

ПСИХОТЕРАПИЯ ШИЗОФРЕНИИ ЗА РУБЕЖОМ

А.Б.ХОЛМОГорова *

В статье описываются основные тенденции современной психотерапии шизофрении за рубежом, проводится анализ основных исторически сложившихся направлений психотерапии – психоаналитического и бихевиористического, выделяются основные модели заболевания и психотерапевтического процесса в рамках вышеуказанных направлений; приводится ряд современных синтетических моделей психотерапии шизофрении, объединяющих различные подходы; описываются принципы и приемы психотерапевтического процесса в рамках каждой модели; указываются результаты психологических исследований, послуживших базой для тех или иных моделей.

Первый вариант статьи под названием «Основные тенденции развития психотерапии шизофрении за рубежом» был опубликован в сб. «Личность. Общение. Групповые процессы». – М.: ИНИОН АН СССР, 1991.

Ключевые слова: психоаналитическая, бихевиоральная, когнитивная, экзистенциально-гуманистическая модели психотерапии шизофрении, психическая травма, тренинг социальных навыков, эмоциональная экспрессивность.

Анализ теории и практики психотерапии шизофрении на Западе позволяет выделить характерные особенности и основные тенденции ее современного развития: 1) общую гуманизацию подхода к больному как к

* *Холмогорова Алла Борисовна* – канд. психол. наук, старший научный сотрудник Центра психического здоровья РАМП.

страдающему, способному к борьбе с болезнью и сотрудничеству человеку, а не как пассивному объекту психотерапевтического воздействия (*Benedetti, 1980, 1983*); 2) усиление внимания к социальному окружению больного (*Neuchterlein et al., 1989*); 3) интеграцию различных подходов к лечению, адаптации и реабилитации больного (*Neuchterlein et al., 1989*); 4) развитие экспериментально-психологической базы психотерапии (*Neuchterlein et al., 1989*).

Исторически развитие форм психотерапии шизофрении можно представить как движение от индивидуальной к семейной и, наконец, групповой терапии. Одной из центральных причин дез-адаптации и инвалидизации при шизофрении является нарушение социальных контактов. Поэтому все известные методы психотерапии так или иначе направлены на их восстановление. В последние годы все более интенсивное развитие получает *социальная психиатрия*, направленная на изучение роли социальных факторов в возникновении и течении психических заболеваний, а также взаимоотношений больных с их социальным окружением (*Finzen, 1987*). Социальная психиатрия как научная дисциплина не имеет четких границ и находится на пересечении психиатрии, социологии и социальной психологии. Ее практической целью является выздоровление и реабилитация психически больного человека через оптимальную организацию социальной и лечебной среды.

Большое влияние на изменение характера психиатрической службы, в том числе и в отношении шизофрении, оказали многочисленные междисциплинарные исследования, проводившиеся в 50-80-е годы. Наиболее значимые из них следующие: 1) исследования в рамках теории ярлыков (*labeling-theory*), которые показали, что не столько психические нарушения ведут к «наклеиванию ярлыка» психически больного, сколько такой ярлык ведет к усугублению нарушений (*Scheff, 1973*); 2) исследования негативной роли госпитализма в лечении шизофрении (*institutionalism-study*) (*Wing & Brown, 1970*); 3) исследования отрицательного влияния критических жизненных событий (*life-events-study*) (*Brown & Birley, 1962*); 4) исследования связи социального положения и психических заболеваний (*Hollingshead & Redlich, 1958*); 5) исследования воздействия эмоционально-экспрессивного стиля общения в семье на течение болезни (*expressed-emotion-study*) (*Bender, 1982; Brown et al., 1962*). Перечисленные исследования послужили толчком к интенсивному развитию так называемой *терапии средой* (*milieu-therapy*), направленной на организацию оптимального психологического климата, режима лечения, поведения персонала клиник и давшей в ряде случаев поразительные результаты. Так, в некоторых американских клиниках в 70-х годах вследствие последовательного, научно обоснованного применения терапии средой стала возможной отмена медикаментозного лечения у половины пациентов (*Carpenter et al., 1977*). Некоторые специалисты

высказывают опасение, что необычайное возрастание роли социальной психиатрии в лечении и реабилитации больных шизофренией может привести к вытеснению психотерапии как таковой (Tolle, 1982). Однако наиболее эффективным, по мнению ряда исследователей и практиков (Finzen, 1987; Matussek, 1976) является соединение всех трех форм психотерапии (индивидуальной, семейной, групповой) в сочетании с терапией средой и другими методами социальной психиатрии.

Несмотря на существенные перемены в подходах к лечению психически больных, индивидуальная психотерапия шизофрении не утратила своего значения и сегодня, в период бурного развития социальной психиатрии. На это указывает известный западногерманский шизофренолог П.Матусек (Matussek, 1976). Он отмечает, что проблемы больных вовсе не идентичны, а это исключает возможность какого-то генерального способа их решения. Чтобы учесть уникальную историю жизни, нужна индивидуальная психотерапия. Матусек сетует на чрезмерное увлечение групповыми и социальными мероприятиями в западногерманских клиниках в ущерб индивидуальной работе: «Общие разговоры и рекомендации очень часто полезны, но редко попадают в центр нарушений» (Ibid, S.10).

В психотерапии шизофрении, так же как и в психотерапии вообще, выделяются два глобальных направления: психоаналитически ориентированное и бихевиористически ориентированное. Однако современная ситуация отмечена ярко выраженной тенденцией поиска некоего третьего пути – пути интеграции различных подходов в виде довольно сложной системы «прививок» разнообразных теорий и техник на некий стержень, в котором все же, как правило, узнаваемы черты одной из двух генеральных линий: психодинамической и поведенческой (Tolle, 1982).

На основе теоретических представлений о личности и процессе ее развития, а также о природе психической патологии при шизофрении разработано множество моделей психотерапии, описать которые в настоящем обзоре не представляется возможным. Как отмечает известный американский психоаналитик Х.Ф.Сирлз (Searles, 1976), подходов и точек зрения на психотерапию столько же, сколько психотерапевтов. Поэтому в обзоре будут рассмотрены лишь наиболее разработанные в теоретическом и практическом плане модели, а также освещены различные формы психотерапевтической работы: индивидуальная, семейная, групповая.

Психоаналитически ориентированная психотерапия шизофрении

Основателями психотерапии шизофрении были психоаналитики, и вплоть до 50-х годов понятие психотерапии фактически отождествлялось с психоанализом, хотя имели место и иные подходы (Kretschmer, 1973; Simon H., 1929). По мнению западногерманского исследователя

П.Матусека (*Matussek*, 1976), все базовые методы индивидуальной психотерапии шизофрении можно рассматривать как варианты психоаналитического подхода. Современные формы психотерапии – семейная и групповая¹ – так же обязаны своим происхождением индивидуальной психоаналитической работе, в ходе которой были выявлены роль семейного окружения и значение межличностных контактов. В свое время З.Фрейд (*Freud*, 1969) отрицал возможность успешного применения психоаналитического метода в работе с больными шизофренией, указывая на недостаточную способность к переносу у этих больных как на основное препятствие. Однако многие психоаналитики, выразив несогласие с позицией Фрейда, выдвинули идею модификации классической психоаналитической техники для работы с больными шизофренией (*Federn*, 1947, 1956; *Fromm-Reichmann*, 1943, 1976; *Sechehaye*, 1955, 1976).

В 20-30-е годы центром формирования новых методов становится Швейцария. Представители знаменитой Цюрихской школы психиатрии Е.Блейлер, К.Юнг, Л.Бинсвангер, К.Абрахам, К.Мюллер и др. внесли весомый вклад в развитие психотерапии шизофрении, существенно модифицировав классическую психоаналитическую схему лечения. После начала второй мировой войны центр психоаналитической терапии шизофрении вместе с потоком эмигрантов из Европы перемещается в США (*Winkler*, 1982), где в 30-е годы Г.Салливаном и Ф.Фромм-Рейхман создается Вашингтонская школа психиатрии. В рамках этих двух школ – Цюрихской и Вашингтонской – было разработано множество различных подходов.

Наибольшее влияние на практику психотерапии шизофрении в Европе и Америке оказали две модели (см. *Matussek*, 1976): 1) психотерапия как процесс укрепления «Я» путем удовлетворения фрустрированных потребностей; 2) психотерапия как процесс восстановления доверия к миру через совместное с психотерапевтом осознание причин психоза. Первая из них, возникшая в рамках Цюрихской школы, разработана и подробно описана в исследованиях М.Сешэ (*Sechehaye*, 1955, 1976). Вторая – возникшая на базе Вашингтонской школы – получила наиболее фундаментальную разработку в трудах Ф.Фромм-Рейхман (*Fromm-Reichmann*, 1943, 1976). В основе обеих моделей лежит психогенетическая концепция происхождения шизофрении в результате ранней психотравмы (т.е. пережитой на самых начальных стадиях развития и являющейся, как правило, результатом отвержения ребенка «шизофреногенной» матерью)

¹ В данном обзоре в рамках психоаналитически ориентированной психотерапии шизофрении будут рассмотрены только модели индивидуальной и семейной терапии, поскольку в групповой терапии принципы и техники психоанализа могут использоваться лишь как вспомогательные, не являясь психоанализом в классическом смысле.

(см. *Matussek*, 1976). Согласно этой концепции, следствием травматизации является прочная фиксация на ранних стадиях развития и задержка формирования «Я», которое остается слабым, неинтегрированным и с легкостью регрессирует на архаические ступени при любых повторных стрессах, что в конце концов приводит к болезни. Однако значение психотравмы интерпретируется Сешэ и Фромм-Рейхман по-разному, чем и обуславливаются различия в предложенных ими моделях психотерапии.

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

Концепции шизофрении как регрессии «Я» на архаические стадии придерживался также П.Федерн (*Federn*, 1947, 1956), позднее она была модифицирована Х.Хартманом (*Hartmann*, 1964), который считал, что регрессия является не тотальной, а частичной и касается только определенных функций «Я» – агрессивных и либидонозных энергий. Все упомянутые авторы едины во мнении, что выраженная слабость «Я» больного шизофренией требует изменения нейтральной позиции психоаналитика на поддерживающую и более близкую, а также отказа от тех психоаналитических процедур, которые могут еще больше усилить регрессию (свободные ассоциации; анализ переноса; анализ сопротивлений, поддерживающих вытеснение).

В качестве техники, позволяющей вывести «Я» из психотического состояния регрессии, Сешэ (*Sechehuae*, 1976) была предложена техника символического удовлетворения фрустрированных потребностей (в первую очередь оральной, а кроме того, потребности в материнской любви и заботе). Мысль о том, что терапевт должен пройти с больными все стадии развития «Я», от оральной до генитальной, была подхвачена во многих клиниках, где стали использовать методы символического удовлетворения влечений (см. *Matussek*, 1976) (символическая форма считалась обязательной, так как любое прямое обращение к инфантильным потребностям пациента могло привести к фрустрации и обострению чувства вины). На практике терапия не сводилась, естественно, лишь к символическому удовлетворению желаний. Оно служило прежде всего улучшению контакта между больным и аналитиком. Пробуждение доверия к аналитику способствовало дальнейшему раскрытию потребностей пациента, а удовлетворение этих потребностей вызывало пробуждение новых, соответствующих более высоким стадиям развития либидо. Психотерапевт всячески содействовал возникновению тех форм активности, которые максимально соответствовали бы достигнутой стадии. Таким образом происходило постепенное развитие и укрепление «Я» пациента.

Ф.Фромм-Рейхман, разрабатывая собственную модель психотерапии, подвергла сомнению необходимость удовлетворения фрустрированных потребностей. По мнению исследовательницы, модель психотерапии Сешэ диктует отношение к больному как к ребенку и в результате делает пациента еще более беспомощным. Аналогичного мнения придерживался Федерн, подчеркивая, что работа с больным шизофренией – это одновременная работа с детьми разного возраста, но вместе с тем и работа со взрослым человеком. Если же следовать модели Сешэ, то терапевтическое воздействие будет в основном направлено на регрессивные части «Я» больного. Свою модель психотерапии шизофрении Фромм-Рейхман строит на основе концепции Г.Салливена (*Sullivan*, 1947) интерпретировавшего психодинамику всех душевных заболеваний, в том числе и шизофрении, как результат и выражение выносимого страха и как попытку защититься от этого страха, изгнав его из сознания. Этот страх является ответом на раннюю психотравму – отвержение со стороны значимых близких. Во время борьбы за эмоциональное выживание у ребенка развивается межличностная сензитивность и недоверие, остающиеся до конца жизни. Серия психотравм, связанных с переживаниями раннего детства, в конце концов приводит к болезни. Аутизм больных, их недоверчивое отношение к окружающим связаны со страхом повторных отвержений. В соответствии с этой концепцией Фромм-Рейхман рассматривает психотерапию больных шизофренией как *процесс восстановления доверия к миру* через

совместное с психотерапевтом осознание причин психоза (*Fromm-Reichmann*, 1976). Вслед за Салливеном Фромм-Рейхман подчеркивает – необходимость создания рабочего союза терапевта с больным, установления полного доверия и свободы как принципа их взаимоотношений (запрещаются и отвергаются только деструктивные действия, направленные на других и себя). Для достижения этого психотерапевту необходимо преодолеть свой собственный страх перед отгороженностью и закрытостью пациента. После создания рабочего альянса терапевт с помощью пациента осуществляет генетическое и динамическое исследование психотических проявлений. Если больной не способен принять участие в этом процессе в силу своего состояния, терапевт раскрывает ему собственную версию, пытаясь «расшевелить» пациента. При этом обсуждаются обстоятельства, телесные и эмоциональные симптомы, сопровождавшие манифестацию заболевания, актуальная и прошлая ситуации.

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

Фромм-Рейхман предложила следующие модификации классической техники: отказ от обычного местоположения психоаналитика за кушеткой (чтобы не нарушать чувство реальности и следить за состоянием больного); отказ от строгого расписания сеансов и ориентировку в

большей степени на динамику психо-коррекционного процесса; отказ от свободных ассоциаций (так как они могут усилить дезорганизацию мышления); отказ от анализа сновидений (поскольку мышление больного шизофренией и так сходно со сновидным); отказ от прямых интерпретаций (поскольку сознание больного и без того заполнено потоком представлений из бессознательного). Фромм-Рейхман считала необходимым использовать модифицированную технику лишь до момента выхода пациента из психотического состояния². Затем должна была применяться такая же методика, как и при анализе неврозов. По замечанию западногерманского исследователя Ф.Круля (*Krull, 1987*), техники Фромм-Рейхман не утратили своего значения и сегодня. Негативные же последствия имело широкое распространение представления о «шизофреногенной матери», вытекающее из концепции ранней психотравмы. Не получив экспериментального подтверждения, данное представление стало тем не менее крайне популярным, усугубив и без того тяжелое положение матерей больных шизофренией общественным порицанием и тягостным чувством вины (*Finzen, 1987*).

В конце 40-х – начале 50-х годов в США начинает интенсивно развиваться *семейная психоаналитическая терапия* шизофрении, основанная на новой психогенетической концепции, в которой шизофрения рассматривается как результат нарушения внутрисемейных отношений. Такая переориентация в психоаналитической трактовке шизофрении связана с проникновением в американскую психологию идей общей теории систем фон Берталанфи. Семья стала рассматриваться как небольшая открытая социальная система, элементы которой изменяются, взаимодействуя друг с другом, а вся система в целом стремится сохранить равновесие. Дж.П.Спигел и Н.В.Белл (*Spiegel & Bell, 1979*) в главе американского руководства по психиатрии, посвященной семьям психически больных, формулируют сущность нового подхода следующим образом: «Проблема, что в семье вызывает патологию у индивида, сменилась проблемой, какие процессы взаимодействия между индивидом и семьей связаны с поведением, которое мы называем "патологическим"» (р.115).

В 50-70-е годы самой популярной теоретической моделью, описывающей характер взаимоотношений в семьях больных шизофренией, становится знаменитая *double-bind-гипотеза (гипотеза двойной связи)*. Наиболее известная из всех психогенетических теорий происхождения шизофрении, она была предложена американскими

² Отсутствие в 20-40-е годы медикаментозных средств, воздействующих на психотическую симптоматику, приводило к тому, что врачи-психоаналитики работали с больными в остром состоянии и пытались вывести их из него путем анализа. Начиная с 50-х годов, с наступлением так называемой эры нейролептиков, большинство психотерапевтов предпочитают работать с больными после вывода их из психотического состояния с помощью медикаментов.

исследователями Г.Бейтсоном, Д.Джексоном и соавторами в 1956 году (*Bateson et al.*, 1956) и послужила основой многочисленных экспериментальных исследований и практики психотерапии. «Двойная связь» – это характеристика стиля коммуникации в семье, при котором вербальное требование и эмоциональный подтекст не совпадают, что приводит к постоянному внутреннему конфликту и напряжению у ребенка. При этом ему запрещается делать парадоксальную ситуацию предметом обсуждения и тем самым как-то прояснять ее. В ответ у ребенка формируются парадоксальные реакции, воспроизводящие эти двойственные отношения, и возникает повышенная зависимость от одного из родителей. В результате образовавшейся симбиотической связи ребенок не чувствует страха только под контролем отца или матери и поэтому развиваться самостоятельно не может.

Наиболее детальную разработку психоаналитическая семейная психотерапия получила в двух моделях: 1) модели основателей семейной психотерапии шизофрении (их первая статья появилась в 1949 году) американских психоаналитиков Р.Лидз и Т.Лидза (*Lids & Lids*, 1949, 1976); 2) модели американского исследователя М.Боуэна (*Bowen*, 1971).

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

Исходя из своей концепции шизофрении, Р.Лидз и Т.Лидз формулируют цель психотерапии: развитие чувства идентичности, отказ от потребности в симбиотических отношениях и от пассивных ожиданий найти всезнающий и могущественный объект. Для достижения этой цели психотерапевт помогает больному решить целый ряд задач: 1) осознать собственные желания в соответствии со своими мнениями, убеждениями, мотивацией; 2) почувствовать возможность установления качественно иных, близких, человеческих отношений, в которых не отторгается его истинное «Я» и не отвергается он сам; 3) разорвать те фрустрирующие ограничения, которые всегда возникают при его связях с другим человеком. Наконец, в процессе терапии инфантильное отношение к родителям должно перейти в формы зрелого и независимого поведения. Цель и

задачи психотерапии диктуют основные линии поведения терапевта. Оно, по мнению Р.Лидз и Т.Лидза, ни в коей мере не должно создавать иллюзию всемогущества, в которое так хочет верить и, как правило, верит больной. Терапевт должен быть готов помочь пациенту, избегая как собственного доминирования, так и манипулирования собой со стороны больного. Авторы дают также и более конкретные рекомендации. В частности: 1) раздражение или недовольство пациентом, которые могут промелькнуть в голосе и поведении терапевта, следует выражать открыто, вербально, а не давать возможности чрезвычайно чувствительному к подобным вещам больному интерпретировать в духе «двойной связи»; 2) учитывая неясность и амбивалентность высказываний и поведения пациента, терапевту целесообразно выражать вслух интерпретацию его поведения и слов в мягкой, ненавязчивой форме; 3) важно не избегать никаких тем, затронутых пациентом, поскольку это может привести к восприятию терапевта как «враждебного» родителя.

В рамках модели семейной психотерапии шизофрении, предложенной М.Боуэном (*Bowen, 1971, 1976*), возникновение болезни трактуется как *разрешение конфликта между естественным процессом взросления и потребностью сохранить симбиотическую связь с матерью*, т.е. остаться ребенком. Психотерапию М.Боуэн рассматривает как процесс направленного изменения семейной структуры в целом и прежде всего отношений доминантности-подчинения. Новым в ее концепции является интерпретация фигуры отца как непосредственно включенного в систему отношений «мать-дитя». Психические нарушения рассматриваются этой исследовательницей не только в качестве следствия противоречивости эмоциональных и вербальных отношений с ребенком (т.е. в рамках концепции двойной связи), но и как результат нарушенных отношений между родителями (*Bowen, 1971, 1976*).

Во всех семьях, обследованных Боуэном, была выявлена основная схема взаимоотношений: сверхстарательная, доминантная мать, беспомощный ребенок (пациент) и неспособный к принятию решений «растяпа»-отец, выступающий как периферическая фигура. Поэтому в процессе психотерапии основное внимание уделяется эмоциональному разрыву между родителями, который зачастую не заметен внешне и активно отвергается обеими сторонами. В своей работе терапевт направляет значительные усилия на то, чтобы муж отошел от привычной позиции невмешательства и почувствовал себя главой семьи. Вначале это вызывает страх и агрессию у жены, но затем она с радостью сознает, что наконец-то чувствует себя в браке с мужчиной. Если психотерапевту удастся таким образом преодолеть эмоциональный разрыв между родителями, то состояние больного ребенка начинает постепенно улучшаться.

Психоаналитическая работа с больным шизофренией направлена на развитие его незрелого «Я» и предъявляет очень высокие требования к

личности терапевта. Ему необходимо пройти между Сциллой негативного переноса (преодолеть недоверие, враждебность, скрытую агрессивность, свойственную больным шизофренией) и Харибдой позитивного (предотвратить возникновение симбиотических отношений, к которым больной бессознательно стремится) и дать пациенту опыт новых отношений, способствующих интеграции и развитию его незрелого, инфантильного «Я». Во время этой нелегкой совместной работы возможна декомпенсация терапевта, если его личность не является достаточно зрелой и интегрированной, чтобы справиться с негативным переносом (Schwarz, 1980; Searles, 1976). Работающим с больными шизофренией следует помнить, что последние гораздо более зависимы от изменений эмоционального состояния психотерапевта и острее реагируют на него, чем невротики (Tourney et al., 1976). Однако абсолютно спокойное протекание лечения является крайне опасным. В этом случае психотерапию почти наверняка можно считать неудачной (Searles, 1976). Личность психотерапевта видится исследователям шизофрении сильной, доброжелательной, с большим запасом материнских чувств, смелой, ведущей полноценную жизнь (Muller, 1958), с такими чертами характера, как искренность, гибкость, выдержка, устойчивость к фрустрации (Cancro, 1985; Jackson, 1955), высокая мотивация в работе с больным и упорство (Muller, 1984; Whitehorn & Betz, 1960). Причем наиболее важная из перечисленных черт – мотивация – тесно связана с наличием у терапевта опыта решения и преодоления собственных проблем и конфликтов или же с переживаниями по поводу душевных болезней кого-то из близких друзей или родственников (Hill, 1958).

Характеризуя современную ситуацию в психотерапии шизофрении, западногерманский исследователь Ф.Круль отмечает явное ослабление влияния психоанализа: «С распространением в 50-е годы психотропных медикаментов возникло возрастающее рассогласование между психодинамическим, биологическим и, наконец, социальным направлениями психотерапии. Начиная с 70-х годов психодинамические основания лечения шизофрении во многом потеряли свое значение» (Krull, 1987, S.54). Аналогичного мнения придерживается С.О.Хофман, указывающий на уменьшение роли психодинамического подхода и на расцвет биологического – «крепелиновский ренессанс» (Hoffman, 1987, S.11).

Бихевиористически ориентированная психотерапия шизофрении

Под бихевиористически ориентированной (или поведенческой) терапией понимается группа методов психотерапевтического воздействия, объединенных одной теоретической платформой, а именно **теорией научения**. Поведенческая психотерапия возникает в 50-е годы как радикальное отклонение от доминировавшей в то время

психоаналитической традиции и особенно распространяется и усиливается в 60-е годы. Если в период господства психоанализа вопрос идентификации психотерапии стоял просто (психоанализ или никакой психотерапии) вследствие отсутствия альтернатив, то в период развития поведенческой терапии примерно такая же постановка вопроса (поведенческая терапия или никакой психотерапии) становится выражением конкурентных отношений между приверженцами психодинамического и поведенческого подходов (Tolle, 1982). В рамках бихевиоризма в отличие от психоанализа причина заболевания специально не рассматривается. Сторонники бихевиористического подхода, отвергая психогенетические концепции психоаналитиков, принимают чаще всего биологическую гипотезу. Бихевиористически ориентированная психотерапия трактуется прежде всего как процесс направленного формирования желаемых, *адаптивных форм поведения* на основе принципов теории научения. Психологические факторы рассматриваются лишь с точки зрения их влияния на течение заболевания и адаптацию больных.

На базе моделей бихевиоризма, составляющих ядро теории научения (классическое обусловливание по Д.Б.Уотсону, оперантное обусловливание по Б.Ф.Скиннеру, когнитивная модель Э.Толмена), возникали и развивались различные методы поведенческой терапии. Среди них можно назвать следующие (Cozey, 1986): 1) «time out» (удаление) – применяется при агрессивном поведении у больных, которые с трудом поддаются положительному мотивированию; 2) сверхкоррекция – сразу после совершения поступка следует требование его немедленного исправления; 3) «response cost» (плата за проступок) – объект, с которым совершено неправильное действие, немедленно удаляется; 4) «token economy» (политика жетонов) – за всякое действие, способствующее развитию поведения в нужном направлении, больной получает жетоны, которые затем можно обменять на нечто, выступающее в качестве положительного подкрепления (например, сладости).

Наибольшую популярность, особенно в 60-е годы, приобрел последний метод – *политики жетонов* – как средство реабилитации больных шизофренией с неблагоприятным течением процесса, превратившихся в постоянных обитателей психиатрических клиник. Используя названный метод, многие психиатры отмечали возрастание реалистичности поведения у пациентов, частично или почти полностью утративших социальные контакты и способность жить вне клиники. Применение метода политики жетонов требует от терапевта соблюдения основных принципов теории научения. Главным из них является принцип положительного подкрепления любого самого маленького шага в нужном направлении (например, открывание крана умывальника недостаточно опрятным больным уже должно быть подкреплено). По мнению

западногерманского исследователя Р.Коэна (*Cohen*, 1982), нежелательное поведение следует просто игнорировать, и оно исчезнет само собой, постепенно вытесняясь подкрепляемым поведением. При этом он подчеркивает, что в случае спонтанного возникновения желаемого поведения пациента использовать метод политики жетонов не следует, чтобы их получение не превратилось в дальнейшем в основную цель и не подавляло все другие формы поведения. Коэн обнаружил парадоксальный факт, что метод сохраняет свою эффективность даже тогда, когда все, что используется в качестве положительного подкрепления (а это в основном сигареты, сласти, специальные напитки, посещения кино, домашний отпуск и т.д.), и без того доступно больному. Возможное объяснение этого феномена Коэн видит в том, что пациент устанавливает четкие причинно-следственные связи между своим поведением и поведением окружающих, и это способствует снижению внутренней конфликтности и возрастанию активности.

Однако, несмотря на довольно многочисленные исследования, подтверждающие эффективность данного метода, интерес к нему снижается, и, соответственно, его применение в 70-е годы начинает сокращаться. Коэн объясняет это прежде всего изменением принципов лечения больных шизофренией в связи с развитием социальной психиатрии, направленной на такую организацию лечения, при которой сохраняется постоянный контакт с реальностью и поддерживаются социальные связи больных. Это позволяет в условиях длительного пребывания в клинике в отрыве от естественной социальной среды сохранить и даже развить формы социального поведения (навыки самообслуживания, опрятности, социально адекватного, доброжелательного поведения и т.д.), на восстановление которых и направлен метод политики жетонов. Еще одной причиной снижения популярности метода является его трудоемкость при кажущейся внешней простоте. Метод политики жетонов требует высокой согласованности действий всего персонала и значительных долговременных усилий, связанных с выбором и формированием требуемого поведения больного, а также с отбором наиболее эффективных для него способов подкрепления. Однако Коэн считает, что метод не утратил свою актуальность и может успешно применяться при наиболее тяжелом течении шизофрении, когда нежелательные формы поведения больного не поддаются иным видам коррекции и принимают устойчивый характер.

Основными современными формами поведенческой психотерапии шизофрении являются семейная и групповая.

Начиная с 70-х годов базой развития **семейной психотерапии** шизофрении становятся не наблюдение и анализ семейных взаимоотношений, а данные экспериментальной психологии. Кроме того, семейные отношения из статуса причины заболевания переходят в статус

одного из многочисленных факторов, влияющих на течение заболевания. Спустя десятилетие после проведения исследования о влиянии эмоционального климата в семье на течение заболевания, выполненного группой Г.В.Брауна в 1962 году (*Brown et al.*, 1962), начинается своеобразный бум этой проблематики (*Olbrich*, 1983).

Доминирующей концепцией в области семейных интеракций в 70-80-е годы становится ЭЭ-концепция (*expressed-emotion-model* – модель эмоциональной экспрессивности), согласно которой важнейшим фактором течения заболевания (частоты приступов, длительности ремиссий) является эмоционально-экспрессивный стиль семейного общения. Разработчиками исследований, превративших в 70-80-е годы ЭЭ-модель в такую же чудо-формулу, какой была в свое время «двойная связь», являются представители Британской школы социальной психиатрии: группа Брауна (*Brown et al.*, 1962, 1972), С.Воон, Дж.П.Лефф (*Vaughn & Leff*, 1976) и др. Ими было установлено, что повышенный уровень эмоциональной экспрессивности у родственников (особенно чрезмерное количество замечаний, громкость голоса, тревожность и проявления открытой враждебности) отрицательно сказываются на течении заболевания. Механизм негативного влияния такого поведения родственников был раскрыт в более поздних психофизиологических экспериментах, выявивших резкое повышение общего уровня возбуждения у больных с неблагоприятным семейным климатом во время общения с родственниками (*Kasermann & Altorfer*, 1989; *Tarrier*, 1989; *Tarrier et al.*, 1979). Правда (так же как и в случае с концепцией двойной связи), наряду с результатами исследований, подтвердивших важную роль семейного климата в течении заболевания (*Neuchterlein et al.*, 1986; *Jenkins et al.*, 1986), имеются данные других исследований, такой связи не установивших (*McMillan et al.*, 1986). Тем не менее ЭЭ-концепция продолжает оставаться наиболее влиятельной, и во многом определяет современную практику семейной психотерапии шизофрении.

Показанием для психотерапии является высокий уровень эмоциональной экспрессивности в семье (ЭЭ-индекс), который оценивается с помощью специального опросника. ЭЭ-индекс коррелирует с критическим отношением к пациенту и соответствующим обращением с ним, когда родственники отрицают наличие болезни, лишают больного самостоятельности и т.д.

Процесс психотерапии строится как групповая работа с родственниками, направленная на (а) снижение уровня выражения эмоций, особенно критического характера; (б) развитие контроля за своими эмоциями и отработку новых, более адекватных форм поведения; (в) разъяснение связи между их поведением и состоянием больного (*Hahlweg et al.*, 1989). Названные формы обычно являются лишь частью более обширной программы работы с родственниками (*Fiedler et al.*,

1986). Так, по мнению западногерманского специалиста в области семейной психотерапии Ф.Б.Симона (*Simon F.B.*, 1985), эффективной является лишь такая психотерапия, при которой не только усваиваются новые способы поведения, но и развивается способность к обучению, изменению и развитию семьи как целого.

Как уже отмечалось, для современной психотерапии характерно предпочтение **групповых методов работы**, что связано с их экономичностью и возрастающим интересом к межличностным отношениям как основе социальной адаптации. Для больных шизофренией участие в группе является хорошей профилактикой дефекта (*Battegay*, 1971); прекрасным полем для отработки планов и действий, соответствующих реальности (*Bister*, 1973). В групповой психотерапии практикуются разные методы: от глубинно-ориентированных до социально-психологического ролевого тренинга и психодрамы (*Bender*, 1985), причем часто теоретические подходы смешиваются и возникают так называемые интерактивные программы. Вместе с тем, как отмечает западногерманский специалист в области групповой психотерапии В.Бендер (*Bender*, 1985), роль и ценность групповой психотерапии с больным шизофренией не совсем бесспорна. Это связано с опасностью эмоциональных перегрузок (*Vaughn & Leff*, 1976), расшатывания защитных механизмов в результате возникновения тесных эмоциональных контактов (*Hafner*, 1976), что может приводить к экзacerbации психотических симптомов (*Heinrich*, 1976).

Наиболее распространенной моделью групповой работы с больными шизофренией, начиная с 70-х годов и до сегодняшнего дня, является *тренинг социальных навыков* (*Wallace et al.*, 1980). Специалист в области социального научения американский психиатр А.Бэллак (*Bellack*, 1986) определяет тренинг социальных навыков как структурированную обучающую программу, формирующую навыки социального поведения, которые необходимы для создания определенной сети социальных контактов и уменьшения стресса как следствия интерперсональных конфликтов и неудач.

Специалист в области методов психотерапии американский исследователь Дж.Кори (*Corey*, 1986) приводит следующие основные стратегии социального научения, применяемые в психиатрической клинике: 1) инструкция – разъяснение того, как себя вести в той или иной ситуации; 2) обратная связь – анализ и подкрепление того или иного поведения; 3) моделирование – воспроизведение того, что видит больной на живой (при участии психотерапевта) или символической (при использовании фильма, видеозаписи) модели поведения; 4) разыгрывание ролей – ролевой тренинг; 5) социальное подкрепление – использование похвал при наблюдении желаемого поведения; 6) домашние задания на отработку желаемого поведения.

Швейцарский специалист Р.П.Либерман (*Lieberman et al.*, 1976, 1986) подчеркивает, что к тренингу социальных навыков можно отнести только такие методы, которые основаны на принципах теории научения и направлены на формирование, генерализацию и сохранению навыков социального поведения. Учитывая трудности научения у многих больных, Либерман рекомендует строить тренинг социальных навыков при шизофрении на основе очень директивных методов. Дефицит внимания и трудности переработки информации, характерные для больных шизофренией, а также их нередко обостренная чувствительность к эмоциональным воздействиям повышают вероятность возникновения эмоционального стресса при сверхстимуляции или же при небрежно спланированном, недостаточно структурированном занятии. Такая сверхстимуляция ведет, как правило, к ухудшению состояния больного. «Мишенями» воздействия на тренинговых занятиях становятся дефицит социального восприятия, несостоятельность при решении повседневных проблем, плохо сформированное невербальное поведение. Либерман считает, что эффективность использования тренинга социальных навыков находится в прямой зависимости от строгого соблюдения принципа индивидуального подхода. Так, для пациентов, способных к усвоению стратегий решения проблем, касающихся социального поведения, рекомендует тренинг, ориентированный на оптимизацию процесса переработки информации. В соответствии с этапами переработки информации в тренинге выделяются три стадии: 1) отработка способов приема информации; 2) выбор ответной реакции; 3) выбор подходящей формы для ответа. На всех стадиях терапевт стимулирует наводящими вопросами анализ проблемной ситуации и дает пациенту постоянную обратную связь, поощряя любое правильное действие.

Обобщая результаты более пятидесяти исследований, проведенных за последние 15 лет и описанных в соответствующих обзорах (*Wallace*, 1984; *Tarrier*, 1989), Р.П.Либерман и Т.А.Экман (*Lieberman & Eckman*, 1989) отмечают, что, во-первых, социальный тренинг является эффективным средством оптимизации социального поведения у психотиков и, во-вторых, в результате тренинга редуцируются клинические симптомы и уменьшается вероятность эксацербации заболевания. Такие результаты стимулируют к дальнейшему активному использованию метода социального тренинга в современной психотерапии шизофрении.

Поиски третьего пути

В настоящем обзоре не представляется возможным осветить все новые подходы к психотерапии шизофрении, возникающие в рамках бурно развивающихся в последние десятилетия школ психотерапии, таких как транзактный анализ, гештальттерапия,

клиент-ориентированная психотерапия К.Роджерса и др. Современные тенденции к интеграции различных школ и направлений целесообразно проиллюстрировать на некоторых значимых моделях глубинно-ориентированной психотерапии, интегрирующей психоанализ, экзистенциализм, восточные учения и т.д., а также на моделях поведенческой психотерапии, интегрирующих тренинг социальных навыков, когнитивных функций, психодраму. Эти модели наглядно демонстрируют направления и цели третьего пути.

Тенденцию к **интеграции в рамках глубинно-ориентированной** (базирующейся на психоанализе) **психотерапии** можно проиллюстрировать на примере нескольких наиболее ярких синтетических моделей психотерапии шизофрении: 1) модели Г.Бенедетти; 2) модели Х.Доната и Л.Тач; 3) телесно-ориентированной психотерапии (методов Х.Петцольда; Г.Аммона; К.Шарфеттера; И.Маурер).

Одним из самых влиятельных современных теоретиков и практиков психотерапии шизофрении является швейцарский психиатр Г.Бенедетти. Он придерживается трактовки шизофрении в рамках психогенетического подхода и принадлежит к немногочисленной группе специалистов, последовательно отстаивающих необходимость проведения психотерапии в остром состоянии (*Benedetti, 1976*). *Разработанная Г.Бенедетти модель психотерапии* шизофрении основана на синтезе различных подходов. Она является как бы местом соединения психоанализа Фрейда, аналитической психологии Юнга (см. *Jacoby, 1985*), экзистенциализма (*Daseinanalyse*) Бинсвангера (*Binswanger, 1957*) и американского транзакционализма. По мнению Бенедетти, разработанная им модель помогает понять человека во всей целостности его бытия (в его же собственных понятиях и категориях) путем непосредственного проникновения во внутренний мир личности. Главная задача психотерапевта при этом – слушать и понимать, но не отстраненно, а давая почувствовать больному свою собственную экзистенцию, личное отношение и сопереживание (прямые интерпретации отвергаются как неэффективные). В процессе лечения терапевт как бы регрессирует вслед за пациентом, вживаясь в его состояние, работает «внутри психоза», пытаясь понять переживания больного и с помощью своего здорового «Я» помочь ему интегрировать больное и фрагментарное «Я».

Г.Бенедетти (*Benedetti, 1983*) считает, что нарушение способности к символизации, характерное для больных шизофренией, во многом определяет специфику психотерапии с этими больными. Это нарушение обуславливает неспособность к осознанию и ограничению различных психотических содержаний, к их переработке во внутреннем плане, что в свою очередь приводит к размыванию и уничтожению собственного «Я» больного. Поэтому психотерапия должна быть прежде всего направлена на интеграцию и усиление «Я» пациента в процессе выработки

совместных терапевтических символов, отражающих мир больного, его экзистенцию. Свой метод Бенедетти обозначает как диалогическое позитивирование переживания в форме терапевтического символа. Этот символ «исходит не от терапевта (как интерпретация) и не от пациента (как в аутизме). Он является скорее «прогрессивной психопатологией в терапевтическом изменении психотического мира. Символ обновляет в самосознании больного утраченные реалистические аспекты его личности, которые врач открывает в процессе коммуникации с пациентом» (Benedetti, 1983, S.150). Данный процесс может протекать в разных формах: использование конструктивных фантазий, представлений, снов, позволяющих выразить здоровые части «Я», а также всех тех иррациональных ролей и самовосприятий, которые были пережиты больным в течение жизни. Причем продуцируют эти представления как врач, так и пациент, в результате чего возникает некий общий психотерапевтический символ. Большое значение в работе с больным играет специальный язык экзистенциальной феноменологии препозициональных отношений, позволяющий лучше понять экзистенцию пациента (Binswanger, 1957; Blankenburg, 1983).

Метод Бенедетти восстановления нового образа больного в психотерапевтическом зеркале Бенедетти близок к принципам американских исследователей М.С.Малер (Mahler, 1972) и Е.Якобсон (Jacobson, 1954), разработавших «теорию объектных отношений». Согласно этой теории, эффект психотерапии трактуется как результат процессов идентификации и интернализации, объектом которых становится психотерапевт. В результате предполагаемый образ больного, интегрированный в психотерапевтическом зеркале, служит средством интеграции его «Я».

Модель психотерапии Х.Доната и Л.Тач (Donat & Tutsch, 1988) основана на интеграции психоанализа, экзистенциального подхода и логотерапии В.Франкла. Авторы исходят из понимания шизофрении как биологического по сути заболевания, манифестирующего под влиянием различных стрессоров (концепция уязвимости). Новизна подхода Х.Доната и Л.Тач состоит в том, что в число стрессоров они включают и ноэтические конфликты (ценностей и высших смыслов), причем отводят им решающую роль. Поэтому целью психотерапии данные авторы считают развитие и активацию ноэтических способностей пациента и создание совместно с ним концепции жизни, ориентированной на смысл. Эта цель достигается путем развития способности к дистанцированию от симптомов болезни, разведению больных и здоровых частей «Я», а также посредством расширения внутреннего жизненного пространства пациента, т.е. усиления его рефлектирующего «Я». В конкретной работе учитываются известные особенности больных шизофренией. Так, необходимыми являются четкое определение целей, ясность и однозначность высказываний (принципы, вытекающие из специфики

когнитивных нарушений), а также аутентичность терапевта (принцип, вытекающий из наличия особенной чувствительности к любой неискренности) и т.д. В результате использования данного психотерапевтического метода болезненные переживания пациентов теряют доминирующий характер, смягчаются и занимают свое место в более широкой экзистенции больных.

Значительную популярность в работе с больными шизофренией завоевала модель *телесно-ориентированной психотерапии* (Bender, 1985). Это обусловлено, в частности, тем, что вербальная коммуникация у больных часто затруднена, а чувства витальности (общего ощущения себя как живого) и самоидентичности нарушены. В рамках телесно-ориентированной терапии разработаны многочисленные конкретные методы.

Метод интегративной терапии движением, в том числе применительно к больным шизофренией, с середины 60-х годов развивает известный западногерманский ученый Х.Петцольд (Petzold, 1983). В основу данного метода были положены идеи терапевтического театра русского медика, биолога и философа Ильина, дополненные впоследствии разработками из гештальттерапии, биоэнергетики и др. Для метода Петцольда характерно сочетание упражнений на движение и вербальной переработки получаемого при этом нового опыта. Из всего многообразия конкретных техник, разработанных в рамках своего метода, для больных шизофренией Х.Петцольд рекомендует прежде всего техники, центрированные на функциональной тренировке (т.е. направленные на выработку «правильного» дыхания, осанки, регуляции напряжения и релаксации, плавности движений), и техники, центрированные на переживании (т.е. направленные на развитие способности к свободным, импровизированным движениям, передающим впечатление от различных стимулов – музыки, фантазий и пр.). Использование означенных техник способствует усилению дефицитных функций и повышению самоидентичности через свободное проявление чувств больного в движении (Petzold, 1983; Ullman, 1985).

Близким по направленности является один из методов *танцевальной терапии* – метод танца, структурирующего личность, предложенный западногерманским психотерапевтом Г.Аммоном и его учениками (см. Berger, 1987). Исследовав известные методы танцевальной терапии, он пришел к выводу, что только свободный танец самовыражения с последующей вербальной переработкой впечатлений в группе является эффективным средством усиления и интеграции «Я» больного шизофренией, повышения его самоидентичности.

Метод работы с больными, находящимися в остром состоянии (или же с выраженными дефицитными симптомами), разработан в рамках телесно-ориентированной терапии крупным швейцарским

шизофренологом К.Шарфеттером (*Scharfetter, 1982; Scharfetter & Benedetti, 1978*). Теоретическим основанием предложенного метода является представление о тех функциях или аспектах «Я», которые нарушаются при шизофрении. Восстановление функции витальности достигается применением конкретных техник, позволяющих больному почувствовать свое тело и дыхание; нарушения активности компенсируются использованием техник, включающих различные целенаправленные движения и действия; нарушения границ «Я» – применением техник, подчеркивающих телесные границы, и т.д. Таким образом, работа с телом позволяет реконструировать сознание больного, находящегося в остром состоянии.

Метод центрированной на теле терапии, развиваемый И.Маурер (*Maurer, 1987*), близок по направленности к методу К.Шарфеттера. Метод Маурер основан, так же как и большинство современных моделей психотерапии, на интеграции многочисленных теорий и техник, в том числе восточных учений.

К наиболее современным в рамках **бихевиористически ориентированного направления** относятся: 1) когнитивная психотерапия шизофрении; 2) синтетическая модель В.Бендера.

По мнению крупного западногерманского специалиста А.Дюрсен (*Duhressen, 1985*), именно в *когнитивной психотерапии* произойдет смыкание психоаналитического и поведенческого подходов. Первоначально (в 60-70-е годы) широкое развитие получила когнитивная психотерапия депрессий. Ее основатель – американский специалист (в прошлом психоаналитик) А.Эллис (*Ellis, 1962*) выдвинул следующие аргументы в пользу создания нового направления. Во-первых, центральные идеи психоанализа идентичны в своей основе идеям теории научения. Во-вторых, эмпирический материал, на который опираются обе школы, связан с ранними процессами научения, протекающими у ребенка бессознательно и в тот период, когда он еще не в состоянии понять, что с ним происходит. В-третьих, одних психоаналитических знаний для коррекции нарушений недостаточно. По мнению другого крупного американского представителя означенного направления А.Бека (*Beck, 1984*), любая психотерапия должна быть когнитивной в том смысле, что она должна развивать и перестраивать когнитивные процессы, поскольку психологические проблемы индивида в значительной степени вытекают из нарушений у него процессов восприятия. Основопологающим для дальнейшего развития когнитивной психотерапии стал вывод и Эллиса, и Бека, что последствия интенционально-когнитивных нарушений ребенка не менее важны для картины болезни взрослого человека, чем пережитая психотравма.

Когнитивная психотерапия шизофрении начинает интенсивно развиваться в 70-80-е годы в США, Западной Германии и Швейцарии.

Сторонники данного направления, западногерманские исследователи Х.Д.Бреннер и Х.Ходель (*Brenner et al.*, 1987), выразили вполне понятное недоумение по поводу того, что наибольшее развитие когнитивная психотерапия шизофрении получила лишь в 80-е годы, тогда как уже с пятидесятых годов нарушения именно когнитивных процессов при шизофрении были предметом наиболее интенсивного экспериментального изучения.

Когнитивная психотерапия разрабатывается на основе современных многофакторных моделей шизофрении Г.Хубера (*Huber*, 1983), Л.Чомпи (*Ciompì*, 1986, 1989), Д.Шубина (*Zubin*, 1987; *Zubin & Spring*, 1976). При всем различии этих моделей имеется общий теоретический базис рассмотрения причин возникновения и развития шизофрении. Названные авторы исходят из того, что изначально существует некая почва, предрасположенность к болезни, формирующаяся под воздействием генетических, биохимических, социальных, семейных и других факторов. Эта предрасположенность заключается в уязвимости индивидуумов по отношению к определенному рода внешним воздействиям – стрессорам, в качестве которых чаще всего выступают острые жизненные ситуации. Если число неблагоприятных воздействий достигает критической величины, происходит манифестация заболевания.

В модели Хубера уязвимость рассматривается прежде всего как нарушение процессов переработки информации. Автор считает эти нарушения базисными и выводит из них все остальные феномены шизофрении. Центральное место процессам переработки информации отводится также в модели Чомпи. Когнитивная модель уязвимости подтверждается эмпирическими исследованиями так называемых групп риска. В ходе этих исследований было установлено, что нарушения процесса переработки информации наряду с нарушениями моторики и аффективного контроля являются фактором риска заболевания (*John et al.*, 1982).

Значительное число исследований было посвящено выявлению дефицитарных когнитивных процессов при шизофрении. В модели фильтра Дж.Чепмена (*Charman & McGhie*, 1962) – это селекция релевантных и нерелевантных раздражителей; в модели установки Дж.Шекоу (*Shakow*, 1962) – адекватная ситуации константность или гибкость в переработке информации; в моделях конкретности К.Гольдштейна (*Goldstein*, 1944) и сверхвключения Н.Камерона (*Cameron*, 1944) – процессы абстракции и образования понятий; в модели Зульволда и Хубера (*Sullwold & Huber*, 1986) – организация прошлого опыта.

Однако на основании полученных в результате исследований данных до начала 70-х годов предлагались лишь общие рекомендации по организации когнитивного поля (уменьшение раздражителей, подача лишь простой, хорошо структурированной информации и т.д.). Лишь в 70-

80-е годы были предложены конкретные модели когнитивной психотерапии шизофрении: Д.В.Майхенбаума и Р.Камерона (*Meichenbaum & Cameron, 1973*), группы Л.П.Либермана (*Lieberman et al., 1986*), группы Х.Д.Бреннера и В.Родера (*Brenner, 1986, 1989; Brenner et al., 1987*).

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

Группа Х.Д.Бреннера и В.Родера представила в 80-е годы комплексную модель и первую комплексную программу тренинга когнитивных функций и социальных навыков. В процессе практического применения своей модели группа экспериментально подтвердила, что направленной тренировкой можно добиться уменьшения когнитивного дефицита и достичь тем самым повышения эффективности «работы» моделей более «высокого порядка», ориентированных на оптимизацию межличностных отношений и развитие навыков решения различных проблем. Данный вывод был также подтвержден результатами других исследований. В частности, было экспериментально установлено, что больные охотно принимают участие в подобном тренинге, у них быстро возникает установка на кооперацию с терапевтом, появляется дружелюбный настрой. Авторы исследований связывают такие результаты с основными принципами проведения тренинга, в которых учитываются психологические особенности больных: избегание эмоционально нагруженного материала (по крайней мере на первых стадиях работы); доброжелательный, но директивный стиль ведения занятий; строгая структурированность тренинга; избегание отрицательных оценок при активном положительном подкреплении любого конструктивного действия; частый возврат к пройденному, повторению знакомого материала. Создаваемая с помощью перечисленных выше принципов обстановка эмоциональной безопасности и когнитивной структурированности является оптимальной для вовлечения больных в групповую работу (*Hermanutz & Gestrich, 1987; Kramer et al., 1987*). Комплексная программа группы Х.Д.Бреннера и В.Родера включает следующие пять направлений работы: 1) когнитивную дифференциацию; 2) социальное восприятие; 3) вербальную коммуникацию; 4) социальные навыки; 5) решение личностных проблем. Когнитивный тренинг проводится вместе с тренингом социальных навыков. В процессе выполнения различных заданий, предусмотренных программой, у больных развивается функция селективного внимания, способность к планированию своих действий, повышается степень когнитивной дифференцированности и точность восприятия; уточняются взаимоотношения между различными понятиями и т.д. (*Roder et al., 1988*).

Модель западногерманского психиатра В.Бендера (*Bender*, 1982, 1985) синтезирует психодраму, социальный тренинг и методы глубинной психотерапии. Модель разработана на основе модификации техники классической психодрамы в сторону поведенческой психотерапии – социально-ориентированного ролевого тренинга – и направлена не столько на получение катарсического эффекта (как классическая психодрама), сколько на совместные поиски с пациентом конструктивных путей решения жизненных проблем. В случае стабилизации состояния пациента следует обращение к методам глубинной терапии. По мнению Бендера, работа с больными не может носить слишком серьезный характер, так как она должна способствовать проявлению спонтанности, приносить радость и удовольствие пациентам. Этому удастся достичь с помощью групповых игр на сказочные темы, игр в путешествия и т.д. Бендер считает необходимым в процессе психотерапии предоставить больным возможность ощутить и понять свою повышенную уязвимость и чувствительность к определенным воздействиям и помочь им научиться компенсировать эти воздействия или избегать их. От специалиста-практика групповая психотерапия с больным шизофренией требует хорошего чувства предельных нагрузок для пациента во избежание как сверхстимуляции, связанной с опасностью эскалации заболевания, так и недостаточной стимуляции, связанной с опасностью аутического ухода.

* * *

Обилие и многообразие литературы по проблемам психотерапии шизофрении свидетельствует о большой работе, проводимой зарубежными специалистами в этой области. Самого пристального внимания заслуживает дальнейшее изучение новых подходов и их практической реализации с целью повышения эффективности лечения и реабилитации больных, формирования гуманистического отношения к ним со стороны современного общества.

ЛИТЕРАТУРА

- Bateson G., Jackson D., Haley J. & Weakland J. Toward a Theory of Schizophrenia // Behavioral Science. – Ann Arbor, 1956. – Vol. 1, № 4. – P.251-264.*
- Battegay R. Gruppenpsychotherapie mit Schizophrenen als Defektprophylaxe // Schizophrenie und Umwelt. – Stuttgart, 1971. – S.31-45.*
- Beck A.T. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. – N.Y., 1984.*
- Bellack A.S. Das Training sozialer Fertigkeiten zur Behandlung chronisch Schizophrener // Bewältigung des Schizophrenic. – Bern, 1986. – S.121-131.*
- Bender W. Gruppentherapie (Psychodrama) bei schizophrenen Patienten // Psychotherapie in der Psychiatrie. – B., 1982. – S.116-123.*

- Bender W. Psychotherapie bei psychotischen Patienten // Nervenarzt. – B., 1985. – Bd 56, № 9. – S.465-471.*
- Benedetti G. Neugeburt durch medikamentenfreie Konfrontation mit Trieb und Uber-Ich // Psychotherapie schizophrener Psychosen. – Hamburg, 1976. – S.109-124.*
- Benedetti G. Die Positivierung des schizophrenen Erlebens in therapeutischen Symbol // Nervenarzt. – B., 1983. – Bd 54, № 3. – S.150-157.*
- Benedetti G. Schizophrenie als Dialektik von psychotischen Formen und psychodynamischen Inhalten // Psychotherapie und Grenzgebiete: Psychotherapie in der Psychiatrie – Leipzig, 1980. – Bd5 – S.9-21.*
- Berger M. Psychischer Ausdruck im humenstrukturellen Tanz // Dynamische Psychiatrie. – Munchen, 1987. – Bd 20, № 2. – S.21-64.*
- Binswanger L. Schizophrenie. – Tubingen, 1957.*
- Bister W. Psychoanalytische Gesichtspunkte bei der Rehabilitation von Schizophrenen // Psychotherapie, medizinische Psychologie. – Stuttgart, 1973. – Bd 23, № 3. – S.213-233.*
- Blankenburg W. Die Psychotherapie Schizophrener als Ort psychoanalytisch-daseinanalytischer Konvergenz // Nervenarzt. – B., 1983. – Bd 54, № 3. – S.144-179.*
- Bowen M. Gleichzeitige Beobachtung und Behandlung der Familie // Psychotherapie schizophrener Psychosen. – Humburg, 1976. – S.155-177.*
- Bowen M. The Use of Family Theory in Clinical Practice // Changing Families. – N.Y., 1971. – P.73-91.*
- Brenner H.D. Die Therapie basaler psychischen Dysfunktionen aus systematischer Sicht // Schizophrenie als systematische Störung. – Bern. 1989. – S.170-190.*
- Brenner H.D. Zur Bedeutung von Basisslorung und Rehabilitation // Bewältigung der Schizophrenie. – Bern, 1986. – S.142-158.*
- Brenner H.D., Hodel H., Kube G. & Roder V. Kognitive Therapie bei Schizophrenen: Problemanalyse u. empirische Ergebnisse // Nervenarzt. – B.,1987. – Bd 58, № 2. – S.72-83.*
- Brown G.W. & Birley J.L. Crises and Life Changes and the Onset of Schizophrenia // J. of Health a. Social Behavior. – Albany, 1968. – Vol.9, № 3. – P.203-235.*
- Brown G.W., Birley J.L. & Wing J.K. Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders // Brit. J. of Psychiatry. – L., 1972. – Vol. 121, № 562. – P.241-258.*
- Brown G.W., Monks E.M. & Carstairs J.M. Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Illness // Brit. J. of Preventive Social Medicine. – L., 1962. – Vol. 16, № 1. – P.55-68.*
- Cameron N. Experimental Analysis of Schizophrenic Thinking // Language and Thought in Schizophrenia. – Berkeley, 1944. – P.50-65.*

- Cancro R. *Einige vorläufige Überlegungen zur Psychotherapie der Schizophrenie // Phychoterapie und Sozialtherapie der Scizophrenie. – Heidelberg, 1985. – S.175-214.*
- Carpenter W.T., McClashan T.H. & Sirauss J.S. *The Treatment of Acute Schizophrenia without Drugs: An Investigation of Some Current Assumption // Amer. J. of Psychiatry. – Wash., 1977. – Vol. 134, № 1. – P.14-20.*
- Chapman J. & McGhie A. *A Comparative Study of Disorded Attention in Schizophrenia // J. of Mental Science. – L., 1962. – Vol. 108, № 455. – P.487-500.*
- Ciampi L. *Auf dem Weg zu einem koharenten multidimensionalen Krankheits und Therapieverständnis der Schizophrenie: Konvergierende neue Konzepte // Bewältigung der Schizophrenie. – Bern, 1986. – S.41-61.*
- Ciampi L. *Inlermediare Prozesse in der Schizophrenie // Schizophrenie als systematische Storung. – Bern, 1989. – S.27-39.*
- Cohen R. *Indication uhd Kontrindikationen von Token-economy-Verfahren bei chronisch Schizophrenen // Psychotherapie in der Psychiatrie. – B., 1982. – S.86-92.*
- Corey G. *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy. – Monterey, 1986.*
- Donat H. & Tutsch L. *Wirkfaktoren in der Therapie von Schizophrenen aus psychoanalytischer und existenzanalytischer Sicht // Existenz zwischen Zwang und Freiheit. – Budapest, 1988. – S.34-47.*
- Duhressen A. *Die «kognitive Wende» in der Verhaltenstherapie – eine Bruke zur Psychoanalyse? // Nervenarzt. – B., 1985. – Bd 56, № 9 – S.479-484.*
- Ellis A. *Reason and Emotion in Psychotherapy. – N.Y., 1962.*
- Federn P. *Ich-Psychologie und die Psychosen. – Bern, 1956.*
- Federn P. *Principles of Psychotherapy in Latent-Schizophrenia // Amer. J. of Psychotherapy. – N.Y., 1947. – Vol. 1, № 2. – P.129-144.*
- Fielder P., Neidermeier T. & Mundt Ch. *Gruppenarbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten. – Munchen, 1986.*
- Finzen A. *Sozialpsychiatrie als Sozialwissenschaft // Schweizcr Arch. fur Neurologie u. Psychiatrie. – Zurich, 1987. – Bd 138, № 6. – S.25-34.*
- Freud S. *Zur Einfuhrung des Narzissmus. – Frankfurt a.M., 1969. – Bd 3. – S.37-52.*
- Fromm-Reichmann F. *Heilung durch Wiederherstellung von Vertrauen // Psychotherapie schizophrener Psychosen. – Hamburg, 1976. – S.34-52.*
- Fromm-Reichmann F. *Psychoanalytic Psychotherapy with Psychotics // Psychiatry. – Wash., 1943. – Vol. 6, № 2. – P.277-279.*
- Goldstein K. *Methodological Approach to the Study of Schizophrenic Thought Disorder // Language and Thought in Schizophrenia. – Berkeley, 1944. – P.17-41.*

- Hafner H. *Rehabilitation Schizophrener // Therapie, Rehabilitation und Praventio schizophrener Erkrankungen.* – Stuttgart, 1976. – S.265-285.
- Hahlweg K., Dose M., Feinstein E. & Muller U. *Familienbetreuung schizophrener Patienten: Ruckfallprophylaxe u.Anderung der familaren Kommunikationsmuster // Schizophrenie als systematische Siorung.* – Bern, 1989. – S.243-255.
- Hartmann H. *Beitrag zu der Metapsychologie der Schizophrenie // Psyche.* – Stuttgart, 1964. – Bd 6, № 5. – S.375-382.
- Heinrieh K. *Diskussion zu J.K.Wing // Therapie, Rehabilitation und Praventio schizophrener Erkrankungen.* – Stuttgart, 1976 – S.55-69.
- Hermanutz M. & Gestrich J. *Kognitives Training mit Schizophrenen // Nervcnarzt.* – B., 1987. – Bd 58, № 2. – S.97-106.
- Hill L.B. *Der psychotherapeutische Eingriff in dei Schizophrenie.* – Stuttgart, 1958.
- Hoffman S.O. *Forschungstendenzen im Bereich von Psychotherapie und Neurosenlehre in den letzten 15 Jahren: Ein personlicher Eindruck // Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologic.* – Stuttgart, 1987. – Bd 37, № 1. – S.10-14.
- Hollingshead A.B. & Redlich F.S. *Social Class and Mental Illness.* – N.Y., 1958.
- Huber G. *Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung fur Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen // Nervenarzt.* – B., 1983. – Bd 54, № 1. – S.23-32.
- Jackson Don D. *The Therapist's Personality in the Therapy of Schizophrenics // Arch. of Neurology a. Psychiatry.* – Chicago, 1955. – Vol. 74, № 3. – P.293-305.
- Jacobson E. *Contribution to the Metapsychology of Psychotic Identification // J. of the Amer. Psychoanalytic Assoc.* – N.Y., 1954. – Vol. 2, № 4. – P.238-247.
- Jacoby M. *Psychotherapy im Rahmen der analytischen Psychology von K.G.Jung // Bedeutende Psychotherapieformen der Gegenwart.* – Stuttgart, 1985. – S.21-35.
- Jenkins J.H., Karno M., Selva A. de la & Santana F. *Expressed Emotion, Maintenance Pharmacotherapy Schizophrenic Relapse among Mexican-American // Psychopharmacology Bull.* – Belnesda, 1986. – Vol. 22, № 2. – P.621-627.
- John R.S., Mednick S.A. & Schullinger F. *Teacher Reports a. Production of Schizophrenia and Borderline Schizophrenia // J. of Abnormal Psychology.* – Wash., 1982. – Vol. 91, № 4. – P.399-414.
- Kasermann M.L. & Altorfer A. *Physiologische Korrelate unterschiedlicher belastender Situationen in Familiengesprachen // Schizophrenie als systematische Storung.* – Bern, 1989. – S.300-314.

- Kramer S., Suiz K., Schmie J.R. & Lassle R. *Kognitive Therapie bei standardversorgten schizophrenen Patienten // Nervenarzt. – B., 1987. – Bd 58, № 2. – S.84-90.*
- Kretschmer E. *Vorlesungen über Psychoanalyse. – Stuttgart, 1973. – 270 S.*
- Krull F. *Psychotherapie bei Schizophrenie: Eine Übersicht // Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie. – Stuttgart, 1987. – Bd 55, № 2. – S.54-67.*
- Lids R. & Lids T. *The Family Environment of Schizophrenic Patients // Amer. J. of Psychiatry. – Wash., 1949. – Vol. 106, № 5. – P.332-345.*
- Lids R. & Lids T. *Loslösung aus Symbiotischer Elternbeziehung // Psychotherapie schizophrener Psychosen. – Hamburg, 1976. – S.96-104.*
- Lieberman R.P. & Eckman T.A. *Zur Vermittlung von Trainingsprogrammen für soziale Fertigkeit an psychiatrischen Einrichtungen // Schizophrenie als systematische Störung. – Bern, 1989. – S.256-269.*
- Lieberman R.P., Jacobs H.E., Boone S.E. & Foy D.W. *Fertigkeitentraining zur Anpassung Schizophrener an der Gemeinschaft // Bewältigung der Schizophrenie. – Bern, 1986. – S.96-112.*
- Lieberman R.P., McCann M.J. & Wallace Ch. *Generalization of Behaviour Therapy with Psychotics // Brit. J. of Psychiatry. – L., 1976. – Vol. 129, № 5. – P.490-496.*
- Mahler M.S. *Symbiose und Individuation // Psychosen im früheren Kindersalter. – Stuttgart, 1972. – Bd 1. – S.5-60.*
- Matussek P. (Hrsg.). *Psychotherapie schizophrener Psychosen – Hamburg, 1976.*
- Maurer Y. *Körperzentrierte Psychotherapie. – Stuttgart, 1987.*
- McMillan J.F., Geld A., Grow R.J. & Johnson A.L. *Northwick Park Study of First Episodes of Schizophrenia IV: Expressed Emotion a Relapse // Brit. J. of Psychiatry. – L., 1986. – Vol. 148, № 2. – P.133-143.*
- Meichenbaum D.W. & Cameron R. *Training Schizophrenics to Talk to Themselves // Behaviour Therapy. – Oxford, 1973. – Vol. 4, № 6. – P.515-534.*
- Muller C. *Psychotherapie der Psychosen // Psychotherapie in der Gegenwart. – Zurich, 1958. – Bd 3. – S.375-401.*
- Muller C. *Psychotherapy in Schizophrenia: The End of the Pioneers Period // Schizophrenia Bull. – Wash., 1984. – Vol. 10, № 4. – P.618-620.*
- Neuchterlein K., Goldstein M., Ventura J. & Dawson M.E. *Beziehungen zwischen Patient und Umwelt in der Schizophrenie: Informationsverarbeitung, Kommunikationsstörung, autonomts Arousal a. belastende Lebensereignisse // Schizophrenie als systematische Störung. – Bern, 1989. – S.191-203.*
- Neuchterlein K.H., Snyder K.S., Dawson M.E. & Rappe S. *Expressed Emotion, Fixed-dose Fluphenazine Deconate Maintenance and Relapse in Recent Onset Schizophrenia // Psychopharmacology Bull. – Bethesda, 1986. – Vol. 22, № 2. – P.633-639.*

- Olbrich R. *Expressed emotion (EE) und die Auslösung schizophrener Episoden: Eine Literaturübersicht // Nervenarzt.* – B., 1983. – Bd 53, № 3. – S.113-122.
- Pelzold H. *Schwerpunkt der Körpertherapie // Gruppenpsychotherapie u. Gruppendynamik.* – Gottingen, 1983. – Bd 1. № 1. – S.63-83.
- Roder V., Brenner H., Keinzle N. & Hodel B. *Integriertes psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (IPT).* – München, 1988.
- Scharfetter Ch., *Leiborientierte Therapie schizophrener Ich-Störungen // Psychotherapie in der Psychiatrie.* – B., 1982. – S.70-76.
- Scharfetter Ch. & Benedetti G. *Leiborientierte Therapie schizophrener Ich-Störungen // Schweizer Arch. für Neurologie u. Rpsychiatrie.* – Zürich, 1978. – Vol. 23, № 2. – S.239-245.
- Scheff Th. *Das Etikett der Geisteskrankheit.* – Frankfurt a. M., 1973.
- Schwarz F. *Einzel- und Familientherapie bei schizophrener Psychosen // Nervenarzt.* – B., 1980. – Bd 51, № 11. – S.644-653.
- Searles H.F. *Voile Einsicht in das eigene Abhängigkeitsbedürfnis // Psychotherapie schizophrener Psychosen.* – Hamburg – 1976. – S.57-93.
- Sechehaye M.A. *Ich-Stärkung durch Befriedigung in der Kindheit schwergestörter Triebe // Psychotherapie schizophrener Psychosen.* – Hamburg, 1976. – S.17-29.
- Sechehaye M.A. *Die symbolische Wunscherfüllung.* – Bern, 1955.
- Shakow D. *Segmental Set: A Theory of the Formal Psychol. Deficit in Schizophrenia // Arch. of General Psychiatry.* – N.Y., 1962. –Vol.6, № 1. – P.1-17.
- Simon F.B. *Die Grundlagen der systematischen Familientherapie // Nervenarzt.* – B., 1985. – Bd 56, № 9. – S.455-464.
- Simon H. *Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt.* – Leipzig, 1929.
- Spiegel J.P. & Bell N.W. *The Family of the Psychiatric Patient // Amer. Handbook of Psychiatry.* – N.Y., 1979. – Vol. 1. – P.114-149.
- Sullivan H.S. *Conception of Modern Psychiatry.* – Wash., 1947.
- Sullwold L. & Huber G. *Schizophrene Basisstörungen.* – B., 1986.
- Tarrier N. *Elektrodermale Aktivität expressed Emotion und Verlauf in der Schizophrenie // Schizophrenie als systematische Störung.* – Bern, 1989. – S.106-116.
- Tarrier N., Vaughn C., Lader M.H. & Leff J.P. *Bodily Reactions to People and Events in Schizophrenics // Arch. of General Psychiatry.* – N.Y., 1979. – Vol. 36, № 3. – P.311-315.
- Tolle R. *Patientenorientierte Psychotherapie // Psychotherapie in der Psychiatrie* – B., 1982. – S.47-54.
- Tourney G., Bloom V., Lowinger P.L. & Schorer C. *Neurotiker müssen anders psychotherapiert werden als Psychotiker // Psychotherapie schizophrener Psychosen.* – Hamburg, 1976. – S.229-238.

- Ullman R. Integrative Bewegungstherapie // Bedeutende Psychotherapieformen der Gegenwart. – Stuttgart, 1985. – S.185-197.*
- Vaughn C. & Leff J.P. The Influence of Family and Social Factors on the Course of Psychiatric Illness // Brit. J. of Psychiatry. – L., 1976. – Vol. 129, № 2. – P.125-137.*
- Wallace Ch. Community and Interpersonal Functioning in the Course of Schizophrenic Disorders // Schizophrenia Bull. – Wash., 1984. – Vol. 10, № 2. – P.233-253.*
- Wallace Ch., Nelson C., Lieberman R.P. & Aitchison R.A. A Review and Critique of Social Skills Training with Schizophrenic Patients // Schizophrenia Bull. – Wash., 1980. – Vol. 6, № 1. – P.42-63.*
- Whitehorn J. & Betz B. Further Studies of the Doctor as a Crucial Variable in the Outcome of Treatment with Schizophrenic Patients // Amer. J. of Psychiatry. – Wash., 1960. – Vol. 117, № 3. – P.215-235.*
- Wing J. & Brown G. Institutionalism and Schizophrenia. – Cambridge, 1970.*
- Winkler W.T. Zur historischen Entwicklung der Beziehungen zwischen Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland // Psychotherapie in der Psychiatrie. – B., 1982. – S.11-25.*
- Zubin J. Zur Dynamik komplexer biologisch-psychosozialer Systeme: Vier fundamentale Mediatoren in der Langzeitentwicklung der Schizophrenie // Schizophrenic als systematische Störung. – Bern, 1987. – S.14-27.*
- Zubin J. & Spring B. Vulnerability: A New View of Schizophrenia // J. of Abnormal Psychology. – Wash., 1976. – Vol. 86, № 2. – P.103-126.*