие, соперничество за привлечение на свою сторону ребенка, часто — открытые конфликты. Структурный вариант нарушений, при котором один из супругов доминирует, подавляя другого и подчиняя его своей воле, обозначается как перекося. Наряду с этим встречаются и другие варианты фиксированных ролевых структур. Псевдовзаимность (синонимы — псевдогармония, псевдосолидарность) характеризуется стремлением к сокрытию несогласованности, расхождений в установках, оценках, ожиданиях, потребностях между отдельными членами семьи с демонстрацией окружающим мнимого единства всей семьи по этим вопросам. Гибкое дистанцирование окружающих, ограждающее семью от обнаружения иллюзорности демонстрируемой ею внешне гармонии обозначается как феномен «резинового забора». Если это дистанцирование является полным и постоянным, мы имеем дело с т. к. изолированной семьей. Отсутствие дистанцирующего отношения к социальному окружению может сопровождаться низким внутренним побуждением семьи к контактам внешне. Основой псевдовзаимности часто являются т. н. семейные мифы, являющиеся концептуальной идеологией семьи и представляющие собой, как правило, иррациональные, далекие от реальности представления, обладающие особым значением для данной семьи и не могущие быть подвергнутыми сомнениям. Подчиненное отношение к своим родителям может основываться не только на финансовой, но и на психологической зависимости от них, сопровождающейся привычным следованием неправомерным ожиданиям, предписаниям, давлению родителей. Оценка уровня духовных социальных и материальных целей проводится в контексте социального статуса семьи и индивидуальных предпосылок отдельных ее членов. Примерами нарушений здесь могут быть религиозное или политическое мессианство, ориентация на объективно недостижимые цели. Маятникообразное воспитание характеризуется частой сменой эмоционального отношения к больному, поощрений и наказаний за одни и те же поступки в зависимости не от поведения больного, а от состояния родителя. В рамках нарушенных супружеских отношений одним из родителей к ребенку могут предъявляться ожидания, предписания отличные, а иногда и несовместимые с таковыми другого родителя. При нарушениях границы между поколениями ребенок используется родителями в функции замещающего партнера, на него могут возлагаться неадекватные его возрасту обязанности поддержки родителя и т. д. Диагностическая ценность информации о социальных стрессорах зависит от возможности ее объективировать, поскольку достоверность ее изложения больным в большинстве случаев оказывается недостаточной. Трудности объективации менее выражены при эксплорации сферы семьи, которую обычно удается привлечь к обследованию. В изучении производственной сферы, неформальных контактов и сексуальных партнеров больных чрезвычайную важность приобретают данные объективного социального обследования.

Карта дает возможность установить качественную структуру имеющихся нарушений по их наличию или отсутствию, если параметр представлен лишь в одном качественном варианте, или по выбору одного из нескольких предусмотренных вариантов. Она также дает возможность количественной оценки выраженности нарушений. Здесь мы хотели бы подчеркнуть, что рассматриваем разработанный диагностический инструмент как клиническую, а не экспериментально-психологическую методику, и количественное градуирование вносится не тестовыми данными, а описательными характеристиками

выраженности отдельных качественно однородных параметров. Выделяются лишь те ступени градуировки, которые могут достаточно надежно распознаваться в клинических условиях. При этом, проигрывая в точности определения абсолютного уровня нарушения, мы выигрываем в степени воспроизводимости получаемых результатов. Мы не представляем себе возможности установления точного и постоянного для всех больных удельного веса каждого параметра или отдельных его качественных вариантов в формировании социальной дезадаптации больного. Один и тот же параметр у разных больных, вне зависимости от степени своей выраженности, может вызывать различные нарушения функций, являющихся конечным результатом сложного взаимодействия отдельных параметров между собой в общей структуре дезадаптации. Поэтому мы считаем возможным при суммарной оценке нарушений условно приравнять дисфункциональное воздействие отдельных параметров между собой; таким образом, общий подъем представленности нарушенных качественных параметров явится количественным выражением дезадаптации данного больного. Точность оценки можно повысить, используя количественную градуировку внутри отдельных параметров. В этом случае количественная выраженность нарушений в данном параметре будет равна цифре от нуля (отсутствие нарушений) до порядкового номера ступени максимальной выраженности нарушения. Появляющаяся при этом формальная разница в удельном весе отдельных параметров, не отражающая, разумеется, истинного их взаимоотношения, делается относительной при постановке задачи сопоставления общего уровня дезадаптации разных больных между собой, поскольку эта разница будет для каждого больного величиной постоянной.

С помощью этого приема возможно проводить сравнительную квантификацию дезадаптивных нарушений как между разными группами больных, так и между отдельными больными; и то, и другое может делаться как в статике, так и для изучения динамики общего уровня дезадаптации или отдельных ее подсистем в ходе восстановительной терапии. Методика предусматривает также возможность получения единых суммарных оценок отдельных сегментов психосоциального уровня по системе, делающей возможным их количественное сопоставление между собой; при этом различия в удельных весах отдельных параметров условно приводятся к общему знаменателю следующим образом. Оценки делаются в четырех степенях выраженности нарушений (баллы 0—3), четко различаемых между собой благодаря тому, что в описании ступеней заложены 3 кардинальных признака нарушений, различные комбинации представленности которых делают различие между ступенями достаточно надежным. Эти признаки:

- а) стабильность психосоциального нарушения/ограничения,
- б) интенсивность нарушения/ограничения,
- в) влияние нарушений в данном классе признаков на другие.

В соответствии с этим определение градаций выраженности выглядит следующим образом: 0 — отсутствие видимых проявлений психосоциальной дезадаптации; 1 — легкие, слабо выраженные нарушения, не влияющие на адаптацию в других сферах отношений; 2 — интенсивные, но не стабильные и не оказывающие усугубляющего влияния на адаптацию в других сферах отношений нарушения; 3 — интенсивные, относительно стабильные нарушения, влияющие на адаптацию в других сферах отношений.

Таким образом производится оценка функционирования в важнейших жизненных

сферах: производственная деятельность и образование, межличностные отношения, брак и воспитание детей, отношения с родителями, сексуальные и партнерские отношения, активность свободного времени, организация быденной жизни. Эти рубрики приведены в самом начале карты функционального диагноза. Кроме того, возможность общей количественной оценки предусмотрена также для следующих разделов функционального диагноза: сознание болезни, инсайт на заболевание, факторы нарушения внутренней картины болезни, отношение к лечению, дезадаптирующие интрапсихические конфликты, инсайт на них, мотивация к их решению, социальная перцепция, самооценка, уровень притязаний, реализация социальной компетенции в семье, на производстве, в сфере свободного времени, сексуальной сфере; преморбидные и вторичные ограничения, отношение семьи к болезни и лечению, влияние взаимодействия в семье, производственной сфере, микросоциального окружения, сексуальных партнеров.

Для получения данных об уровне психопатологической симптоматики использовалась модификация шкалы Malamud — Sands, включенная в разработанную в отделении восстановительной терапии психически больных Санкт-Петербургского психоневрологического научно-исследовательского института им. В. М. Бехтерева формализованную историю болезни, откуда брались также сведения о лекарственной терапии больных.'

Глава 13

ДАННЫЕ ЭМПИРИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

С помощью описанных выше методик нами были изучены 102 больных шизофренией, проходивших лечение в отделении восстановительной терапии психически больных Санкт-петербургского психоневрологического научно-исследовательского института им. В. М. Бехтерева.

Исследованные больных характеризовались достаточно высоким уровнем выраженности психопатологических проявлений 86,3% больных находились в остром и подостром состоянии, определявшим поведение у двух третей больных. 85,2% больных демонстрировали развернутую симптоматику начала или рецидива психоза. При достаточно большом разнообразии синдромальной представленности наиболее характерными синдромами были неврозо- и психопатоподобные и синдромы из группы параноидных и аффективных. Высокий уровень выраженности психопатологических проявлений коррелировал со значительным снижением социальной адаптации, причем выраженные трудности приспособления на производстве здесь значительно перекрываются затруднениями в межличностных отношениях больных, о чем свидетельствует открыто конфликтное поведение большинства из них в важнейших сферах общения. Успешное социальное поведение больных оказывалось невозможным в силу наличия выраженных нарушений социальной перцепции, самооценки, ролевого поведения, наличия интрапсихических конфликтов. Эти нарушения по ряду параметров оказывались тотально представленными во всей группе. Все эти нарушения являлись показаниями для подключения психотерапии к общему комплексу лечебных и реабилитационных воздействий. Следует отметить, что существенным препятствием для психосоциальной коррекции явился низкий уровень осознания заболевания и необходимости лечения, а также готовности к разрешению своей конфликтной проблематики.

17 больных не удалось вовлечь в групповую психотерапию, и работа с ними велась индивидуально. 85 больных получали как индивидуальную, так и групповую психотерапию. В случае отказа больного от дальнейшего участия в группе, с ним вплоть до выписки продолжалась индивидуальная работа. Таких больных оказалось 34. 51 больной активно участвовал в занятиях психотерапевтических групп вплоть до момента выписки. 302 таких занятия были записаны на магнитофонную пленку; содержание занятий перенесено в дословные письменные протоколы.

49 063 терапевтически значимых высказывания, содержащиеся в протоколах занятий групповой психотерапии, были закодированы относительно сфер отношений, в которых проводилась проработка проблемного материала, психотерапевтических мишеней (мотивационные структуры, варианты первичной и вторичной психологической защиты, параметры внутренней картины болезни, стратегии и тактики поведения больных и проявления их сопротивления психотерапевтической коррекции) и типов психотерапевтических вмешательств. Здесь фиксировались также такие непсиходинамически опосредованные типы высказываний, как описание конфликтной ситуации, поиск осознаваемого социального стрессора, коррекция проблемно-решающего поведения, оценка уровня дезадаптации, комментирование внутригрупповых отношений. Кодировался также уровень глубины проработки проблемного материала. Раздельно учитывались собственно психотерапевтические вмешательства (проработка проблемного материала) и стимуляция врача к ним. В длиннике психотерапии на всех этапах, посвященных анализу проблематики данного больного, относительно каждого из них собирались сводные материалы, содержащие кодировочные обозначения всех проведенных вмешательств, психодинамических мишеней, на коррекцию которых они были направлены, и сфер конфликтных отношений, в которых велась проработка каждой мишени. При появлении в высказываниях больных признаков сопротивления, фиксировались типы сопротивления и мишени, при проработке которых оно возникало. Фиксировались «связки» высказываний врача и больного, позволявшие установить смысловую связь между высказываниям» врача и последовавшей за ними вербальной реакцией больного.

Суммарный эффект восстановительной терапии больных шизофренией складывается по результатам трех основных осей, в которых принято измерять улучшение состояния больных. Это — ось симптоматического улучшения, отражающая динамику психопатологических проявлений; ось психосоциальной адаптации, отражающая восстановление социального функционирования больного в важнейших сферах жизни, и ось интрапсихического восстановления, отражающая разрешение личностной конфликтной проблематики и нормализацию функционирования психодинамических процессов. С целью получения дифференцированной оценки, эффект восстановительной терапии оценивался раздельно по каждому из этих аспектов.

В качестве критерия динамики симптоматических проявлений был использован суммарный показатель выраженности психопатологической симптоматики, заложенный в формализованной истории болезни. В соответствии с медианой этого показателя при выписке, все исследованные больные были поделены на группы «успеха» и «неуспеха» терапии.

Для оценки психосоциального и психодинамического эффектов были выделены два комплекса разных параметров карты функционального диагноза, наиболее характерным

образом отражающих эти аспекты состояния больных. Структура карты позволила дать суммарную количественную оценку выраженности нарушений по каждому из аспектов. В этом случае наличие или отсутствие признака расценивалось в 1 условный балл выраженности нарушений; если же признак имел градуировку выраженности, то, соответственно, каждая ее ступень принималась за 1 балл выраженности нарушений в данном параметре. Такой принцип подсчета делает исследуемые параметры неравновесными, однако соответствует задаче определения общего объема нарушений без соотнесения между собой относительной значимости вклада каждого параметра в объективируемое состояние больного и, таким образом, не требует специального установления их удельных весов в картине дезадаптации. Достаточно широкая представленность параметров в комплексе суммарной оценки осевой характеристики состояния придает ей достаточную объективность, исключая ошибки, которые были бы возможными при однозначной интуитивной оценке врачом успеха или неуспеха терапии на психосоциальном и психодинамическом уровнях диагностики.

Таким же образом, как и в оси психопатологических проявлений, все больные были разделены на подгруппы «успеха» и «неуспеха» лечения по медиане суммарной величины комплекса из 27 наиболее информативных признаков психосоциальной и 52 признаков — психодинамической оси. Показатель первой отражает внешние проявления социальной адаптации больного в разных жизненных сферах, показатель второй — интрапсихические, психодинамические предпосылки для последующей реализации своей социальной компетенции.

Дифференцированно оценивалась не только структура, но и динамика терапевтического эффекта. Оценивались как относительная динамика (разница между показателями выраженности нарушений при поступлении, и при выписке), так и абсолютная величина остаточной симптоматики при выписке. Данные относительной результативности представляют собой информацию об объеме устранения имевшихся нарушений в ходе лечения, об интенсивности терапевтического прогресса вне зависимости от уровня остаточных нарушений; абсолютная же результативность представляет собой данные об остаточной симптоматике к моменту выписки вне зависимости от начального уровня нарушений. Взятые изолированно, эти два показателя не дают достаточно объективной оценки результативности терапии. Низкий уровень остаточных проявлений может быть следствием как высокой, так и низкой относительной результативности (например, при низкой изначальной выраженности нарушений). Высокая относительная результативность может иметь следствием как высокий, так и низкий уровень абсолютных остаточных проявлений. Достаточно убедительная объективация результата лечения достигается лишь при комбинированном использовании абсолютного и относительного показателей. Абсолютный показатель определялся баллом выраженности нарушений по данному параметру при выписке, относительный — по разнице между баллами выраженности нарушений при поступлении и при выписке.

Каждый параметр использованных нами инструментов (шкалы Malamud—Sands, карты функционального диагноза и методики содержательного анализа психотерапевтического процесса) оценивался в 6 вариантах значений его терапевтической динамики: в трех вариантах, соответствующих симптоматическому, психосоциальному и психодинамическому уровням относительной результативности лечения, и в тех же трех

вариантах абсолютной результативности. Однозначными по трем критериям улучшения суммарные показатели были у 58 больных (30—«успешных», 28—«неуспешных»); у 44 пациентов знаки суммарного показателя по разным уровням не совпадали друг с другом, свидетельствуя о качественных различиях характеристик симптоматического, психосоциального и психодинамического уровней.

Все эти данные позволили сравнить частотные характеристики представленные отдельных параметров психотерапевтического процесса у больных с хорошим лечебным эффектом и отсутствием такового. Исследовалось также наличие взаимосвязи между параметрами разных подсистем процесса относительно конечного результата терапии. Для этого составлялись таблицы, в которых из общего материала выводились частотные характеристики представленности у успешно и неуспешно леченных больных каждого из вариантов какой-то подсистемы относительно какого-то варианта другой. Например: были ли различия в интенсивности проработки каких-то психотерапевтических мишеней между «успешными» и «неуспешными» больными в данной сфере отношений, были ли у успешно и неуспешно леченных больных различия в частоте использования каких-то типов вмешательств относительно данной психотерапевтической мишени и т. д. Каждый вариант каждой подсистемы сопоставлялся последовательно с каждым из вариантов другой подсистемы и каждая из четырех подсистем сравнивалась таким образом со всеми другими: зоны отношений, психотерапевтические мишени, типы сопротивления, вмешательства. Различия в частотных распределениях исчислялись на ЭВМ по разнице представленности процентов отдельных параметров в группах успешно и неуспешно леченных больных. При обработке этой информации использован критерий Стьюдента. Далее мы приводим сведения лишь о результатах, имеющих достаточно высокий уровень статистической достоверности ($P < 0,05$).

Информация о состоянии больных на момент поступления содержит данные о внетерапевтических предикторах успеха лечения, т. е. о параметрах, относительно независимых от собственно психотерапевтического процесса. Учет их представляется чрезвычайно важным, поскольку они, наряду с параметрами психотерапевтического процесса, соопределяют результат лечения, а также в связи с необходимостью дифференцированной оценки вклада параметров процесса в конечный результат терапии.

Наличие в структуре состояния депрессивно-параноидного синдрома, рекуррентный тип течения и начальная стадия заболевания — благоприятные признаки дальнейшего исхода. В целом это согласуется с общеизвестными клиническими фактами о благоприятной роли аффективных компонентов в синдромальной структуре относительно последующего социального восстановления, а также о целесообразности включения больных в психотерапевтические программы на возможно более ранних этапах заболевания. На уровне отдельных симптомов данные о наличии предикторов крайне скудны, что соответствует отсутствию различий при поступлении по суммарному индексу симптоматических нарушений между группами успешно и неуспешно леченных больных. Тем не менее, имеющиеся данные позволяют говорить об отрицательной прогностической роли проявлений негативизма и ипохондрической симптоматики. Более высокий уровень проявлений деперсонализации в группе «успеха» не связан с динамикой симптоматического уровня и, скорее всего, свидетельствует не о курабельности этой симптоматики, а о большей склонности этих пациентов к интроспекции,

предрасполагающей к положительной психотерапевтической динамике на психодинамическом уровне.

Больные групп «успеха» и «неуспеха» не различаются между собой при поступлении ни в уровне сознания болезни, ни инсайта на необходимость лечения, однако в целом внутренняя картина заболевания у успешно леченных больных представляется изначально более доброкачественной: лучше инсайт на заболевание и представление о болезни, более сотрудничающее поведение в лечебном процессе. Существенно и то, что в структуре внутренней картины болезни группы «успеха» представлены разными качественными вариантами психологических защит. Защиты более высокого уровня (психологизирование и рационализирование) оказываются: предикторами более высокого уровня психосоциального восстановления. Прimitивные варианты психологической защиты: соматизация, использование болезни как средства коммуникации и тенденции к фиксации: в роли больного, обнаруживают связь с исходом терапии лишь на симптоматическом уровне. Некоторой неожиданностью является обнаружение более высокого уровня конфликтной проблематики в сфере семьи, неадекватного поведения в контакте с детьми у больных группы «успеха» при поступлении. В сочетании с более сильной эмоциональной вовлеченностью во внутрисемейные отношения, эти проявления могут создавать предпосылки для мотивирования больных к работе над разрешением имеющихся конфликтов, что, в сочетании с изначально более высоким уровнем инсайта на имеющуюся конфликтную проблематику, оказывает благоприятное воздействие на последующие результаты терапии. Отсутствие мотивации к решению интрапсихических конфликтов и сопротивление попыткам их разрешения являются отчетливым предвестником низких результатов терапии. Здесь зрелые варианты психологической защиты (рационализирование, психологизирование) также являются положительными предикторами. Сферы социальной перцепции, самооценки и уровня притязаний, по имеющимся данным, малоинформативны относительно предикторов исхода. Больных группы «успеха» изначально отличает лишь несколько более высокая эффективность когнитивной коммуникации, акцент на рациональность в управлении поведением, готовность к принятию социальных норм и преобладание зрелых форм психологической защиты. Негативными предикторами результатов лечения являются низкое качество мотивационных основ продуктивного поведения, преимущественно эгоцентрическая направленности деятельности и примитивные варианты психологической защиты. В сферах реализации социальной компетенции больных группы «неуспеха» характеризует изначально более низкий уровень социальной адаптации, слабая эмоциональная вовлеченность во внутрисемейные отношения, несогласованность результатов труда с ожиданиями, узкий круг друзей и знакомых, низкая содержательность контактов, ожидание не согласованности интересов, а принятия себя партнером, подкрепляемое эгоцентрической ориентированностью на контакт. Для этих больных характерны также более высокий уровень нарушений по отдельным параметрам сферы сексуальных отношений, заниженные ожидания к социальному успеху в преморбиде. На все это накладывается негативное воздействие известных уже из литературы внешних факторов дезадаптации, связанных с семьей больного. Родителей больных группы «неуспеха» характеризует изначально более низкий уровень инсайта на заболевание, неадекватное отношение к прогнозу, непродуктивная позиция в лечебном процессе, аномалии структуры

семейных отношений (феномен псевдовзаимности) и нарушения стиля руководства детьми (дивергентные ожидания к детям, табуирование сексуальной темы).

Но, несмотря на различия в некоторых показателях, свидетельствующих об изначально менее выраженных нарушениях в группе «успеха», в целом эту разницу нельзя признать безусловной. С учетом того, что в исследованную когорту не включались больные со злокачественной прогрессирующей болезнью, можно утверждать, что результат психотерапии не определяется общей выраженностью симптоматических проявлений при поступлении с чем согласуется отсутствие существенных различий в интенсивности проводимой медикаментозной терапии и что позволяет говорить об отсутствии каких-либо психофармакологически резистентных симптоматических проявлений, которые оказывались бы специфическим барьером на пути к общему успеху психотерапии). В группе «неуспеха» не отмечено также изначально преобладания каких-либо преморбидных типов личности, а также таких отдельных симптомов, как снижение речевой активности, общительности, памяти, проявлений аутизма и атаксии мышления, которые, казалось бы, в первую очередь должны были затруднить прохождение больными психотерапевтического курса. Больные не различаются между собой и по изначальному уровню социальной адаптации в основных жизненных сферах. Успех психотерапии не зависит от несомненно имеющих у всех больных в целом изначально нарушений ролевого поведения в основных сферах отношений, стиля коммуникации на производстве, интегративности общения и избегания контактов. На него не оказывают решающего влияния такие существенные параметры психодинамического функционирования, как сознание болезни, отношение к врачу, проблематика собственной ценности, восприятие социального контекста и межличностных ожиданий, прогнозирование социальных отношений, самооценка и поведение при реализации притязаний. Нет оснований утверждать, что психотерапия помогает в основном тем больным, которые (при исключении злокачественных вариантов течения) изначально симптоматически более здоровы, лучше адаптированы психосоциально и эффективнее функционируют психодинамически. Более того, более высокий уровень выраженности психосоциальных нарушений, как, например, в сфере семейных отношений, может предвещать не отрицательный, а, наоборот, положительный результат психотерапии — в случае, если он подкреплен отсутствием мотивационного дефицита и более высоким уровнем инсайта на имеющуюся конфликтную проблематику.

Решающими оказываются два комплекса предикторов, которые массивно представлены во всех критериях оценки динамики состояния и хорошо взаимосвязаны по своему содержанию. К первому комплексу относятся проявления негативизма, низкое качество мотивационных структур всего продуктивного поведения в целом, низкая мотивация к разрешению имеющихся личностных конфликтов, противодействие попыткам их психотерапевтической коррекции и слабая эмоциональная вовлеченность в семейные отношения. Ко второму комплексу относятся преимущественно эгоцентрическая направленность деятельности и отсутствие готовности к принятию социальных норм. Эта группа факторов, которую в целом можно обозначить как низкий уровень мотивации на фоне асоциальных установок, наиболее убедительным и решающим образом разграничивают между собой больных при поступлении, оказываясь предиктором последующего результата психотерапии. Первоначальный дефицит мотивации у

психотерапевтически резистентных больных вряд ли фундирован психопатологически, он не представляет собой обусловленное большей выраженностью негативной симптоматики следствие общего снижения побуждений, т. к. тогда это несомненно отразилось бы на эффективности социального функционирования и дало бы соответствующую разницу в уровне адаптации больных при поступлении, которая не была получена в исследовании. То обстоятельство, что изначальный мотивационный дефицит представляет собой не психопатологический и, следовательно, недоступный психофармакологической коррекции феномен, делает его в первую очередь мишенью психотерапии. Его влияние на последующий результат определяет важность стимуляции побуждений и формирование социоцентрических установок больных как одной из важнейших задач психотерапии больных шизофренией.

Данные о состоянии больных при выписке свидетельствуют о благоприятной терапевтической динамике группы «успеха» в целом. Параметр — тип ремиссии — независимый от использования критериев отнесения больных к «успешным» или «неуспешным», демонстрирует отчетливое преобладание ремиссий А и В в группе «успеха» и, соответственно, типов С и D — в группе отсутствия успеха. Этому суммарному показателю соответствует положительная динамика практически по всему спектру симптоматического раздела формализованной истории болезни. К выписке достоверно повышается уровень социальной адаптации по суммарным ее показателям в большинстве сфер деятельности, а также по таким показателям формализованной истории болезни, как отсутствие инвалидности, возвращение к прежней работе или учебе с сохранением квалификации. В большинстве признаков, выделенных для комплексной оценки по осям психосоциального и психодинамического восстановления, отмечена положительная динамика. Улучшение затрагивает такие значимые параметры, как представление о болезни и инсайт на заболевание и необходимость лечения, отношение к врачу и поведение в терапевтическом процессе, инсайт на имеющиеся личностные конфликты, массивный комплекс параметров социальной перцепции, самооценки и уровня притязаний. Все они являлись мишенями проводившейся психотерапии. Данные о достигнутом терапевтическом прогрессе оказываются еще более убедительными при их сопоставлении с параметрами, не включавшимися в комплексы пунктов для разделения больных на «успешных» и «неуспешных» и являющимися, таким образом, независимыми показателями динамики состояния. Так, положительная динамика зарегистрирована в коррекции некоторых примитивных, неблагоприятных вариантов психологической защиты (проекция, фиксация в роли больного, регрессивное поведение), интрапсихической конфликтной проблематики (ролевая неуверенность, проблематика собственной ценности, несовместимость личностных конфликтов), показателей социальной компетенции (способность к принятию решений, уход от социальных контактов).

Для уточнения взаимосвязи направленности психотерапевтической коррекции и достигаемого ею успеха информативными являются данные о параметрах, в которых не обнаружена терапевтическая динамика. Отсутствует убедительный терапевтический прогресс в суммарных показателях адаптации в сферах отношений с родителями и сексуальных отношений. Эти параметры были включены в общий комплекс оценки динамики состояния по оси психосоциальных нарушений, и динамика в них могла ожидаться; отсутствие ее свидетельствует в пользу доверительности использованного

метода объективации критериев динамики. Отсутствие достоверного улучшения отмечается прежде всего в параметрах, которые не были мишенью психотерапии, как, например, специальная коррекция внутрисемейных нарушений, сексуальных нарушений, конфликтов в сфере ценностных ориентации, проработка которых у больных шизофренией требует более длительных сроков психотерапии. По ряду параметров положительная динамика не могла быть получена в связи с изначально низкой выраженностью нарушений в них у всей исследованной когорты (сознание болезни, конгруэнтность вербальной и невербальной экспрессии). Некоторые параметры оказались малоинформативными или трудно уловимыми (креативность). В трех случаях отсутствовала динамика в параметрах, относившихся к психотерапевтическим мишеням. Эти параметры представляли собой неблагоприятные примитивные варианты психологической защиты (соматизация, использование болезни как средства коммуникации), оказавшиеся резистентными относительно использовавшихся глубины и длительности проработки конфликтного материала. Таким образом, наблюдавшаяся терапевтическая динамика не является недифференцированной, глобальной относительно всего пространства психосоциальных параметров, она преимущественно совпадает с направленностью психотерапевтических вмешательств.

Изучению подверглось соотношение вклада коррекции психопатологических феноменов, являющихся мишенями психо-фармакотерапии, с одной стороны, и психодинамических проявлений, представляющих собой психотерапевтические мишени, с другой — в уровень психосоциального восстановления, определяющий качество и устойчивость внебольничного функционирования пациентов. Как для уровня симптоматического, так и психосоциального и психодинамического восстановления наиболее характерна ситуация, когда значимо более высокий уровень результативности достигается одновременно по всем трем критериям динамики состояния. Это относится как к суммарным показателям адаптации по сферам деятельности, так и к большинству отдельных параметров. Это свидетельствует о том, что устранение нарушений как симптоматического, так и психодинамического уровня является необходимым условием психосоциальной адаптации. Однако, более детальный анализ динамики по отдельным параметрам показывает, что это правило не является абсолютным и позволяет говорить о качественном своеобразии участия психопатологического и психодинамического факторов в социальном восстановлении. По отдельным параметрам для достижения достоверного повышения уровня психосоциального функционирования не всегда необходимо одновременное сопутствующее повышение по критериям симптоматического и психодинамического уровней. Наиболее мощной, как и следовало ожидать, является взаимосвязь действия психопатологического фактора с последующей психосоциальной адаптацией в сфере симптоматического восстановления. Устранение симптома всегда благоприятно отражается психосоциальной адаптации, причем в некоторых случаях происходит без участия психодинамического фактора, т.е. без сопутствующего улучшения состояния по этому критерию. Это симптомы снижение внимания к внешнему виду, снижена сексуальной активности, снижение настроения, возбудимость аутизм. В сферах же психосоциального и психодинамического восстановления однозначность влияния психопатологического фактора прослеживается лишь в разделе социальной перцепции, где по всем отдельным параметрам положительная динамика всегда находит свое

отражение в трех критериях выздоровления, и в разделе внутренней картины заболевания, где в двух вариантах психологической защиты, проекция и фиксация в роли больного — единственных из всего многообразия рассматриваемых параметров психосоциального и психодинамического функционирования — повышению социальной адаптации сопутствует лишь симптоматическое улучшение, не сопровождаясь подъемом по психодинамическому критерию выздоровления. Могущее здесь возникнуть предположение о специфической тропности данных феноменов психологической защиты психопатологическому измерению нуждается в специальной проверке, поскольку по данным относительной результативности достоверное улучшение психодинамического показателя здесь имеется. Так или иначе, неблагоприятные примитивные варианты психологической защиты, свойственные больным шизофренией, отличаются между собой не только разницей в терапевтической резистентности вообще, но и преимущественной связью своей терапевтической динамики с психопатологическим или же с психодинамическим уровнями выздоровления. Для устранения одних в этой связи может быть более показано психофармакологическое, для других же в большей мере — психотерапевтическое вмешательство. Во всех остальных разделах функционального диагноза — интрапсихические конфликты, самооценка, уровень притязаний и реализация социальной компетенции в основных сферах деятельности — выявлены параметры, положительная динамика которых в ходе терапии сопровождается связью восстановления социальной адаптации не с симптоматическим, а с психодинамическим критерием. Эти параметры ролевая неуверенность, проблематика собственной ценности, переоценка эффективности собственного поведения, отражение своих притязаний, подчиняемое поведение при реализации притязаний, соотношение притязаний с реальностью, вычурный рисунок коммуникативного поведения, количественные основы мотивации к продуктивному поведению, чрезмерная эмоциональная вовлеченность во внутрисемейные отношения, дистанцированность в общении с окружающими, ролевая позиция на производстве, неадекватная активность на производстве, стиль коммуникации с сослуживцами, интегративность общения в кругу близких знакомых, активность в установлении сексуальных контактов. Все это характеристики структуры социальной компетенции, оказывающие весьма существенное влияние на успешность функционирования больных в основных сферах деятельности. Становится, таким образом, очевидным, что они являются мишенями преимущественно психотерапевтического вмешательства в силу малой своей доступности воздействию психофармакологических средств.

Устранение симптома всегда благоприятно отражается на социальном восстановлении, но психосоциальная адаптация по устранении психопатологической симптоматики достигается, по-видимому, в основном за счет остаточных психодинамически сохранных резервов личности больного. Само по себе устранение психопатологических симптомов не ведет к повышению социальной адаптации при наличии дезорганизованных психодинамических структур — в тех зонах психосоциального функционирования, которые не являются мишенями психотерапии, не обнаружены параметры, по которым улучшение социальной адаптации связано лишь с положительной динамикой психопатологического уровня. В целом несомненно способствуя консолидации сохранных личностных структур, ответственных за успешное социальное

функционирование, изолированное симптоматическое улучшение оставляет в структуре психосоциальных параметров «западения», часто не обнаруживаемые при поверхностной оценке состояния больного при выписке, которые под действием стрессоров обыденной жизни могут способствовать возникновению рецидива заболевания. Как показывают результаты исследования, эти параметры, восстановление которых психотерапия не в состоянии обеспечить в отсутствие психотерапии, в принципе доступны коррекции сочетанным использованием обоих подходов; для положительной динамики в некоторых из них более существенным оказывается применение психотерапии. Именно здесь, по-видимому, и находится тот терапевтический потенциал, использование которого позволяет получить те 25—30% снижения рецидивирования больных шизофренией при присоединении психотерапевтических подходов к традиционным методам биологической терапии.

Об относительной автономности функционирования психопатологического и психодинамического уровней друг от друга свидетельствует также упомянутый выше результат исследования: успех психотерапии предсказывается в большей мере не психотерапевтической резистентностью изначальных симптоматических проявлений, а психодинамическим параметром — состоянием мотивационных структур. Об этом свидетельствуют также тенденции к преимущественной связи показателей результативности по критерию социальной адаптации при выписке и с достигнутым уровнем симптоматического улучшения, а с показателями психодинамической оси. Косвенным показателем этого является и отсутствие достоверных взаимосвязей χ^2 между такими фундаментальными характеристиками психопатологических структур с одной стороны, и психодинамическими — с другой, как вариантами синдромов и сопутствующими им типами нарушений внутренней картины болезни. Эти две системы параметров были выделены из общего набора психопатологических и психодинамических характеристик для сопоставления исходя из того, что появление между ними взаимосвязей было весьма вероятным. Наиболее убедительными в этом отношении являются результаты изучения взаимовлияния психопатологического и психодинамического уровней динамики состояния относительно суммарных показателей социального функционирования в отдельных сферах отношений. Об относительной недостаточности симптоматического улучшения для восстановления психодинамических показателей свидетельствует то, что среди больных с успешной симптоматической динамикой состояния случаи с низким уровнем нарушений в сфере межличностных отношений — наиболее существенной для достижения психосоциальной адаптации в целом — достоверно преобладали среди тех, кто имел успешную динамику по критерию психодинамического выздоровления. Этот результат подтверждается и на случаях, в которых психотерапия проводилась другими врачами: расширение материала за счет привлечения дополнительной группы больных повышает достоверность полученного результата.

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. Здесь нам также представлялось важным подтвердить эти данные путем расширения клинического материала с привлечением пациентов, прошедших психотерапию у других врачей. В целом, если врач считает проведенную им психотерапию эффективной, то успешная психосоциальная адаптация по основным ее показателям (адаптация в отношениях с родными, сексуальных и производственных отношениях, улучшение коммуникативных навыков и снижение психологической зависимости от окружающих) достигается преимущественно у тех больных, которые имеют высокие показатели психодинамического улучшения по параметрам социальной перцепции и навыков проблемно-решающего поведения.

Не обнаружено влияния взаимосвязей типов вмешательств и вариантов сопротивления на исход терапии. Таким образом, нет оснований говорить о том, что отдельные типы вмешательств различаются между собой по субъективной болезненности их восприятия больными (находящей объективное отражение в расположении реакций больных в общей структуре вариантов сопротивления). Вмешательство может определить собственно появление сопротивления, но не его тип. Точно так же субъективная болезненность (структура сопротивления) не зависит от глубины эксплорации проблемного материала больного — не выявлены устойчивые взаимосвязи между типами сопротивления и иерархическими уровнями мишеней. При углублении проработки конфликтного материала сопротивление в целом не становится более неблагоприятным по своему качеству. Однако, отдельные варианты мишеней или сфер деятельности обнаруживают избирательные взаимосвязи с отдельными типами сопротивления, причем направленность их влияния на последующий результат лечения всегда согласуется со степенью доброкачественности данного варианта сопротивления. Неучет этих взаимосвязей также в принципе может привести к снижению результативности используемых тактических схем.

Оптимизации тактики психотерапии способствует и учет правильности выбора между проведением собственно вмешательства и стимуляцией к его выполнению другими членами группы. В полученном материале не обнаружены случаи антагонистической связи собственно вмешательств и стимуляций к ним с успехом терапии, однако в ряде случаев различия в связи с успехом в зависимости от того, проведено ли вмешательство, или стимуляция к нему, несомненны. По всем основным вариантам вмешательств частотные характеристики их и стимуляций к ним не обнаруживают достоверных различий при распределении по группам «успеха» и «неуспеха», однако интерпретации и конфронтации оказываются связанными с успешным исходом преимущественно когда они проводятся самим врачом, в то время как некоторые варианты объективаций и непсиходинамически опосредованных вмешательств, менее сложные для выполнения, зачастую эффективнее, если врач стимулирует к их выполнению других больных.

Сложность построения оптимальной тактики психотерапии может, по-видимому, определяться и некоторыми другими обстоятельствами. В соответствии с направленностью вмешательств на психодинамические параметры они обнаруживают, как и следовало ожидать, массивные связи преимущественно с психосоциальным и психодинамическим критериями выздоровления. Однако, в ряде случаев выявляются достоверные связи исключительно с симптоматическим критерием динамики состояния, учет которых существенен, в особенности при их негативном влиянии на результат лечения. Такие

данные получены, например, относительно проработки мотивационных структур в сфере супружеских и партнерских отношений, что скорее всего свидетельствует о несвоевременности вмешательств в данном контексте процесса и подтверждает хорошо известный факт возможности негативного влияния психотерапевтического вмешательства на симптоматическое состояние психотического больного. Весьма интересной является находка преобладания стимуляций к коррекции проблемно-решающего поведения в сфере отношения к болезни в группе «успеха» по критериям психопатологического улучшения состояния и одновременного преобладания вмешательств относительно этой мишени в той же сфере в группе «неуспеха» по психосоциальному и психодинамическому критериям. Иными словами, определенное вмешательство в определенной сфере отношений может сопровождаться различными эффектами на психопатологической и психосоциальной осях диагностики состояния. Это подтверждает известное положение о том, что фактор, компенсирующий в одном отношении, может декомпенсировать в другом. Наличие таких, казалось бы, антагонистических взаимосвязей ставит перед врачом задачу более четкого контроля своевременности проработки тех или иных мишеней. В данном и аналогичных случаях очевидно, что использование некоторых вмешательств на этапе нестабильности симптоматической картины может проводиться таким щадящим и содействующим снижению симптоматики образом, который исключает значимый прогресс в психодинамическом и психосоциальном уровнях, достижение которого потребовало бы более энергичных (и более опасных для психопатологического уровня) вмешательств.

Данные о множественных взаимосвязях технологии психотерапии, ее инструментальных аспектов, с результатами лечения позволяют установить, насколько теоретические предположения относительно связи технологии психотерапии с ее успехом соответствуют реальному положению дел. Исходя из концептуальных положений модели, можно было предположить, что успешно и неуспешно леченных больных не должна различать интенсивность проработки нарушений в какой-либо сфере отношений, поскольку разница в удельном весе нарушений адаптации между этими сферами не предполагалась. Относительно психотерапевтических мишеней можно было предположить, что успешно леченные больные будут отличаться большей глубиной проникновения в их проблемный материал, в силу чего у них будет преобладать проработка более глубоких иерархических уровней мишеней. Относительно типов вмешательств предполагалось, что все они достаточно эффективны и их распределение должно быть в целом равномерным относительно исхода терапии, сфер отношений и мишеней коррекции. Предполагалось также, что больных с худшим результатом терапии будет отличать преобладание неблагоприятных вариантов сопротивления психотерапевтической коррекции.

Результаты исследования эмпирически подтверждают априорные теоретические предположения относительно подсистем мишеней и сопротивления. Успешно леченных больных характеризует преимущественное преобладание проработки мотивационных структур и вариантов первичной психологической защиты; случаи коррекции вариантов вторичной психологической защиты и внутренней картины болезни скапливаются преимущественно среди больных с отсутствием терапевтического успеха. В целом, для больных группы «успеха» более характерны относительно благоприятные варианты

сопротивления (избирательная аргументация, тенденции к уклонению), тогда как в группе «неуспеха» преобладают более злокачественные типы (произвольные истолкования реальных фактов, осознаваемые искажения действительности, отказ от рассказа о себе, защитная агрессия).

Относительно подсистемы сфер отношений первоначальная гипотеза не подтвердилась. У неуспешно леченных больных достоверно чаще проводилась коррекция мишеней в сферах отношений с друзьями и отношения к болезни. Обнаружено абсолютное преобладание определенных типов вмешательств из набора непсиходинамически опосредованных вариантов, причем отдельные из них чаще использовались у успешно леченных больных (описание конфликтной ситуации, стимуляция к коррекции проблемно-решающего поведения, комментарий внутригрупповых отношений), другие — в группе «неуспеха» (стимуляция к поиску стрессора, оценка уровня дезадаптации). Психодинамически опосредованные варианты вмешательств в целом равномерно встречаются у успешно и неуспешно леченных больных, однако при взаимодействии с определенными параметрами других подсистем психотерапевтического процесса, они демонстрируют отклонения от равномерности частотного распределения, достоверно связывающие их с положительным или отрицательным исходом терапии, что не согласуется с первоначальными ожиданиями. Иными словами, все типы вмешательств психотерапевта в принципе способны приносить лечебный эффект — подтверждена достоверная связь с положительным результатом при систематическом использовании каждого из них в той или иной ситуации психотерапии. Однако, выявлены ситуации, в которых систематическое использование тех же самых вмешательств не просто не подтверждает достижения лечебного эффекта, но оказывается достоверно связанным с неудачей терапии. Эти находки нуждаются в объяснении. Взаимосвязь отдельных компонентов подсистемы сфер деятельности с исходом терапии не может быть целиком обусловлена изначально большей выраженностью нарушений в данной сфере у неуспешно леченных больных, поскольку, несмотря на первоначальные различия по некоторым параметрам, больные, которые потом оказались в группе «успеха» или «неуспеха» при поступлении значимо не отличались друг от друга по суммарным показателям адаптации в данной сфере отношений. В рамках настоящего исследования нет достаточных данных для ответа на вопрос о влиянии относительной резистентности отдельных мишеней на появление таких отличий. Специальное изучение вероятно могло бы установить, имеют ли одни и те же психотерапевтические мишени разную резистентность к коррекции в зависимости от сферы отношений личности больного, в которой эти нарушения себя проявляют. Ответ на этот вопрос позволил бы оптимизировать построение тактики при коррекции таких мишеней. Меньшая их представленность в группе «успеха» свидетельствует о том, что более интенсивная психотерапевтическая проработка таких феноменов не помешала им скопиться среди неуспешно леченных больных и оставляет открытым вопрос, были ли в этих случаях усилия врача полностью безрезультатными (и была упущена возможность использовать какую-то другую тактическую схему, которая оказалась бы более успешной), или они все же предотвратили «сползание» больного на еще более низкий уровень дезадаптации.

Полученные данные относительно зависимости взаимосвязей отдельных подсистем психотерапевтического процесса с последующим результатом терапии позволяют говорить

о различиях в успешности тактических вариантов вмешательств. Существенным оказывается то, что один и тот же тип вмешательства может иметь связь с успехом или, наоборот, с неуспехом лечения в зависимости от того, в каком контексте психотерапевтического процесса он систематически используется. Такие связи выявляются в подсистеме сфер отношений. Так, поиск осознаваемых стрессоров в целом связан с неуспехом лечения, однако, если он проводится в сфере отношений с родителями, он оказывается достоверно связанным с успешным исходом. Эмоциональная поддержка в целом за весь курс терапии равномерно использовалась в группах «успеха» и «неуспеха», однако при анализе отношений с родителями она оказалась использованной достоверно чаще у тех, кто к выписке оказался среди успешно леченных, при анализе же отношения к болезни — наоборот, у тех, кто к выписке попал в группу неуспешно лечившихся больных. Оказалось, что прямая конфронтация (выявление внутренней противоречивости высказываний больных, их несоответствия реальности) при анализе отношений с родителями и в профессиональной сфере чаще делалась у неуспешно леченных больных, но при коррекции отношений с друзьями — в группе «успеха». При коррекции внутренней картины болезни большинство типов вмешательств чаще использовалось у неуспешно леченных больных, кроме конфронтации и стимуляций к коррекции проблемно-решающего поведения которые оказались более частыми у больных с хорошим исходом терапии. Объективация с помощью трансперсональной проекции связана с успехом, если проводится при коррекции нарушений в отношениях с супружескими партнерами, и с неуспехом, если проводится в сфере отношения к болезни и т. д.

Обнаружены аналогичные взаимосвязи типов вмешательств с подсистемой психотерапевтических мишеней. Так, при коррекции проблемно-решающего поведения объективация путем сопоставления с транскультуральными нормами оказывается успешной, в то время как моделирование, в особенности некоторые его варианты — неуспешными.

Коррекция нарушений восприятия окружающих (вариант первичной защиты) оказывается связанной с последующим успехом, если при этом используется вариант объективации — моделирование, при котором больному предъявляют предположительные вербализованные варианты с целью выявления его умения прогнозировать, предвосхищать дальнейшее развитие событий. Коррекция этой же мишени оказывается, наоборот, связанной с неуспехом лечения, если систематически используется другой прием моделирования, при котором вводимое видоизменение ситуации нейтрализует действие психологической защиты и делает заметной для больного ненормативность его реагирования в этой ситуации.

Наконец, сложность построения тактики психотерапии определяется еще и тем, что достоверность связи с исходом терапии может возникнуть при взаимодействии определенных вариантов не двух, а трех подсистем процесса — типа вмешательства, сферы отношений и психотерапевтической мишени. Вмешательство, в принципе никак не связанное с данной сферой отношений, может стать терапевтически действенным, если направлено в ней относительно какого-то определенного варианта мишени. Более того, если сфера отношений и вариант мишени связаны с неуспехом лечения, может найтись какой-то тип вмешательства, который, связав эти две подсистемы, определит последующий положительный результат терапии. Мы не занимались специально изучением структуры

психотерапевтического процесса на таком уровне, однако, имеющийся материал дает нам возможность убедиться в том, что такие множественные взаимосвязи подсистем, влияющие на результативность лечения, существуют. Так, проработка нарушений восприятия окружающих (вариант первичной защиты) в сфере отношений с супружеским партнером в принципе связана с отрицательным результатом терапии. Но если в этой сфере относительно данной мишени проводится прием объективации — моделирование путем сопоставления оценки врача с взаимооценкой больного — сам по себе значимо не связанный ни с данной мишенью, ни со сферой отношений, то случаи, когда это делалось, относятся к группе успеха терапии.

Обнаруженные в настоящем исследовании структурные особенности механизма психотерапевтического процесса, естественно, не претендуют на исчерпывающую полноту. Обнаруженные различия между вмешательствами в зависимости от особенностей контекста психотерапевтического процесса нуждаются в более глубоком изучении, направленном на установление общих закономерностей психотерапевтического взаимодействия, не зависящих от возможного влияния индивидуальности психотерапевта, и прежде всего на идентификацию систематических связей технологии процесса с отрицательным результатом терапии. В особенно тщательной верификации, с учетом этапа проведения лечения, нуждаются варианты контекста психотерапии, заключающие потенциальную угрозу ухудшения состояния на уровне психопатологической симптоматики. В то же время, интересным представляется дальнейшее раскрытие приемов, с помощью которых оказывается возможным потенцировать улучшение на уровне психопатологических проявлений.

Природа взаимосвязей между подсистемами процесса и механизм их влияния на исход терапии также нуждаются в более глубоком изучении. Различия в частотном распределении вариантов отдельных подсистем между успешно и неуспешно лечеными больными не могут объясняться особенностями теоретической концепции модели, т. к. в ряде случаев они из нее никак не вытекают или даже ей явно противоречат. Модель предписывает разницу в стратегических подходах, но не в интенсивности использования отдельных типов вмешательств в зависимости от сопротивления больных или резистентности нарушений. Этот феномен не может быть также объяснен различиями в распределении отдельных типов вмешательств в зависимости от контекста терапии, отражающими индивидуальный опыт общения врача с больными разного терапевтического потенциала и привносимыми им в технологию процесса интуитивно, не вполне осознанно. Этому противоречат равномерность распределения отдельных вмешательств в целом между успешно и неуспешно лечеными больными, а также чрезвычайная множественность и неоднозначность установленных взаимосвязей между подсистемами, терапевтическое значение большинства из которых не очевидно самому врачу и ускользает от его непосредственного восприятия в ходе психотерапии. Более вероятным является то, что эти взаимосвязи отражают устойчивые точки повышенной (положительной или отрицательной) куративности в общем пространстве механизмов психотерапевтического процесса.

При том, что одни и те же вмешательства по-разному срабатывают в разных условиях, эффективность психотерапевтической модели в целом будет определяться правильным выбором вмешательства относительно других подсистем процесса.

Использованный нами подход к объективации психотерапевтической процедуры дает возможность верифицировать правильный выбор вмешательств не интуитивным перебором возможных вариантов, а эмпирическим путем.

Как показывают данные исследования, учет иерархических взаимоотношений психодинамических структур также имеет чрезвычайно важное значение для успеха психотерапии. Установлена связь последовательности проработки отдельных уровней психологической защиты с исходом лечения. Здесь следует иметь в виду диалектику взаимоотношения иерархии уровней защит и индивидуальной вариативности психодинамических структур отдельного больного. Для каждого конкретного больного характерен свой, сугубо индивидуальный рисунок динамики психотерапевтическом процессе. Больные могут отличаться содержанием и количеством существующих проблем и конфликтов, они демонстрируют разную резистентность конфликтов по отношению к психотерапевтическим усилиям и разный набор используемых ими на различных этапах вариантов сопротивления. Но в принципе, по связи сопротивления с проработкой мишеней можно судить о том, на каких уровнях психодинамических структур инсайт уже достигнут, а на каких — еще нет. Это позволяет уже в ходе терапии, не дожидаясь этапных экспериментально-психологических замеров, проводимых, как правило, не чаще трех раз за время лечения, определить, насколько именно поставленные психотерапией задачи в каждый данный момент далеки от решения и, соответственно, соизмерить свою тактику с остающимся сроком пребывания больных в клинике. Видоизменение структуры сопротивления, появление более благоприятных его вариантов позволяет предположить формирование последующего уровня инсайта, который они предваряют; стереотипизация сопротивления или смена на менее благоприятные варианты свидетельствуют об отсутствии прогресса в психотерапии. В этом случае содержательный анализ фонограммы занятия позволяет уточнить резистентность защиты, исключить установочность поведения больного или дефекты тактики психотерапевта. Здесь же можно ответить на вопрос о достаточности лечения. Существенной находкой является то, что коррекция проблемно-решающего поведения лишь на сознательном уровне сама по себе значимо не отражается на динамике состояния больного. Стимуляция к этому, по-видимому, в какой-то мере содействует стабилизации психопатологической симптоматики, однако одних только непсиходинамически опосредованных вмешательств оказывается недостаточно для обеспечения подъема на психосоциальном и психодинамическом уровнях. Последнее возможно лишь при использовании вмешательств, специфически адресованных коррекции неосознаваемых компонентов переживаний больных. В пользу этого свидетельствует массивность психодинамических нарушений при поступлении и роли психодинамического восстановления в повышении социальной адаптации; наличие сопротивления психотерапевтической коррекции, более благоприятного в случаях успеха терапии и свидетельствующего о проникновении в область неосознаваемых переживаний больных; большая по сравнению с неуспешно лечеными, больными глубина проработки проблемного материала.

Это делает коррекцию неосознаваемых компонентов переживаний неотъемлемой составной частью всякой психотерапевтической программы, ориентированной на повышение качества лечения больных шизофренией.

УКАЗАТЕЛЬ ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Вартамян М. Е. Современные проблемы психического здоровья: состояние и перспективы.—Журн. невропатол. и психиат.—1989—№ 10 _ С 3—12
2. Шумаков В. М. Некоторые вопросы психодиагностики и психологической коррекции в системе реабилитационных мероприятий на разных этапах психиатрической помощи (состояние и перспективы) // Новое, в теории и практике реабилитации психически больных.—Л., 1985. — С. 59—64-
- 3 Кабанов М. М. Очередные задачи на пути развития концепции реабилитации психически больных // Новое в теории и практике реабилитации психически больных.—Л., 1985.—С 5—15
4. Воловик В. М., Вид В Д. Психофармакология и психотерапия // Фармакологические основы реабилитации психически больных.—М., 1989.— С. 98—117.
5. Haefner ff, Van der Heiden P, Buchholz W et al Organisation, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit komplementarer Versorgung Schizophrener. — Nervenarzt. — 1986. — N. 57.—S. 214—226.
6. Красик Е. Д. Реабилитация психически больных: достижения и проблемы // Новое в теории и практике реабилитации психически больных. — Л., 1985.—С. 39—44.
7. Czogalik D. Strategien der Psychotherapieforschung // Der Therapie-und Ausbildungsprozess, Forschung und Praxis. — Erfurt, 1987. — S. 10—13.
8. Krull F. Psychotherapie bei Schizophrenie—Theorie und Praxis der Einzelbehandlung. Eine übersicht. — Fortschr. Neurol Psychiat. — 1987. — N. 55.—6. 54—67.
9. Orlinsky D., Howard K. Process and outcome in psychotherapy // Gar-field S., Bergin A. / Handbook of psychotherapy and behavior change. — NY, 1986 —3rd Ed.—P. 311—384. 10 Marziali Å. Prediction of outcome of brief psychotherapy from therapist interpretative interventions.—Arch. Gen. Psychiat.—1984.—N. 41 — P. 301—304.
11. Озерова Н. И., Гиндилис В. М., Либерман Ю. И. и др. Риск заболеваемости психозами шизофренического спектра в потомстве больных матерей и отцов (сравнительное эпидемиологическое исследование).—Журн. невропатол. и психиат.—1983 —№ 1.—С. 108—113.
12. Kendler K; Gruenberg A., Strauss J. An independent analysis of the Copenhagen sample of the Danish adoption study of schizophrenia. V. The relationship between childhood social withdrawal and adult schizophrenia.—Arch. Gen. Psychiat. — 1982.—N. 39.—P. 1257—1261.
13. Strauss /., Bartko J., Carpenter W. New directions in diagnosis: the longitudinal processes of schizophrenia.—Am. J. Psychiat.—1981.— N. 138.—P. 954—958.
14. Kendler K; Gruenberg A., Tsuang Ì. A family study of the subtypes of schizophrenia. — Am. J. Psychiat.—1988.—N. 145.—P. 57—62.
15. Baron Ì., Gruen R, A&nis L. Schizophrenia: a comparative study of patients with and without family history.—Brit. J. Psychiat.—1982.—N. 140— P. 516—517.
16. Kendler K, Tsuang Ì. Outcome and familial psychopathology in schizophrenia. — Arch. Gen. Psychiat.—1988.—N. 45.—P. 338—346.
17. Iversen L Biochemical and pharmacological studies: the dopamine hypothesis // Schizophrenia. Towards a new synthesis. — London, 1978. — P. 89—116.
18. Cancro R. Toward a unified view of schizophrenic disorders // Research in the schizophrenic disorders.—Jamaica, 1985.—V. 2.—P. 307—321.

19. Озерова Н. И. Потомство больных шизофренией (обзор литературы).—Журн. невропатол. и психиат.—1982.—№ 10.—С. 1571—1579.
20. Ungvari G., Czeizel A. Einige Probleme der genetischen Beratung bei schizophrenen Psychosen.—Psychiat. Neurol. med. Psychol.—1986.—N. 4.—S. 177—183.
21. Reveley A. Genetic counselling for schizophrenia. — Brit. J. Psychiat — 1985.—N. 147.—P. 107—112.
22. Gur R., Resnick D., Gur C. et al. Regional brain function in schizophrenia. — Arch. Gen. Psychiat.—1987.—N. 44. — P. 126—129.
23. White C., Parley J., Charles P. Chronic schizophrenic disorder. I. Psychophysiological responses, laterality and social stress. — Brit. J. Psychiat. — 1987.—N. 150.—P. 365—373.
24. White C., Parley J., Charles P. Chronic schizophrenic disorder. II. Reaction time, social performance and arousal.—Brit. J. Psychiat.—1987— N. 150.—P. 374—379.
25. Seidman L, Sokolove R., McElroy C. et al. Lateral ventricular size and social network differentiation in young non-chronic schizophrenic patients.—Am. J. Psychiat.—1987.—N. 144.—P. 512—514.
26. Pandwangi A., Dewan M., Boncher M. et al. A comprehensive study of chronic schizophrenic patients. II. Biological, neuropsychological and clinical correlates of CT abnormality. — Acta Psychiat. Scand. — 1986. — N. 73. — P. 161—171.
27. Ганина Н. А. Особенности распознавания эмоций больными шизофренией // Социально-психологические проблемы реабилитации нервно-психически больных.—Л., 1984.—С. 31—37.
28. Буке А. Я; Корабельников К. В., Пинк Э. и др. О некоторых факторах, влияющих на продолжительность госпитализации больных шизофренией // Социально-психологические проблемы реабилитации нервно-психически больных.—Л., 1984.—С. 20—25.
29. Горбацевич Л. А. Оценка уровней клинической и социальной адаптации у больных малопрогредиентной шизофренией // Актуальные вопросы психиатрии.—Томск, 1985.—С. 46—47.
30. Kay S., Lindenmayer J. Outcome predictors in acute schizophrenia. Perspective significance of background and clinical dimensions. — J. Nerv. Ment. Dis.—1987.—N. 175.—P. 152—160.
31. Ледер С. Психотерапия в медицине на современном этапе развития // Возрастные аспекты групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях. — Л., 1988.—С. 13—18.
32. 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.
33. Свердлов Л. С. К проблеме компенсации при шизофрении // Новое в теории и практике реабилитации психически больных.—Л., 1985.— С. 47—54.
34. 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 заболеваниях.—Л., 1985.— С. 81—86.
35. Бовин Р. Я. О клинических эффектах нейролептиков. — Журн. невропатол. и психиат.—1984.—№ 3.—С. 413—418.
36. 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.

37. Каргаполов Ю. А., Мацкевич М. И. К вопросу об анозогнозии при шизофрении // Актуальные вопросы психиатрии.—Томск, 1983.—С. 103—104.
38. Беляев Б. С. Особенности преморбидных свойств личности больных параноидной шизофренией // Актуальные проблемы клиники, лечения и социальной реабилитации психически больных.—М., 1982.—С. 41—44.
39. 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.
40. Полищук Ю. И. О разном понимании расстройств невротического уровня при малопрогрессирующей шизофрении. — Журн. невропатол. и психиат.—1988.—№ 5.—С. 143—147.
41. Finger I. Aussagemoglichkeiten uber die Rehabilitations ahigkeit psychisch Kranker durch die differenzierte Diagnostik nach Leonhard —Psvchiat. Neurol. med. Psychol. — 1986. — N. 4. — S. 198—206.
42. Chung R., Langeluddecke P., Tennant C. Threatening life events in the onset of schizophrenia, schizophrenifirm psychosis and hypomani» —Brit J. Psychiat.—1986.—N. 148.—P. 680—685.
43. Аграновский М. Л., Сарсембаев К. Т. Влияние экзогений на число приступов (обострений) благоприятно текущей шизофрении // Актуальные вопросы психиатрии.—Томск, 1989.—С. 12—13.
44. Warner R. Recovery from schizophrenia in the 3rd world —Psychiatry. — 1983. — N. 46. — P. 197—212.
45. Петровский А. В. Личность в психологии с позиций системного подхода.—Вопросы психологии:—1981.—№ 1.—С. 57—66.
46. Hagemann P. Endogene Psychose und Menschheitsentwicklung. — Psychiat. Neurol. med. Psychol.—1987.—N. 10.—S. 584—588.
47. Hafner Í. Determinanten psychischer Gesundheit und Krankheit.— Fundamenta Psychiatrica. — 1987. — N. 1.—S. 4—14.
48. Морозов Г. В. Руководство по психиатрии.—М., Медицина, 1988. — Т. 1. — 640 с. — Т. 2. — 640 с.
49. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. — М., 1985.—302 с.
50. Scharfetter C. Schizophrene Menschen. — 2. Aufl. — Muenchen, 1886.— 231 S. /
51. Heim E. Psychiatric als Teil der ganzheitlichen Medizin.—Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. — 1986. — N. 5. — S. 9—13.
52. Spate Í., Thorn A., Weise K. Theorie, Geschichte und aktuelle Ten-denzen in der Psychiatric. — Jena, 1982.—198 S.
53. Battegay R., Glatzel I., Poldinger W., Bauchfleisch W. / Handwor-terbuch der Psychiatric. — Stuttgart, 1984. — 636 S.
54. Wolfersdorf M., Hole G., Faust V. et al. Zur Athiopathogenese de- pressiver Erkrankungen // Depressionen: Symptomatik—Athiopathogenese— Therapie. — Stuttgart, 1983.—S. 111—125.
55. Wynne L. A phase-oriented approach to treatment with schizophrenics and their families // Family therapy in schizophrenia. — NY, London 1983.—P. 251—265.
56. Bellak L., Siegel H\ Handbook of intensive brief and emergency psychotherapy. — NY, 1983.

— 161 P.

57. Greben S. Psychotherapy to-day. Further consideration of the essence of psychotherapy. — Brit. J. Psychiat. — 1987.—N. 151.—P. 283—287.
58. McFarlane W., Beele C. A decision-tree model for integrating family therapies for schizophrenia // Family therapy in schizophrenia. — NY, London 1983. — P. 325—335
59. Marmor I. Systems thinking in psychiatry: some theoretical and clinical implications. — Am. J. Psychiat. — 1983.—N. 7.—P. 833—838.
60. Fink P. Response to the presidential address: Is "biopsychosocial" the psychiatric shibboleth? — Am. J. Psychiat. — 1988.—N. 9.—P. 1061—1067.
61. Гот/га К. The old hat doesn't fit.—Family therapy Networker.— 1983.—N. 7.—P. 39—41.
62. Gurman A. Family therapy research and the new epistemology. — J. Marital Family Ther. — 1983. — N. 9. — P. 227—234.
63. Farrell B. The place of psychodynamics in psychiatry. — Brit. J. Psychiat.—1983.—N. 143.—P. 1—7.
64. Бодалев А. А., Зейгарник Б. В., Леонтьев Д. А. Проблема бессознательного: движение к диалогу.—Вопросы психологии.—1987.—№ 4.— С. 163—165.
65. Полищук И. А. О взаимосвязях психодинамического, синдромологического и нозологического направлений в клинической психиатрии // VI съезд невропатологов и психиатров УССР (тезисы докладов).—Харьков, 1978.— С. 66
- Zubin I., Spring B. Vulnerability — a new view of schizophrenia a look beyond genetics.—J. Nerv Ment. Dis. — 1977. — N. 169.—S 477—492.
67. Zubin I., Steinhauer S, Day R., wan Kammen D. Schizophrenia at the crossroads: a blueprint for the 80s—Comprehens. Psychiat.—1985.— N. 26 —P. 217—240.
68. Wallace C. Community and interpersonal functioning in the course of schizophrenic disorders. — Schizophrenia Bull. — 1984. — N. 2. — S. 233—257.
69. Zubin I. Magazmer I, Steinhauer S The metamorphosis of schizophrenia: from chronicity to vulnerability.—Psychol. med.—1983.—N. 13.— P. 651—571.
70. Olbrich R. Die Verletzbarkeit der Schizophrenen: Zubins Konzept der Vulnerabilitat. — Nervenarzt — 1987. — N. 58!. — S. 65—71.
71. Uchtenhagen A. Der Schizophrene als ambulanter Patient —Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.—1985.—N. 1.—S. 61—66.
72. Baron M., Gruen R. Risk factors in schizophrenia. Season of birth and family history. — Brit. J. Psychiat.— 19188. — N. 152.—P. 460—465.
73. Tienari P., Sorri A, Lahti J. Genetic and psychosocial factors in schizophrenia: the finnish adoptive family study.—Schizophrenia Bull.—1987.— N 3. — P. 477—484.
74. Ciompi L The natural history of schizophrenia in the long run.—Brit. J. Psychiat —1980.— N. 136.—P. 413—420.
75. Морковкина И. В К проблеме реактивного бредообразования при: малопрогрессирующей шизофрении.—Журн. невропатол. и психиат—1983.— 1.- С. 86—93
76. Bleuler M. Das alte und das neue Bild des Schizophrenen —Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat. — 1984. — N. 135 —S. 143—149.
77. Ciompi L. Learning from outcome studies toward a comprehensive biological-

- psychosocial understanding of schizophrenia.—Schizophrenia Research.—1988 —N. 1.—P. 373—384
- 78 Haracr 1. Neural plasticity in schizophrenia — Schizophrenia Bull. — 1985.—N. 11 —P. 191—229.
79. Andreasen N., Olsen S. Dencot /., Smith M. Ventricular enlargement in schizophrenia: relationship to positive and negative symptoms. — Am. J. Psychiat. — 1982. — N. 139.—P. 297—302.
80. Mutter P Depressive Syndrome in Verlauf schizophrener Psychosen Klinische Studie zur Psychopathologie und Pharmakogenese. — Stuttgart, 1981.
—81 S.
- 81 Okonji At., Dhadpale M. Treatment compliance among psychiatric outpatients in Kenya. — Acta Psychiat. Scandl. — 1987. — N. 75 — P. 240—242
82. Andersen C. A psychoeducational program for families of patients with schizophrenia / McFarlane W. // Family therapy in schizophrenia — NY, London 1983.—P 99—116
83. Foulkes E., Persons I., Merkel R The effect of patients beliefs about their illnesses on compliance in psychotherapy—Am J. Psychiat—1986— N. 143.—P. 340—344
84. Wolfersdorf At. Zur stationären Behandlung depressiv Kranker // Depressionen. Symptomatik — Aetiopathogenese — therapie — Stuttgart, 1983 —6 252—269.
- 85 McFarlane W. Multiple family therapy in schizophrenia // Family therapy in schizophrenia. — NY, London, 1983 —P. 141—172
- 86 Бовин Р Я. Позитивные и негативные аспекты психофармакотерапии в системе реабилитации психически больных // Актуальные вопросы реабилитации психически больных и профилактики их инвалидизации — Томск, 1986 —С 9—11.
87. Бовин Р. Я , Фактурович А. Я; Гусева ОЮ соотношении аффективных нарушений и негативных эффектов психофармакотерапии в структуре шизофренного дефекта // Аффективные расстройства. Диагностика, лечение, реабилитация —Л, 1988 —С 6—12.
88. Knudsen P., VUmar T. Cannabis and neuroleptic agents in schizoohrenia —Acta Psychiat. Scand. — 1984.—N. 69. — P 162—174.
89. Muller P Was sollen wir Schizophrenen raten: medikamentöse Langzeitprophylaxe oder Intervallbehandlung.—Nervenarzt. — 1983.—N. 54.— S 477—485.
90. Mandel At., Severe I., Schooler N. et al. Development and prediction of postpsychotic depression in neuroleptic treated schizophrenics. — Arch Gen Psychiat. — 1982 — N. 39. — P. 197—203. '
91. Glazer W., Prusoff B., John K. et al. Depression and social adjustment among chronic schizophrenic outpatients. — J. Nerv. Ment Diss.—1981.
— IN. 1
92. Johnson D. R. Representation of the internal worlds in catatonic schizophrenia. — Psychiatry. — 1984. — N. 47. — P. 299—314.
93. Becker R., Singh At., Meisler N., Schitlent S. Clinical significance, evaluation and management of secondary depression in schizophrenics —J elm. Psychiat—1985.—V. 46.—N. 11 (Sec. 2).—P. 26—32.
94. Asarnow R., Marder S., Mintz J. et al. Differential effect of low and conventional doses of fluphenazine on schizophrenic outpatients with good or poor information-processing abilities. —

Arch. Gen. Psychiat —1988 — N. 45 — P. 822—826.

95. Rittmannsberger H, Schony W Praevalenz tardiver Dyskinesie bei langzeit-hospitalisierten Schizophrenen Patienten.—Nervenarzt.—1986 —N 57 —S. 116—118 96. Лернер В Е. Поздняя дискинезия (обзор.) — Журн. невропатол и психиат.—1988.—№ 2.—С. 124—132.

97. Youssef H., Waddington I. Morbidity and mortality in tardive dyskinesia: associations in chronic schizophrenia.—Acta Psychiat. Scand —1987 — N. 75. — P. 74—77.

98. Glazer W., Moore D., Schooler N. et al. Tardive dyskinesia. — Arch. Gen. Psychiat.—1984.—N. 41.—P. 623—627.

99. Смулевич А. Б., Воробьев В. Ю., Дубницкая Э. Б. и др. Интенсивная психофармакологическая терапия малопрогрессирующей шизофрении.— Журн. невропатол. и психиат.—1985.—№ 1.—С. 94—100.

100. Авруцкий Г. Я; Фотьянов А. И. Внебольничное лечение больных эндогенными психозами и задачи реабилитации // Новое в теории и практике реабилитации психически больных.—Л., 1985.—С 65—68.

101. King C, Goldstein M. Therapist ratings of achievement of objectives in psychotherapy with acute schizophrenics. — Schizophrenia Bull. — 1979. — N 1.—P. 118—129.

102. Hogarty G., McEvoy I., Munez A. et al. Dose of fluphenazine, familial EE and outcome in schizophrenia. Results of a 2 year controlled study. — Arch. Gen. Psychiat. — 1988. — N. 45. — P. 797—805.

103. Herz A, Szymansky H., Simon I. Intermittent medication for stable schizophrenic outpatients: an alternative to maintenance medication. — Am J. Psychiat. — 1982.—N. 139.—P. 918—922.

104. Carpenter W., Stephens J., Rey A. et al. Early intervention versus continuous pharmacotherapy of schizophrenia.—Psychopharm. Bull.—1982.— N. 18.—P. 21-23. 105

Carpenter W, Heinrichs D. Early intervention, time-limited, targeted pharmacotherapy of schizophrenia.—Schizophrenia Bull.—1983.—N. 9.— P. 533—542 i

106. Johnson D, Pasterski G, Ludlow I. et al. The discontinuance of maintenance neuroleptic therapy in chronic schizophrenic patients: drug and social consequences. — Acta Psychiat. Scand — 1983. — N. 67. — P. 339—352.

107 Бовин Р. Я Терапевтические ремиссии при шизофрении и проблема профилактики и купирования рецидивов // Новое в теории и практике реабилитации психически больных.—Л., 1985 —С. 20—26.

108. Свердлов Л С., Скорик А. И, Галанин И. В. К проблеме предупреждения рецидивов при шизофрении // Ранняя реабилитация психически больных.—Л, 1984.—С. 70—77.

109. Davis J. Maintenance therapy and natural course of schizophrenia. — J. Clin. Psychiat. — 1985. — N. 11 (sec. 2). — P. 18—21.

110. Hogarty G. Depot neuroleptics: the relevance of psychosocial factors—a United States perspective. — J. Clin. Psychiat. — 1984. — N. 5 (sec. 2).—P. 36—42

111. Falloon J., Watt D., Shepard M. A comparative controlled trial of pimozide and fluphenazine decanoate in the continuation therapy of schizophrenia. — Psychol. Med. — 1978. — № 7. — P. 59—70.

112. Hogarty G., Schooler N., Ulrich R. et al. Fluphenazine and social therapy in the aftercare of schizophrenic patients.: relapse analyses of a two year controlled trial.—Arch. Gen. Psychiat. —

1979. — N. 36. — P. 1283—1294.

113. Schooler N., Levine /., Severe J. et al. Prevention of relapse in schizizophrenia: an evaluation of fluphenazine decanoate. — Arch. Gen. Psychiat. — 1980. — N. 37. — P. 16—24.

114. Kane 1. The use of depot neuroleptics: clinical experience in the United iStates.—J. Clin. Psychiat. — 1984. — N. 5 (Sec. 2). — P. 5—12.

115. Baldessarini R., Devis 1. What is the best maintenance dose of neuroleptics in schizizophrenia? — Psychiatry Res. — 1980. — N. 3. — P. 115—122.

116. Kryspin-Exner K; Hinterhuber H., Schubert H. / Langzeittherapie psychiatrischer Erkrankungen. — Stuttgart, 1984.—277 S.

117. Falloon I., Boyd /., McGill C. Family care of schizophrenics.—NY, London, 1984.—451 P.

118. Warner R. Recovery from schizizophrenia.—London, 1985.—380 P.

119. Обухов Г. А. Достижения психиатрических терапевтических исследований. 3-й симпозиум психиатров альпийских стран.—Жур. невропатол. и психиат.—1986.—№ 1.—С. 141—143.

120. MUller P I Zur Rezidivprophylaxe schizophrener Psychosen. Ergebnisse einer Doppelblinduntersuchung.—Stuttgart, 1982.—143 S.

121. Spohn H., Coyne L., Lerson I. et al. Episodic and residual thought pathology in chronic schizizophrenics: effect of neuroleptics. — Schizophrenia Bull. — 1986. — N. 3. — P. 394—407.

122. Тиганов Ф. С., Хохлов Л. К.. Вопросы патоморфоза психических заболеваний // VIII всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов.—М., 1988.—Т. 1.—С. 138—139.

123. Гамкрелидзе Ш. А. К вопросу о дифференцированной психофарма- котерапии шизофрении // VIII всесоюзный съезд невропатологов, психиат ров и наркологов. — М., 1988.—Т. 2.—С. 304—306.

124. Зейгарник Б. В., Холмогорова А. Б. Нарушение саморегуляции познавательной деятельности у больных шизофренией. — Журн. невропатол. и психиат.—1985.—№ 12.—С. 1813—1819.

125. Cramer P., Weegman M., O'Neil At. Schizophrenia and the percep tion of emotions. How accurately do schizizophrenics judge the emotional states of others?—Brit. J. Psychiat. — 1989.—N. 155.—P. 225—228.

126. Саарма Ю. М. Биологические и социальные факторы в саногенезе психически больных // Вопросы методологии в психиатрии (материалы симпозиума).—М., 1984.—С. 93—98.

127. Кирюнчяя О. С., Корабельников К. В. Изучение отношения психически больных к биологическим и психосоциальным методам воздействия // Реабилитация больных психозами.—Л., 1981.—С. 119—125.

128. Fenton W., McGlashan T. Sustained remission in drugfree schizophre nic patients. — Am. J. Psychiat.—1987.—N. 144.—P. 1306—1309.

129. Leff 1., Kuipers L., Berkowitz R. Psychosocial relevance and benefit of neuroleptic maintenance: experience in the United Kingdom. — J. Clin. Psy chiat. — 1984.—N. 5 (sec. 2).—P. 43—49.

130 Diamond R. Drugs and the quality of life: the patients point ot view.—J. Clin. Psychiat. — 1985.—N. 5 (sec. 2).—P. 29—35.

131. 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.
- 132 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.
133. Смулевчч А. Б., Пантелеева Г. П. Некоторые актуальные проблемы клинической психофармакологии.—Журн. невропатол. и психиат.—1983. — № 9.—С. 1345—1351.
134. Недува А. А. Типология резистентных к терапии состояний больных шизофренией.— Журн. невропатол. и психиат.—1986.—№ 3.—С. 424—428. 135. Falloon I., Liberman R. Interactions between drug and psychosocial treatment in schizophrenia. — ScMtophrenia Bull. —1983. — N. 9. — P. 543— 554.
136. Karssu T. Psychotherapy end psychoplwmacethery: toward an in- tegrative model.—Am. J. PsychMrt. — 1982. — N. ISO. — P. 1102—1113.
137. 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. 138. 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.
139. Красоевич Л. Семья как фактор в реабилитации и ресоциализации психически больных // Психогигиена и психопрофилактика. — Л., 1983.— С. 37-39.
140. Payk T. Therapie psychischer Erkrankungen. Grundlagen und Methoden der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung. — Stuttgart, 1982.—212 S.
141. Parloff M. Discussion of "group therapy with schizophrenics". — Int. J. Group Psychother.—1986.—N. 3. — P. 353—360.
142. Huber G., Gross G., Schuttler R. et al. Longitudinal studies of schi zophrenic patients. — Schizophrenia Bull.—1980. — N. 6. — P. 592—605.
143. Штернберг Э. Я. Рецензия: Функе И., Телле Р. / Актуальная неврология и психиатрия.—Журн. невропатол. и психиат.—1982. — № 2. — С. 300—302. 144. Кролик. Е. Д., Семин И. Р. Сравнительная оценка эффективности первичной госпитализации больных шизофренией.—Журн. невропатол. психиат.—1982. — № 1.— С. 118—124.
145. Watts C. A long-term follow-up of schizophrenic patients 1946— 1983.—J. Clin. Psychiat.—1985. — N. 46. — P. 210—216.
146. Аграновский М. Л. Социально-трудовая реадатпация больных периодической шизофренией на отдаленных этапах течения заболевания (по данным сравнительного клинико-эпидемиологического исследования),—Журн. невропатол. и психиат.— 1984. — № 5. — С. 719—726.
147. Шмаонова Л. М. Некоторые аспекты социально-трудовой реабилитации больных шизофренией в свете клинико-эпидемиологических исследований // Новое в теории и практике реабилитации психически больных.—Л., 1985.—С. 134—140.
148. Логвинович Г. В. Клинический и социальный аспект адаптации больных шизофренией по результатам эпидемиологических исследований // Актуальные вопросы реабилитации психически больных и профилактики их инвалидизации.—Томск, 1986.—

С. 38—40.

149 Красик Е. Д., Логвинович Г. В. Клиническая и социальная адаптация больных приступообразной шизофренией (клинико-эпидемиологическое исследование).—Журн. невропатол. и психиат.—1987.—№ 5—С. 714—719. 150. Колесина И. Ю. Реактивные депрессии у больных малопрогрессирующей шизофренией.—Журн. невропатол. и психиат.—1981.—№ 4.—С. 561—567. 151. Смулевич А. Б., Гиндикин В. Я.; Аведисова А. С. Соматизированные психические расстройства в течении психических заболеваний и пограничных состояний. Некоторые аспекты клинической систематики, организации медицинской помощи и терапии (обзор зарубежной литературы).— Журн. невропатол. и психиат.—1984.—№ 11.—С. 1722—1730.

152. Плотичер А. И. По поводу статьи о «нозологических рамках и разграничении шизофрении». Ответ Л. К. Хохлову.—Журн. невропатол. и психиат.—1980.—№ 8.—С. 1245.

153. Wolfersdorf M., Straub R., Kopittke W. et al. Das Therapiekonzept der Weissenauer Depressionsstation // Depressionen: Symptomatik — Aetiopathogenese — Therapie / Stuttgart, 1983.—S. 171—187.

154. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением.—М., 1989. — 303 с. 155. Klein D., Williamson P. Premorbid adjustment and affective symptomatology in schizophrenia. — J. Nerv. Ment. Dis.—1981. — N. 169. — P. 497—502.

156. Поляков Ю. Ф., Курек Н. С., Гаранян Н. Г. Сравнительный анализ нарушения положительных эмоций у больных шизофренией с чертами дефекта и больных эндогенными депрессиями. — Журн. невропатол. и психиат. —1986.—№ 12.—С. 1819—1824.

157. Williams P., McGlashan T. Schizoaffective psychosis. Comparative long-term outcome.— Arch. Gen. Psychiat—1987. — N. 44. — P. 130—137.

158. Шмаонова Л. М., Либерман Ю. И. Опыт дифференцированного клинического подхода к эпидемиологическому описанию популяции больных шизофренией.—Журн. невропатол. и психиат.—1982.—№ 8.—С. 1184—1191.

159. Либерман Ю. И., Ротшейн В. Г., Ястребов В. С. Хроногенная динамика уровня нетрудоспособности при шизофрении // Актуальные вопросы реабилитации психически больных и профилактики их инвалидизации. — Томск, 1986.—С. 33—35.

160. Снежневский А. В. / Руководство по психиатрии—М., 1983.— Т. 1.—480 с.

161. Шмаонова Л. М. Клинико-эпидемиологический подход в изучении течения, прогноза и патогенеза шизофрении // Актуальные вопросы психиатрии.—Томск, 1985.— С. 46—47.

162. Боброва И. Р. Патоморфоз и судебно-психиатрическая оценка психических заболеваний // Тезисы II конгресса по психиатрии социалистических стран,—Варна, 1987.—С. 17—18.

163. Смулевич А. Б. О самостоятельности малопрогрессирующей шизофрении.—Журн. невропатол. и психиат.—1980.—№ 8.—С. 1171—1179.

164. Смулевич А. Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. — М., 1987.—296 с.

165. Личко А. Е., Попов Ю. В. Этико-деонтологические аспекты психоневрологической помощи подросткам // Тезисы II конгресса по психиатрии социалистических стран.—

Варна, 1987.—С. 85—86.

166. Дубницкая Э. Б. К проблеме самостоятельности малопрогрессирующей шизофрении (клинико-генетические аспекты) // Актуальные вопросы психиатрии. — Томск, 1985.—С. 69—70.

167. Дубницкая Э. Б. Сравнительный клинико-генетический анализ малопрогрессирующих и манифестных форм шизофрении. — Журн. невропатол. и психиат. — 1987. — № 8. — С. 1228—1233.

168. Дубницкая Э. Б., Корсунь И. В. К характеристике семейного фона при малопрогрессирующей шизофрении.—Журн. невропатол. и психиат.—1984. — № 1.—С. 56—63.

169. Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б., Фильц А. Ф. Пограничные состояния и Малопрогрессирующая шизофрения: клинико-генетические аспекты. — Журн. невропатол. и психиат.—1986.—№ 2.—С. 282—294.

170. Москаленко В. Д. Рецензия: Найман А. Нерепрессирующая шизофрения. Клиническое течение и исход.—Журн. невропатол. и психиат.—1981.— № 3. — С. 467—468.

171. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-III-R.— American Psychiatric Association. — Washington, 1987. — 567 p.

172. Loranger A., Tulis E. Family history of alcoholism in borderline personality disorders. — Arch. Gen. Psychiat. — 1985.—N. 42.—P. 153—157.

173. Stone M. Assessing vulnerability to schizophrenia or manic depression in borderline states.—Schizophrenia Bull.—1979.—N. 1.—P. 105—110.

174. Kendler K; Gruenberg A. An independent analysis of the Danish adoption study of schizophrenia.—Arch. Gen. Psychiat.—1984.—N. 41.—P. 555—564.

175. Siever L., Gunderson J. Genetic determinants of borderline conditions. — Schizophrenia Bull. — 1979.—N. 1. — P. 59—86.

176. Torgersen S. Genetic and nosological aspects of schizotypal and borderline personality disorders. A twin study. — Arch. Gen. Psychiat. — 1984. — N. 41.—P. 546—554.

177. Spitzer R., Endicott J. Justification for repeating schizotypal and borderline personality disorders.—Schizophrenia Bull.—1979.—N. 1. — P. 95—104.

178. George A., Soloff P. Schizotypal symptoms in patients with border-line personality disorders. — Am. J. Psychiat. — 1986.—N. 143.—P. 212—215.

179. Gunderson J., Siever L., Spaulding Å. The search for a schizotype.— Arch. Gen. Psychiat.—1983.—N. 40.—P. 15—22.

180. Modestin J., Albrecht J., Tschaggelar W., Hoffmann Í. Diagnosing borderline. A contribution to the question of its conceptual validity.—Arch. Psychiatr. Nervenkrh. — 1983. — N. 253. — P. 359—370.

181. Pope H., Jones I., Hudson J. et al. The validity of DSM-III border-line personality disorder: a phenomenologic family history, treatment response and long-term follow-up study.—Arch. Gen. Psychiat.—1983. — N. 40. — P. 23—30.

182. Pope H., Jones J., Hudson I. et al. An empirical study of psychosis in borderline personality disorders.—Am. J. Psychiat.—1985. — N. 142. — P. 1285—1290.

183. Chopra H., Beatson I. Psychotic symptoms in borderline personality disorders. — Am. J. Psychiat. — 1986. — N. 143.—P. 1605—1607.

184. McGlashan T. Testing DSM-III symptom criteria for schizotypal and borderline

- personality disorders.—Arch. Gen. Psychiat.—1987.—N. 44.—P. 143—148.
185. Siever L., Gunderson L. The search for a schizotypal personality disorder: historical origins and current status. — *Comprehens. Psychiat.* — 1983. — N. 24. — P. 199—212.
186. Gunderson J., Siever L. Relatedness of schizotypal to schizophrenic disorders: Editor's introduction.—*Schizophrenia Bull.*—1985. — N. 11. — P. 532—537.
187. Siever L. Biological markers studies in schizotypal personality disorders. — *Schizophrenia Bull.* — 1985. — N. 11. — P. 564—575.
188. Torgersen S. Relationship of schizotypal personality disorder to schizophrenia: genetics. — *Schizophrenia Bull.* — 1985. — N. 11. — P. 554—563.
189. Jacobsberg L., Ffynowitz P., Barash A., Frances A. Symptoms of schizotypal personality disorder.—*Am. J. Psychiat.* — 1986. — N. 143. — P. 1222—1227.
190. Widiger T., Frances A., Trull T. A psychometric analysis of the social-interpersonal and cognitive-perceptual items for the schizotypal personality disorder. — *Arch. Gen. Psychiat.* — 1987. — N. 44. — P. 741—745.
191. Seidler C., Katzberg H. Zur Diagnose von Borderline-Störungen. Kriterien und ihre empirische Überprüfung. — *Psychiat. Neurol. med. Psychol.*—1988.—N.7.—6.395—404.
192. Strahl M. Masked schizophrenia. Diagnosis and a unified method of treatment.—NY, 1980.—230 p.
193. Schubert D., Saccuzzo D., Braff D. Information processing in borderline patients.—*J. Nerv. Ment. Dis.*—1985. — N. 1. — P. 26—31.
194. Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Kapitel V(F). — Bern, 1991. — 346 S.
195. Tarnopolsky A., Berelowitz M. "Borderline personality : diagnostic attitudes at the Maudsley hospital. — *Brit. J. Psychiat.*—1984.—N. 144,— P. 364—369.