

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева

---

Утверждено  
Секцией психиатрии  
Ученого Совета МЗ РФ  
Председатель Секции  
академик РАМН,  
профессор Т.Б. Дмитриева

## СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Пособие для врачей

Санкт-Петербург  
2004

Пособие подготовлено в отделении внебольничной психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.

Авторы-составители: руководитель отделения внебольничной психиатрии, доктор медицинских наук, профессор А.П.Коцюбинский; старший научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии, кандидат медицинских наук В.В.Зайцев.

Пособие представляет собой краткое руководство по организации и проведению семейной психотерапии психически больных шизофренией и эндогенной депрессией. В пособии изложены теоретическое обоснование и основные принципы психотерапевтической работы с данной группой пациентов, описаны способы достижения конкретных терапевтических мишеней, даны ясные рекомендации по проведению отдельных психотерапевтических действий.

Пособие предназначено для врачей психиатрических больниц и психоневрологических диспансеров, а также может быть использовано медицинскими психологами и социальными работниками, оказывающими помощь больным с эндогенными психозами.

© Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

## **ВВЕДЕНИЕ**

В настоящее время ни практические врачи, ни исследователи не оспаривают мнение о необходимости проведения психотерапевтической работы с больными эндогенными психозами, рассматривая психотерапию в качестве существенного элемента процесса лечения, во многом определяющего социальную адаптацию больных и качество их жизни. На практике положение психотерапии в системе реабилитации больных эндогенными психозами определяется представлением клинициста о возможностях существующих биологических и психотерапевтических методов лечения, их соотношении при лечении конкретного больного и адекватности выбранных врачом терапевтических целей адаптационно-компенсаторным возможностям пациента. И то, и другое определяется мнением психотерапевта относительно этиологии и патогенеза эндогенных психических нарушений. Если отбросить две крайние точки зрения – о неограниченных возможностях психотерапии эндогенных психозов и полной ее ненужности, то остается широкое пространство, где врач имеет возможность комбинировать различные терапевтические мероприятия, зависящие от преобладания биологической, психологической или социальной составляющей в дезадаптации пациента.

Предлагаемый в данном пособии подход представляет собой определенную систему психотерапевтических воздействий по отношению к больным эндогенными психическими расстройствами, основанную на корректном соотношении методов семейной терапии с типами нарушения индивидуальной адаптации и ориентированную на социальное восстановление пациентов.

## **ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ**

Показаниями для использования семейной психотерапии в комплексе лечебно-восстановительных мероприятий являются различные формы шизофрении, шизоаффективные психозы и эндогенные депрессии.

Противопоказаниями для использования семейной психотерапии в комплексе лечебно-восстановительных мероприятий являются острые психотические состояния пациентов, причем это касается лишь той

части семейной психотерапии, которая требует участия в ней самого пациента.

## **МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕТОДА**

Для проведения семейной психотерапии психически больных необходимо наличие отдельного помещения, кресел, журнального столика, школьной доски с мелом. Желательно наличие диктофона и видеокамеры.

## **ОПИСАНИЕ МЕТОДА**

Разработанная интегративная модель семейной психотерапии пригодна для применения в амбулаторных и полустационарных условиях при лечении и реабилитации больных, страдающих мало-и умереннопрогредиентной шизофренией и эндогенной депрессией. Семейная психотерапия при шизоаффективных расстройствах в силу промежуточности положения данной группы психозов должна учитывать особенности подходов как при шизофрении, так и при эндогенных депрессиях. Отличительной особенностью методики является комбинированное использование различных психотерапевтических методов, гибкое их варьирование на различных этапах развития психотерапевтического процесса и, одновременно, модификация каждого из используемых методов с учетом специфики нозологической принадлежности участников группы.

## **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ**

Шизофрения как объект психотерапевтических воздействий представляет собой весьма специфическое и отличное от другой психической патологии заболевание. Это определяется следующими факторами:

- *значительной психической дезинтегрированностью пациента;*
- *наличием позитивной и негативной симптоматики;*
- *чрезмерностью для пациента нормативных стрессов среды;*
- *наличием для пациента серьезных негативных социальных последствий;*

**• высокой нагрузкой для микросоциального (главным образом, семейного) окружения в связи с проявлением заболевания у находящегося в нем больного;**

Соответственно этому, главные задачи психотерапии при шизофрении состоят:

- 1) в предупреждении обострения;**
- 2) компенсации негативной симптоматики;**
- 3) снижении уровня стрессогенности микросоциального окружения по отношению к больному;**
- 4) преодолении социальных последствий заболевания;**
- 5) психологической адаптации социального окружения, контактирующего с больным;**
- 6) коррекции с помощью специфических моделей психоаналитической психотерапии искажения восприятия мотивационных структур (1).**

Достижение этих задач не приводит к полному излечению пациента, но создает условия для успешной социальной реабилитации больного – оптимизации непосредственного взаимодействия пациента с естественной средой обитания – производственной, межличностной, семейной, бытовой. Необходимо помнить, что психотерапия психозов должна соотноситься (быть релевантной) с «моделью болезни», которая предполагает, что симптом является прежде всего следствием церебральной патологии (12) и имеет своей целью не «окончательное» излечение пациента, а приобретение им нового опыта существования с психической болезнью как проблемой, не поддающейся полному устранению и доступной только ограниченному сознательному регулированию. Таким образом, речь идет об адаптации прежнего когнитивного, эмоционального и поведенческого опыта пациента к его функционированию в условиях периодической или постоянной, биологически обусловленной, психической дезинтегрированности.

Решение вышеперечисленных задач возможно только при одновременном применении разнообразных психотерапевтических подходов. Так, наиболее эффективными психотерапевтическими методами, приводящими к снижению частоты рецидивирования, являются, во-первых, различные варианты семейной психотерапии, направленные на снижение «выраженности эмоций» или «эмоциональной экспрессивности» (критические замечания, чрезмерная назойливость, эмоциональная холодность и

враждебность со стороны членов семьи) по отношению к больному, оптимизацию социальных ожиданий к больному в семье, снижение «семейной нагрузки» и, во-вторых, обучение пациента способам управления болезнью. Существуют также специальные подходы для уменьшения нежелательных эффектов негативной симптоматики и повышения уровня социального функционирования больного.

## **СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗАХ ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Методы семейной психотерапии, доказавшие свою эффективность не только в снижении рецидивирования заболевания, но и в улучшении социального функционирования пациентов, опираются на следующие принципы:

- 1) выработка позитивного подхода и достижение рабочих взаимоотношений между терапевтом и членами семьи;
- 2) обеспечение устойчивой структуры и стабильности функционирования семьи;
- 3) акцент на использование в процессе психотерапевтических занятий принципа «здесь и сейчас»;
- 4) использование в процессе психотерапии концепций, создаваемых и реализуемых семьей;
- 5) использование приемов когнитивно-поведенческой психотерапии;

Основными целями семейной психотерапии является:

- нормализация реакции семьи на психическое заболевание родственника;
- усиление семейного сопротивления болезни;
- снижение семейной нагрузки.

Наиболее релевантным адаптационной теории эндогенных психических расстройств является метод психотерапевтической работы с семьей, направленный на увеличение предсказуемости и стабильности семейного окружения пациента через снижение у членов его семьи тревоги, усиление их уверенности в себе, повышение знаний о заболевании и способности конструктивно реагировать на больного. В основе данного подхода лежит представление, что научение членов семьи техникам совладания с

симптомами заболевания снижает эмоциональное давление со стороны родственников на пациента и сводит к минимуму возможность его гиперстимуляции через аффективно заряженные коммуникации, характеризующиеся критицизмом или чрезмерной вовлеченностью членов семьи в проблемы пациента (18). Эти широкие цели семейного вмешательства могут быть сформулированы в виде узких и определяемых задач:

- а) снижение стресса у членов семьи, вызванного фактом и проявлениями психического заболевания у родственника;
- б) повышение понимания заболевания членами семьи и формирование адекватного отношения к длительной лекарственной терапии;
- в) улучшение коммуникаций, обучение навыкам проблемно-решающего поведения;
- г) восстановление и усиление социальных связей семьи;
- д) минимизация длительно существующих разногласий, вызывающих эмоциональное напряжение в семье.

## **СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

### ***1. Снижение семейного стресса у членов семьи..***

Шизофрения, проявляющаяся отгороженностью пациента от социального окружения, нарушением его коммуникаций и непредсказуемостью поведения, делает очень сложными взаимоотношения даже в тех семьях, которые хорошо справляются со всеми другими кризисами. Поскольку трудно понять причины и значение необычного поведения пациента, оно вызывает у членов семьи чувства вины, гнева или чрезмерной озабоченности. Эти чувства могут быть причиной возникновения или обострения уже имевшихся в семье «коммуникативных отклонений» (14) и повышенной «выраженности эмоций» (25).

Для коррекции семейного стресса следует использовать следующие техники: присоединение к семье (4); достижение лечебного контракта; беседы об истории кризиса и связанных с ним чувствах; о пациенте и болезни; достижение эмпатии во взаимоотношениях между членами семьи и психотерапевтом; выработка практических предложений, которые мобилизуют и трансформируют эмоциональное напряжение в эффективные механизмы совладания со стрессом.

Членам семьи предлагаются ясные правила, благоразумные и умеренные ожидания, которые упрощают семейные интеракции, поддерживают и облегчают эффективные межличностные и межвозрастные границы. Ясные границы и правила способствуют поддержанию структуры и предсказуемости семейной жизни и снижают хаос, гиперстимуляцию и необходимость принятия скоропалительных решений в кризисных ситуациях. Более того, если члены семьи обеспечены основными принципами регулирования обостряющегося поведения больного, то они обычно меньше реагируют на его отклоняющееся поведение, более уважительны к потребности пациента в поддержании индивидуальной комфортной межличностной дистанции, начинают контролировать собственную дистанцию во взаимоотношениях с пациентом и более уверены в своих возможностях сосуществовать с пациентом в течение многих лет.

## ***2. Повышение понимания заболевания членами семьи.***

Обеспечение родственников информацией относительно теории этиопатогенеза, течения, прогноза, симптоматологии, эффективного управления заболеванием направлено на снижение у них чувства вины, раздражительности и других эмоциональных переживаний, приводящих к гиперпротективному или чрезмерно критичному поведению. Конечной целью такой работы является доведение максимальной информации о заболевании до родственников с целью достижения общего представления о болезни и способах ее преодоления в треугольнике врач-родственники-пациент.

Это достигается с помощью постепенного и дозированного обеспечения информацией о тяжести и последствиях заболевания, выявлении точек соприкосновения и точек разногласия относительно природы заболевания у родственников, больного и терапевта.

Усилия должны быть направлены на снижение вероятности негативного или чрезмерно упрощенного одностороннего взгляда родственников на больного. Наибольшее внимание уделяется двум крайним позициям: а) мнению членов семьи о том, что пациент «неизлечимо болен» или что он не может контролировать свое поведение; б) точке зрения на больного как имеющего дурной характер или как вполне способного контролировать свое



поведение, но не делающего этого только из-за собственной вредности или лени.

В первом случае семьи склонны реагировать чрезмерной эмоциональной вовлеченностью в состояние пациента, чрезмерной сосредоточенностью на нем и постоянно пытаются поддержать и ограничить больного, чтобы компенсировать реальный, но все-таки преувеличенный ими дефект. И хотя проявление определенной доли протективности несомненно необходимо, все-таки чрезмерная протекция является дополнительным стрессогенным фактором для всех членов семьи, включая самого больного. Гиперпротективные семьи не склонны нагружать пациента нереалистичными ожиданиями, но они часто не способны обеспечить пациента адекватными представлениями о социальной структуре и границах, необходимыми для того, чтобы упростить восприятие больным окружающей среды, минимизировать порожденное болезнью ее диссоциированное восприятие и создать условия для индивидуального роста.

Во втором случае родственники, предполагая, что пациент может исправить свое проблемное поведение с помощью силы воли, реагируют критикой, гневом и враждебностью.

Эти две крайних точки зрения часто зависят от непонимания родственниками сути шизофренического процесса, приводя к неправильной трактовке ими девиантного поведения больного и обуславливая такие эмоциональные ответы на это поведение, которые часто становятся мишенями для бреда и страхов пациентов (24).

Обеспечение родственников больного информацией (даже неполной) приводит к улучшению понимания членами семьи болезни и усилению их эмоциональной толерантности к больному, а также способствует более адекватному использованию имеющихся в распоряжении семьи поведенческих навыков. В результате происходит снижение конфликтов между членами семьи, которые приобретают более адекватные представления о возможностях пациента и оказываются способными к более правильным путям реагирования на его поведение. Таким образом, эмоциональная напряженность семейной жизни снижается, а конструктивная суппортивность усиливается.

Темы занятий и тренинговых семинаров, которые могут проводиться как с отдельной семьей, так и в группах, состоящих из нескольких семей, изложены в таблице 1 (см. приложение).

### ***3. Улучшение коммуникаций, обучение навыкам проблемно-решающего поведения***

Зачастую семьи больных уже к моменту манифестации заболевания имеют проблемы во взаимоотношениях в виде «коммуникативных отклонений», проявляющихся аморфностью, неясностью и фрагментарностью коммуникаций, и порожденные этим сложности в разрешении внутрисемейных конфликтов. Для уменьшения этих проявлений обычно используются техники поведенческого и ролевого тренинга, направленные на:

- 1) снижение уровня критических замечаний по отношению к пациенту путем разграничения поступков, обусловленных заболеванием, от поступков, связанных с особенностями межличностных отношений;
- 2) создание во время занятий условий для дистанцированного обсуждения эмоционально горячих тем в присутствии терапевта как лица нейтрального и незаинтересованного;
- 3) осуществление поддержки больного в случае чрезмерного давления со стороны членов семьи (требования, претензии, критика);
- 4) коррекция коммуникативных нарушений путем воодушевления родственников к более короткому, ясному и прямому выражению своих мыслей;
- 5) оптимизация эмоциональной дистанции между пациентом и родственниками;
- 6) негрубое директивное вмешательство в неконструктивные и имеющие характер «двойной связи» коммуникации между больным и родственниками;
- 7) формирование адекватных ожиданий от больного путем конструктивного обсуждения его реальных возможностей и ограничений, а также с помощью контролируемых и постепенно усложняющихся домашних заданий;
- 8) проигрывание типичных семейных конфликтов во время сессии с последующим их обсуждением и повторным проигрыванием в более ясной коммуникативной манере.

### ***4. Нормализация социальных контактов семьи***

Как сами больные шизофренией, так и их родственники имеют тенденцию к сокращению связей с более обширной социальной средой, которая могла бы быть потенциальным буфером от

стрессовых влияний (10, 11, 23). Известно, что здоровые члены семьи с низкой или уменьшенной социальной поддержкой больше вовлекаются в гиперпротективные или критикующе-враждебные отношения с пациентами (11). Кроме того, дефицит внешней социальной поддержки логично приводит к увеличению количества времени, которое родственники проводят лицом друг к другу, интенсифицируя эмоциональные отношения, что потенциально чревато обострением заболевания у пациента. Нашими исследованиями убедительно доказано, что социальная изоляция семьи является наиболее важным фактором, снижающим качество жизни больных шизофренией (2, 3)

По этой причине большое значение должно уделяться увеличению как количества, так и качества социальных контактов семьи больного. С помощью домашних заданий можно и необходимо стимулировать возникновение и сохранение следующих типов внесемейных социальных контактов:

- межличностные контакты, где другие люди используются для отреагирования беспокойства, напряжения и нужд членов данной семьи, и, таким образом, обеспечивают поддержку и успокоение;
- социальные контакты или отдых, которые необходимы для отвлечения, развлечения или стимулирования тех интересов, которые могут снизить тотальность вовлечения семьи в жизнь пациента и его заболевание;
- рабочие и профессиональные контакты, которые подчеркивают альтернативные области личной компетенции, альтруизма и возможности быть востребованным другими.

Очень сложной проблемой для психотерапевта является реакция семьи на стигматизирующий эффект психического заболевания. Процесс, который происходит в семье после манифестации заболевания у родственника, был обозначен термином «самостигматизация» семьи (2). Характерными его признаками являются:

- а) социальная самоизоляция семьи, сокрытие от окружающих информации о заболевании родственника и фиксация лишь на «своей» проблеме;
- б) демонстрация исключительности своей ситуации, обусловленной психическим заболеванием члена семьи.

Выделяются три этапа семейной «самостигматизации»:

На первом этапе члены семьи стараются скрыть факт заболевания родственника, что обычно осуществляется за счет ограничения прежних социальных контактов.

Второй этап наступает в том случае, когда сокрытие информации о заболевании становится невозможным по причине заметной для окружения социальной дезадаптации больного или из-за его необычного поведения. Именно этот этап является критическим для нахождения семьей путей приспособления к проживанию с психически больным.

На третьем этапе семейная адаптация завершается либо окончательной изоляцией семьи, противопоставлением себя обществу, принятием роли «изгоев» и т.п., либо семья находит адекватные пути приспособления, вырабатывая нейтрально-доброжелательное отношение к наличию в семье больного. В этом случае здоровые члены семьи получают возможность для нормализации своего досуга и повседневной активности, восстановления прежних или создания новых социальных связей.

#### ***5. Уменьшение длительно существующих разногласий, вызывающих стресс в семье.***

Эти проблемы могут быть специфичными для семей больных шизофренией, но могут быть и не связанными с попытками семьи справиться с проявлениями шизофрении. К их числу относятся проблемы, затрагивающие отношения между родителями и детьми, а также конфликты между сиблингами, связанные с финансовыми взаимоотношениями, семейными тайнами и т.д. Длительно существующие проблемы могут провоцировать (вследствие повышенной эмоциональной чувствительности как самих больных, так и — после возникновения заболевания — вследствие интенсификации эмоциональной напряженности семьи в целом) обострения состояния а также способствовать резистентности симптоматики к проводимой фармакотерапии.

Для решения этих -проблем необходимо использовать традиционные техники структурной и системной семейной психотерапии, описанные в литературе.

Наш опыт работы позволяет выделить два принципиальных этапа динамики семейной системы при проведении психотерапии у больных шизофренией:

1) этап адаптации семьи к психической болезни родственника;

2) этап превращения семейной среды в терапевтическую.

На первом этапе в процессе адаптации членов семьи к проживанию с больным родственником происходит:

а) снижение уровня стресса, вызванного фактом возникновения заболевания у родственника;

б) преодоление чувства вины или чрезмерной тревоги по отношению к заболевшему родственнику;

в) адекватное отношение к заболеванию;

г) выработка толерантности к периодическим ухудшениям состояния больного и научение способам совладания с проявлениями заболевания и адекватного эмоционального реагирования на них;

д) создание оптимальной эмоционально-психологической дистанции между пациентом и членами семьи;

е) предъявление адекватных ожиданий к больному;

ж) сохранение существовавших до заболевания конструктивных элементов стиля и образа жизни семьи;

3) сохранение или восстановление социальных связей семьи.

После того, как достигается достаточный уровень адаптации членов семьи к психическому заболеванию родственника, обычная семейная среда становится «терапевтической». В этом случае пациент начинает чувствовать, что обладает прежней свободой, как и до болезни, что существующие социальные ограничения носят временный и действительно обоснованный характер, что его заболевание не принесло чрезмерного ущерба никому из его родных, что он в любой момент может надеяться на помощь и поддержку, что от него никто не будет требовать невозможного или психологически непреодолимого, что его незначительные (по сравнению с доболезненным уровнем) успехи поощряются, что проявления заболевания не идентифицируются окружающими с его личностью. В такой ситуации факт болезни постепенно теряет свою катастрофичность и больной получает возможность шаг за шагом создавать эффективные стратегии совладания с заболеванием и адаптации к социальной среде, спонтанно развивая процесс Я-отмежевания. Одной из важных характеристик «терапевтической» семейной среды являются ясные и одновременно гибкие границы как внутри семьи, так и между семьей и окружающим ее социальным пространством.

Такая структура укрепляет идентичность не только пациента, но и здоровых членов семьи, часто имеющих значительную дисгармонию в своем индивидуальном развитии.

## СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ЭНДОГЕННЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ

Больные маниакально-депрессивным психозом отличаются от большинства больных шизофренией приступообразностью течения заболевания и отсутствием грубой негативной симптоматики в период ремиссии, что позволяет им длительно сохранять свою социальную адаптацию, профессиональный рост и формировать стабильные супружеские отношения.

При проведении семейной психотерапии с больными маниакально-депрессивным психозом должны использоваться основные положения, описанные для семейной психотерапии эндогенных психозов (информирование родственников, структурирование семейной среды, достижение лекарственного комплайенса, обучение родственникам навыкам управления болезнью и фиксации пререцидивной симптоматики, снижение семейного стресса и семейной нагрузки и т.д.). В то же время семейная психотерапия больных маниакально-депрессивным психозом должна учитывать клинические особенности заболевания. Это связано с тем обстоятельством, что взаимодействие родственников с больными, находящимися в психотическом маниакальном состоянии, определяется в первую очередь психопатологическими особенностями заболевания и приближается ко взаимодействию с пациентами, имеющими острые шизофренические нарушения, в то время как при эндогенной депрессии характер семейных взаимоотношений во многом зависит от специфики реакции людей, находящихся в длительном контакте с такими пациентами.

### 1. *Особенности психологических взаимоотношений между родственниками и больными эндогенной депрессией.*

Понимание динамики интрапсихических процессов у лиц, находящихся лицом к лицу с депрессивным больным, имеет основополагающее значение для формирования оптимальной психотерапевтической стратегии для этой группы пациентов. Наш

собственный опыт подтверждает точку зрения авторов, выделяющих ряд общих признаков, характерных для поведения лиц, длительно контактирующих с депрессивным пациентом.

Большинство родственников депрессивных больных в той или иной степени чувствуют неуверенность, многие отмечают, что не могут установить близкий эмоциональный контакт с больным («не могут достучаться»), большинству родственников хотелось бы активно и в максимально короткое время вывести пациентов из состояния психомоторной заторможенности («встряхнуть» больного, «пробудить его от спячки»). Кроме того, монотонность и стереотипность ответов больного создают у них чувство участия в трудной и бесперспективной работе. «Они ощущают бесперспективность своих попыток помочь больному, не могут постичь суть его страдания, что приводит к одновременному ощущению беспокойства и бессмысленности каких-либо действий». (16). Швейцарский психолог A.Leder (21) отмечал по этому поводу следующее: «содержание жалоб больного меланхолией вызывает у многих здоровых людей преходящее состояние отсутствия чувств, отсутствия уверенности в себе, утраты интересов и заторможенности желаний. Поэтому велико искушение с целью самозащиты по возможности ограничить контакт с больным, держаться от него на почтительном расстоянии, сохранять определенную дистанцию».

Такая неуверенность появляется даже при кратковременных контактах с депрессивным больным. Собеседники пациентов чувствуют нерешительность, изменение настроения (чаще -депривацию, реже — раздражение), проявляют «щадящие» паттерны поведения с одновременной тенденцией уклониться от повторных контактов (19). Родственники же больного находятся в значительно более тяжелом положении. «Их неуверенность в себе всеобъемлюща. Тот, кто связан с депрессивным больным родственными узами или брачными отношениями, часто испытывает угрозу основам своего существования» (16).

В целом депрессивное поведение может быть оценено как очень сильный коммуникативный раздражитель. И большинству людей не удастся уклониться от этого аспекта поведения депрессивных больных. В модели поведения депрессивного больного выделяются три сосуществующие друг с другом компонента: 1) призыв больного о помощи; 2) раздражение и дисфорию, которые могут выражаться в постоянном желании жаловаться и «брюзжать»; 3) депривационное поведение, вызывающие желание у партнера уклониться от общения.

Все эти компоненты депрессивного поведения часто сменяются один другим или выражаются одновременно. В результате супруг или родственник больного испытывает ряд различных чувств, имеющих разнонаправленный характер. Так, отчаяние депрессивного больного, его беспомощность побуждают сочувствие и призывают к соучастию. Но одновременно депрессивные жалобы зачастую вызывают враждебность, особенно если они произносятся в форме раздражения. Кроме того, поведение депрессивного больного вызывает так называемый депривационный эффект «захвата» (16), который является следствием обедненности эмоционально-мимических реакций больного, что делает общение с ним тяжелым, принудительным, монотонным, и зачастую ощущается как бессмысленное. Поэтому многие родственники больных депрессией чувствуют себя устраненными из общения, хотя это происходит не специально.

Эти три компонента депрессивного поведения противоречат друг другу. Они вызывают в родственнике одновременно соучастие, раздражение и желание устранился, а в результате эти чувства взаимно блокируют друг друга. Чувства, объединяющие в себе и сострадание, и принуждение, провоцируют такую динамику взаимоотношений с пациентом у родственника, которую он не в состоянии объяснить рационально, поэтому оценивает поведение больного как злонамеренные манипуляции. В результате родственник начинает требовать от больного такого поведения, к которому внутренне должен бы был принудить себя сам. Для того, чтобы избежать напряжения от переполняющих родственника противоречивых чувств, он либо требует от больного «взять себя в руки», либо начинает проявлять чрезмерную активность. Таким образом, родственник больного неизбежно попадает в конфликт «приближения-отстранения», желая одновременно и помочь, и устранился. Результатом может быть проявления паттернов «двойных коммуникаций», когда предложение о помощи высказывается равнодушно, а критические замечания — с теплотой и участием.

Кроме того, эмоциональное напряжение усиливается и тем простым фактом, что ближайшему родственнику депрессивного больного приходится брать на себя часть или почти все социальные обязанности пациента, связанные с ведением домашнего хозяйства, воспитания детей, финансовым обеспечением, а в некоторых случаях — и часть профессиональных обязанностей. По мере утяжеления депрессивного состояния поведение больного становится все более непонятным, а реакции родственников — все более неадекватными. В



итоге образуется порочный круг, характеризующийся ростом отрицательных переживаний как у больного, так и у членов семьи. Но, с другой стороны, чем яснее становятся для родственника болезненные проявления, тем более облегчается участие в больном и сочувствие ему. Однако на этом этапе многие родственники сопротивляются признанию болезни, «..так как это признание означает для них потерю. Поэтому признание наличия болезни означает для многих людей болезненный процесс размежевания. Но многим партнерам частичное дистанцирование помогает выстоять рядом с тяжело депрессивным больным... если они высоко ценят в больном другие качества» (16). Иными словами, если супругу или родственнику больного удастся на определенном этапе дистанцироваться от депрессивных паттернов коммуникаций и одновременно сохранить уважение и привязанность к больному на основании его предболезненных качеств, то это создает возможность проявлять непринужденное и свободное поведение, несмотря на монотонность и стереотипность поведения больного. С этого момента возможно формирование адаптивных копинг-стратегий у родственника, позволяющих управлять заболеванием и адаптироваться к различным компонентам лечения (побочные действия лекарств, финансовые проблемы, сужение социальных контактов, совладание с собственным эмоциональным напряжением и т.д.)

Таким образом, родственники депрессивного больного проходят ряд психологических фаз адаптации к болезни:

- **Утешение и стремление внушить надежду.**
- **Нарастающая усталость, изнеможение.**
- **Отстранение от интимного участия в болезни и эмоциональная отчужденность.**
- **Дистанцирование от наиболее болезненных паттернов депрессивных коммуникаций.**
- **Создание адекватных копинг-стратегий против общей проблемы - депрессии.**

Важно помнить как родственнику, так и психотерапевту, что даже сильно выраженная депрессивная реакция партнера (психогенного характера, обусловленная фактом заболевания эндогенной депрессией родственника) не может принести вреда депрессивному больному. Неблагоприятное течение болезни чаще отмечается у тех больных, у которых родственники перенесли менее выраженную депрессивную реакцию (13). Видимо, эта депрессивная

реакция родственника позволяет ему опосредованно поддерживать и участвовать в эмоциональном состоянии больного.

Большой вред больному может принести реакция родственников, оценивающих патологию больного как временную и незначительную безделицу. В таких случаях родственник может использовать сложившуюся ситуацию как возможность извлечь для себя наибольшую выгоду - использовать финансы больного, усилить влияние на детей, создать внебрачные связи или сыграть перед другими членами семьи роль «мученика». Тем не менее, в благоприятных случаях супружеские отношения во время эпизодов депрессии скорее укрепляются, чем распадаются. Пик расторжения брака приходится не на период депрессии, а на период, предшествующий ее началу, и в целом при развитии у одного из партнеров эндогенной депрессии уровень числа разводов значительно снижается (7, 15, 22). У женщин, в отличие от мужчин, после перенесенного депрессивного эпизода более длительно сохраняются отклонения в характере внутрисемейного общения. Это объясняется тем, что женщины более чувствительны к необходимости переложения забот, связанных с ведением домашнего хозяйства и воспитанием детей, на своего мужа во время заболевания, они занимают по отношению к этому факту более агрессивную позицию, чем мужчины (17). Более деструктивное влияние на супружеские отношения оказывают маниакальные эпизоды, встречающиеся при биполярном течении заболевания, которые вызывают более неадекватные поведенческие феномены, реакция на которые родственников сравнима с их реакцией на поведение больных шизофренией.

## ***2. Особенности семейной психотерапии больных с эндогенными депрессиями.***

Врачу, проводящему семейную психотерапию больных с эндогенной депрессией, необходимо знать, что наиболее эффективными психотерапевтическими подходами к таким пациентам являются когнитивно-поведенческая терапия (8) и межличностная психотерапия (20).

Когнитивная психотерапия направлена на устранение иррациональных идей, часто высказываемых больными депрессией. Проблемы у депрессивного пациента вытекают из-за искажений восприятия реальности, вызванных как характером заболевания, так и ошибочными представлениями, обусловленными неправильным

обучением пациента в процессе его развития. В связи с этим невозможно понять характер эмоциональных нарушений человека без таких важных его когнитивных конструкций, как представление о себе, самооценка, самоотождествление, идентификация, надежды, самопроекция в будущее (6).

Когнитивная терапия — это набор терапевтических техник, имеющих цель облегчить психологические расстройства через направленную модификацию сопутствующих им дисфункциональных представлений. Когнитивная терапия предполагает, что ошибочные представления ведут к искажению восприятия реальности, а источником этих ложных представлений является дефектное обучение в процессе эмоционально-когнитивного развития личности. Формула лечения может быть выражена просто: **психотерапевт помогает пациенту идентифицировать искаженные мысли и научиться более реалистическим способам формулировки своих переживаний.** Терапия основана на психопатологической теории, описывающей тесное реципрокное взаимодействие между познавательными процессами, эмоциями, поведением и внешней средой. Человек в состоянии исправить неправильные представления, вызывавшие эмоциональные нарушения, при помощи все того же проблемно-решающего аппарата, который он привык использовать на различных этапах своего развития.

В целом когнитивная терапия основана на четырех гипотезах:

1. Мышление и эмоции связаны.
2. Мышление и эмоции сопровождают друг друга, действуя в круговороте отношений «причина-следствие».
3. И мышление, и эмоции имеют тенденцию принимать форму саморазговора или внутренних предложений; предложения, которые люди проговаривают про себя, являются или становятся их мыслями.
4. Внутренние самовысказывания людей могут генерировать и изменять их эмоции.

Каждодневный опыт показывает, что любой человек принимает массу сложных решений анализируя внешние события, отделяя главное от второстепенного, ложные опасности от настоящих, сознательно ограничивает свои фантазии и желания. Человека можно побудить сконцентрироваться на потоке мыслей или образов для точного определения их личного значения. В результате индивидуум перестает рассматривать свою проблему как возникшую вследствие таинственных и неподвластных ему сил, лежащих либо в подсознании и условных рефлексах, либо в

сложном биохимическом аппарате мозга. Он становится активным участником процесса терапии, способным к самообучению, что помогает ему справляться с аналогичными проблемами и после завершения курса терапии. Так как когнитивные процессы легко идентифицируются путем интроспекции, их можно сразу же исследовать.

Для более ясного понимания теории предлагается схема организации поведения — АВС, в которой:

**А** — активирующее событие.

**В** — рациональные и иррациональные убеждения (автоматические мысли).<sup>1</sup>

**С** — эмоциональные и поведенческие последствия.

Когнитивный подход сосредоточен на сознательном значении, а также на внешних событиях. **Для того, чтобы понять эмоциональные реакции на событие, необходимо провести разграничения между словарным, или «публичным», значением случая и его индивидуальным или личным значением.** Публичное значение представляет собой официальное, объективное определение события, свободное от личного (индивидуального) или дополнительного значения. Личное значение события, его смысл и образ представляют собой то, что называется «внутренней реальностью».

Автоматические мысли, становящиеся тем заметнее, чем тяжелее психические нарушения у пациента, имеют ряд общих характеристик.

1. Обычно являются не смутными и несформулированными, а **конкретными и разделными.**

2. Возникают в некоем стенографическом виде, то есть в форме существенных слов и фраз (как в телеграммах).

---

<sup>1</sup> Рациональные и эмоциональные убеждения возникают в сознании пациента автоматически (в виде так называемых автоматических мыслей). При неожиданных эмоциональных реакциях у пациента возникает «когнитивное событие» (образ или реминисценция в свободно текущем потоке сознания). Это и есть автоматическая мысль. Обычно предлагается следующая инструкция для выявления автоматических мыслей: «В любом случае, когда Вы начинаете испытывать неприятное чувство или ощущение, постарайтесь вспомнить, какие мысли у Вас возникали до наступления этого состояния». Это помогает идентифицировать мысли или представления, которые предшествовали возникновению эмоций.

3. Не являются результатом обдумывания, рассуждения или рефлексии.

4. Характеризуются отсутствием логической последовательности этапов, в отличие от мышления при обдумывании какой-либо цели или решения задачи.

5. Возникают словно «рефлекторно».

6. Оказываются относительно автономными, так как пациент не прилагает каких-либо усилий, чтобы их вызвать, и эти мысли трудно выключить, особенно при тяжелых психических расстройствах.

7. Пациент склонен рассматривать подобные мысли как правдоподобные и рациональные, хотя сторонний наблюдатель может посчитать их нереальными и неестественными.

8. Пациент считает эти мысли бесспорно обоснованными (сталкиваясь с ними в реальной ситуации, склонен верить в их реалистичность, даже если в процессе беседы с терапевтом сделан вывод об их необоснованности и нелогичности).

9. Словесное выражение мыслей может меняться в зависимости от ситуации, но обычно включает в себе одну и ту же тему.

10. Пациенты с обсессивной симптоматикой, как правило, не сообщают, что мысли у них повторяются.

11. Противоречие объективного опыта этим мыслям не имеет для пациента никакого значения.

12. Содержание автоматических мыслей часто является идеосинкразическим, поскольку они кажутся странными не только их носителю, но и другим пациентам с тем же диагнозом. Эти мысли тесно связаны с проблемами пациента.

13. Эти мысли предшествуют возникновению эмоции.

14. Эти мысли в большей степени искажают действительность, чем мышление иного типа.

15. Автоматические мысли могут быть представлены как в лингвистической, так и в зрительной форме и играть одинаково важную роль в поведении.

Мышление и эмоции воздействуют на поведение, а поведение влияет на эмоции и мысли, таким образом их редко удается разграничить и выделить в чистом виде. Поэтому для многих пациентов желательно поведенческое вмешательство на начальных стадиях терапии. Особенно это применимо к пациентам с тяжелой депрессией, переживающих апатию, ангедонию и иммобильность. Такие пациенты нуждаются в изменении поведенческих паттернов, обуславливающих уход в себя и неподвижность, до того, как к ним

полностью применены упражнения по изменению их сознания. В этом случае когнитивная и поведенческая техники выглядят, как дополняющие друг друга, и использование последней может оказаться для терапевта первой точкой отсчета в системе формируемой им веры пациента в свое успешное лечение. Целесообразно использовать следующие поведенческие техники: ***активирование режима, мониторинг мастерства и удовольствия, градуированные задания, поведенческая репетиция, поведенческий эксперимент.***

1. Активирование режима. Детальное планирование с помощью врача ежедневной активности больных, что дает прекрасные результаты у дезорганизованных обсессивных или апатических пациентов.

2. Мониторинг мастерства и удовольствия. Ежедневная запись пациентом (по рекомендации врача) своей активности, с обязательной отметкой того, что дает ему ощущение владения собой или удовольствия, или и то, и другое. Одна из целей, которой служит эта техника — это увеличение ощущения контроля пациентами своей жизни для разрушения ощущения ангедонии. В том случае, когда пациент настаивает, что «ничто не может принести мне удовольствие», целесообразно предложить ему отметить (например, по пятибалльной системе) уровень удовольствия, получаемого от различной активности. Врач измеряет различные варианты, предложенные пациентом, и замечает ему, что некоторые виды активности менее неприятны, чем другие. Для тревожных и фобических пациентов переживания владения собой могут включать более закрытые фобические ситуации.

3. Градуированные задания. Дозированное и медленное выполнение пациентом усложняющихся заданий, направленных на успешное приближение к желаемой цели и выработку в связи с этим желаемого поведения. Например, тяжело депрессивный пациент, прекративший готовить себе пищу, оказывается в состоянии выполнять градуированные задания, имеющие конечной целью приготовления себе еды в полном объеме, хотя первыми шагами на этом пути были варка яиц или даже разогревание воды. Похожий подход используется и при наличии у пациентов тревоги. В этом случае больным предлагается выполнение градуированных заданий, требующих реализации в ситуациях, вызывающих тревогу.

4. Поведенческая репетиция. Использование ролевых игр и воображения для подготовки пациента к возможным стрессовым событиям в его жизни. Так, в рамках борьбы с тревогой и с длительной депрессией (тематически связанной с разногласиями пациента с

супервизором), возникающими, например, у преподавателя ВУЗа, преподаватель и его терапевт разыгрывали различные потенциальные взаимодействия с виртуальным супервизором, включая и те, в которых преподаватель испытывал наибольший страх. Когда пациент играл супервизора, терапевт (играющий роль пациента) разыгрывал для него возможные варианты подходящего поведения. В результате пациент получал возможность видеть адекватные образцы поведения в различных ситуациях и использовать стратегию, выработанную во время терапии, в своей реальной жизни.

5. Поведенческий эксперимент. Проверка достоверности и полезности дисфункциональных умозаключений. Используется для того, чтобы изменить когнитивные расстройства и дисфункциональные послышки пациентов (в том случае, когда простые разъяснения или увещания врача недостаточны). В некоторых случаях такое квазитерапевтическое вмешательство врача в дальнейшем способствует углублению совместной работы врача и пациента над психологическими проблемами, связанными с болезненным состоянием. Так, молодой человек был убежден, что с того времени, как он стал депрессивным, женщины не обращают на него внимание. Терапевт объяснил ему, что до начала работы над гетеросексуальным поведением пациента, необходимо определить, как в действительности женщины его игнорируют. Терапевт попросил пациента записывать в течение дня количество женщин, флиртующих с ним. Анализируя эти записи, неожиданно для себя пациент обнаружил, что гораздо больше женщин, чем он предполагал, пытались с ним флиртовать. После этого, записывая реакцию на него женщин, пациент перестал связывать ее со своим первоначальным депрессивным предположением.

Эффективность когнитивной психотерапии (в том числе с элементами поведенческой) подтверждена при эндогенных депрессивных состояниях средней степени тяжести; контролем служили больные, не получающие или получающие минимальную психотерапию (9).

Межличностная психотерапия основана на предположении, что депрессия существенно зависит от межличностных отношений. Лечение направлено на то, чтобы облегчить эти отношения, улучшить социальную адаптацию и повысить коммуникабельность, уменьшить скрытность больного и тем самым дать ему возможность выражать свои мысли и чувства. Раннему опыту, подсознанию, самопознанию большого внимания не уделяется. У большинства пациентов, заболевших депрессией легкой или средней степени тяжести, сомнения

в своей собственной состоятельности не выступают на первый план. Эти больные в значительно большей степени озабочены очевидными, сиюминутными трудностями в супружеских и семейных отношениях, а также трудностями при общении. Больные не слишком стараются вытеснить раздражение или боль. На первый план выступают реальные последствия утраты, от которых они не могут избавиться. В таких случаях применим прямой подход к тем конфликтам, которые прячутся за фасадом проблем, возникших вследствие утраты. Если лечащий врач в состоянии провести различие между важными основными чувствами пациента и его депрессивным оцепенением, то он сможет оказать поддержку больному, который ищет помощи.

Таким образом, семейная психотерапия у больных с эндогенной депрессией должна акцентироваться: 1) на соответствии когнитивного восприятия членами семьи и самим пациентом проявления его состояния и реальной ситуации; 2) на учете возможностей членов семьи, вовлеченных в депрессивные паттерны взаимодействия, использовать свой прошлый опыт проблемно-решающего поведения для адаптации к ситуации болезни с целью сохранения и поддержания режима собственной активности, позволяющего противостоять различным проявлениям психомоторной заторможенности, ангедоний и апатии у больного. Члены семьи должны иметь возможность вместе с больным сознательно пережить «печаль», «раздражение» или «страх», не относя эти чувства к проявлениям слабости, связанным с личной биографией и требующим их подавления. При депрессиях, пусковым механизмом которых являются межличностные отношения, значительное облегчение могут принести правильные разъяснения врача о нормальном течении реакции печали. Родственники должны быть информированы и обеспечены соответствующими рекомендациями в связи с возможными или актуальными суицидальными тенденциями больного. Для достижения этих целей могут быть использованы различные техники традиционной семейной терапии (4, 5).

Особую сложность представляет психотерапия пациентов с хроническими резистентными к терапии депрессиями. Главный принцип в работе с данной группой больных и их родственниками является «принцип надежды», подразумевающий не фальшивое утешение, нереалистические ожидания или преуменьшение симптомов депрессии. Врач не должен ни больному, ни родственникам давать определенные сроки редукции симптоматики, что может вызвать нагрузку вследствие напряженного ожидания. Но врач может сказать и



больному, и членам семьи, что даже длительно протекающие депрессии излечимы. Кроме того, необходимо по возможности ясно определиться с теми факторами семейной среды, которые могут способствовать удлинению депрессивной фазы и сконцентрировать на них психотерапевтические усилия.

К этим факторам можно отнести длительно существующие разногласия, когда депрессивное поведение воспринимается родственниками как одна из форм манипуляций в семейном конфликте; неадекватное эмоциональное реагирование в контексте «выраженности эмоций»; реакция беспомощности партнера; страх перед возможным маниакальным состоянием, приводящий к противодействию любым проявлениям нарастающей активности больного; опасения повторной или возможной суицидальной попытки, что также приводит к инстинктивному ограничению активности больного вследствие собственной неуверенности родственников; ситуация, когда супруг или родственник чувствуют себя жертвой заболевшего пациента, закрывая для себя возможность разделить депрессивные и психологические реакции больного, в результате чего усиливается давление критики и самоутверждения со стороны партнера.

Следующие рекомендации необходимо дать родственникам по поведению с депрессивным членом семьи (16).

- Отрицательные ощущения больного не следует принимать за безделицу, игнорировать их, не давать высказывать.
- Необходимо оценить сиюминутную безнадежность как проявление депрессивного состояния, дать реальную надежду больному на окончание депрессии.
- Не апеллировать к его воле и к таким добродетелям, как вера или чувство ответственности.
- Освободить больного от необходимости принимать решения, если для него это мучительно.
- Ни в коем случае не допустить принятие больным важных решений в период депрессивного эпизода: например, переменить профессию, расторгнуть брак и т.д.
- Допустить лишь относительную разгрузку в области личных и служебных контактов (за исключением случаев тяжелой депрессии). Никаких кардинальных изменений в установившихся привычках.
- Показать свое соучастие и понимание, когда депрессивному больному тяжело что-то делать, но поддержать его в выполнении собственных насущных и реальных задач.

- Следить за соблюдением режима, ритмичным распределением в распорядке дня (подъем, работа, еда, отход ко сну), который должен соблюдаться в будни, свободные и праздничные дни.
- Поддерживать больного, не допускать, чтобы он по утрам залеживался в постели, ложился спать слишком рано и уединялся в течении дня.
- Дать понять больному, что сексуальные желания во время депрессии теряют силу или вовсе пропадают.
- Поддерживать в больном сознание необходимости ухода за собой.
- Не позволять себе при общении с депрессивным больным пасть духом, например тогда, когда больной на все усилия родственника реагирует отрицательно.
- В присутствии больного избегать наигранной веселости, оживленности, пересказа сплетен, анекдотов.
- Избегать выражений, которые могли бы заставить больного улыбнуться, так как это может пробудить в нем чувство вины или боязнь осрамиться,
- Быть осторожным в выражении иронии, сарказма и так называемых безобидных шуток.
- Не напоминать о былых успехах и достижениях. Во время тяжелой депрессивной фазы не пытаться выяснить причины и поводы изменения настроения.
- Если депрессивный больной в состоянии плакать, поощрить его, дать выплакаться.
- Поощрять творческое самовыражение (рисование, музицирование, танцы) только тогда, когда у больного появится такое желание
- В случаях неглубокой депрессии стараться стимулировать дыхание больного (дыхательная гимнастика, плавание).

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА**

Нами осуществлена психотерапевтическая программа больных мало- и умереннопрогредиентной формой шизофрении с последующим катamnестическим обследованием через 12 мес. Результаты свидетельствуют об эффективности предлагаемого подхода. Получены достоверные корреляции ( $p < 0.05$ ) между наличием семейной психотерапии (62 больных шизофренией, срок катamnеза — 1 год) и некоторыми конструктивными поведенческими

копинг-стратегиями: *сотрудничеством* (коэффициент корреляции 0.365), *обращением* (коэффициент корреляции 0.341) и *избеганием* (коэффициент корреляции - 0.317), что подтверждает высокую значимость семейной психотерапии для формирования комплайенса и проведения реабилитационных мероприятий.

Кроме того, анализ регоспитализаций 102 больных шизофренией (катамнез — 1 год) обнаружил следующее : 1) в группе пациентов, где проводилось только фармакологическое лечение (N = 40) — 65%; 2) в группе пациентов, где вместе с фармакотерапией проводилась индивидуальная психотерапия и коммуникативно-активирующий тренинг (N =43) — 18%; 3) в группе пациентов, у которых сверх этого проводилась семейная терапия (N = 19) — 5%. Таким образом, включение в комплекс лечебно-восстановительных мероприятий семейной психотерапии в 3,5 раза уменьшает количество рецидивов у больных шизофренией.

Наконец, в группе пациентов, прошедших семейную психотерапию (по сравнению с группой не проходивших семейную психотерапию), выше, особенно в сфере межличностных отношений и отношений с родителями, была и успешность социального функционирования.

## СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вид В. Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении. - СПб., 1993.-236 с.
2. Зайцев В.В. Влияние семейных отношений на социальную адаптацию и качество жизни больных шизофренией: Автореферат дисс... канд. мед. наук. - СПб, 1999. – 23 с.
3. Коцюбинский А.П. «Значение психосоциальных факторов в этиопатогенезе шизофрении и социальной адаптации больных»: Автореферат дисс. ... докт. мед. наук. - СПб., 1999 – 46с.
4. Минухин С., Фишман Ч. «Техники семейной терапии» – Москва: «Класс», 1998.— 294 с.
5. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкас В. «Психология и психотерапия семьи» — СПб: «Питер», 2000г.— 652 с.
6. Arieti S. Bemproad J. Severe and mild depression. – Basic Books, NewYork. —1978.
7. Baer R. Die sozialpsychiatrische Prognose der zyklotimen Depression – Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1975
8. Beck A.T. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders – New York and Scarborough: Meridian Book, 1979.
9. Beck A.T., Rush J., Shaw B.F., Emery G. Kognitive Therapie der Depression. — Urban und Schwazenberg. Munchen. 1981
10. Beels C.C. Family and social management of schizophrenia// Schizophrenia Bull.- 1975.-Vol. 1,№ 13.-P. 97-118.
11. Brown G.W., Birley J.L.T., Wing J.K. Influence of family Me on the course of schizophrenic illness: a replication // Brit. J. Psychiat. -1972. -Vol. 121.-P. 241-258.
12. Carr V. J., Burnett P. Individual psychotherapy and schizophrenia // Austral. N. Zeal. J. Psychiat. —1983. — Vol.17. — P 245-251
13. Frick P. Krankheits - und Eheverlauf bei depressiven Patienten: Diss. Zurich —1987
14. Goldstein M.J., Rodnick E.H., Evannis J.R. et al. Drag and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics //Arch. Gen. Psych. – 1978. -Vol. 35 (10). - P.1169-1177.
15. Haase H.J. Depressionen. — Schattauer-Verlag, Stuttgart, 1976.
16. Hell D. Welchen Sinn macht Depression. - Rowohlt,Reinbek. – 1994 —258 S.
17. Hinchliffe M.K.; Hooper D.; Roberts F.J. The Melancholy Marriage — John Wiley & Sons, Chichester-New-York-Brisbane-

Toronto, 1978.

18. Hogarty G.E., Anderson C.M., Reiss D.J., Kornblith S.J., Greewald D.P., Javna C.D., Madonia M.J. Family psychoeducation, social skill training, and maintenance chemotherapy in treatment of schizophrenia // Arch. Gen. Psychiat. — 1986. — Vol. 43. — P. 633-642.
19. Hokanson J.E., Sacco W.P., Blumberg S.L., Landsum G.C. Interpersonal behavior of depressive individuals in a mixed-motive game // J. Abnorm. Psychol. —1980. — Vol. 89. — P. 320-332.
20. Klerman G.L., Weissman M.M., Rounsavill B.J., Chevron E.S. Interpersonal psychotherapy of depression. —Basic Books, New York, 1984.
21. Leder A. Uber den Umgang mit Melancholikern. – Unveroeffentliches, Manuskript, 1979
22. Stevens B. Marriage and fertility of women suffering from schizophrenia and affective disorders. Oxford University Press. London. 1968
23. Tolsdorf C.C. Social networks, support and coping: An explanatory study // Fam. Proc. -1976 - Vol.15. - N.4. - P.404-417.
24. Yarrow M.R., Schwartz C.G., Murphy H.S., Deasy L.C. The psychological meaning of mental illness in the family // J. Soc. Iss. –1955-Vol.11.-P.12-24.
25. Vaughn C.E., Leff J.P. The measurement of EE in the families of psychiatric patients // Brit. J.Soc. Clin. Psychol. -1976. - Vol. 15. – P.157-165.
26. Мак Маллин Р. Практикум по когнитивной психотерапии. – СПб.: «Речь», 2001.
27. Сатир В. Психотерапия семьи. — СПб: «Ювента», 1999.
28. Финзен А. Психоз и стигма. Преодоление стигмы – отношение к предубеждениям и обвинениям.— М.: «Алетейя», 2001.
29. Хелл Д., Фишер-Фельтен М. Шизофрениии. Основы понимания и помощь в ориентировке. — М.: «Алетейя», 1998.
30. Шизофрения. Изучение спектра психозов. Под ред. Р.Дж. Энцилла, С. Холлидея, Дж. Хигенботтэма. —М.: «Медицина», 2001.

**ПРИЛОЖЕНИЕ**  
**ТЕМЫ ЗАНЯТИЙ И ТРЕНИНГОВЫХ СЕМИНАРОВ**  
**СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

№ занятия	Содержание занятия	Продолжительность (в минутах)
1	<i>Семинар:</i> «Ознакомительная встреча».	30
	<i>Тренинг:</i> «Установление контакта с больным родственником».	90
2	<i>Семинар:</i> «Общие представления о психических расстройствах».	30
	<i>Тренинг:</i> «Обсуждение с больным факта его заболевания».	90
3	<i>Семинар:</i> «Виды и признаки психических нарушений, диагнозы».	30
	<i>Тренинг:</i> «Тактика поведения при обострении психических расстройств (бред, галлюцинации, отгороженность, отказ принимать пищу)».	90
4	<i>Семинар:</i> «Виды и признаки психических нарушений, диагнозы» (окончание)	30
	<i>Тренинг:</i> «Тактика поведения при депрессии».	90
5	<i>Семинар:</i> «Специфические проблемы в поведении больного».	30
	<i>Тренинг:</i> «Неряшливость, бездеятельность – пути преодоления».	90
6	<i>Семинар:</i> «Специфические проблемы в поведении больного» (продолжение).	30
	<i>Тренинг:</i> «Необщительность больного».	90
7	<i>Семинар:</i> «Специфические проблемы в поведении больного» (окончание).	30
	<i>Тренинг:</i> «Поведение при асоциальных контактах, вовлечении в секту».	90
8	<i>Семинар:</i> «Агрессивность и покушение на самоубийство».	30
	<i>Тренинг:</i> «Поведение в ситуации	90

	агрессии»	
9	<i>Семинар:</i> «Лекарственная терапия».	30
	<i>Тренинг:</i> «Поведение при покушении на самоубийство».	90
10	<i>Семинар:</i> «Лекарственная терапия» (окончание).	30
	<i>Тренинг:</i> «Обсуждение с больным лекарственной терапии».	90
11	<i>Семинар:</i> «Психотерапия».	30
	<i>Тренинг:</i> «Отказ больного принимать лекарства».	90
12	<i>Семинар:</i> «Психотерапия» (окончание).	30
	<i>Тренинг:</i> «Проблемы общения с лечащим врачом» (в больнице, диспансере).	90
13	<i>Семинар:</i> «Влияние семьи на течение заболевания».	30
	<i>Тренинг:</i> «Конфликт в семье».	90
14	<i>Семинар:</i> «Права пациентов и родственников» .	30
	<i>Тренинг:</i> «Конфликт в семье».	90

**ТЕМЫ ЗАНЯТИЙ И ТРЕНИНГОВЫХ СЕМИНАРОВ  
СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (окончание)**

№ занятия	Содержание занятия	Продолжительность (в минутах)
15	<i>Семинар:</i> «Дееспособность, профессиональные ограничения, инвалидность, трудоустройство».	30
	<i>Тренинг:</i> «Навыки решения проблем (умение договариваться, выработать решение, идти на компромисс, выслушать противоположную сторону и т.д.)».	90
16	<i>Семинар:</i> «Общественные организации родственников больных».	90
17	<i>Семинар:</i> «Клубы для психически больных, «группы роста», общественные организации больных, группы самопомощи».	90
18	<i>Семинар:</i> «Пути участия родственников в планировании служб охраны психического здоровья, взаимодействие профессионалов и потребителей».	90



## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ.....	3
МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕТОДА.....	4
ОПИСАНИЕ МЕТОДА.....	4
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ.....	4
СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	6
СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ.....	7
Снижение семейного стресса.....	7
Повышение понимания заболевания другими членами семьи.....	8
Улучшение коммуникаций, обучение навыкам проблемно- решающего поведения.....	10
Нормализация социальных контактов семьи.....	10
Уменьшение длительно существующих разногласий, вызывающих стресс в семье.....	12
СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ЭНДОГЕННЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ.....	14
Особенности психологических взаимодействий между родственниками и больными эндогенной депрессией.....	14
Особенности семейной психотерапии больных с эндогенными Депрессиями.....	18
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА.....	26
СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	28
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	30

Издательский центр Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева приглашает всех заинтересованных лиц воспользоваться следующими услугами:

- Оперативная печать авторефератов, брошюр, методических пособий, буклетов
- Копировально-множительные работы
- Издание монографий, сборников научных трудов, тезисов конференций малыми и средними тиражами

Обращайтесь по тел. (812) 265-20-80 или по адресу: Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3, Издательский центр СПбНИПНИ им.В.М.Бехтерева

Подписано в печать 24.11.2004. Формат 60x84/16. Отпечатано с готового оригинал-макета в типографии СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева.  
Печать ризографическая.  
Заказ № 28. Тираж 100 экз.

Типография СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева. 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3, тел. 365-20-80