

Министерство здравоохранения и социального развития РФ
Государственное учреждение Санкт-Петербургский научно-иссле-
дательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева
(192019 Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

МОДЕЛЬ ТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В
КЛИНИКЕ ДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ

Новая медицинская технология

Санкт-Петербург

2004

Метод терапии в клинике динамической психиатрии ориентирован на работу с больными шизофренией, аффективными расстройствами, расстройствами личности и расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ. Метод является психо- и социотерапевтической составляющей общего лечебного комплекса, наряду с параллельно проводимой психофармакотерапией. Цель воздействия – не симптомы болезни, а личностные нарушения, способствующие возникновению и рецидивированию заболевания. Метод проводится терапевтической бригадой в условиях тесного взаимодействия всех ее членов с постоянным обменом информацией обо всех пациентах клиники. Основу метода составляет использование комплекса психо- и социотерапевтических подходов: индивидуальной и групповой психотерапии, милье-терапии, арттерапии, музыкотерапии и танцтерапии. Метод предназначен для психиатров и психологов, работающих в психиатрических стационарах.

Заявитель: Государственное Учреждение «Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева»

Авторы: М.Аммон, И.Бурбиль, В.Д.Вид, О.В.Гусева, Н.М.Залуцкая, Н.Б.Лутова

Рецензенты:

ВВЕДЕНИЕ

Метод терапии и психологической диагностики в клинике динамической психиатрии является результатом многолетнего сотрудничества Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева и психиатрической клиники Немецкой академии психоанализа (Мюнхен, ФРГ). Теоретической основой метода являются труды основателя Немецкой академии психоанализа Гюнтера Аммона¹, сформулировавшего концепцию о роли патологии личности в возникновении и течении ряда психических заболеваний.

Центральным моментом концепции Аммона является функция идентичности личности. Под идентичностью в психиатрии понимают то представление, которое человек имеет о своей личности, как в целом, так и в отдельных аспектах взаимодействия с окружающей средой. Это – стабильное осознание того, кем является человек и к чему стремится в гармоничном согласии с общественными нормами. Здоровая идентичность предполагает, во-первых, то, что побуждения и потребности человека должны быть истинными, т.е. созвучными его Я, а не навязанными извне, а во-вторых, то, что их реализация происходит в гармоническом согласии с нормами и требованиями общества.

При нормальном развитии в раннем детском возрасте в ходе взаимодействия ребенка с лицами, играющими наиболее существенную роль в его воспитании, формируется личностная структура, обеспечивающая гармонию между индивидуальными потребностями ребенка, требующими удовлетворения и нормативными требованиями его социальной среды. Это позволяет ребенку правильно опознавать свои потребности и с помощью окружающих находить приемлемые формы их удовлетворения или подавления, что является необходимой предпосылкой зрелого, автономного социального функционирования. Таковы параметры конструктивной идентичности личности.

¹ Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование. – М.М. Кабанов, Н.Г. Незнанов (ред.), Санкт-Петербург, 2003.

Ошибки обращения с ребенком могут выражаться в невнимании к его потребностям, запрете их выражения, навязывании несозвучных ему потребностей или неадекватных форм их удовлетворения. Все это исключает в воспитательском процессе постоянную и кропотливую совместную работу по установлению гармонии между потребностями растущего ребенка и нормами социального поведения. Результатом является утрата конструктивности в формировании идентичности. Человек оказывается не в ладу с самим собой, отождествляет себя не со своими истинными потребностями и оказывается не в состоянии гармонично взаимодействовать с окружающими.

Нарушенная идентичность может стать диффузной, когда человек толком не знает, кто он и чего хочет на этом свете. Она может приобрести деструктивный характер, когда человек считает лично для себя позволительными диссоциальные формы удовлетворения потребностей. Она может также стать дефицитарной, когда неразвитость конструктивных навыков приспособительного поведения не позволяет человеку выйти из симбиотических отношений с родителем и заставляет считать себя принципиально неспособным к зрелому, самостоятельному существованию, сопровождаясь постоянным страхом утраты своей социальной опоры. Это – патологические формы идентичности.

Нарушения идентичности закладывают слабость личности и предопределяют не только общую неуспешность социального функционирования, но и кризисы идентичности, когда человек испытывает ощущение краха, будучи не в состоянии соответствовать повышению требований изменившейся социальной ситуации. В случаях наличия биологических детерминантов психической патологии возникновение кризиса нарушенной идентичности может образовать критическую массу, сделав комбинацию патогенетических факторов условием не только необходимым, но и достаточным для манифестации или рецидивирования заболевания. Нарушения идентичности играют существенную роль в патогенезе широкого круга психической патологии: шизофрения, аффективные и личностные расстройства, наркомании, психосоматические заболевания.

Метод терапии в клинике динамической психиатрии представляет собой терапию идентичности личности. Он не в состоянии бороться с манифестными симптомами заболевания и не претендует на это. Устранение симптомов – задача проводимой параллельно психофармакотерапии. Цель метода – коррекция нарушений идентичности как существенной предпосылки для возникновения симптомов. Коррекция нарушений идентичности позволяет снизить риск возникновения психической патологии и частоту рецидивирования, улучшить социальное функционирование больного и качество его жизни. Основная идея терапии идентичности – если нарушения возникают в ходе общения, то его же можно использовать для их коррекции. Больному надо помочь понять, чего на самом деле хочет он сам, а не те, кто решал за него, что он должен хотеть и научиться удовлетворять свои потребности в гармонии с требованиями окружающего мира. Это резко отличается от психотерапии неврозов, где необходимо вывести в сознание интрапсихический конфликт у личности, которая в других отношениях достаточно адаптирована и может иметь относительно конструктивную идентичность.

Принципиальная возможность терапии идентичности подтверждается и тем, что, хотя решающими для формирования идентичности являются ранние детские годы, она подвержена изменениям в течение всей жизни в зависимости от ситуативных воздействий – как в положительную, так и в отрицательную сторону. Задача терапии определяется тем, что нужно изменить за относительно короткий срок пребывания в стационаре то, что складывалось в личности многие годы. Это возможно лишь при создании максимально разностороннего и структурированного поля психотерапевтического и социального воздействия, направленного на единую цель – идентичность личности.

Предлагаемый метод не имеет мировых аналогов. Он основан на оригинальной концепции личности, выдвинутой Г.Аммоном и его понимании роли идентичности в возникновении психической патологии, в силу чего ее нарушения становятся главным объектом психотерапии. Принципиально оригиналь-

ной является организация лечебного процесса, при которой больной оказывается в едином терапевтическом поле воздействия системы психо- и социотерапевтических подходов, оригинальных или кардинально модифицированных. Для оценки терапевтической динамики разработан оригинальный тест структуры идентичности личности.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ТЕХНОЛОГИИ

Показания:

1. шизофрения (F2)
2. аффективные расстройства (F3)
3. расстройства личности (F6)
4. злоупотребление психоактивными веществами (F1)
5. соматоформные расстройства (F45)
6. половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием (F52)

Противопоказания:

1. острые психотические состояния, сопровождающиеся нарушениями поведения и невозможностью полноценной коммуникации с больным
2. грубые проявления апатобулического дефекта.

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Требуется отдельное помещение для проведения групповой терапии или сбора членов мильё-группы.

Для проведения активной музыкотерапии требуется произвольный набор ударно-перкуSSIONных инструментов. Возможно использование простых тональных инструментов (блок-флейты, дудки, балалайка, гитара).

Для проведения танцтерапии требуется любое устройство, воспроизводящее звукозаписи.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Выявление и коррекция нарушений идентичности возможны лишь в ходе непосредственного взаимодействия с больным. Для этого создан комплекс оригинальных или кардинально модифицированных психо- и социотерапевтических подходов. Существенной особенностью данного метода является то, что психотерапевтический процесс выходит за пределы воздействия словом, давая больному возможность взаимодействия с окружающими невербальными способами. Средством контакта становится совместная работа, направленная к общей цели, живопись, музыка, театр, движение тела в танце. Другая особенность заключается в том, что разнообразные терапевтические вмешательства не являются независимыми равноключенными элементами лечебного комплекса, а увязаны в единое терапевтическое поле благодаря тесному взаимодействию сотрудников клиники при проведении метода. Только постоянный обмен информацией, когда каждый сотрудник знает, что происходит с каждым больным не только на его участке работы, но и во всем терапевтическом поле, может подчинить содержательно разнообразные усилия единой цели – терапии идентичности. В связи с этим объем отделения не должен превышать 40-50 коек для того, чтобы терапевтическое поле было обозримым для сотрудника клиники.

Обмен информацией о больных осуществляется с помощью трех постоянно проводимых мероприятий:

- *производственные совещания*. Они проводятся 1-2 раза в неделю, в них участвуют все члены терапевтической бригады – врачи, психологи и все специалисты, задействованные в психосоциальных программах. На основе личной и полученной от медперсонала информации обсуждаются наиболее существенные аспекты терапевтической динамики больных. Акцент здесь ставится не на симптоматику, а на продуктивности социального взаимодействия. Фиксируют-

ся отчетливые этапные признаки улучшения клинического состояния и коммуникативного поведения, обсуждаются значимые проблемы, возникающие в отношениях между больными и между больными и сотрудниками клиники, а также эпизоды затянувшегося отсутствия положительной динамики (анализ возможной резистентности к проводимой лекарственной терапии или сопротивления больного психотерапевтическим воздействиям) .

- *общие собрания больных*. Они проводятся еженедельно, на них присутствуют все пациенты клиники и все члены терапевтической бригады. Обсуждаются значимые события, происшедшие в социальной жизни клиники за истекшую неделю. Предметом обсуждения может становиться все, что составляет содержание жизни клиники – конфликты во взаимоотношениях, планирование экскурсий и других культурно-развлекательных мероприятий, устанавливаемые в клинике нормы общежития. Задача сотрудников здесь – стимулировать больных к высказываниям своего отношения к ним, критике и продуктивным предложениям. Больные должны получить возможность увидеть себя глазами окружающих, узнать, в какой мере созвучно или несозвучно его социальное поведение (не обусловленное симптомами) конструктивным аспектам его идентичности.

- *клинические разборы больных*. Они проводятся под руководством администрации клиники, на них присутствуют все члены терапевтической бригады. Разбор происходит один раз за все время пребывания в стационаре, на этапе, когда собрана исчерпывающая информация о больном. Интегрируются анамнестические, клинические и диагностические сведения о больном, о его социальном поведении на отделении. Сообщаются данные экспериментально-психологического обследования. Существенным элементом последнего является использование, наряду с общепринятыми в медицинской психологии диагностическими инструментами, оригинального теста структуры личности ISTA, ориентированного на объективацию функций, характеризующих идентичность (тест приведен в цитированном выше источнике). Тест проводится при поступ-

лении и при выписке больного, положительную динамику отражает повышение конструктивных и снижение деструктивных и дефицитарных компонентов структуры идентичности. Информация, сообщаемая лечащим врачом, дополняется другими сотрудниками. В равной степени фокусируются симптоматически и личностно обусловленные аспекты поведения больного. На беседу приглашается больной, вопросы ему могут задавать все члены терапевтической бригады. По желанию больного для его эмоциональной поддержки могут приглашаться другие пациенты клиники. По инициативе терапевтической бригады с согласия больного могут быть приглашены пациенты, с которыми больной поддерживает значимые отношения. Задача: сформулировать оптимальную стратегию психотерапии, очертить границы ее возможностей относительно личностных аспектов, идентифицировать особенности нарушений идентичности и на этой основе индивидуализировать стратегию терапии идентичности, которой в дальнейшем будут придерживаться все члены терапевтической бригады.

Каждый больной проходит через комплекс психотерапевтических и психосоциальных мероприятий, описание которых приводится ниже. Кроме специфических терапевтических вмешательств рекомендуется использовать и неспецифические. Это – т.н. «группы по интересам» - фото, видео, литературные кружки, группы по изучению иностранного языка и проч. Они проводятся преимущественно по выходным дням без непосредственного руководства сотрудников клиники. Помимо того, что это – ценная дополнительная форма социального взаимодействия, информация наблюдения функционирования этих групп, получаемая медперсоналом, также может быть использована для диагностики нарушений идентичности и оценки терапевтической динамики.

Индивидуальная психотерапия. Проводится 1-2 раза в неделю лицом, имеющим сертификат психотерапевта. Продолжительность сеанса 50-60 минут.

Отличительная особенность индивидуальной психотерапии в клинике динамической психиатрии заключается в том, что психотерапевт сосредоточива-

ется на выполнении главной задачи – трансформации нарушенной идентичности больного в оптимально конструктивную идентичность.

Важной предпосылкой для этого является создание правильных базисных отношений с больным. Пациент должен знать, что психотерапевту можно вполне доверять и быть с ним полностью откровенным, что он оказывает оптимальную эмоциональную поддержку. Это необходимо потому, что смена идентичности всегда сопровождается сопротивлением больного, т.к. нарушенная идентичность не только является причиной социальной дезадаптации, но и приносит какую-то выгоду. Пациент с деструктивной идентичностью не желает отказываться от присвоенного им себе права позволять себе то, что не позволено другим. Он будет проявлять агрессию, упрекая психотерапевта в том, что тот не желает понять правомерности его притязаний. Пациент с дефицитарной идентичностью будет стараться делегировать психотерапевту решение своих проблем и стимуляцию к формированию зрелого, автономного поведения будет трактовать как черствость и нежелание помочь. Больной с задержавшимися симбиотическими отношениями с родителями будет настаивать на бесконечности эмоционального подкрепления, отказываясь понять, что в данном случае оно не насыщаемо и будет обвинять психотерапевта в отсутствии заботы и внимания с его стороны. Эта агрессия в каждом случае должна быть вскрыта и проработана, т.к. без этого коррекция идентичности невозможна. В ходе проработки больной должен убедиться в том, что его агрессия не вызовет ответной агрессии или ухода психотерапевта, что он всегда сохранит его внимание и желание помочь. Он должен также знать, что оптимальная поддержка не должна быть ни потворствующей, ни удушающей, т.к. и то и другое помешает получению навыков зрелого и гармоничного социального функционирования. Это – тот опыт взаимодействия, который больной не получил в ходе своего развития и который должен концентрированно приобрести за время пребывания в клинике.

Преодоление агрессии делает для больного возможным различие конструктивной и нарушенной идентичности. Психотерапевт обучает больного использовать реакцию нормативной окружающей среды для идентификации здоровой и нарушенной идентичности. Для этого он использует прием сопоставления реальных ситуаций поведения больного (из анамнеза и за время пребывания в клинике) с оценкой этого поведения окружающими. Проблемные ситуации чередуются со сходными ситуациями, в которых сам больной или другие лица (по его наблюдениям) вели себя конструктивно – также в сопоставлении с уже иной реакцией окружения. Обучение этому навыку способствуют базисные отношения с психотерапевтом, оценки которого больной готов воспринять как олицетворение социальных норм и интегрировать в свою новую идентичность.

В результате больной начинает распознавать нарушенные компоненты своей идентичности и воспринимать их несозвучными той, приобрести которую он стремится. Здесь работа включает существенный компонент поведенческого тренинга. Больной начинает понимать, что принятие или отвержение со стороны окружающих предопределяется следованием социальным нормам или пренебрежением ими. Психотерапевт стимулирует больного к использованию конструктивных вариантов поведения в реальных ситуациях (для чего терапевтическое поле клиники дает большие возможности) взамен прежних, деструктивных. Позитивная реакция окружающих будет играть роль положительного подкрепления, содействуя распространению продуктивного поведения за пределами терапевтической ситуации и его интеграции в новой идентичности.

Успех этой тактики возможен лишь если потенциал агрессии достаточно снижен в ходе ее проработки, а рисунок конструктивного поведения для больного четко понятен и выполним. Неудачи здесь могут серьезно блокировать терапию идентичности. Чтобы избежать их, поведение психотерапевта должно быть максимально гибким. Элементы конструктивного поведения (в особенности вновь приобретенные) должны получать адекватное эмоциональное под-

крепление. Используются приемы когнитивно-поведенческой терапии. Типовые, повторяющиеся проблемные ситуации реального поведения больного сопоставляются друг с другом, выявляются свойственные больному стереотипы дезадаптивного когнитивного функционирования и неадекватных стратегий поведения. Проводится кропотливый и гибкий совместный подбор выполнимых для больного вариантов конструктивного поведения для замены ими дезадаптивных с немедленным использованием в реальных ситуациях социального взаимодействия. В случаях дефицитарной идентичности особое внимание уделяется расширению репертуара поведенческих навыков. При этом психотерапевт продолжает жестко оппонировать деструктивным компонентам идентичности больного, не теряя с ним базисных отношений.

Прочности приобретаемой больным конструктивной идентичности во многом способствует понимание им происхождения прежней. Психотерапевт использует прием сопоставления современных проблемных ситуаций с таковыми из его раннего детства, помогая увидеть их сходство и социальные механизмы формирования. В отличие от традиционной психоаналитической процедуры здесь не ведется поиск какого-то ядерного конфликта, психотерапевт фокусируется на дезадаптивных шаблонах семейного взаимодействия, показывая их значение для дальнейшей жизни больного и никогда не теряя связь с текущим моментом. Особое внимание следует при этом уделить тому, чтобы у больного не формировалось негативное отношение к значимым лицам раннего детства. Отсутствие его – один из признаков зрелой конструктивной идентичности.

Для некоторых больных достаточно проведение психотерапии на уровне сознания, с использованием когнитивно-поведенческих приемов. Но в ряде случаев терапию идентичности может блокировать действие неосознаваемых механизмов психологической защиты. Это может произойти на всех этапах лечения - при недостаточной мотивации больного к смене идентичности, сложностях в установлении базисных отношений, проработке агрессии, формировании дистанцирующего отношения к нарушениям идентичности, установлении свя-

зи между современной и прошлыми ситуациями. Неосознаваемые механизмы защиты могут блокировать коррекцию когнитивного функционирования больного.

Коррекция бессознательных механизмов психологической защиты значительно расширяет возможности терапии идентичности. Используемые здесь технические приемы психоаналитической терапии стандартны и неспецифичны для модели терапии в клинике динамической психиатрии. Приобретение соответствующих навыков возможно в Учебном Центре ГУ Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева.

Групповая психотерапия. Проводится 1-2 раза в неделю лицом, имеющим сертификат психотерапевта. В группе участвуют 7-10 человек, продолжительность сеанса 60-90 минут. Основное содержание работы группы - самораскрытие и взаимооценка. Больной стимулируется к рассказу о своих жизненных проблемах, о том, как он пытается справиться с ними, о своих идеалах и чаяниях. Другие члены группы комментируют этот рассказ, сообщая свою точку зрения по поводу услышанного. Больной получает возможность увидеть себя со стороны глазами группы, а также войти во внутренний мир других людей, рассказывающих о себе. Так группа становится инструментом, формирующим опознание собственной идентичности с ее сходством и отличием от окружающих, а также границы идентичности, которые у больных часто бывают диффузными. Больной начинает понимать, кто он, что ему нужно в жизни, чем похож на других людей и чем отличается. Реакции окружающих на рассказ больного помогают ему выше ценить и использовать конструктивные аспекты своей идентичности, дистанцироваться от деструктивных и восполнять дефицитность своих социальных навыков. Похвала или доброжелательная критика непредубежденных людей помогает больному интегрировать нормативы человеческого общежития, которые ранее воспринимались искаженными. Задача психотерапевта - стимулировать самораскрытие больных, активировать обсу-

ждение услышанного в качестве обратной связи, обеспечивать эмоциональное подкрепление высказываний больного и доброжелательность критики. При наличии у психотерапевта навыков психоаналитической техники в группе может проводиться коррекция неосознаваемых механизмов психологической защиты, действие которых выявляется в ходе группового взаимодействия.

Мильё-терапия. В индивидуальной психотерапии больной должен понять кто он, что ему надо и как этого добиться, как обрести правильную идентичность. В групповой психотерапии больной должен рассказать другим, что он думает о себе, чего хочет достичь, как этого добивается и узнать, как это выглядит в глазах окружающих. В мильё-терапии больной должен просто жить и действовать, давая возможность сотрудникам клиники наблюдать, как он это делает, а себе - на основе обратной связи с ними и другими пациентами активно находить и интегрировать конструктивную идентичность личности. При живом взаимодействии с людьми дефекты идентичности (в особенности неосознаваемые больным) проявляются более зримо, чем в психотерапевтической беседе.

Состав мильё-группы 10-15 пациентов, занятия проводятся 2-3 раза в неделю продолжительностью 2-3 часа. Занятия проводятся врачом или психологом. Важной особенностью метода мильё-терапии в клинике динамической психиатрии, отличающей его от других вариантов терапии средой является то, что больной включен не в случайно предложенную занятость, которая не отвечает его личным интересам, не имеет ни начала, ни конца и никак не касается аналогичного, монотонного дела, с помощью которого убивают время находящиеся рядом пациенты. Стержнем деятельности мильё-группы является какой-то конкретный проект (строительство небольшого объекта, благоустройство территории, ремонт и оформление интерьера помещения и др.). Проект не навязывается группе, пациенты сами находят и принимают его в ходе совместных обсуждений. Это - очень важная деталь, поскольку таким образом обеспечивается соответствие деятельности общегрупповым интересам. Не менее важным

является то, что проект должен быть доведен до конца в обозримые сроки. Торжественная демонстрация результата всем остальным пациентам клиники дает возможность члену мильё-группы получить позитивный личностный опыт - наглядное подтверждение силы собственной продуктивности, слитой с синэргической деятельностью всей группы, подтверждение того, что больной не изолирован от других людей, а может с ними плодотворно сотрудничать. Взаимодействие больных в ходе совместного выполнения проекта дает психотерапевту возможность вскрыть и подвергнуть коррекции психологические механизмы их дезадаптации в продуктивном поведении и общении. Это - психоаналитический компонент метода, поскольку здесь существенное значение придается интерпретации сопротивления больного лечению, его тревоги и деструктивной агрессии, проявляющихся в рамках преимущественно невербального взаимодействия с ним окружающих пациентов и психотерапевта. Все это может не всплыть на сеансах вербальной психотерапии. Совместная деятельность с другими больными помогает раскрыть и развивать конструктивные аспекты собственной идентичности, дифференцируя здоровые компоненты личностной структуры от патологии.

Еще одним принципиальным отличием предлагаемой модели от уже существующих является то, что здесь терапия средой проводится не автономно и изолированно от других компонентов лечебно-реабилитационной программы. Она является интегративной составной частью терапевтической системы клиники, все компоненты которой функционируют в теснейшей взаимосвязи. Это – ключ к пониманию механизма данного метода. Для больных это означает, что они полностью воспринимают клинику как свой собственный дом с той существенной разницей, что атмосфера в ней, как правило, в значительно большей степени благоприятствует личностному росту пациента, чем эмоциональный климат его собственной семьи. Постепенное распознавание этих отличий приводит в действие и стимулирует процесс саногенеза, способствует интеграции

структуры рассогласованных личностных механизмов, что в особенности важно в случае психозов и расстройств личности.

Арттерапия (терапия живописью). Принципиальным отличием данной модели от уже существующих является во-первых то, что она не ставит во главу угла эстетические аспекты изобразительного искусства. Вот почему средства изображения могут быть самыми простыми (цветные карандаши, акварель). Во-вторых, она проводится в условиях интенсивного группового взаимодействия, направленного на коррекцию нарушений идентичности.

Оптимальная величина арттерапевтической группы 10-12 человек, занятия проводятся 2 раза в неделю продолжительностью 60-90 минут. Занятия проводит специалист по арттерапии, владеющий навыками групповой терапии. Необходимы базисные навыки рисования на любительском уровне, профессиональное образование не является обязательным. Пациент перед включением в группу должен четко понимать, что основная задача терапии не научиться рисовать, а попытаться с помощью рисунка показать то, что зачастую трудно выразить словами – свои чувства, желания, мечты и проблемы. Рисунок должен затем стать предметом обсуждения всей группы, направляемой арттерапевтом. От больного ожидается также активное участие в обсуждении рисунков других пациентов. Здесь задача – соприкоснуться с внутренним миром других людей, сравнить его с собственным миром, почувствовать как общность с окружающими, так и свою уникальную индивидуальность. Укреплению идентичности содействует понимание больным того, что создание рисунка есть свободное творческое самовыражение своей неповторимой личности, в силу чего результат в любом случае имеет самостоятельную ценность.

В работе используются два технических приема. Больной может рисовать что-то на индивидуально выбранную им тему. Тема может и не быть сформулирована, рисунок может носить совершенно абстрактный характер, но в любом случае больной ставит задачу передать другим пациентам что-то для него важное и узнать, удалось ли им это почувствовать. Он узнаёт также, что другие

члены группы одобряют в рисунке, а что нет. Это помогает ему более дифференцированно увидеть себя и почувствовать отношение к себе окружающих. Тема может также выбираться всей группой в ходе обсуждения, которое должно показать ее индивидуальную или общечеловеческую значимость. В последующей дискуссии особенно ценно выявление индивидуальных вариантов решения поставленной задачи в аспекте диагностики нарушений идентичности и их коррекции. Обсуждению подвергаются все рисунки, сделанные каждым из пациентов. Главный момент обсуждения – не художественные аспекты рисунка, а то, что он говорит о больном – его силе и слабости, о том, как он видит себя и окружающих, к чему стремится и как решает свои проблемы. По рисунку многое можно узнать о том, как возникли эти проблемы, в том числе в семейном окружении. Важная задача арттерапевта здесь - стимулировать эмоциональную поддержку группы и поддерживать конструктивный и доброжелательный характер критики.

Поскольку в рисунке часто выражаются неосознаваемые проблемы больного, арттерапевт имеет возможность помочь больному увидеть и осознать их. В сознание могут выводиться и подавляемые эмоции, которые проявляются в рисунках. Характер рисунка может также отражать сопротивление больного терапевтическому процессу, когда он устойчиво диссоциирует с переживаниями больного, проявляющимися в его поведении. Для преодоления сопротивления используется стандартная психоаналитическая техника. Здесь, как и в других терапевтических подходах, чрезвычайно важно, чтобы арттерапевт, как член бригады, знал все, что происходит с больным за пределами арттерапевтической группы.

Рисунки сохраняются в течение всего времени пребывания больного в клинике для анализа терапевтической динамики как на клинических разборах, так и в группе. Каждая картина рассматривается не изолированно, а как звено в цепи развития личности. Критерием успешной динамики является то, насколько свободным и творческим становится нахождение изобразительных решений,

насколько в них видна реалистичность и конструктивность. Позитивная динамика рисунка, отражая развитие личности, реализуется и в поведении больного за пределами группы. Чем больше пациент может визуально выразить свои возможности и творческие силы, тем лучше он реализует их в своей жизни.

Музыкотерапия. Принципиальное отличие предлагаемой модели от традиционных форм музыкотерапии заключается в том, что больные не являются пассивными реципиентами профессионально исполняемого музыкального произведения. Музыка используется как средство активного самовыражения и внутригрупповой коммуникации.

Занятия проводятся 2 раза в неделю продолжительностью в 60-90 минут в группах, включающих 7-10 пациентов. Занятия проводятся специалистом, имеющим подготовку по групповой психотерапии. Знание элементарных основ теории музыки и владение каким-либо инструментом на любительском уровне желательны, но не обязательны. Участие в группе для пациента является исключительно добровольным, но обычно больные легко вовлекаются в занятия музыкотерапией.

Перед включением в группу пациент должен знать, что основная цель психотерапии – не получение каких-то навыков владения музыкальными инструментами, а средство выражения своих чувств, проблем и невербального общения с другими больными. Поскольку практическое владение инструментом на достаточном уровне предполагается не у всех больных, а эстетическая плоскость музицирования не стоит на первом плане, используются преимущественно перкуссионные инструменты (барабан, бубен, тарелки, литавры, колокольчики, кастаньеты, ксилофон, латиноамериканские перкуссионные инструменты и пр.). Может использоваться голос, хлопанье в ладоши. Инструмент пациент выбирает сам.

При наличии у больного навыков игры на мелодических инструментах (обычно это гитара, фортепиано, блок-флейта, губная гармоника), они используются для сольного или ансамблевого выступления, обычно под ударный ак-

компанемент других членов группы. Психотерапевт должен следить за тем, чтобы такие больные не занимали в группе лидирующую позицию, поскольку это может вызывать у других пациентов пассивное отношение или способствовать их уходу. Если исполняется неимпровизированная мелодия, обсуждается, какое личностное значение она имеет для больного, какие ассоциации вызывает с его прошлым или значимыми проблемами настоящего. Акцент, делаемый больным, владеющим инструментом, на технической стороне исполнения в ущерб коммуникативной, может быть проявлением его сопротивления, тенденцией скрыть свои переживания за формализованным фасадом игры.

Вначале выступают один или несколько исполнителей, а затем к ним присоединяется вся группа. Сольные выступления подкрепляются аплодисментами группы. Выступления носят преимущественно импровизационный характер. Они используются психотерапевтом как материал для комментариев и обсуждения группы – главного компонента занятия. Индивидуально импровизированный ритм – очень тонкое средство самовыражения, он позволяет выявить аспекты идентичности, недоступные больному на вербальном уровне. Включение его в ансамблевую ритмику позволяет определить коммуникативные стороны идентичности – умение быть вместе с другими или конструктивно отграничиться. Деструктивные и дефицитарные нарушения идентичности становятся здесь заметными гораздо быстрее, чем при использовании вербальных подходов. В импровизированной музыке легко проявляется агрессия и это – наглядный материал для превращения деструктивных побуждений в конструктивные. Эмоциональный контакт также устанавливается через музыку быстрее, чем при простом неформальном общении. Помимо решения главной задачи – коррекции нарушений идентичности музыкотерапия дает побочный катарсический эффект, высвобождая переживания, которые больному трудно выразить словами.

В ходе обсуждения своего сольного выступления больной узнает, удалось ли ему передать окружающим оттенки своих переживаний, что в их впечатле-

нии оказалось для него неожиданным. Участники ансамблевой игры узнают, насколько каждый может добиться слаженности, проявить чувство локтя, понять друг друга без слов и в то же время внести свою ноту, выделяющую его на общем фоне и не звучащую диссонансом. Выступления дуэтом используются для тренировки умения вести диалог на эмоциональном уровне. Каждая импровизация воспринимается как в ее субъективном значении, так и в аспекте группового взаимодействия. Знание психотерапевта о происходящем с больным вне группы позволяет связать материал, полученный на музыкотерапии, с общей динамикой его состояния.

Театртерапия. Занятия проводятся в группе до 20 человек продолжительностью в среднем 2 часа один раз в неделю, перед спектаклем – чаще. Занятия проводят психиатр и психолог, прошедшие подготовку по групповой психотерапии.

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

Выбор пьесы и роли, как правило, не бывает случайным, он предопределяется конфликтной проблематикой пациентов, часто неосознаваемой. Как непрофессионалы, пациенты, несмотря на заданную роль, играют самих себя, делая прозрачными нарушения идентичности, которые иногда трудно обнаружить в психотерапевтической беседе. Диагностические возможности расширяет смена выполняемых ролей, предлагаемая пациенту в ходе репетиционного процесса. Это способствует осознанию больным своих конфликтов и отреагированию их. Роль позволяет больному отреагировать свои конфликты и сделать их осознаваемыми, что открывает путь к их разрешению. Роль также помогает удовлетворить скрытые желания, осознание которых углубляет и дифференци-

рует самовосприятие, облегчая коррекцию идентичности. Играя роль, больной активно входит в такие формы взаимодействия, на которые он в реальной жизни зачастую никогда бы не решился. Но он легко делает это, так как его защищает роль – он не ожидает нежелательного поворота событий, приобретая при этом социальный опыт на эмоциональном уровне. Поведение лишь внешне формализуется текстом пьесы. За фасадом текста – многообразный рисунок взаимодействия с партнерами, в которых визуализируются нарушения идентичности, также часто не осознаваемые больными.

Ведущую терапевтическую роль играет не спектакль, а репетиция, на которой большая часть времени отводится не на сценическое действие, а на его обсуждение. Актер рассказывает о своих ощущениях в процессе игры и в комментариях других участников видит себя со стороны их глазами. Это помогает гармонизовать внутренний мир с объективным рисунком поведения, а также увидеть не осознававшиеся ранее нарушения идентичности. Важным эффектом является устранение диффузности идентичности. В ходе репетиционного процесса пациент начинает более четко определять, какие аспекты роли созвучны его личности, а от каких он может однозначно дистанцироваться. Аплодисменты, эмоциональная поддержка группы способствуют преодолению скованности и страха перед общением. Результатом является повышение самооценки и адаптивности поведения в целом. Здесь театртерапия оказывает побочный катарсический эффект.

В задачи психотерапевта осуществление режиссерских функций не входит. Он регулирует постановочный процесс лишь при возникновении кризисных ситуаций, поскольку провал спектакля категорически исключен. Его задача – интерпретировать нарушения идентичности, которые выявляются как на сцене, так и в ходе группового взаимодействия за ее пределами. Полученные находки используются для того, чтобы, отходя от постановочного процесса, связать их с поведением больного в клинике, в других группах, а также для восстановления истории возникновения нарушений идентичности в раннем

возрасте. Трудности освоения роли могут быть проявлением сопротивления больного коррекции идентичности. Преодоление сопротивления должно проводиться с привлечением соответствующего материала из других терапевтических групп.

По завершении подготовки спектакль представляется в клинике. Публикой являются все пациенты и все сотрудники. Спектакль является важным заключительным аккордом, позволяющим участнику постановки прочувствовать свою причастность к группе и свой вклад в достижение общего успеха. Успешное проведение роли способствует укреплению идентичности – пациент осознает, что был индивидуален не как персонаж, а как личность. Спектакль позволяет также всем членам терапевтической бригады увидеть те аспекты личности пациентов, которые могли бы остаться для них скрытыми.

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

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

Нарушения идентичности на соматическом уровне проявляются в том, что человек не в ладу со своим телом. В общении он скован, неловок. Подтверждаемое объективно со стороны недовольство своим телом и пластикой движений вносит свой вклад в общую низкую самооценку больного. Задача танцтерапии – помочь больному обрести психологическое единство со своим телом и принять себя на телесном уровне.

В качестве звукового фона используется полиритмичная классическая музыка. Использование современной танцевальной музыки с жестким ритмом грозит превращением танцтерапии из метода лечения в дискотеку. Музыкальное произведение приносит сам пациент или заранее выбирает его из набора,

предлагаемого психотерапевтом. Вместо мелодической музыки могут использоваться перкуссионные инструменты или ритмичное хлопанье в ладоши участников группы. Пациенты рассаживаются в круг, внутри которого выполняется танец каждым из больных поочередно. Задача танцующего – в свободной импровизации перевести на язык своей индивидуальной пластики то настроение и чувства, которые навеивает музыка. Больной должен знать, что от него ожидается не выполнение каких-то балетных па, а свободная, произвольная двигательная непринужденность в единении с музыкой, в которую он погружен всей душой и телом. Первым, в качестве образца, может выступить психотерапевт. Продолжительность танца не регламентируется.

Каждое выступление завершается его обсуждением всеми членами группы и психотерапевтом. Главная его задача – эмоциональная поддержка выступавшего. Критические замечания нежелательны. Больной должен узнать, насколько ему удалось быть свободным и непринужденным, насколько движения были разнообразны и согласованы с музыкой в ритмическом и содержательном отношении. Существенным элементом эмоциональной поддержки является сообщение о том, насколько передалось окружающим эмоциональное оживление, испытываемое больным в ходе выступления. Важной характеристикой является то, насколько пластика движений оказалась созвучной участникам группы и в то же время - что здесь было неожиданным, присущим индивидуальности выступавшего. Сам пациент сообщает о своих ощущениях в ходе танца и после него – что ему удалось выразить пластикой, какие ассоциации при этом возникли, снизилось ли напряжение, насколько внутренне свободным и уверенным он себя почувствовал, повысилось ли настроение, удалось ли отреагировать какими-то эмоциями, не находившие вербального выражения. Больной должен также узнать о положительной динамике в перечисленных параметрах от выступления к выступлению. Динамика может также проявляться в изменении выбора больным используемых музыкальных произведений. Важная задача психо-

терапевта – связать эту положительную динамику с меняющимся рисунком моторики больного в общении вне танцтерапии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Исследования показали транскультуральную воспроизводимость метода. Сходные результаты были получены на значительном контингенте (свыше 600) больных шизофренией, аффективными расстройствами и расстройствами личности в клинике динамической психиатрии Менершвайге (Мюнхен, ФРГ), научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М.Бехтерева (Санкт-Петербург) и в отделении динамической психиатрии психиатрической больницы №2 (Оренбург). Данные исследований приведены в цитированном выше источнике. Данные, полученные тестом ISTA, ориентированным на оценку структуры идентичности, подтверждаются другими тестами, использованными в исследованиях.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в ходе терапии в целом достоверно повышаются конструктивные и снижаются деструктивные и дефицитарные компоненты структуры идентичности. Повышается обращенность к социальному миру в целом и доверие к своим навыкам и способностям. Больные в меньшей степени пользуются инфантильными и неадекватными приемами получения положительной оценки себя окружающими. Снижение дефицитарной тревоги – индикатора неосознаваемого страха – подтверждает глубинный характер проводимой психотерапии. Достигнутые в ходе лечения положительные изменения сохраняются или даже прогрессируют в катамнезе. 80% больных субъективно находят полученное лечение успешным, из них 40% - очень успешным. В катамнестическом периоде уменьшение симптоматики отмечают 85% больных, 90% не считают, что психопатологическая симптоматика как-то мешает им в повседневной жизни. Улучшаются такие характеристики идентичности как способность к установлению контакта, успешность решения проблем, самостоятельность, контроль эмоций, общая удовлетворенность жиз-

нию, уверенность в себе, чувство собственной ценности, навыки конструктивного спора и отстаивания своей позиции, способность преодолевать разочарование и фрустрацию. Терапевтической динамике структуры идентичности сопутствует объективное повышение уровня социального приспособления. Подобных результатов не достигают при использовании лишь одних лекарственных методов лечения.