

К ВОПРОСУ О ПСИХОТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ

Б.ВОЛОДИН*

В статье излагаются базовые положения некоторых современных психологических теорий относительно природы шизофрении. Основное внимание автор уделяет психоаналитическим воззрениям на генезис и психотерапию шизофрении, а также гуманистическому подходу, принципов которого он придерживается в своей практической работе. В статье подробно освещаются особенности детского развития пациентов, страдающих данным психическим расстройством, в частности концепция «шизофреногенной» матери. Теоретические положения автор подкрепляет примерами из собственной психотерапевтической практики. «Какой бы теории мы ни придерживались, на каких бы позициях ни стояли, мы не ошибемся, если будем относиться к тем, кого называют "шизофрениками", как к личностям, а не больным шизофренией!» – в этих словах, которыми завершается статья, выражен основной ее пафос.

Известный немецкий психиатр Ф.Круль (F.Cruil), касаясь вопросов, связанных с обучением психотерапии шизофрении, писал: «Из того, чему можно обучить, есть пара начальных ходов, немного рекомендаций и много предостережений. На практике полагаются на интуицию врача» (цит. по: Вид, 1993, с.6). И это действительно так. Если в сфере лечения невротиков известен чуть ли не каждый шаг, который надлежит предпринимать терапевту, то психотерапия психозов все еще остается своего рода белым пятном в психиатрии. Во всяком случае, именно к этой области в полной мере можно отнести слова Л.Шертока, заметившего в свое время, что наши теоретические знания в психотерапии значительно

* *Володин Борис Юрьевич* – кандидат медицинских наук, работает на кафедре психиатрии и психотерапии факультета последипломного обучения Рязанского государственного медицинского университета им. Академика И.П.Павлова.

превышают практические успехи (*Шертук*, 1982).

Независимо от моно- или полиэтиологических подходов к шизофрении на ее природу можно смотреть под различными углами, от чего, собственно, и будет зависеть характер нашего вмешательства. Кратко коснемся того, что имеется в виду.

Клиническая точка зрения, основанная на учении Е.Крепелина и Е.Блейлера, представляет собой чисто феноменологический, описательный подход. В его рамках о шизофрении говорят тогда, когда у пациента наблюдаются бред, галлюцинации, а также своеобразные нарушения мышления, воли и эмоций. Предполагается купирование так называемой продуктивной симптоматики (бред и галлюцинации) и восстановление нормального функционирования мыслительной, волевой и эмоциональной сфер. Для данных целей используются психофармакотерапия, а также методы более глубокого общебиологического воздействия (инсулинотерапия, пиротерапия, одномоментная отмена препаратов и др.). В границах этого сугубо клинического подхода произошла последовательная смена воззрений на природу шизофрении: от теорий, акцентирующих ее вирусное, инфекционное, органическое и пр. происхождение, – к генетическим, иммунологическим, биохимическим и иным.

Другой подход к шизофрении, представленный целым рядом психотерапевтических школ и направлений, можно определить как *психологический*. Описывая основные нарушения при шизофрении, Е.Блейлер говорил уже не о бреде и галлюцинациях, а об аутизме и расщеплении. В этом смысле его работы можно назвать предтечей психологического направления в изучении шизофренического психоза. Вместе с тем, уже по прошествии того как все было им сказано, описано и осуществлено, Блейлер, оставаясь клиницистом, признавался, что шизофренические пациенты стали для него более чуждыми, чем «птицы в саду» (цит. по: *Laing*, 1995).

Непосредственным родоначальником этого подхода, несомненно, является З.Фрейд. Он явился основателем и психоаналитического направления, «первой силы» в психотерапии, и, в частности, психотерапии шизофрении. Фрейд относил шизофрению к так называемым нарциссическим неврозам, при которых пациенты не способны к развитию реакции переноса. А поскольку именно анализ переноса является основной психоаналитической процедурой, то, согласно Фрейду, таким пациентам невозможно помочь с помощью созданного им метода. Тем не менее, в дальнейшем были описаны реакции переноса и у психотиков. Но прежде чем говорить об этом, хотелось бы затронуть некоторые важные вопросы, касающиеся психопатологии и теории развития личности.

Как известно, первое время после рождения младенец не отделяет себя от матери и всего окружающего мира. Подобные отношения

описывались различными авторами под разными названиями. Так, Р.Спитц говорил о «первобытной пещере» рта (*Spitz, 1955*), многие психоаналитики – о первичном нарциссизме (*Eidemberg, 1968*). По мере взросления ребенка происходит процесс так называемой индивидуации, выступающий, прежде всего, в формировании границ его «Я», которые устанавливаются к трем годам. Именно с двух до трех лет ребенок начинает называть себя «Я», до этого момента говоря о себе в третьем лице. С трех до шести лет длится период Эдипова комплекса.

Причины шизофрении большинство авторов видят в нарушениях развития, имевших место в течение первых трех лет жизни индивида. В данное время формируется главным образом телесное «Я», и в этой связи показательны работы больных шизофренией, где они, рисуя человека, изображают, прежде всего, отдельные части тела (*Амман, 1995*). Классические же невроты возникают в результате не получившего разрешения Эдипова комплекса. Та форма переноса, о которой говорил З.Фрейд, связана именно со стадией Эдипова комплекса, и в процессе психотерапии ее развивают невротические пациенты. Другая же форма переноса имеет своим источником доэдиповы отношения (*Треурнет, 1994*). Этот перенос называют изначальным (*Greenacre, 1954*) или нарциссическим (*Kohut, 1968*). В принципе в ходе психотерапии подобную форму переноса могут развивать все пациенты, психотики же способны исключительно к ней. Причем в связи с дисгармонией их раннего развития такой перенос приобретает, по сути, форму психоза, направленного на одно лицо – психотерапевта.

Для иллюстрации психотического переноса я хотел бы привести довольно яркий пример из собственной практики.

Пациентка 23 лет в течение трех лет страдала шизофренией. Начало заболевания она относила к тому периоду, когда внезапно почувствовала, что мать не понимает ее и, прежде всего, ее эмоции. Пытаясь самостоятельно разобраться в них, она целыми днями лежала в постели, ничем более не занимаясь. И однажды у девушки появилось чувство, что ее эмоции исчезли совсем. В дальнейшем она каким-то непонятным для себя образом стала входить в контакт с соседями, которые переживали ее чувства вместо нее. Поначалу она была благодарна им, поскольку подобное общение доказывало, что эмоции у нее все же есть. Но со временем пациентка разочаровалась в соседях, поскольку ничего большего они не предпринимали, и стала считать, что эти люди просто издеваются над ней, не желая ей по-настоящему помочь. В процессе психотерапии все, испытываемое пациенткой по отношению к соседям, она перенесла на врача.

Закономерен вопрос, какие же именно нарушения возможны у больных шизофренией на ранних стадиях развития. Все они преимущественно связаны с взаимоотношениями с матерью, которую называют «шизофреногенной». В процессе развития младенец, чтобы справиться со своими чувствами, которые кажутся ему слишком

сильными, использует то, что называют проективной идентификацией: он проецирует их внутрь личности матери. «Нормальная» мать интроецирует эти эмоции и переживает их вместо ребенка, возвращая ему обратно уже переработанные чувства. Реинтроецируя эти переработанные чувства, малыш начинает ощущать, что способен их вынести. Мать, которая не в состоянии интроецировать проекцию ребенка, и является шизофреногенной. Младенец, чувствуя, что мать не может справиться с его эмоциями, блокирует, отвергает их; внося тем самым раскол в свою эмоциональную жизнь. Другими словами, постоянное использование проективной идентификации без соответствующего ответа матери приводит к эмоциональному расщеплению. В процессе психотерапии больные шизофренией также постоянно защищаются от «непереносимых» эмоций, используя все ту же проективную идентификацию. С этой точки зрения пациентка, о которой шла речь выше, регрессировав в начале болезни к этапу раннего развития, вновь пережила неспособность матери интроецировать ее чувства и пережить их. В своих бредовых фантазиях она пыталась разрешить эту проблему вначале через посредство соседей, а затем и через врача. Во время нашего общения она часто плакала, а я при этом испытывал чувство сильного гнева (проективная идентификация). К сожалению, после возникновения интенсивного переноса пациентка прекратила терапию, и остается лишь надеяться, что чувство ненависти к врачу, о котором она говорила на последнем сеансе, – это реинтроецированная ею эмоция, переработанная психотерапевтом. Во всяком случае, после этого сеанса пациентка в течение трех месяцев обходилась без стационарного лечения, хотя, с клинической точки зрения, у нее был выраженный психоз.

П.Кейсмент писал: «Я считаю, что ряд пациентов психиатрических больниц оказались там, возможно, из-за того, что слишком часто в трудной ситуации их оставляли люди, не способные успокоить (*contain*) их. В результате больные приходили к выводу, что они не могут с достаточной полнотой и уверенностью передать силу своих чувств другому человеку» (Кейсмент, 1995, с.167).

Однажды одна из пациенток, придя на сеанс, сказала, что по пути ко мне она несколько раз хотела броситься под машину под влиянием «голосов». Первое мое побуждение – немедленная госпитализация. Но когда я понял, что, возможно, она «испытывает» меня, другими словами, проецирует на меня свой аффект, заставляя почувствовать панику вместо нее, как бы выжидая, как я обойдусь с этим чувством, справлюсь ли с ним, у меня возник другой ответ: «Первое, что я сделаю, так это... не

стану направлять тебя в психиатрическую больницу». На следующем сеансе она сказала, что «голосов» стало значительно меньше, и суицидальных тенденций больше не возникало.

В более традиционном понимании шизофреногенная мать – та, которая по существу не способна быть матерью (Аммон, 1995). Она не

дает ребенку того, что обязана давать, прежде всего, – любви, а также не обеспечивает чувства безопасности. Одна из моих пациенток рассказывала, что в ее детские годы мать очень много говорила о любви к ней, но никогда не дотрагивалась до нее. Субботы были праздниками для этой пациентки. По субботам мать купала дочку, и это было тем единственным исключением, когда материнские руки касались тела дочери.

Изучая семьи больных шизофренией, Г.Бейтсон пришел к выводу о существовании в них своеобразной коммуникации, которую он назвал «двойным зажимом» («double bind») (Бейтсон с соавт., 1993). Мать, которая по тем или иным причинам боится эмоциональной близости с ребенком, на словах активно выражает свою любовь, но едва тот делает попытку приблизиться к ней, она, используя невербальный канал коммуникации, отстраняет, отталкивает его. Ребенок оказывается в «невозможной», парадоксальной ситуации: он будет наказан и выражая любовь к матери, и не выказывая ее. Другими словами, что бы ребенок ни делал, все для него плохо. Он зажат в угол, он в тупике. И тогда из этой «невозможной» ситуации он уходит в свой собственный мир, мир аутизма, бреда, галлюцинаций. Первая пациентка четко продемонстрировала нахождение в ситуации «двойного зажима», когда заявляла: «Вы не можете мне помочь». Тем самым она загоняла себя в угол, как бы говоря: «Если я не буду проходить психотерапию, Вы не поможете мне, но если я буду ее проходить, Вы все равно не сможете мне помочь».

Ситуация для ребенка менее трагична, когда в семье есть человек, способный дать ему поддержку. Таким человеком может оказаться отец. Но отцы в подобных семьях нередко пассивны, зависимы, ведомы и ввиду этого не способны заботиться о ребенке (так называемые «шизофреногенные» отцы). В одной недавно консультируемой мною семье как раз наблюдались отношения, подобные описанным. Когда главе семьи было предложено взять на себя обязанность заботиться о детях, он сначала довольно долго отказывался от этого предложения, а когда, наконец, принял его, то заплакал.

Некоторые авторы рассматривают аутизм больных шизофренией как защитную реакцию на возможность повторных отвержений со стороны шизофреногенной матери. Таким образом, материнская неспособность переработать проецируемые ребенком чувства приводит к расщеплению, а отвержение ребенка со стороны матери ведет к аутизму, – двум «осевым» симптомам шизофрении, по Е.Блейлеру.

К шизофреногенным относят и так называемых «матерей-детей» (Pankow, 1968). Они как бы «присасываются» к своим детям, оставаясь с ними в постоянной симбиотической связи. Говоря о своих, давно уже взрослых, детях, такие матери зачастую вместо «я» употребляют местоимение «мы». Одна из моих пациенток, связанная с матерью взаимоотношениями подобного типа, за годы психотерапии сделала огромные шаги на пути отделения от нее. Одним из первых предвестников

сепарации явилась серия повторяющихся сновидений, в которых она постоянно кого-то теряла. В дальнейшем эта пациентка развила уже не психотический, а чисто невротический перенос, идентифицируясь со мной как с психотерапевтом. Согласно Г.Аммону, терапия при шизофрении завершается проработкой Эдипова комплекса (Аммон, 1995).

Если потребности ребенка не принимаются шизофреногенной матерью, то от архаического страха уничтожения он защищается отщеплением части своего «Я», в результате чего образуется так называемая «дыра в Я» (*там же*). Психопатологическая симптоматика как бы заполняет эту «дыру», и пациенты воспринимают данную симптоматику одновременно и как часть себя и как презентацию внешнего мира. В подобных случаях говорят, что у больного отсутствует критика к болезненному состоянию. С этой точки зрения важнейшей задачей терапии является укрепление границ «Я». Во время сеансов групповой психотерапии одной из пациенток успешно удавалось справиться со слуховыми галлюцинациями, когда она громко говорила «голосам»: «Я не хочу с вами разговаривать!».

Групповую психотерапию Г.Аммон считает наиболее адекватной формой терапии шизофренических пациентов, поскольку именно группа формирует «первобытную пещеру», воспринимаемую каждым пациентом в качестве матери. И именно благодаря группе становится возможной регрессия «Я» к стиранию границ «Я» и «не Я».

Приведенные идеи могут вызвать возражения. Но как бы то ни было, если больна шизофренией мать, то вероятность заболеть у детей в пять раз выше сравнительно с теми случаями, когда болен отец (Вид, 1993).

Еще одно крупное направление в психотерапии шизофрении представлено *гуманистической психологией* («третьей» силой после психоанализа и бихевиорального подхода). Одним из основных ее положений является тезис об ответственности человека за то, что с ним происходит. И если психоаналитики говорят о необходимости «давать взаймы» свое «Я» больным шизофренией, то Карл Витакер в своей практике прямо исходит из постулата: что бы ни происходило с пациентом, ответственен за это сам пациент, и именно он способен изменить существующее положение дел.

Другое основополагающее положение гуманистической психологии сводится к признанию в человеке врожденной способности к «самоактуализации», или «самореализации». На одном из своих семинаров Карл Роджерс говорил о целях психотерапии: надо не «стричь», как это делает большинство психиатров, а «выращивать».

Общий пафос работ представителей гуманистической психологии составляет признание, в определенном смысле, позитивного значения психотического опыта. С этой точки зрения необходимо не лечить симптомы, а стимулировать полное переживание пациентами их опыта с целью позитивного выхода из психоза и дальнейшего личностного

развития.

Хотелось бы поделиться собственным, вот уже пятилетним, опытом работы в качестве группового психотерапевта.

В группу (от шести до десяти человек) объединяются пациенты, страдающие шизофренией и находящиеся на стационарном лечении. Группы – открытого типа: на место выписавшихся пациентов приходят новые участники. Сеансы проводятся два раза в неделю по одному часу. Основная направленность группы – гуманистическая.

Одним из основных, благотворно влияющих факторов в психотерапии шизофренических пациентов, как показывают и данные литературы, и собственный опыт автора, выступает отношение к ним как к полноценным, заслуживающим уважения личностям и как просто к «другим». Подобную позицию значительно более трудно провести в жизнь, чем кажется на первый взгляд. В значительной степени это обусловлено клиническими установками врачей-психиатров, согласно которым наши пациенты – *больные*, а, следовательно, в чем-то не полноценные люди. Станислав Гроф в одной из своих не столь давних работ писал: «Нынешняя психиатрия с ее социально оскорбительными ярлыками, ужасными госпитальными условиями и терапевтическими процедурами создала атмосферу, в которой невозможна искренняя обратная связь» (Grof, 1993, с.320). Иначе говоря, врач и пациент как бы находятся по разные стороны баррикад. За время, минувшее с момента написания этих строк, в психиатрической клинике мало что изменилось. И когда стремишься перешагнуть эти «баррикады», что и выражается, главным образом, в отношении к пациенту как к полноценной, но просто другой личности, это оказывается достаточно неожиданным даже для самих пациентов. Большинство из них продолжают заученно повторять, что они больные, и единственное, что им нужно, – избавиться от страхов, «голосов» и т.п.

Известно, что даже такой мастер гуманистической психотерапии, как Карл Роджерс, в своей практике зачастую сталкивался с весьма неблагоприятными реакциями со стороны пациентов, страдающих шизофренией (Vid, 1993). Но, как бы то ни было, не приходится думать, что он допускал возможность альтернативного отношения к пациентам. Хочется надеяться, что и нам достанет сил быть последовательными в том искреннем и уважительном отношении к пациенту психиатрической клиники, о котором говорилось выше.

Именно поэтому во время групповых сеансов мы всячески избегаем слова «болезнь», оперируя вместо него понятием «проблема». Даже такая незначительная, казалось бы, деталь сразу же ориентирует пациентов на то, что происходящее с ними не есть нечто внешнее, требующее лечебного вмешательства, а внутреннее, – требующее разрешения. Некоторые мои пациенты в ответ на «необычное» поведение терапевта все же становятся более контактными, открытыми и с большей готовностью позволяют соприкасаться с их внутренним миром.

В только что вышедшей работе Д.Дорман и К.Пэнни пациентка, одна из соавторов статьи, замечает, что едва ли не самым главным для нее в терапевтическом процессе явилось отношение к ней со стороны психотерапевта как к целостной личности, а не как к ярлыку или диагнозу (Dorman & Penney, 1999).

Не менее значимая проблема, чем наклеивание ярлыков, о которой многие участники группы говорят буквально с первых же сеансов, – непринятие их в обществе, отношение к ним как к «психам», «шизикам». Отсюда важным элементом работы становится повышение их самооценки, которая и без того, как правило, занижена. Существенным при этом, с моей точки зрения, является осознание пациентами того факта, что люди, которые общаются с ними на подобном уровне, сами имеют глубокие проблемы и проецируют их на окружающих, подобным образом защищаясь от собственных комплексов. Иногда я говорю в шутку: «Когда Вы слышите от кого-то, что Вы псих, скажите в ответ, что это говорит в нем собственный страх сойти с ума».

Еще один мощный терапевтический фактор, используемый в работе с участниками группы, конечно же, – эмпатия. Сопереживание пациентам, страдающим шизофренией, зачастую может быть крайне значительным опытом для психотерапевта. Некоторые авторы дают яркое описание подобного опыта. Так, Е.Хансен писала: «Я, несомненно, участвовала в спонтанной регрессии, переживаемой моей пациенткой. В какие-то минуты я чувствовала, как мои глаза наполняются слезами, испытывала временами ощущение, похожее на утрату предмета... Сеансы с этой пациенткой были самыми важными минутами за всю мою жизнь» (цит. по: Шертон, 1982, с.221). Дональд Винникотт отмечал, что в процессе работы с шизофреническим пациентом ему удалось пережить опыт, уникальный даже для психоаналитика: «Я вышел из него иным, чем был до его начала» (*там же*). В моей работе часто приходится соприкасаться с двумя чувствами, которые переполняют членов группы. Это – гнев и отчаяние. И после часа, проведенного вместе с такими пациентами, случается, что наталкиваешься на собственное сопротивление в виде нежелания проводить следующий сеанс. Но лишь однажды я настолько глубоко включился в их переживания, что в течение почти целого часа воспринимал окружающий мир как нечто зыбкое и иллюзорное.

Не менее важный психотерапевтический фактор, который используется мною в работе, это – поощрение участников группы к открытому выражению своих чувств и желаний. Думаю, нет нужды приводить многочисленные данные литературы, свидетельствующие о том, сколь велики трудности, которые испытывают страдающие шизофренией, стараясь четко выразить то, чего они хотят. Как правило, окружающие их люди, видящие в них ни к чему не пригодных, требующих постоянной опеки маленьких детей, с пренебрежением воспринимают их «Я хочу» (вспомним шизофреногенных матерей).

Интересно, что среди других впечатлений от групповой работы, которыми обычно делятся участники иных групп (сопереживание, возможность открыто проявлять свои чувства, осознание отсутствия уникальности собственных проблем, возможность получения обратной связи и пр.), многие пациенты, страдающие шизофренией, на первое место ставят то, чего они были лишены всю свою жизнь и, наконец-то, получили здесь, в группе, – ЛЮБОВЬ.

Основная часть работы направлена на поощрение участников группы к принятию ответственности. Известно, что практически все страдающие шизофренией ставят себя в положение маленьких детей, частенько заявляя: «Меня опекают», «Мне не дают свободы» и т.д. Конфронтируя с такой инфантильной установкой, предлагая, в частности, начинать фразы подобного типа со слова «Я», терапевт добивается изменения. Спустя некоторое время у ряда пациентов начинается «бунт» против сложившихся в их семьях отношений, а еще позже они начинают понимать, что должны принять на себя взрослую позицию ответственности.

Возможно, главное, что отличает описываемые группы от остальных, состоит в том, что наши пациенты аутичны, а отсюда – крайне пассивны. В начале своей работы я нередко старался преодолеть их аутизм, поощряя к более активному включению в групповой процесс. Чаще всего это приводило к еще большей отгороженности и даже уходу из группы. В настоящее время аутизм участников группы полностью принимается мною как непосредственная данность, что имеет, как правило, два основных следствия. Часть пациентов в исходе более или менее длительного участия в группе спонтанно начинают активнее включаться в процесс. Другие, оставаясь по-прежнему замкнутыми, нередко не произнося ни слова за все время терапии, реально извлекают из групповой работы не меньше, а то и значительно больше, чем остальные участники (о чем свидетельствует обратная связь, которую они дают в конце психотерапии).

Основной трудностью, с которой мне приходится сталкиваться, является отсутствие у многих членов группы достаточной мотивации к прохождению терапии. Довольно большой процент пациентов прекращают посещать сеансы в самом начале работы. Нередко на вопросы, что привело их в группу и каковы их ожидания, слышишь в ответ, что, дескать, скучно в отделении и, спасаясь от скуки, просто любопытно посмотреть, что это такое – терапевтическая группа. Когда же внешне не мотивированные пациенты все-таки начинают регулярно посещать сеансы, первоначальная работа с ними направлена на то, чтобы помочь им осознать свои нужды и желания. Если это удается, они нередко начинают говорить, что хотели бы разобраться в том, что с ними происходит, хотели бы научиться общаться, найти работу, выйти замуж и т.д. Часть таких пациентов продолжают посещать сеансы и после выписки из стационара, даже если это сопряжено для них с определенными труд-

ностями (одну молодую женщину мать категорически не пускала в группу, однако, несмотря на запрет, она проходит терапию уже в течение пяти лет, в результате чего стала реже госпитализироваться, сократились и сроки пребывания в больнице до нескольких дней, появилось критическое отношение к «голосам»). Собственный опыт, вполне согласующийся с данными литературы, показывает, что длительность терапии для лиц, страдающих шизофренией, нередко оказывается одним из основных терапевтических факторов.

В этой связи мне хотелось бы более подробно привести случай пациентки, посещающей группу в течение более чем трех лет (за все это время она пропустила лишь несколько сеансов). Она вдова, 50-ти лет, работает в фирме, имея вторую группу инвалидности.

Впервые пациентка обратилась к психиатрам около пятнадцати лет назад. Ее состояние квалифицировалось как острое психотическое, в рамках шизофрении. Психотические эпизоды повторялись и впоследствии. В периодах между приступами пациентку беспокоили слабость, апатия, периодическое чувство тревоги, неприятные ощущения в различных участках тела, пониженное настроение. Плохое самочувствие значительно усугубилось после трагической гибели младшего сына. На работе в фирме помогало удерживаться лишь то обстоятельство, что директором был муж пациентки. Ее первоначальным запросом было желание избавиться от беспокоящих ее симптомов. В течение многих месяцев пациентка внешне практически не включалась в групповую работу, она лишь внимательно наблюдала за происходящим. Однако постепенно она начала общаться, пытаясь помочь другим участникам группы справляться со своими проблемами. Постепенно и ее собственные начали обретать более четкие очертания. Она стала осознавать, что дело совсем не в симптомах, а в том, что, с одной стороны, она крайне зависима от окружающих ее близких людей, с другой же, сама обесценивает самостоятельность и способности других, бросаясь «спасать» их при первых же трудностях. Ее целью стало не избавление от симптомов, а обучение способности самой справляться с невзгодами (а таковых в ее жизни было предостаточно) без помощи медикаментов и лечения в психиатрической больнице. Со временем пациентка стала все более открыто говорить о своих проблемах и просить помочь ей. Был даже эпизод, когда она хотела покинуть группу в связи с тем, что соприкосновение с трудностями других вызывало у нее массу неприятных эмоций. Но, к счастью, этого не произошло. За время терапии она лишь один раз в течение двух недель находилась в психиатрической больнице, и даже когда от тяжелой болезни умер ее муж, она обошлась без госпитализации. Более того, в настоящее время она возглавляет фирму, директором которой при жизни был муж, ее не беспокоит ни один из прежних симптомов, она практически отказалась от приема медикаментов. За время психотерапии не было ни одного психотического

эпизода. В группе она является несомненным лидером. С точки зрения традиционной психиатрии, настоящее состояние пациентки можно было бы расценить как практическое выздоровление.

Заключая эту статью, хотелось бы вспомнить слова Фриды Фромм-Рейхман, с которыми, на мой взгляд, вряд ли кто решится спорить: «... психиатры считают сегодня само собой разумеющимся, что рабочее отношение "врач-пациент" может быть установлено с шизофреническим пациентом. Если это и представляется невозможным, то по причине личностных трудностей врача, а не психопатологии пациента» (цит. по: *Laing*, 1995, с.40). Думаю, что какой бы теории мы ни придерживались, на каких бы позициях ни стояли, мы не ошибемся, если будем относиться к тем, кого называют «шизофрениками», как к личностям, а не больным шизофренией!

ЛИТЕРАТУРА

- Аммон Г. Динамическая психиатрия. – СПб., 1995.*
- Бейтсон Г., Джексон Д.Д., Хейли Д., Уикленд Д.Х. К теории шизофрении // Московский психотерапевтический журнал. – 1993. – № 1. – С.5-24.*
- Вид В.Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении. – СПб., 1993. – 238 с.*
- Гроф С. За пределами мозга. М.: Изд-во Московского Трансперсонального Центра, 1993. – 504 с.*
- Кейсмент П. Обучаясь у пациента. – Воронеж: НПО «МОДЖ», 1995. – 256 с.*
- Лейнг Р. Разделенное Я. Киев. 1995. – 320 с.*
- Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. М.: Издательская группа «Прогресс», «Универс». 1994. – 480 с.*
- Треурнет Н. Что такое психоанализ сегодня? // Соц. и клин. Психиатрия, 1994. – Т.4. – № 3. – С.55-72.*
- Шертук Л. Непознанное в психике человека. – М.: Прогресс, 1982. – 311 с.*
- Dorman D., Penney C. (1999). Being together in the therapeutic relationship in schizophrenia // International Journal of Psychotherapy. V.4, № 1, p.11-31.*
- Eidelberg L (Ed.) (1968). Encyclopedia of psychoanalysis. N.Y.: Free press. – 571 p.*
- Greenacre P. (1954) // J. Amer. Psychoanal. Assn. Vol. 2, p.671-684.*
- Kohut M. (1968). The psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. Outline of systematic approach // Psychoanal. study child. Vol. 23, p.86-113.*
- Maslow A. (1964). Religious, Values, and Peak Experiences. Columbus: Ohio State Univ. Press.*
- Pankow G.(1968). Gespenge Fessein der Psychose-Reinhardt. Munchen.*
- Spitz R.A. (1955). Die Urhohle: zur Genese der Wahrnehmung und ihrer Rolle inder psychoanalytischen Theorie // Psyche. № 9, s.641-667.*