

Применение телесно-ориентированных методов психотерапии в комплексном лечении больных эндогенными психическими расстройствами

Б.Г. Бутома¹, Т.А. Аристова²

¹ Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

² Государственное учреждение «Психоневрологический диспансер № 10», Санкт-Петербург

Резюме. Современная биопсихосоциальная парадигма требует необходимости оптимизации лечебного процесса, которая подразумевает не только новые психофармакологические подходы, но и совершенствование психотерапевтических программ с использованием интегративного подхода, позволяющего объединить приемы и техники различных психотерапевтических направлений на основе синтеза их теоретических положений.

Разработка метода и способ применения мультимодальной телесно-ориентированной психотерапии были вызваны необходимостью интенсификации процесса терапии больных эндогенными психическими заболеваниями, повышением их адаптивного потенциала, восстановлением когнитивных функций у данной группы пациентов, что позволило избежать трудностей адаптации к построению партнерских и семейных взаимоотношений, которые неизбежно возникают после перенесенного психического заболевания и не могут быть успешно разрешены никаким другим видом психотерапии за достаточно короткий срок.

Методика проведения мультимодального телесно-ориентированного позволяет решать многие типовые задачи определения наиболее уязвимых или опорных зон адаптации больного к жизни с помощью индивидуальных или групповых занятий, а также поиска терапевтических путей воздействия на дезадаптивные сферы жизни личности, воздействуя на бессознательное, бережно работая с психологическими механизмами адаптации больного.

Ключевые слова: эндогенные психические расстройства, телесно-ориентированная психотерапия, психологическая защита, копинг-стратегия, адаптация.

Application of the bodywork psychotherapy in complex treatment of the patient with endogenic mental disorders

B.G. Butoma¹, T.A. Aristova²

¹ St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute

² St. Petersburg Psychoneurological Dispensary № 10

Summary. The modern biopsychosocial paradigm demands necessity of optimization of therapeutic process which means not only new psychopharmacology approaches, but also perfection of psychotherapeutic programs using the integrative approach, allowing uniting various techniques of different psychotherapeutic trends on the basis of synthesis of their theoretical positions.

Development of a method and way of application of the multimodal bodywork psychotherapy have been caused by necessity of an intensification of treatment process of mentally ill patients with endogenic psychoses to increase of their adaptive potential, recovery of cognitive functions in this group of patients that has allowed to avoid difficulties of adaptation and construction of a partner and family mutual relations which inevitably arise after the survive from mental disorder and cannot be successfully resolved by any other kind of psychotherapy for short enough term.

The technique of carrying out multimodal bodywork therapy allows to solve many typical problems of definition of the most vulnerable or basic zones of adaptation of the patient for life by means of individual or group interventions, and also search for therapeutic ways of influence on disadaptive spheres of a life of the person, influencing on unconscious, carefully working with psychological mechanisms of adaptation of the patient.

Keywords: endogenic mental disorders, bodywork psychotherapy, psychological defense, coping-strategy, adaptation.

Современная биопсихосоциальная парадигма психических расстройств требует необходимости оптимизации лечебного процесса, которая подразумевает использование не только принципиально новых психофармакологических препаратов, но и совершенствования психотерапевтических программ с использованием мультимодального, интегративного подхода, позволяю-

щего объединить приемы и техники различных психотерапевтических направлений на основе синтеза фундирующих их этиопатогенетических представлений и теоретических основ [1, 14, 16, 17, 22, 23].

Ряд авторов указывает на возможность интеграции некоторых телесно-ориентированных техник с отдельными психотерапевтическими методами,

в частности такими, как групповая поведенческая психотерапия, когнитивная психотерапия, психосинтез, арт-анализ и другие [5, 6, 8, 11, 27, 28, 32, 33]. Вместе с тем имеющееся в современном мире разнообразие телесно-ориентированных подходов практически не нашло отражения в клинической практике, и непосредственно-чувственный, телесный опыт, используемый в групповой телесно-ориентированной психотерапии, по-прежнему остается невостребованным при психотерапии эндогенных больных. В то же время телесный контакт может быть обратной связью в процессах коммуникации. Телесный опыт — это необходимая составляющая человеческого существования, условие его полноты и цельности. Нам представляется особенно важным развитие у больных шизофренией правильного восприятия эмоциональной экспрессии и оценки собственных телесных ощущений, устранение страха перед физическим контактом, что, несомненно, направлено на повышение их коммуникативных способностей в целом. В связи с этим внедрение новых методов психотерапии при психических заболеваниях является актуальным как в отечественной, так и в зарубежной практике.

В отделении внебольничной психиатрии НИПНИ имени В.М. Бехтерева психотерапевтическая работа по использованию телесно-ориентированных подходов, техник психосинтеза и психогимнастики проводится с 1996 года. Нами был разработан оригинальный вариант мультимодальной телесно-ориентированной психотерапии. Разработка метода и способ применения мультимодальной телесно-ориентированной психотерапии были вызваны необходимостью интенсификации процесса терапии больных эндогенными психическими заболеваниями, повышением их адаптивного потенциала, восстановлением когнитивных функций у данной группы пациентов, что позволило избежать трудностей адаптации к построению партнерских и семейных взаимоотношений, которые неизбежно возникают после перенесенного психического заболевания и не могут быть успешно разрешены никаким другим видом психотерапии за достаточно короткий срок.

Новизна метода заключается в том, что, основанный на этических принципах, он ориентирован на коррекцию приспособительного поведения, которое во многом определяет социальную адаптацию личности. Для определения типа приспособительного поведения, улучшения понимания больными своих эмоциональных проявлений, усиления возможности конструктивного и экстравертированного взаимодействия с внешней средой были использованы проективная методика «BEST» [26], «Индекс жизненного стиля» [13], «Способы копинга» [29], проективный рисунок и элементы арт-анализа.

Методологическое обоснование предлагаемой методики. Современный период характеризуется стремлением к пониманию человеческого организма как целостной системы. В соответствии с холистическим подходом все функции организ-

ма взаимосвязаны. Холистическое рассмотрение человека — это анализ всех составляющих его частей: тела, психики, мышления, чувств, воображения, движения и т.д., учитывая, что при этом целостное не является простой суммой составляющих его отдельных частей, а представляет собой интегрированное функционирование различных аспектов целого во времени и пространстве. С этой точки зрения считать один аспект целого исключительной причиной возникновения психологической проблемы человека — значит искусственно разделять то, что на самом деле представляет собой функциональное единство.

Телесно-ориентированная психотерапия возникла на основе практического опыта и многолетних наблюдений взаимосвязи духовного и телесного в функционировании организма. Она в большей степени, нежели другие направления психотерапии, придерживается холистического подхода.

При этом, несмотря на то что история телесной терапии насчитывает почти сто лет, как научное направление телесно-ориентированная психотерапия в нашей стране стала развиваться только в последнее время, а в клинике эндогенных психозов практически не используется. К сожалению, теория, которая объединила бы ее различные направления, сделала бы стройной и гармоничной системой, пока не создана. Подобный разрыв между большим практическим опытом и слабой теоретической базой не случаен. Создание теории телесно-ориентированной психотерапии весьма затруднительно, так как оно затрагивает основы психофизиологической проблемы, проблемы взаимодействия души и тела, не разрешенной на протяжении многовековой истории человечества.

Кроме того, границы телесно-ориентированной психотерапии необоснованно расширены, происходит пересечение ее с другими ориентированными на тело техниками, что приносит большой вред, т.к. создает путаницу в осмыслении и целенаправленности применения отдельных упражнений. В результате, с одной стороны, к телесно-ориентированной психотерапии примыкают такие методы воздействия на тело, как ЛФК, психофизические тренировки, холистический массаж, а с другой — хореотерапия, двигательная терапия, кинезиотерапия. Описано, по меньшей мере, 15 различных подходов, определенных как «работа с телом» [3, 14, 19]. Некоторые из них являются чисто психотерапевтическими по своей цели, а другие более точно определены как методы физической терапии, главной целью которых является телесное здоровье.

В связи с этим существует необходимость существенно сузить необоснованно расширенные границы телесно-ориентированной психотерапии, чему способствует постановка задачи ее использования, заключающаяся не только в улучшении физического здоровья, но и в изменении психического функционирования человека. При таком подходе, ориентированном на рассмотрение человека в единстве психосоциального и биологического функционирования, телесно-ориентированная

психотерапия расширяет возможности психотерапевтического воздействия, помогая клиенту с помощью двигательных психотехник более точно распознать и вербализовать собственные эмоции, пережить заново свой прошлый эмоциональный опыт, тем самым способствуя расширению сферы самосознания индивида и формированию у него более эмоционально благоприятного отношения к себе. Помимо этого, она вносит определенный вклад в дальнейшее развитие наших представлений о механизмах лечебного действия психотерапии, поскольку изменения, происходящие с больным и являющиеся конечной целью психотерапевтического воздействия, относятся к различным уровням функционирования организма и личности. Наиболее известными в настоящее время направлениями телесно-ориентированной психотерапии являются: психология тела В. Райха [15], биоэнергетический анализ А. Лоуэна [8], концепция телесного осознания М. Фельденкрайза [21], метод интеграции движений Ф. Александра [2], метод чувственного сознания Ш. Селвер [14, 19], структурная интеграция И. Рольф [14, 19], танатотерапия В.Ю. Басакова (у нас в стране) [3, 22]. Вместе с тем понимание изначально психоаналитически ориентированных методов телесно-ориентированной психотерапии выходит за рамки обуславливающих это психотерапевтическое направление теоретических догм. Во-первых, в процессе работы с позой и мышечными зажимами, при воздействии на физический аспект сопротивления и защитных механизмов, в качестве своих эффектов этот метод обнаруживает влияние на такой компонент самосознания, как самопонимание, способствуя тем самым осознанию вытесняемых потребностей и конфликтов личности [8, 15, 24]. Во-вторых, методы телесно-ориентированной психотерапии, относящиеся к поведенческому направлению, оказывают влияние на образ действий человека, которые, с точки зрения приверженцев этого направления, можно корректировать, тем самым способствуя замене неадаптивных форм поведения на адаптивные, то есть способствуя обучению более эффективному экономичному способу действия. Особенно это важно при снижении энергетического потенциала у психически больных пациентов [2, 21, 28]. Наконец, методы опытного направления позволяют повысить уровень сенсорной чувствительности и структурирования перцепции, уровень самопринятия, т.е. способствуя изменению отношения к себе, принятию себя и своего тела [10], в рамках чего можно рассматривать метод В.Ю. Басакова [2], незаменимый для быстрого обучения способности индивида к релаксации и безопасному отреагированию эмоционального напряжения, что представляется особенно важным при работе с психически больными пациентами. В то же время эти методы разрабатывались и применялись в основном для работы с невротическими пациентами, с пациентами, имеющими психосоматические проблемы, поэтому техники, используемые вышеперечисленными авторами, ориентированы на эти категории пациентов и являются более «смелыми» и активно-

действующими, вызывающими в большинстве случаев бурное эмоциональное отреагирование, что не совсем применимо к пациентам с эндогенными психическими расстройствами. Больные шизофренией испытывают значительные затруднения в интегрировании сложных, зачастую противоречивых, стимулов среды: большое количество одновременно воспринимаемой информации, богатой сложно организованными связями, вызывает у них «когнитивный диссонанс» [20] и растерянность. Попытки дополнить и без того сложную для восприятия пациентов объективную реальность новыми связями, отражающими их индивидуальное, историческое прошлое, могут вызывать дополнительную нагрузку на процессы психической адаптации, что приводит в итоге к стрессу. Сильные эмоции, всегда сопровождающие самоанализ, не редуцируются у больных шизофренией так быстро, как у невротических пациентов, вследствие того, что их психологическая защита более слаба и примитивна [7, 9]. Если и использовать термин «конфликт» по отношению к психическим больным, то это конфликт между стадиями развития индивида и предъявляемыми к нему требованиями его формального биологического и социального возраста. Такой конфликт не может быть решен с помощью понятийного аппарата, а требует эмоционального и невербального опыта, поскольку переход из одной ранней стадии развития в другую осуществляется главным образом на базе невербальных механизмов.

Поэтому нами были использованы отдельные телесно-ориентированные техники, наиболее отвечающие поставленным задачам усиления адаптационных возможностей больных с эндогенными психическими расстройствами и, одновременно, акцентированные на использование этологических принципов. В связи с этим были, например, использованы техники Фельденкрайза [21], работа с которыми направлена на восстановление связей между двигательными участками коры головного мозга и мышцами, которые гипотетически напряжены или испорчены дурными привычками или негативными влияниями, обусловленными, в данном случае, фактом психического заболевания. Цель терапии, по мнению автора, в этом случае состоит в том, чтобы создать в теле способность двигаться с минимумом усилий и максимумом эффективности не посредством увеличения мышечной силы, а посредством возрастающего понимания того, как тело работает. Согласно Фельденкрайзу, возрастающее осознание и подвижность могут быть достигнуты посредством успокоения и уравнивания работы двигательных участков коры. При этом человек, выполняющий необходимые упражнения, может достигнуть чрезвычайно расширенного осознания и становится способным пробовать новые сочетания движений, которые были невозможны, когда связи между корой и мускулатурой были замкнуты предписанными ограниченными паттернами. Чтобы больной человек смог чувствовать себя единым, вернуть себе ощущение целостности, необходимо научить его не только интеллектуальному пониманию, интер-

претации или осознанию вытесненной информации, но и переживанию в настоящий момент обоюдного единства тела и психики, целостности всего организма. Но научить осторожно, применяя техники «малых доз», бережно работая с защитными механизмами, повышающими чувствительность, но не вызывающими бурного проявления эмоций, что может привести к обострению состояния.

С учетом сказанного выше, сконструированный нами мультимодальный метод телесной терапии включил в себя специально подобранные методики, направленные в той или иной степени на обеспечение безопасных условий проведения, необходимых для пациентов с эндогенными психическими заболеваниями, в которых они могли бы пережить свой опыт как взаимосвязь психического и телесного, принять себя в этом качестве и, тем самым, получить возможность для улучшения своего функционирования в социуме.

Говоря о показаниях к проведению данного метода психотерапии, следует отметить ряд общих положений, которые определяют психологические особенности больных психотического уровня. Эти пациенты вследствие энергетического дефекта неспособны к длительным беседам и физическим нагрузкам, с трудом воспринимают разноплановую когнитивную информацию, в эмоциональном плане часто неадекватны, плохо понимают эмоциональные реакции других людей: могут демонстрировать непредсказуемую реакцию тревоги в ответ на самые неожиданные стимулы, часто еще и парадоксальные по содержанию; как правило, имеют длительный опыт искаженных отношений с членами семьи и различными социальными системами и вследствие этого избыточно недоверчивы и насторожены, малообщительны, замкнуты, их механизмы психологической защиты примитивны и недостаточны для быстрой и надежной нейтрализации возникающей по малейшим поводам тревоги, у них, как правило, значительно нарушена способность к адекватной социальной перцепции, и они часто не понимают стандартных социальных ситуаций и не имеют навыков поведения в них, имеют выраженные трудности в контактах с лицами противоположного пола, не могут продуктивно строить партнерские взаимоотношения; у этих больных повышена спастика, отмечается внутреннее напряжение, резкость и угловатость движений, нарушение тонкой моторики, имеются различного рода фобии, среди которых выражена фобия телесного контакта даже на уровне прикосновений к другому человеку. Кроме того, процедуры, ориентированные на тело, могут использоваться в тренинге по следующим направлениям: способствовать прохождению фаз группового развития, оптимизировать процесс обучения (учитывая принцип целостности опыта и используя телесный опыт как метафору), способствовать повышению коммуникативной компетентности участников (принятие своего тела как ключа к осознанию, изменению и расширению поведенческих реакций), посредством обучения

технике тотальной релаксации снимать внутреннее напряжение, стресс, хроническую усталость, тревогу, страхи; посредством освоения специальных техник, через снятие эмоциональных блоков и зажимов, снять спазмированность процесса дыхания, присущую почти каждому современному горожанину, нормализовать обменные процессы, способствовать личностному росту участников группового взаимодействия путем расширения осознания сферы тела, обогащения личного опыта, развития кинестетического канала восприятия, улучшения когнитивных процессов (внимания и памяти), увеличения самооценки, что позволяет восстановить нарушенную гармонию между психическим и телесным, физическим.

Данный психотерапевтический метод показан к применению в реабилитационном процессе в условиях дневных, ночных и круглосуточных стационаров при определении целей и задач реабилитационной работы по адаптации психически больных к жизни в здоровом обществе. В особенности метод показан пациентам с трудностями социальных контактов, затрудненностью сексуальных контактов, невозможностью построить семейные взаимоотношения, повышенной тревожностью, повышенной спастикой, нарушением тонкой моторики, неуверенностью в себе, замкнутостью, фобическими расстройствами. Может успешно применяться в психосоматической медицине и клинике неврозов. Противопоказаний практически нет. Относительными противопоказаниями для применения методики являются условия, при которых: 1) у человека имеются выраженные когнитивные нарушения, снижение умственной работоспособности, предполагающие неспособность понимать инструкцию и следовать указаниям психотерапевта; 2) наличие острого психотического состояния; 3) перенесенные травмы позвоночника.

Описание метода. Занятия, ориентированные на тело, проводились в три этапа, соответственно логике группового процесса [12].

Первый этап был направлен на улучшение коммуникативных возможностей и создание безопасной и доверительной атмосферы в группе, развитие наблюдательской сенситивности [3, 22]. На этом этапе происходило осознание личностных особенностей взаимодействия с другими через тело. Данный этап мог быть использован как инструмент сбора информации для последующей и параллельно проводимой групповой и индивидуальной терапии.

Второй этап представлял собой пластический тренинг [18]. Проводился после достижения атмосферы доброжелательности, доверия, эмоциональной безопасности и комфорта. Данный этап был направлен на обучение технике релаксации, снятия мышечного напряжения, обучение обнаружению и произвольному расслаблению группы напряженных мышц, что способствовало осознанию связи телесности и эмоциональных переживаний. На этом этапе целесообразно оказалось включение метода Фельденкрайза, с помощью ко-

того оказывалось возможным изменение ригидной схемы тела у психически больных пациентов посредством нахождения оптимального способа движения для каждого индивида, что в конечном счете способствовало развитию пластичности и сбалансированности его движений («ощущения, чувства и мысли базируются на движениях; «движение — основа самосознания») [21].

Третий этап был направлен на повышение чувствительности к своему телу, повышение чувствительности к переживаниям партнера, осознание языка собственного тела, осознание языка тела окружающих, эмоциональное отреагирование, «телесную гомеопатию». Данный этап позволял повысить чувствительность к своему телу и переживаниям партнера, обучиться лучшему пониманию языка собственного тела и окружающих, правильно оценивать эмоциональную экспрессию и, как следствие, расширить поведенческий репертуар. Все пациенты по мере посещения групповых занятий в индивидуальном порядке получали информацию о репертуаре своих психологических защит, стратегиях и тактиках поведения, социальной «маске» или «персоне», «идеальном», «реальном», «телесном» «Я» и рекомендации к более адаптивному поведению и взаимодействию с окружающими. В ходе занятий неоднократно пациенты выполняли проективные рисуночные техники, элементы арт-анализа. При необходимости пациенты получали индивидуальные консультации ведущих занятия психотерапевтов. Из самоотчетов пациентов следует, что они после окончания групповых занятий становились увереннее в себе; у них повышалась самооценка, появлялось «уважение» к своему телу, к своим импульсам и желаниям, улучшалось настроение, уменьшалась тревога; у больных облегчалось общение, многие из них приобретали себе друга или подругу (вне группы). Пациенты, которые на рисунках в начале групповых занятий изображали только свое лицо или нечетко прорисовывали тело, после окончания групповой работы рисовали всю фигуру, причем изображая ее более пропорционально. Клинически было отмечено, что в результате проводимой групповой терапии увеличивался репертуар движений и поведенческих реакций у всех участников группового процесса, отмечалась коррекция эмоциональных проявлений в наиболее адекватной форме, что можно рассматривать в качестве условий персонального роста и расширения возможностей непрямого метафорического понимания действительности, а также повышения креативных возможностей участников группы, направленных на обеспечение обратной связи в коммуникативном процессе. Все это в целом приводило к более успешному разрешению личностных проблем. Ряд пациентов после проводимой психотерапии смогли выстроить партнерские (партнеры не являлись участниками группы) сексуальные взаимоотношения, создать семейные пары. Следует отметить, что в процессе групповой телесной психотерапии возникали ситуации психологического сопротивления проводимой терапии, которые проявлялись следующим образом:

1) в отказе выполнять упражнение, потому что пациент: а) испытывает неудобства при лежании на коврик; б) не может выполнить упражнение, так как давно не занимался гимнастикой; в) не умеет танцевать, рисовать и т.п.; г) устал; д) не понимает, зачем все это надо;

2) в нарочитом смехе;

3) в формальном выполнении упражнения;

4) в опозданиях, желании протянуть время.

В такой ситуации больному необходимо было объяснить, что качество рисунка или танца не имеет значения, и даже лучше то, что он не умеет хорошо рисовать или танцевать, так как это способствует более четкому изображению проблемы (еще лучше сделать это с самого начала, чтобы по возможности избежать ситуации отказа, мотивированного неумением рисовать). Выполняемое упражнение тоже не сразу будет получаться, так как пациент не является ни спортсменом, ни гимнастом и поэтому недостаточно пластичен в движениях, как все обычные люди.

Необходимым условием являлось мягкое вмешательство ведущего в процесс выполнения задания в парах, если пациент, выполняющий роль психотерапевта, делал что-либо неверно. В этом случае нужно было подойти, не привлекая внимание остальных участников, и еще раз объяснить, показать, как надо выполнять упражнение.

Мы предполагаем, что применение техники телесной терапии способствует также когнитивному восстановлению психотических пациентов, но не за счет бихевиорального принципа тренировки, широко распространенного в других психотерапевтических моделях, а за счет психодинамического принципа переживания раннего эмоционального опыта, через осознание своего тела и восстановления утраченной схемы тела и сигнальной функции аффекта. Следует отметить, что телесная психотерапия хорошо сочетается с другими психокоррекционными техниками, например, арт-анализом, когнитивно-поведенческой групповой психотерапией. Иными словами, при проведении психотерапии больным шизофренией врач может опираться на множество имеющихся психотерапевтических подходов и методик, определяя конкретный их «набор» в зависимости от индивидуальных особенностей пациента.

Эффективность метода. Для оценки эффективности работы параллельно с телесно-ориентированными техниками проводились поведенческие группы. Было обследовано 210 пациентов больных эндогенными психозами (с диагнозами шизофрении, шизоаффективное расстройство, биполярное аффективное расстройство), использовались следующие психологические методики: «Индекс жизненного стиля» (ИЖС) [13], «Способы копинга» [29], «Интегративный тест тревожности» (ИТТ) [4], а также самоотчеты и рисунки больных. Участники групп были согласованы по возрасту, полу и диагнозам. Были получены достоверные различия по ряду психологических методик ($P \leq 0,03$): а) уменьшение ряда показателей защитных механизмов (компенсации,

проекции, вытеснения) (табл. 1); б) увеличение числа более конструктивных копинг-стратегий (увеличение показателей конфронтации, самоконтроля, поиска социальной поддержки, планирования решения проблемы, положительной самооценки и уменьшение показателей дистанцирования, бегства-избегания) (табл. 2); б) уменьшение показателя общей тревожности, уменьшение эйдического компонента тревоги (табл. 3).

При проведении телесно-ориентированной групповой психотерапии наблюдалось: повышение показателей поздних как более зрелых защитных механизмов (реактивного образования и интеллектуализации), так и незрелого механизма регрессии (68 %) (табл. 6). Отмеченное придают этим результатам отчасти сходство с выявленными нами ранее тенденциями, наблюдаемыми при изучении эффективности динамической группы, что может свидетельствовать о более глубинном воздействии телесно-ориентированной психотерапии, чем собственно поведенческого научения. Одновременно отмечалось снижение показателей незрелых защитных механизмов (отрицания, вытеснения) и уменьшение показателя компенсации. Существенно снизились показатели по механизму проекции, что свидетельствует о большем принятии этими пациентами себя и окружающего мира, который посредством этого стал для них менее враждебным и пугающим.

Можно было отметить также изменение показателей копинг-стратегий (табл. 7): в отличие от результатов поведенческой группы не отмечалось роста показателя конфронтации, наблюдалось не-

которое увеличение поиска социальной поддержки, существенное снижение показателей дистанцирования, бегства-избегания.

Наконец, отмечалось уменьшение «эмоционального дискомфорта», «фобического» и «астенического» компонентов тревоги. В результате показатели общей тревожности у больных, прошедших телесно-ориентированную группу, значительно понизились (табл. 8), при этом даже в большей степени, чем наблюдаемые аналогичные показатели пациентов, прошедших поведенческую групповую психотерапию, что может быть связано с более комплексным вербальным и невербальным воздействием и тем самым сокращением «старого защитного стиля» и формированием новых механизмов психологической адаптации.

Можно предположить, что проведение поведенческой психотерапии способствует развитию более адаптивных копинг-стратегий, что оптимизирует стратегии действия личности; психодинамическая психотерапия способствует изменению защитных механизмов от незрелых к более зрелым, иногда формируя промежуточный «защитный стиль», который тесно связан с имеющимся у личности конфликтом и в ходе психотерапии может быть изменен. «Поломка» привычного для конкретной личности защитного стиля ведет к созданию промежуточного защитного стиля, который будет функционировать необходимое для адаптации личности к новым способам реагирования время, после чего возможно понижение выраженности отдельных защитных механизмов (например, регрессии, вытеснения) и формиро-

Таблица 1. Показатели механизмов психологической защиты пациентов поведенческой группы

№ замера	Отрицание	Регрессия	Вытеснение	Компенсация	Проекция	Замещение	Интеллектуализация	Реактив. образование
1	42,2	64,1	83,4	66,7	44,2	49,5	56,2	59,8
2	43,5	57,3	81,4	50,1	31,3	38,1	52,0	56,1

Примечание. Здесь и далее: 1. Данные на момент начала группы. 2. Данные на момент окончания группы.

Таблица 2. Показатели копинг-стратегий пациентов поведенческой группы

№ замера	Конфронтация	Дистанцирование	Самоконтроль	Поиск соц. поддержки	Принятие ответственности	Бегство	Планирование	Положительная переоценка
1	37,04	56,79	62,96	61,11	61,11	50,93	56,17	38,69
2	46,03	47,76	71,86	69,04	61,9	42,26	68,25	42,92

Таблица 3. Показатели компонентов тревоги пациентов поведенческой группы

№ замера	ЭД	АСТ	ФОБ	ОП	СЗ	Общий балл
1	7,5	7,75	8,125	6,5	6,9	7,75
2	4,75	5,75	6,75	5,375	6,375	5,875

Примечание к табл. 3. ЭД—«эмоциональный дискомфорт»; АСТ—«астенический компонент тревожности»; ФОБ—«фобический компонент»; ОП—«тревожная оценка перспективы»; СЗ—«социальная защита».

Таблица 6. Показатели механизмов психологической защиты пациентов телесно-ориентированной группы

	Отрица- ние	Регрессия	Вытесне- ние	Компен- сация	Проекция	Замещение	Интеллек- туализация	Реактив. образование
1	65,86	60,31	68,63	63,83	69,17	37,51	61,67	65,33
2	55,23	68,15	40,67	52,61	51,5	30,5	70,17	74,5

Таблица 7. Показатели копинг-стратегий пациентов телесно-ориентированной группы

№ за- мера	Конфр.	Дистанц.	Само- контр.	Поиск соц. поддержки	Принятие ответств.	Бегство	Планирование	Положит. переоценка
1	42,27	54,75	62,34	61,67	72,33	56,35	66,35	58,88
2	41,23	43,22	63,67	66,55	70,24	47,53	64,57	58,85

Таблица 8. Показатели компонентов тревоги пациентов телесно-ориентированной группы

№ замера	ЭД	АСТ	ФОБ	ОП	СЗ	Общий балл
1	7,7	7,6	7,3	7,6	5,7	7,16
2	5,6	6,2	5,5	6,0	5,6	5,74

вание характерного для данной личности новой структуры.

Мультимодальный телесно-ориентированный метод является объединяющим методом коррекции, воздействуя как на механизмы психологической защиты, так и способствуя выработке адаптивных копинг-стратегий. Проведение телесно-ориентированного метода существенно уменьшало показатели тревоги. Показатель общей тревожности, ее фобического и астенического компонентов снизились практически на 50% и достигли нормативных. По самоотчетам больных, у 75% пациентов практически полностью исчезли навязчивые страхи при общении с другими людьми, в особенности при контактах с лицами противоположного пола, 90% пациентов отмеча-

ли повышение состояния психологической комфортности. Полученные данные могут быть использованы для разработки психокоррекционных программ с целью улучшения интрапсихической адаптации [30].

В заключение можно отметить следующее: методика мультимодального телесно-ориентированного подхода позволяет решать многие типовые задачи определения наиболее уязвимых или опорных зон адаптации больного к жизни с помощью индивидуальных или групповых занятий, а также поиска терапевтических путей воздействия на дезадаптивные сферы жизни личности, воздействуя на бессознательное и бережно корригируя психологические механизмы адаптации больного.

Литература

1. Абабков В.А. Проблема научности в психотерапии / В.А. Абабков.—Изд. СПб ун-та.—1998.
2. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Пер.с англ. Ф. Александер.—М.: Эксмо-Пресс.—2002.—С. 320.
3. Баскаков В.Ю. Телесно-ориентированная психотерапия и психотехника: сравнительный анализ существующих подходов / В.Ю. Баскаков // Сб. Телесность человека, междисциплинарные исследования.—М.—1991.—С. 54–61.
4. Бизюк А.П. Компьютеризованная экспресс-методика самооценки тревожности / А.П. Бизюк // Обозр. психиатр. и мед. психологии им. В.М. Бехтерева.—1995.—№ 3–4.—С. 23–29.
5. Гантт Л. Арт-терапевтические исследования / Л. Гантт // Исцеляющее искусство.—1998.—№ 2.—С. 24–36.
6. Копытин А.И. Практикум по арт-терапии / А.И. Копытин.—СПб: Питер.—2000.—С. 443.
7. Кренберг О. Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии / О. Кренберг.—М.: Класс.—2000.—С. 36–39.
8. Лоуэн А. Язык тела / А. Лоуэн—СПб, Гуманитарное Агентство «Академический Проект», Феникс.—1998.—С. 383.
9. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика / Пер. с англ. Н. Мак-Вильямс.—М.: Класс.—1998.—С. 474.

10. Мак-Нили Д. Прикосновение: глубинная психология и телесная психотерапия / Пер. с англ. Д.Мак-Нили.—СПб.: Алетейя.—1999.—С. 140.
11. Пиз А. Язык телодвижений / Пер. с англ. А. Пиз.—Нижний Новгород, Ай Кью.—1992.—С. 262.
12. Применение телесно-ориентированных методов для лечения больных нервно-психическими расстройствами: пособие для врачей и психологов / СПб. науч.-иссл. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева / Авторы-сост.: Т.А. Аристова, Б.Г. Бутома, А.П. Коцюбинский, М.А. Акименко.—СПб.—2008.—С. 54.
13. Психологическая диагностика Индекса жизненного стиля: пособие для врачей и психологов / СПб науч.-иссл. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева / Авторы-сост. Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова, М.А. Березин, Н.Н. Петрова, И.Г. Беспалько, Т.А. Аристова, И.М. Осадчий.—СПб.—1998.—С. 48.
14. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского.—СПб: Питер-Юг.—2006.—С. 944.
15. Райх В. Характероанализ. Техника и основные положения для обучающихся и практикующих аналитиков / В. Райх.—М.: ТЕРРА-книжный клуб; Республика.—1999.—С. 464.
16. Сергеева Л.С. Телесно-ориентированные методы в системе психотерапии больных затяжными неврозами: автореферат дисс. ...канд. мед. наук 14.00.18 / Л.С. Сергеева.—СПб.—2001.—С. 21.
17. Таилыков В.А. Психология лечебного процесса / В.А. Таилыков.—Л.: Медицина.—1984.—С. 191.
18. Телесно-ориентированная психотехника: методические рекомендации по проведению тренинга / Сост. В.Б. Березкина-Орлова, М.А. Баскакова—электронный ресурс. URL: [biblioteka.teatr-obraz.ru/node/6973]
19. Телесная психотерапия. Бодинамика / Ред.-сост. В.Б. Березкина-Орлова.—М.: АСТ.—2010.—С. 416.
20. Фестингер Л. Теория когнитивного диссонанса / Пер. с англ. Л. Фестингер.—СПб: Ювента.—1999.—С. 15–53.
21. Фельденкрайз М. Осознание через движение / Пер. с англ. М. Фельденкрайз.—М.: Институт общегуманитарных исследований.—2007.—С. 217.
22. Хрестоматия по телесно-ориентировано психотерапии и психотехнике «Свободное тело» / Ред.-сост. В.Ю. Баскаков.—М.: Институт общегуманитарных исследований.—2001.—С. 224.
23. Шейнина Н.С. Особенности проведения групповой психотерапии у разных контингентов психических больных / Н.С. Шейнина, Т.А. Аристова // Психология и психотерапия. Материалы IV Всероссийской конференции.—СПб: ИМАТОН—2002.—С. 182–192.
24. Boadella, D. Lifestreams: an introduction to Biosynthesis / D. Boadella.—London: Routledge.—1987.
25. Berner H.D. Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia/ H.D. Berner, B. Hodel, V.Roder, P.Corrigan// Schizophr. Bull.—1992.—V. 18.—P. 21-27.
26. Calehr H. Instruction Manual of Basic Emotional Structuring Test / H. Calehr.—Bandung, 1989.—P. 286.
27. Ernst J. Laide psychologique aux psychotiques / J. Ernst // Journ. Sci. med. Lille.—1977.—V. 95.—P. 329–334.
28. Goth N. Zum Problem der negativen Effekte in der Psychotherapie / N. Goth, J. Goth, J. Weigel // Psychiat. Neurol. med. Psychol.—1980.—Bd. 32.—S. 550–556.
29. Lazarus R.S., Folkman, S. Coping and adaptation / R.S. Lazarus, S. Folkman // Ed. by W. D. Gentry // The handbook of behavioral medicine—N.Y., 1984.—P. 282–325.
30. Lehman F.L. Vocational rehabilitation in schizophrenia / F.L. Lehman // Schizophr. Bull.—1995.—V. 21.—P. 652–654.
31. Mahler M.S. A study of separation—individuation process and its possible application to borderline phenomena in psychoanalytic situation / M.S. Mahler // Psychoanal. Study Child.—1971.—V. 26.—P. 403–424.
32. Spense D.P. In some clinical implication of action Language / D.P. Spense // Journ. Amer. Psychoanal. Assoc.—1982.—V. 30.—P. 169–184.
33. Sterba R.F. The fate of the ego in analytic therapy / R.F. Sterba // Inter. Journ. of Psychoanal.—1934.—V. 15.—P. 117–126.

Сведения об авторах

Бутома Борис Георгиевич — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: butbor08@gmail.com

Аристова Татьяна Алексеевна — кандидат психологических наук, доцент, сотрудник ГУ «Психоневрологический диспансер №10». E-mail: aristovapjaf@mail.ru