

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ ИМЕНИ В.М. БЕХТЕРЕВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Утверждено
к печати решением
Ученого Совета
НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева
Протокол № 9 от 15.11.2018

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНИК ОСОЗНАННОСТИ В СТРУКТУРЕ
ПСИХОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ
РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2018

УДК: 616.895.8: 615.851(075.4)

Использование техник осознанности в структуре психотерапии пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра: методические рекомендации / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: А.Н. Еричев, В.О. Клайман, А.П.Коцюбинский. – СПб.: / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2018. – 27 с.

Организация-разработчик: федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Авторы-составители: А.Н. Еричев, В.О. Клайман, А.П.Коцюбинский.

Рецензент: Бабин Сергей Михайлович - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии и сексологии СЗГМУ им И.И. Мечникова.

Аннотация

Данные методические рекомендации содержат материал, отражающий современные представления о применении техник осознанности для пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра. Особенное внимание уделяется практическим навыкам, необходимым для проведения групповой и индивидуальной работы с этой сложной группой пациентов.

Методические рекомендации «Использование техник осознанности в структуре психотерапии пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра» подготовлено по дисциплине «Психиатрия» в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования для слушателей послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей, обучающихся по специальности 14.01.06 – психиатрия.

Методические рекомендации предназначены для психотерапевтов, психиатров, медицинских психологов, социальных работников.

© НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2018.

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|----|
| ВВЕДЕНИЕ..... | 4 |
| ОСОЗНАННОСТЬ (MINDFULNESS)..... | 5 |
| ТЕХНИКИ ОСОЗНАННОСТИ: ПРИМЕНЕНИЕ И ОПИСАНИЕ..... | 11 |
| Формальные практики..... | 12 |
| Техника концентрации на ощущениях в теле..... | 12 |
| Техника концентрации внимания на дыхании..... | 13 |
| Техника концентрации внимания на звуках..... | 14 |
| Техника концентрации на внутренних переживаниях..... | 15 |
| «Трехступенчатое дыхание»..... | 17 |
| Неформальные практики..... | 18 |
| Техника осознанного питания..... | 18 |
| Осознанная ходьба..... | 19 |
| СТРУКТУРА ПРОВЕДЕНИЯ ГРУППОВОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ..... | 21 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ..... | 27 |
| РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА..... | 27 |

ВВЕДЕНИЕ

Шизофрения – тяжелое инвалидизирующее заболевание, которое, как правило, сопровождается нарушением трудовой и социальной адаптации, приводит пациентов к самостигматизации и социальному дрейфу. На настоящий момент шизофрения входит в число первых десяти расстройств в списке заболеваний, ведущих к инвалидности (Rossler W., Salize H.J., van Os J. [et al.], 2006). Очень часто у больных шизофренией диагностируются коморбидные расстройства (в т.ч. депрессии и тревожные расстройства (Sim K., Chan Y.H., Chua T.H. [et al.], 2006), а риск формирования зависимостей от алкоголя и наркотиков составляет, по разным данным, от 12 до 50% (Чирко В.В., Дроздов Э.С., 2002; Гофман А.Г., Кожина Т.А., Яшкина И.В. [и др.], 2003; Гофман А.Г., Малков И.В., 2008; Miles J.H., Takahashi T.N., Haber A. [et al.], 2003). При этом из-за повышенного риска самоубийства и проблем со здоровьем отмечается существенное (на 10-12 лет) снижение продолжительности жизни (Brown K.W., Ryan R.M., 2000).

Основным методом лечения шизофрении является психофармакотерапия. Однако, несмотря на её эффективность, медикаментозное лечение психотических расстройств имеет ряд ограничений и недостатков (Beck A.T., Rector N.A., Stolar N. [et al.], 2009). Кроме того, целый ряд исследований показал, что использование психотерапии как дополнительного метода лечения способствует повышению комплаенса, улучшению навыков социального и межличностного функционирования, становлению более качественной ремиссии, то есть в целом — повышению эффективности терапии (Еричев А.Н., Моргунова А.М., Коцюбинский А.П., 2011; Chadwick P., Trower P., 1997; Garety P.A., Kuipers E., Fowler D. [et al.], 2001; Haddock G., McCarron J., Tarrier N. [et al.], 1999). Для успешной терапии данного расстройства необходим бригадный подход в лечении, в котором немалую роль играет использование психотерапевтических и реабилитационных мероприятий.

В данном методическом пособии представлена программа и теоретическое обоснование проведения техник осознанности для больных с расстройствами шизофренического спектра.

1. ОСОЗНАННОСТЬ (MINDFULNESS)

Осознанность или майндфулнесс – это центральный интегративный элемент когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) «третьей волны», включенный в неё в качестве одной из терапевтических стратегий и давший начало основанной на осознанности когнитивной терапии (МБСТ) (Segal Z., Teasdale J., Williams J. [et al.], 2002). Эту концепцию используют такие развивающиеся ветви когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ), как терапия принятием и взятием ответственности (АСТ); терапия, основанная на самосострадании (СФТ); диалектико-поведенческая терапия (ДБТ) и многие другие.

Один из первых разработчиков осознанности J. Kabat-Zinn определяет осознанность как процесс целенаправленного обращения внимания индивидуума на текущий опыт (текущий момент) с безоценочностью зафиксированных в результате этого событий и включением его открытости, сострадания и интереса к разворачивающемуся опыту (Kabat-Zinn J., 1994, 2003). Также осознанность определяется, как внимательность и осведомленность о том, что происходит в настоящий момент (Brown K.W., Ryan R.M., 2003). G.A. Marlatt и J. Kristeller определяли осознанность как направленность внимания на весь текущий (внутренний и внешний) опыт, разворачивающийся от одного жизненного события пациента к другому. Они также утверждали, что осознанность сопровождается принятием, состраданием и добросердечностью (Marlatt G.A., Kristeller J., 1999). Согласно S.R. Bishop осознанность - это процесс регуляции внимания, цель которого — прийти к безоценочному восприятию текущего опыта с открытостью, интересом и принятием (Bishop S.R., Lau M., Shapiro S. [et al.], 2004). Выдающийся исследователь нейрофизиологии процессов осознанности, Z.V. Segal писал, что в практике осознанности внимание человека обращено на все, что включено в текущий опыт, причем при таком подходе любопытство позволяет человеку исследовать весь свой опыт, не становясь жертвой автоматических мыслей или импульсивных действий. Создательница диалектико-поведенческой терапии М.М. Linehan определяла осознанность как набор взаимосвязанных навыков. Три из этих навыков отвечают на вопрос «что»: 1) наблюдение текущего опыта 2) описание этого опыта, называние и обозначение всего, что наполняет текущий опыт 3) включенность, то есть полное вовлечение в процесс. Три других навыка отвечают на вопрос «как»: 1) безоценочность, нерефлексивное позволение происходить тому, что происходит, принятие, воздержание от оценки. 2) однозадачность 3) эффективность

(Linehan M.M., 1993).

Главный принцип осознанности - это децентрация (в результате изменения эгоцентрической позиции субъекта на позицию «наблюдателя») его отношения к своим мыслям как к ментальным явлениям, а не как к отражению объективной реальности (Teasdale J., Segal Z., Williams J.M. [et al.], 2000).

Принимая во внимание данное положение, можно предположить, что децентрированное отношение пациента к мыслям может снизить интенсивность паттернов его негативного мышления, которые сопровождают и подкрепляют психотические переживания (Teasdale J.D., Segal Z., Williams J.M., 1995). Также децентрация способствует изменению отношения пациентов к собственно своим психотическим переживаниям.

Столкновение человека со своими стрессорными мыслями, эмоциями и/или различным опытом (таким, например, как галлюцинации) без реакции на них, а с ориентацией на формирование позиции «наблюдателя», способствует проведению терапевтом экспозиции (погружения в ситуацию) и позволяет пациенту бороться с избегающим поведением, наличие которого лишь подкрепляет имеющиеся у пациента страхи (Wright N.P., Turkington D., Kelly O.P. [et al.], 2014). Осознанная децентрированность и позиция «наблюдателя своего жизненного опыта» облегчают восприятие пациентом своих мыслей как ментальных явлений в широком смысле. Это обстоятельство позволяет ему занять метакогнитивную (то есть основанную на знании субъекта о своей когнитивной системе и умении управлять ею) позицию по отношению к любого рода когнитивным искажениям и не застревать на их оценивании или обдумывании своего опыта.

Осознание и принятие мыслей, эмоций, образов, звуков (в том числе слуховых галлюцинаций) позволяет снизить интенсивность самокритики, самообвинений, интернализированной самостигматизации, которые так часто встречаются у людей с психотическими расстройствами (Wright N.P., Turkington D., Kelly O.P. [et al.], 2014). Осознанность является альтернативой таким малоадаптивным способам реагирования, как руминирование (мысленная жвачка), катастрофизация, беспокойство. Основанные на осознанности техники позволяют больным с психотическими расстройствами снизить уровень дистресса и более полно вовлечься в социальную активность для достижения значимых жизненных целей (Harris R., 2009).

Важно отметить, что исследования механизмов экспозиции (погружения в ситуацию) и психотерапевтических интервенций, основанных на экспозиции, позволили

сделать вывод, что очень часто значение имеет не фактическое содержание мысли, а та функция, которую она имеет в сознании больного (Barlow D.H., 2002; Wells A, Matthews G., 1994). В связи с этим авторы, принадлежащие к «третьей волне» когнитивно-поведенческой психотерапии, уделяют особое внимание контексту и функции психологического феномена и, как следствие, делают акцент на экспериенциальные (experience – «переживание», «опыт») и контекстуальные стратегии его изменения в процессе психотерапии. По этой причине подходы и методы «третьей волны» могут быть особенно полезны в работе с пациентами, страдающими расстройствами шизофренического спектра.

В контексте методов терапии, основанных на осознанности, цели работы с психотическими расстройствами несколько изменились, а именно — сместились с контроля и изменения нежеланных мыслей и эмоций (как в классической КПТ) на наблюдение, принятие, понимание и их исследование. Ключом для понимания психотическим пациентом механизмов работы осознанности является акцентирование его деятельности в направлении таких конкретных мишеней, как социальная и трудовая реабилитация, снижение уровня стресса, работа над личными целями и ценностями, улучшение их качества и увеличение значимости жизни. Этот акцент на процесс деятельности, а не на результат, также является важным элементом и ключом к пониманию механизмов работы осознанности.

Рассмотрим применение и адаптацию терапии принятием и взятием ответственности (АСТ) (Hayes S.C., Strosahl K., Wilson K.G., 1999), как одного из наиболее быстроразвивающихся подходов когнитивно-поведенческой терапии третьей волны, к расстройствам шизофренического спектра.

Прежде всего стоит обратить внимание на некоторые теоретические положения данной терапии. С точки зрения авторов АСТ, психологические проблемы возникают, когда процесс мышления и продукт мышления соединяются в единое целое (когнитивное слияние). В результате так называемый процесс когнитивного слияния приводит к тому, что мысли становятся функционально эквивалентны реальным событиям (Ciarrochi J., Robb H., Godsell C., 2005). Например, параноидная мысль «за мной наблюдают» воспринимается не просто как мысль, а переживается как реальный опыт слежки. Такое когнитивное слияние имеет пагубное влияние, так как провоцирует и подкрепляет избегающее поведение по отношению к возникшим стрессорным мыслям (Hayes S.C., Wilson K.G., Gifford E.V. [et al.], 1996).

С учетом того, что когнитивное слияние провоцирует «застываемость» на

негативных мыслях (так называемую когнитивную ригидность и экспериенциальное избегание), цель (АСТ) можно представить как развитие психологической гибкости. Построение этой психологической гибкости основано на следующих положениях, которые являются трансдиагностическими:

- а) принятие — как противоположность экспериенциального избегания;
- б) когнитивное разделение — как противоположность когнитивного слияния;
- в) связь с текущим моментом — как противоположность погруженности в руминации о прошлом или беспокойстве о будущем;
- г) формирование Я-наблюдателя;
- д) ориентированность на ценности — в противовес ориентированности на избегание. В рамках АСТ ценности являются основой поведенческой активации, принятия и когнитивного разделения. Ценность понимается не как жизненная цель, а как процесс или качество процесса, который определяет эти цели (Eifert G.H., Forsyth J.P., 2005);
- е) активность по отношению к ценностям — как противоположность бездействию, импульсивности, избеганию.

Таким образом, АСТ одновременно ориентирована на принятии и изменения. Именно поэтому данный вид терапии и называется «терапией взятием обязательств»: пациенты берут на себя ответственность, обязательства по отношению к своим жизненным ценностям и стараются действовать в соответствии с ними (Hayes S.C., Luoma J., Bond F. [et al.], 2006). С помощью этих действий пациент может выстроить более широкий и гибкий репертуар психологического и поведенческого реагирования (Hayes S.C., 2004). Более того, ценностно ориентированные действия служат способом снизить дистресс, вызванный экспериенциальным избеганием и когнитивным слиянием.

Несмотря на то, что доказательства эффективности АСТ расстройств шизофренического спектра имеют некоторые ограничения, в целом они достаточно убедительны. Ряд исследований показывает, что терапия принятием и взятием обязательств для людей с расстройствами шизофренического спектра повышает их критичность к психотическому опыту, снижает выраженность депрессивной симптоматики, повышает уровень осознанности, снижает риск рецидива (Bach P., Hayes S.C., 2002; Bach P., Hayes S.C., Gallop R., 2012; Gaudiano B.A., Herbert J.D., 2006; Gaudiano B.A., Herbert J.D., Hayes S.C., 2010; White R.G., Gumley A.I., McTaggart J. [et al.], 2011). Принятие играет критическую роль в когнитивном аспекте эмоциональной регуляции,

т.е. в осознанном и рациональном способе обращаться с поступающей эмоционально заряженной информацией (Thompson R.A., 1991; Garnefski N., Kraaij V., Spinhoven P., 2001). Например, пациент, страдающий психозом, может значительно увеличить толерантность к пугающим эмоциям, если научится принимать появление этих эмоций в ситуации стресса.

Рассмотрим еще один вид терапии «третьей волны», успешно применяемой для расстройств шизофренического спектра: терапия, основанная на сострадании (далее CFT).

В рамках CFT предполагается, что люди, имеющие в анамнезе насилие, отвержение и/или пережившие издевательства в школе и, как следствие, имеющие высокий уровень самокритики (здесь и далее термин «самокритика» используется в контексте высокого количества негативных мыслей в свой адрес, а не уровня осознания болезни) и стыда, часто оказываются не очень успешными в отношении эффективности психофармакологических воздействий и не чувствуют себя в безопасности в межличностном взаимодействии (Gilbert P., 1992; Gilbert P., 2009). Важно отметить, что стыд и самокритика провоцируют малоадаптивные паттерны мышления и поведения, которые обостряют негативные переживания, в том числе и психотического характера (Gilbert P., 2001). С течением времени самообвинение и самокритика подменяют собой их первоначальную эмпатию, открытость, чувствительность, толерантность к стрессу (Gilbert P., 2009).

В контексте CFT сострадание представляет собой выработку у пациентов определенных навыков и атрибутов, которые включены в понятие «сострадающий разум» (Gilbert P., 2009). Тренировка сострадающего разума включает в себя техники, способствующие осознанию того, как происходит интеракция человека с самим собой. Подобные техники снижают уровень негативных мыслей в адрес себя. И вновь осознание и принятие играет одну из ключевых ролей при проведении CFT.

Существуют достаточно убедительные теоретические основания использования CFT для расстройств шизофренического спектра. Например, было показано, что тяжесть психотического расстройств положительно коррелировала с интенсивностью самокритики и негативного восприятия себя (Tai S., Turkington D., 2009). Более того, выяснилось, что у больных шизофренического спектра увеличение самокритики нередко предшествует рецидиву (Gumley A., Birchwood M., Fowler D. [et al.], 2006). Также достойно внимание наблюдение, что часто содержание слуховых галлюцинаций больных, страдающих расстройствами шизофренического спектра, в определенной мере

отражает негативную динамику межличностного взаимодействия больного в повседневной жизни (Tai S., Turkington D., 2009).

Количество и качество исследований эффективности терапии, основанной на сострадании, продолжает неуклонно расти. Н. Laithwaite с коллегами (Laithwaite H., O'Hanlon M., Collins P. [et al.], 2009) на небольшой выборке показали, что годовой курс терапии с интеграцией тренинга CFT оказал значимое влияние на такие параметры, как социальные сравнения, настроение, выраженность стыда и уровень самооценки. В другом исследовании были выявлены значительные клинические улучшения, а именно — редукцию депрессивной симптоматики и коррекцию уровня социальной маргинализации (Braehler C., Harper J., Gilbert P., 2013). Сострадание активирует систему самоуспокоения, увеличивает число таких позитивных переживаний, как надежда, оптимизм, тепло, удовлетворённость, любовь и доброта, и снижает негативные эмоции — стыд, страх и безнадежность (Trémeau F., 2006).

В целом можно сказать, что существует множество исследований, результаты которых указывают на то, что терапия на основе осознанности для больных расстройствами шизофренического спектра позитивно влияет на психическое здоровье и подкрепляет способность пациентов более спокойно и осознанно реагировать на внешние и внутренние стрессорные стимулы. (Abba N., Chadwick, P., Stevenson C., 2008; Chadwick P., Newman-Taylor K.N., Abba N., 2005; Chadwick P., Hughes S., Russell D. [et al.], 2009; Langer A.I., Cangas A.J., Serper M., 2011; Langer Á.I., Cangas A.J., Salcedo E. [et al.], 2012).

Теоретический анализ L. Davis и S. Kurzban (Davis L., Kurzban S., 2012) показали, что интервенции, основанные на осознанности (майндфулнесс), могут хорошо подходить для снижения дистресса, связанного с симптомами и самостигматизацией, которые значительно выражены у пациентов с тяжёлыми психическими заболеваниями, особенно восприимчивых к социальному отвержению и межличностному стрессу. Посредством обучения пациентов навыкам управления вниманием, осознанность позволяет лучше регулировать эмоции, увеличивать число позитивных переживаний, снижать количество негативного опыта, а также частоту дезадаптивных автоматических эмоциональных ответов (Thompson R.A., 1991; Thompson R.A., 1994; Gross J.J., 2007; Hofmann S.G., Sawyer A.T., Fang A. [et al.], 2012; Koole S.L., 2009).

Показано, что все интервенции, основанные на осознанности, используют стратегии для регуляции эмоций, а эмоциональная регуляция предполагается центральным звеном при психотерапевтическом вмешательстве в отношении больных с

психотическими расстройствами (Khoury B., Lecomte T., Gaudiano B.A. [et al.], 2012).

Кроме того, одной из инвалидирующих особенностей шизофрении является низкая нейрокогнитивная производительность пациентов, которая является относительно устойчивой к воздействию психофармакотерапии. Исследования показывают, что техники осознанности значительно улучшают когнитивные функции (в частности — внимание и память) у здоровой популяции (MacLean K.A., Ferrer E., Aichele S.R. [et al.], 2010). Результаты пилотных исследований показывают, что осознанность при психозах не только способствует повышению настроения, снижению уровня стресса, выраженности тревоги, депрессии, бредовых идей, но и оказывает положительное влияние на оперативную и рабочую память (наиболее повреждённые функции при шизофрении), вербальное и невербальное научение, а также на внимание (Tabak N.T., Granholm E., 2014).

Подтверждая пользу техник осознанности, ряд исследований демонстрируют, что избегание и неприятие (связанное с копинг-стратегиями) играют важную роль в формировании и поддержании психотических расстройств (Goldstone E., Farhall J., Ong B., 2011; Shawyer F., Ratcliff K., Mackinnon A. [et al.], 2007; Udachina A., Thewissen V., Myin-Germeys I. [et al.], 2009; Vorontsova N., Garety P., Freeman D., 2013).

Таким образом, интервенции, основанные на осознанности, фокусируются в первую очередь на изменение отношения пациентов к психотическому опыту и реакции на него, постепенно заменяя прежнюю его идентификацию, а также мысли и убеждения индивидуума об этом опыте (Dannahy L., Hayward M., Strauss C. [et al.], 2011). Другими словами, задача терапии, основанной на осознанности (в отличие от классической КПТ) - поставить под сомнение, проверить и изменить не когниции, вызывающие соответствующие эмоциональные реакции пациента, а его отношения к этим когнициям и эмоциям — так называемые метакогниции.

2. ТЕХНИКИ ОСОЗНАННОСТИ: ПРИМЕНЕНИЕ И ОПИСАНИЕ

В связи с вышесказанным целесообразно поставить вопрос о том, как и какие техники осознанности могут быть использованы при проведении психотерапии пациентам, страдающим расстройствами шизофренического спектра.

Техники осознанности обычно делятся на два типа: так называемые формальные и неформальные практики (Kabat-Zinn J., 1990).

2.1.Формальные практики

2.1.1. Техника концентрации на ощущениях в теле

Как известно, сильные эмоции часто отражаются в телесных ощущениях. Обучение пациентов децентрированной позиции при наблюдении за ощущениями в теле позволят им лучше замечать и распознавать свои эмоциональные реакции и научиться принимать их без подавления или отстранения (Segal Z.V., Teasdale J.D., Williams J.M. [et al.], 2002). В ходе данной техники пациентам предлагается концентрировать свое внимание в разных частях тела, просто фиксируя все ощущения или их отсутствие. Важной частью любой практики осознанности является валидация (подтверждение) того, что внимание не может концентрироваться долго на одном объекте, вследствие чего происходит переключение с объекта концентрации внимания на другие внешние или внутренние стимулы. При отвлечении внимания пациентов следует его поощрять к возвращению внимания к объекту концентрации, но делать это плавно, без критики и без самообвинений.

Пример техники:

Выберите место и время, когда вас никто не отвлекает. Займите комфортную позу. Желательно выполнять упражнение сидя, при этом постарайтесь не облокачиваться на спинку стула или кресла, чтобы сохранять состояние бодрствования. При желании можете закрыть глаза.

Попробуйте ощутить вес собственного тела. Почувствовать, как стопы плотно прижимаются к полу. Теперь, насколько это возможно, обратите своё внимание на дыхание. Попробуйте почувствовать, как воздух проходит через ноздри, затем – горло, затем лёгкие, и как выходит обратно.

Теперь обратите все свое внимание на ощущения в пальцах ног. Что вы чувствуете? Возможно, тепло или холод, или как пальцы касаются друг друга, или же как пальцы касаются носка или ботинка. Возможно, вы ничего не почувствуете. Ваша задача – просто наблюдать за своими ощущениями или их отсутствием.

Далее, переключите свое внимание на ощущения в стопах. Попробуйте почувствовать, как стопы касаются пола.

Мысленно «поднимитесь» со стоп выше и попробуйте ощутить свои голени. Колени. Бедра.

Обратите внимание на ощущения в области таза.

Обратите внимание на ощущения в вашем животе, почувствуйте, как при каждом вдохе и выдохе ваш живот поднимается и опускается.

Теперь обратите свое внимание на ощущения в груди. Возможно, вы сможете почувствовать собственное сердцебиение, почувствовать, как одежда касается кожи, почувствовать движения груди во время дыхания.

Обратите внимание на свои плечи. Почувствуйте, насколько они напряжены или расслаблены.

Теперь обратите свое внимание на спину. Какие ощущения вы испытываете?

Теперь, обратите свое внимание на кончики пальцев рук. Ладони. Кисти. Предплечья. Локти. Плечи.

Обратите внимание на ощущения в шее и, в частности, на те ощущения, которые вызваны дыханием, вашей позой или же происходят при глотании.

Обратите свое внимание на свою челюсть. Губы. Язык. Зубы. Щеки. Нос. Глаза. Брови. Лоб. Уши.

Обратите внимание на всю голову целиком.

Попробуйте охватить своим вниманием все свое тело, осознать его положение в ситуации «здесь и сейчас».

Если вы почувствовали необходимость остановиться, сделайте это тогда, когда вам удобно. Попробуйте практиковаться подобным образом от 5 до 15 минут в день, но помните, что даже 1 минута практики гораздо лучше, чем ничего.

Каждый раз после прохождения той или иной практики благодарите себя за то, что вы сделали, за те старания и усилия, которые вы приложили, и за тот опыт, который вы получили.

2.1.2. Техника концентрации внимания на дыхании

Вторая важная техника осознанности, применяемая в терапии эмоциональных схем — это техника концентрации внимания на дыхании. Данное упражнение является подготовительным для использования техники концентрации на эмоциях и мыслях (Leahy R.L., 2016). В ней пациентам предлагается развить навык концентрации на одном единственном объекте, в частности — на ощущениях, присутствующих во время вдохов и выдохов. Важным акцентом является интенция (стремление) не менять и не контролировать дыхание, а просто наблюдать за автоматическим процессом дыхания, что одновременно учит пациентов принятию и децентрации.

Пример техники:

Выберите место и время, когда вас никто не отвлекает. Займите комфортную позу. Желательно выполнять упражнение сидя, при этом постарайтесь не облокачиваться на

спинку стула или кресла, чтобы сохранять состояние бодрствования. При желании можете закрыть глаза.

Попробуйте ощутить вес собственного тела. Почувствовать, как стопы плотно прижимаются к полу. Почувствуйте устойчивость, уверенность своего положения.

Теперь, насколько это возможно, обратите своё внимание на дыхание. Попробуйте почувствовать, как воздух проходит через ноздри, затем – горло, затем лёгкие, и как выходит обратно. Почувствуйте, как поднимается ваш живот при вдохе и как опускается при выдохе. Вы можете ощутить разницу температур входящего и выходящего воздуха. При этом не старайтесь контролировать своё дыхание, дышать каким-то определённым образом: дышите так, как вы привыкли, как вам комфортно и удобно.

Если вы отвлеклись, это не страшно: без напряжения верните внимание обратно к дыханию, не ругая себя и не критикуя. Не пытайтесь намеренно ни о чём не думать, отгонять мысли или оценивать их – просто плавно возвращайтесь к дыханию.

Наш мозг устроен так, что мы постоянно отвлекаемся, и это абсолютно нормально. Если вы заметили, что отвлеклись, значит, вы сделали всё правильно: отвлечения дают нам прекрасную возможность учиться возвращаться к дыханию и тренироваться в концентрации.

Если вы почувствовали необходимость остановиться, сделайте это тогда, когда вам удобно. Попробуйте практиковаться подобным образом от 5 до 15 минут в день, но помните, что даже 1 минута практики гораздо лучше, чем ничего.

Каждый раз после прохождения той или иной практики благодарите себя за то, что вы сделали, за те старания и усилия, которые вы приложили, и за тот опыт, который вы получили.

2.1.3. Техника концентрации внимания на звуках

Изучение этой техники происходит вскоре после изучения концентрации внимания на дыхании. Кроме того, она входит в технику концентрации на внутренних переживаниях. Данная техника считается важной для восприятия пациентами звуков (как просто звуков, не несущих в себе никакую угрозу и не способных повредить). Такое отношение существенно снижает уровень дистресса от аудиальных галлюцинаций у пациентов, больных шизофренией (Wright [et al.], 2014).

Пример техники:

Выберите место и время, когда вас никто не отвлекает. Займите комфортную позу.

Желательно выполнять упражнение сидя, при этом постарайтесь не облокачиваться на спинку стула или кресла, чтобы сохранять состояние бодрствования. При желании можете закрыть глаза.

Попробуйте ощутить вес собственного тела. Почувствовать, как стопы плотно прижимаются к полу. Теперь, насколько это возможно, обратите своё внимание на дыхание. Попробуйте почувствовать, как воздух проходит через ноздри, затем – горло, затем лёгкие, и как выходит обратно.

Теперь обратите всё своё внимание на звуки, которые вас окружают. Это может быть звук вашего дыхания или звуки, доносящиеся с улицы или из соседней комнаты. Обратите всё своё внимание на то, какие они: громкие или тихие, приятные или неприятные, ритмичные, мелодичные. Обратите внимание на то, как много их в нашей жизни. Не пытайтесь дать им названия или думать об их источнике, просто замечайте их. Они уже здесь, они достигли вашего сознания. Вы можете принять их и наблюдать за ними.

Если вы заметили, что звуков почти нет, или же они очень тихие, не пытайтесь их достроить или придумать – наблюдайте относительную тишину или паузы между ними. Данная техника позволит легче концентрироваться и принимать те события, которые уже произошли.

2.1.4. Техника концентрации на внутренних переживаниях

Пожалуй, самой сложной техникой осознанности и самой важной для принятия своих мыслей и эмоций является техника концентрации на внутренних переживаниях. Её изучению обязательно предшествует техника концентрации на дыхании и ощущения в теле (Leahy R.L., 2016). Задача пациентов: наблюдать за мыслями и эмоциями, не контролируя их, то есть воспринимать их без вовлечения и отстранения. Основная идея этой техники – дать понять пациентам, что они сами могут выбирать, как реагировать на свои эмоции и куда направлять свое внимание. Эта техника позволяет проверить свои убеждения в том, что эмоции невыносимы и их необходимо подавлять (Wells A., Fisher P., Myers S. [et al.], 2009).

Пример техники:

Выберите место и время, когда вас никто не отвлекает. Займите комфортную позу. Желательно выполнять упражнение сидя, при этом постарайтесь не облокачиваться на спинку стула или кресла, чтобы сохранять состояние бодрствования. При желании можете закрыть глаза.

Попробуйте ощутить вес собственного тела. Почувствуйте, как стопы плотно прижимаются к полу. Теперь, насколько это возможно, обратите своё внимание на дыхание. Попробуйте почувствовать, как воздух проходит через ноздри, затем – горло, затем лёгкие, и как выходит обратно.

Теперь обратите всё своё внимание на звуки, которые вас окружают. Это может быть звук вашего дыхания или звуки, доносящиеся с улицы или из соседней комнаты. Обратите всё своё внимание на то, какие они: громкие или тихие, приятные или неприятные, ритмичные, мелодичные. Обратите внимание на то, как много их в нашей жизни. Не пытайтесь дать им названия или думать об их источнике, просто замечайте их. Они уже здесь, они достигли вашего сознания. Вы можете принять их и наблюдать за ними.

Если вы заметили, что звуков почти нет, или же они очень тихие, не пытайтесь их достроить или придумать – наблюдайте относительную тишину или паузы между ними. Данная техника позволит легче концентрироваться и принимать те события, которые уже произошли.

Теперь вернитесь к наблюдению за дыханием. Наблюдайте за ним не менее минуты.

Затем обратите все своё внимание на те мысли, которые сейчас есть у вас в голове. Попробуйте посмотреть на них как бы со стороны. Представьте, что ваши мысли – это поток реки, а вы стоите на берегу и наблюдайте, как проплывает то одна, то другая мысль, как мысли перетекают друг в друга и меняются. Самое главное, что мысль – это всего лишь мысль, и ничего больше. Ваша задача – попробовать сейчас не плыть вместе с этим потоком, а оставаться на берегу.

Вторая метафора, с помощью которой можно наблюдать за мыслями – метафора кинотеатра. Представьте, что вы смотрите фильм, и на экране одна за другой появляются ваши мысли и образы. Вы просто наблюдаете, как они сменяют друг друга, но понимаете, что это всего лишь слова и картинки.

Выберите ту метафору, которая вам ближе и которая больше нравится, и пробуйте работать с нею. Перед тем, как закончить практику, вернитесь к наблюдению за дыханием.

Если мысли причиняют вам дискомфорт настолько сильный, что вы не готовы больше наблюдать за ними, постарайтесь не бросать практику сразу, а переключиться на наблюдение за дыханием или звуками.

Если вы почувствовали необходимость остановиться, сделайте это тогда, когда

вам удобно. Попробуйте практиковаться подобным образом от 5 до 15 минут в день, но помните, что даже 1 минута практики гораздо лучше, чем ничего.

Каждый раз после прохождения той или иной практики благодарите себя за то, что вы сделали, за те старания и усилия, которые вы приложили, и за тот опыт, который вы получили.

2.1.5. «Трехступенчатое дыхание»

Последнее упражнение из формальных практик, на которое стоит обратить внимание и которое было использовано в групповой интервенции, представляет собой, скорее, способ реагирования на стресс, копинг-стратегию, нежели изолированное обучающее упражнение. Техника «Трехступенчатое дыхание» была разработана Сигалом и коллегами (Segal Z.V., Teasdale J.D., Williams J.M. [et al.], 2002) в рамках к МВСТ (основанная на осознанности когнитивная терапия) и представляет собой генерализацию всех навыков осознанности. В ходе данной техники пациент обучается более осознанно относиться к стрессорным событиям повседневной жизни и выбирать фокус внимания и способ реагирования не в терапевтической группе, а в реальных жизненных ситуациях. Обратите внимание на форму текста. Форма песочных часов позволяет участникам группы лучше понять идею расширения и сужения фокуса внимания.

Пример техники:

Каждая ступень обозначена цифрой, каждую ступень рекомендуется делать не меньше минуты. Ход упражнения напоминает песочные часы:

— на первой ступени мы расширяем внимание, замечаем мир вокруг здесь и сейчас;

— на второй ступени мы сужаем его до дыхания;

— на третьей ступени вновь расширяем внимание, наблюдая разницу.

1) Обратите внимание на то, что происходит здесь и сейчас. В какой вы позе, что вы видите, что вы слышите, что вы ощущаете в теле. Обратите внимание на то, что вы чувствуете и о чем думаете. Вы даже можете про себя назвать эти мысли и чувства, чтобы было удобней. Обратите внимание на то, как вы дышите.

2) Обратите все свое внимание на дыхание. Скажите себе: «Что бы ни случилось – я справлюсь». Скажите это так, как сказали бы хорошему другу, без критики.

3) Расширьте свое внимание, обратите его на то, что происходит здесь и сейчас. В какой вы позе, что вы видите, что вы слышите, что вы ощущаете в теле. Обратите

внимание на то, что вы чувствуете и о чем думаете. Обратите внимание на разницу между мыслями и чувствами в начале и в конце упражнения или на ее отсутствие. Постарайтесь наблюдать всю гамму ощущений, не оценивая и не критикуя, с открытостью новому и любопытством.

Когда мы отработали этот навык вне стресса, он становится действенным средством в момент тяжелых или неприятных переживаний.

2.2. Неформальные практики

Рассмотрим часть неформальных практик, которые применяются при терапии в ходе групповых занятий. Основная идея неформальных практик — это привнесение осознанности в реальную жизнь, более внимательное отношение к своим привычкам.

2.2.1. Техника осознанного питания

Одной из самых популярных неформальных практик является техника осознанного питания. Суть её заключается в полном погружении в процесс принятие пищи, с целью прислушаться, осознать и понять, что самые простые обыденные вещи могут стать интересными при обращении внимания на них. Интересным представляется тот факт, что ряд исследований показал: с помощью этой техники можно уменьшить тенденцию к перееданию, техника полезна для снижения и контроля массы тела, успешно используется для работы с нарушением пищевого поведения и при работе с диабетом второго типа (Kristeller J.L., Wolever R.Q., 2011; Baer R.A., Fischer S., Huss D.B., 2005; Tapper K., Shaw C., Isley J. [et al.], 2009; Dalen J., Smith B.W., Shelley B.M. [et al.], 2010; Framson C., Kristal A.R., Schenk J.M. [et al.], 2009).

Пример техники:

Для этого упражнения ведущий группы раздает пациентам немного выбранного продукта, предварительно предложив антисептик для рук. Затем участникам даётся следующая инструкция:

Положите кусочек хлеба (изюминку) на ладонь и внимательно приглядитесь к нему. Попробуйте представить, что этот объект вы видите впервые в жизни и вам нужно его исследовать.

Вглядитесь в форму, цвет и его оттенки, рельеф данного объекта. Осмотрите его со всех сторон... изучите повнимательней. Оцените этот объект с точки зрения тактильных ощущений. Почувствуйте его текстуру пальцами, ладонью, возможно — губами. Какой он? мягкий, твёрдый? хрупкий или прочный? Какой он температуры, гладкий или шершавый? (и т.д.)

А теперь попробуйте послушать его. Потрясите ладонью с продуктом возле уха, послушайте, какой звук он издаёт, а если получится, пошуршите им (шуршать изюмом – прелестное занятие).

Попробуйте оценить запах, ощутить все нюансы и оттенки аромата. А теперь можно попробовать объект. Откусите маленький кусочек, но не спешите. Оцените консистенцию, осознайте всю полноту вкуса и то, как он меняется у вас на языке.

Остальные кусочки съешьте в собственном темпе, но старайтесь не спешить и делайте акцент на самом интересном. Постарайтесь не думать ни о чём, кроме того, что вы сейчас делаете, вдумчиво и внимательно наблюдать. Это и есть осознанность (майндфулнесс) – настоящая концентрация на процессе.

Если вы почувствовали необходимость остановиться, сделайте это тогда, когда вам удобно. Попробуйте практиковаться от 5 до 15 минут в день, но помните, что даже 1 минута практики гораздо лучше, чем ничего.

Каждый раз после прохождения той или иной практики благодарите себя за то, что вы сделали, за те старания и усилия, которые вы приложили, и за тот опыт, который вы получили.

2.2.2. Осознанная ходьба

Последняя использованная в группе неформальная практика - осознанная ходьба. Данная техника служит переходом от формальной практики к использованию осознанности в повседневной жизни. В данной технике пациенту предлагается обратить все свое внимание на процесс ходьбы и на те ощущения, которые возникают в теле при ходьбе. Данная практика идеально встраивается в повседневный опыт пациента, давая возможность практиковать осознанность вне терапевтических групп.

Пример техники:

Выберите место и время, когда вас никто не отвлекает. Займите комфортную позу. Данное упражнение выполняется из положения стоя. Глаза держите открытыми, направьте взгляд себе под ноги.

Попробуйте ощутить вес собственного тела. Почувствовать, как стопы плотно прижимаются к полу. Теперь, насколько это возможно, обратите своё внимание на дыхание. Сделайте три осознанных вдоха и выдоха.

Теперь плавно, не торопясь, перенесите весь вес своего тела на левую ногу, прислушайтесь к ощущениям. Что вы чувствуете в стопах, ногах, всем теле.

Плавно поставьте правую ногу на пятку, сделав шаг вперед. Медленно отрывайте левую ногу, постепенно перенося на неё весь вес тела. В ходе всего упражнения

постарайтесь следить за ощущениями в стопах.

Шагайте медленно, чтобы полностью прочувствовать и погрузиться в процесс ходьбы, никуда не торопитесь.

Если вы отвлеклись, это не страшно: без напряжения верните внимание обратно к процессу ходьбы, не ругая себя и не критикуя. Не пытайтесь намеренно ни о чём не думать, отгонять мысли или оценивать их – просто плавно возвращайтесь к ощущениям.

Дойдя до конца комнаты, плавно, осознавая каждое движение, развернитесь и повторите упражнение.

Если вы почувствовали необходимость остановиться, сделайте это тогда, когда вам удобно. Попробуйте практиковаться от 5 до 15 минут в день, но помните, что даже 1 минута практики гораздо лучше, чем ничего.

Каждый раз после прохождения той или иной практики благодарите себя за то, что вы сделали, за те старания и усилия, которые вы приложили, и за тот опыт, который вы получили.

Все вышеупомянутые техники были взяты из оригинального курса MBSR (основанное на осознанности снижение стресса) (Kabat-Zinn J., 1990) и были скорректированы с необходимыми ограничениями и модификациями для использования пациентами, страдающими психотическими расстройствами.

Рассмотрим необходимые для этих пациентов изменения в проведении техник:

- сокращенное время выполнения техники до максимума 15 минут;
- выполнение упражнений с открытыми глазами;
- упражнения должны всегда сопровождаться простыми инструкциями без употребления сложных сравнений, переносных смыслов и красочных метафор (Didonna F., 2008).

У пациентов не должно сложиться впечатление о том, что осознанность – это монометод, способный заменить психофармакотерапию. Напротив, одной из сопутствующих целей группы является улучшение терапевтического комплаенса.

Психотерапевт также должен понимать это сам и при возникновении у пациента вопросов доступно объяснить ему, что техники осознанности не являются:

- трансом (сознание должно быть ясным);
- измененным состоянием сознания;
- гипнозом или внушением;
- «пустым разумом» (что просто невозможно);
- релаксацией (мы можем быть сколько угодно напряжены, главное – осознавать

это и позволить этому быть);

- мистическим опытом;
- религиозными практиками;
- уходом в другие миры (важно быть здесь-и-сейчас).

Наиболее важной для успешного освоения техник является идея регулярности. Задача психотерапевта — не просто научить клиента этим техникам, но и включить их в повседневную реальность, сделать привычкой. Терапевту стоит поощрять каждое усилие пациентов и нормализовывать неудачи и пропуски.

3. СТРУКТУРА ПРОВЕДЕНИЯ ГРУППОВОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ

Данный протокол групповой интервенции был разработан на основе курса MBSR (снижение стресса, основанное на осознанности) в отделении биопсихосоциальной реабилитации психически больных НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева.

Адаптация техники с целью увеличения её пригодности для пациентов с параноидной шизофренией была произведена с использованием имеющегося в литературе зарубежного опыта (Didonna F., 2008; Leahy R.L., Tirsch D., Napolitano L.A. 2011; Morris M. J., Johns L.C., Oliver J.E. 2013; Wright N., Turkington D., Kelly O., [et al.]. 2014)

Всего в программе приняло участие 45 человек, страдающих расстройствами шизофренического спектра.

Критерии включения в терапевтическую группу:

- диагноз F20 (параноидная шизофрения) вне обострения;
- отсутствие острой психотической симптоматики;
- отсутствие суицидального риска;
- возраст пациентов 18-80 лет;
- возможность понять изложенную в опросниках информацию и самостоятельно выполнить методики самоотчета.

Критерии исключения:

- нарушение развития;
- злоупотребление психоактивными веществами;
- наличие выраженных когнитивных дисфункций (нарушений внимания и операциональной стороны мышления), препятствующих выполнению методик самоотчета (опросников).

Групповая интервенция, основанная на майндфулнесс (ГИОМ), имеет

следующую структуру:

Четыре индивидуальных занятия один раз в неделю, в ходе которых последовательно осваиваются различные техники осознанности и принятия, а также проводится обсуждение с пациентом потенциальных возможностей применения данных техник к его повседневной жизни для улучшения её качества. Длительность 1 занятия – 1 час.

Четыре групповых занятия один раз в неделю, в ходе которых проводится отработка изученных индивидуально техник, обсуждение опыта, результатов, трудностей и преимуществ практики. В конце каждого группового занятия пациентам выдаются домашние задания и бланки самоотчета для заполнения в течение следующей недели. Длительность 1 занятия – 1 час. Содержание групповых занятий фиксировано и подробно структурировано (описано ниже).

Было обнаружено, что включение в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий групповых занятий, основанных на осознанности, не только улучшает компетентность этой сложной группы больных, но и помогает пациентам справиться со вторичным дистрессом, связанным с присутствием болезненной симптоматики.

Занятие 1:

Ведущие группы представляются и рассказывают о себе. Далее происходит знакомство с остальными участниками по кругу, которое включает в себя небольшой рассказ каждого участника о своих интересах и увлечениях. Ведущие рассказывают о количестве, времени и формате проведения будущих занятий.

Затем объясняется смысл техник с акцентом на научную обоснованность психотерапевтического подхода, происходит обсуждение целей занятий:

- научиться контролировать своё внимание, вместо того, чтобы позволять разуму руководить нами;
- научиться больше радоваться жизни и замечать мелочи, которые могут доставлять удовольствие;
- лучше справляться со стрессом и регулировать своё состояние;
- жить более полной жизнью

В заключении вводной части обсуждается понятие «осознанность», формулируется его определение.

Далее происходит изучение первой техники в рамках курса – техники концентрации внимания на дыхании. Рассматривается обратная связь по данному упражнению, включая обсуждение сложностей, возникающих вопросов, что пациентам

понравилось, что не понравилось, что они заметили.

Вторая часть первого занятия посвящена вовлеченности в повседневную деятельность пациентов с целью улучшения качества их жизни за счет полноты ощущений и переживаний. Пациентам предлагается назвать те занятия и увлечения, которые им нравятся, и порассуждать о том, на что именно в данных занятиях можно обратить внимание. В связи с этим обсуждается концепция «ум новичка», заключающаяся в возможности посмотреть на предмет или процесс так, как будто видишь его в первый раз.

Это подводит группу к понятию «автопилот» - автоматическое реагирование, действие по привычке, неосознанно, как противоположность «уму новичка». Жизнь полна неосознанных, и, что самое важное, автоматических паттернов поведения в широком смысле слова. Конечно, то, что многое осуществляется «на автомате» – это огромное преимущество для человека, это один из механизмов выживания, обучения и развития, но зачастую автоматизируется, обуславливается слишком многое. Пациентам предлагается обсудить то, что они в своей повседневной жизни делают по привычке и какие минусы есть у автопилота. Следует подвести группу к таким отрицательным последствиям автопилота, как:

- кажется, будто жизнь проходит мимо, пока вы застряли в рутине будней;
- меньше возможностей сделать осознанный выбор, если опираться на привычные действия;
- часто время зря тратится на занятия, от которых уже нет прока, но мы продолжаем погружаться в них «на автомате»;
- цели и планы тоже могут становиться привычками – и тогда нам сложно их пересматривать и отказываться от решения нерабочих задач;
- мысли и эмоции, а, следовательно, оценки и настроение тоже могут обуславливаться привычкой, что может существенно снижать качество нашей жизни.

Для закрепления концепции проводится техника осознанного питания. Обсуждается обратная связь по данному упражнению, включая обсуждение сложностей, возникающих вопросов, что понравилось, что не понравилось, что заметили.

Подведение итогов занятия: перечисление целей группы, определение осознанности, концепций «ум новичка», «автопилот».

Домашнее задание: в качестве домашнего задания пациентам предлагается практиковать технику концентрации внимания на дыхании и осознанное питание. В качестве раздаточного материала используются описания данных техник и бланк

самоотчета.

Занятие 2:

Занятие начинается с обсуждения домашнего задания. Ведущие побуждают пациентов поделиться опытом, полученным вне группы. В ходе обсуждения идет валидация (подтверждение) переживаний, разрешение сложностей при выполнении техник, а также разрешение теоретических вопросов, с ними связанных.

После обсуждения пациентам предлагается изучить новую технику: концентрация внимания на звуках. Ведущие рассказывают о возможности относиться к звукам без оценки их, принимая такими, какие они есть, здесь и сейчас. Данная техника необходима для подведения пациентов к концепции принятия.

Обсуждается обратная связь по данному упражнению, а также сложности, возникающие вопросы, что понравилось, что не понравилось, что пациенты заметили.

Вторая часть занятия посвящена концепции принятия. Обсуждается, что пациенты знают об этом конструкте. Обсуждение важности принятия текущего состояния для продвижения вперед и улучшения качества жизни.

Принятие — это один из ключевых компонентов осознанности. Оно означает отказ от бессмысленной борьбы с реальностью, признание за реальностью права быть неприятной, болезненной. У стратегии принятия может быть много проявлений: выделить в своем сознании место болезненному переживанию; признать за собой возможность проиграть; отказаться от попыток контроля эмоций, не подчиняясь эмоциональным импульсам; признавать зону своей ответственности и др. Необходимо также провести обсуждение того, чем «принять» отличается от «сдаться». Пациентам предлагается подумать о том, что можно принять в своей жизни и как это может помочь справиться с болезненными переживаниями.

Подведение итогов занятия: повторение техники концентрации на звуках, концепции принятия.

Домашнее задание: в качестве домашнего задания пациентам предлагается практиковать технику концентрации внимания на звуках и, по желанию, добавлять технику концентрации на дыхании. В качестве раздаточного материала используются описания данных техник и бланк самоотчета.

Занятие 3:

Занятие начинается с обсуждения домашнего задания. Ведущие побуждают пациентов поделиться опытом, полученным вне группы. В ходе обсуждения идет валидация (подтверждение) переживаний, разрешение сложностей при выполнении

техник, а также разрешение теоретических вопросов, с ними связанных.

После обсуждения, ведущие рассказывают о роли телесных ощущений в эмоциональной регуляции. Для лучшего понимания себя и своих эмоций ведущий просит пациентов обратить внимание на то, что все эмоции имеют какое-то проявление в теле. Например, грусть ощущается комом в горле или тяжестью в груди, страх — слабостью в ногах и спертым дыханием (но может быть и другой набор ощущений). Далее пациентам предлагается изучить новую технику: концентрация внимания на телесных ощущениях.

В данной технике закрепляются все вышеизученные концепции. Важное отличие от предыдущих техник, на котором акцентируют внимание ведущие, заключается в том, что в данной практике пациенты учатся переключать внимание, в то время как предыдущие практики были направлены лишь на развитие концентрации внимания.

Обсуждается обратная связь по данному упражнению, а также сложности, возникающие вопросы, что понравилось, что не понравилось, что пациенты заметили.

Вторая часть занятия посвящена привнесению осознанности в повседневную жизнь. Запускается обсуждение того, что в повседневной жизни можно делать с большей осознанностью и внимательностью. Пациенты делятся опытом и перенимают идеи. Для закрепления изучается техника осознанной ходьбы, позволяющая научиться концентрироваться на телесных ощущениях не только в покое, но и при движении пациента.

Обсуждается обратная связь по данному упражнению, сложности, возникающие вопросы, что понравилось, что не понравилось, что пациенты заметили.

Подведение итогов занятия: роль телесных ощущений в эмоциональной регуляции, осознанность в покое и в движении, привнесение осознанности в повседневную жизнь.

Домашнее задание: в качестве домашнего задания пациентам предлагается практиковать технику концентрации внимания на телесных ощущениях, чередуя её с техникой осознанной ходьбы. В качестве раздаточного материала используются описания данных техник и бланк самоотчета.

Занятие 4:

Занятие начинается с обсуждения домашнего задания. Ведущие побуждают пациентов поделиться опытом, полученным вне группы. В ходе обсуждения идет валидация (подтверждение) переживаний, разрешение сложностей при выполнении техник, а также разрешение теоретических вопросов, с ними связанных.

Далее ведущие предлагают пациентам обсудить влияние наших мыслей на эмоции. Обсуждаются пустая тревога о будущем, «пережёвывание» прошлого (руминации), принятие текущего состояния, оценка своих эмоций или мыслей как «плохих», попытки борьбы с неприятным опытом или его избегание, ненужная самокритика.

После обсуждения пациентам предлагается изучить новую технику: концентрация на внутренних переживаниях. Данная техника инкорпорирует все вышеизученные техники и позволяет пациентам научиться относиться к своим мыслям именно как к мыслям (субъективным феноменам), а не как к фактам (объективным феноменам), позволяет научиться спокойно принимать свои эмоции и выбирать, как на них реагировать.

Обсуждается обратная связь по данному упражнению, сложности, возникающие вопросы, что понравилось, что не понравилось, что пациенты заметили.

Последняя часть занятия посвящена изучению стратегии совладания с тяжелыми переживаниями, построенной на основе осознанности. Пациентам предлагается обсудить, где и когда им могла бы пригодиться данная техника.

Обсуждается обратная связь по данному упражнению, сложности, возникающие вопросы, что понравилось, что не понравилось, что пациенты заметили.

Подведение итогов группы: краткое перечисление изученных техник и концепций. Обратная связь включает в себя получение от пациентов информации о впечатлении от процесса психотерапии, что показалось пациентам наиболее полезным, что планируют использовать дальше.

Переход к целям группы, обсуждение того, какая цель и в какой степени была достигнута. Ведущие побуждают пациентов делиться полученным опытом и впечатлениями.

Домашнее задание: в качестве домашнего задания пациентам предлагается практиковать технику концентрации внимания, концентрации на внутренних переживаниях, а также технику «трехступенчатое дыхание». В качестве раздаточного материала используются описания данных техник и бланк самоотчета.

В завершении ведения группы важно произнести слова благодарности в адрес её участников за их включенность, старание и заботу о себе.

Приглашения на следующую группу.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Техники осознанности являются важным компонентом когнитивно-поведенческой терапии в восстановительном лечении больных, страдающих расстройствами шизофренического спектра. Значительное количество исследований свидетельствует об их эффективности, что позволяет сделать вывод о необходимости дальнейшего совершенствования и внедрения техник осознанности в повседневную психотерапевтическую практику.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Коцюбинский А.П. Шизофрения: уязвимость-диатез-стресс-заболевание / А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, И.О. Аксенова [и др] — СПб: Гиппократ+, 2004. — 336 с.
2. Клайман В.О. Применение техник осознанности (mindfulness) в терапии больных шизофренией (обзор иностранной литературы) /В.О. Клайман, А.Н. Еричев, А.П. Коцюбинский // Вестник Психотерапии. – 2017. – № 63 (68). – С. 23-35.
3. Юмартова Н.М., Гришина Н.В. Осознанность (MINDFULNESS): психологические характеристики и адаптация инструментов измерения // Психологический журнал. - 2016. - № 4. - С. 105-115.
4. Didonna F. Clinical Handbook of Mindfulness /Didonna F. — Springer Science & Business Media, 2008 — 523 p.
5. Leahy R. L. Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide / R.L.Leahy, D. Tirch, L. A.Napolitano. – Guilford Press, 2011 — 304 p.
6. Morris M. J. Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness for Psychosis / by Eric M. J. Morris, Louise C. Johns, Joseph E. Oliver — Wiley-Blackwell, 2013 — 302 p.
7. Wright N. Treating Psychosis: A Clinician's Guide to Integrating Acceptance and Commitment Therapy, Compassion-Focused Therapy and Mindfulness Approaches within the Cognitive Behavioral Therapy Tradition / Wright N., Turkington D., Kelly O., [et al.]. — New Harbinger Publications, 2014 — 224 p.