

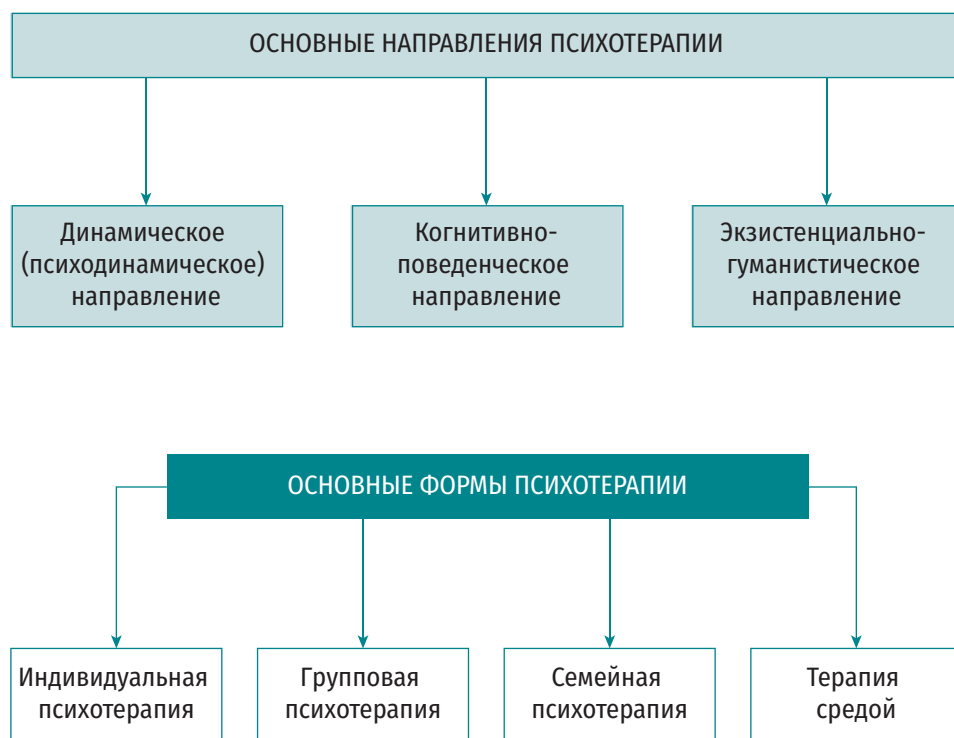
# ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания .....	4
Список сокращений и условных обозначений .....	9
Введение .....	10
<b>ТАКТИКА ВРАЧА-ПСИХОТЕРАПЕВТА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПОВОДУ РАССТРОЙСТВ</b> .....	14
Глава 1. Органические когнитивные расстройства .....	14
Глава 2. Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ или аддиктивным поведением .....	29
Глава 3. Расстройства шизофренического спектра .....	48
Глава 4. Аффективные расстройства .....	62
Глава 5. Тревожно-фобические расстройства .....	83
Глава 6. Обсессивно-компульсивное расстройство .....	107
Глава 7. Расстройства, связанные со стрессом, и нарушения адаптации .....	121
Глава 8. Диссоциативные (конверсионные) расстройства .....	139
Глава 9. Соматоформные расстройства .....	149
Глава 10. Расстройства приема пищи .....	165
Глава 11. Расстройства сексуальной сферы .....	175
Глава 12. Расстройства личности .....	187
Глава 13. Нарушения психического развития .....	200
Глава 14. Психосоматические расстройства .....	216
<b>ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ И ДЕТЯМ</b> .....	226
Глава 15. Семейная психотерапия .....	226
Глава 16. Психотерапия детей и подростков .....	233
Список литературы .....	246
Справочник лекарственных средств .....	247

## ВВЕДЕНИЕ

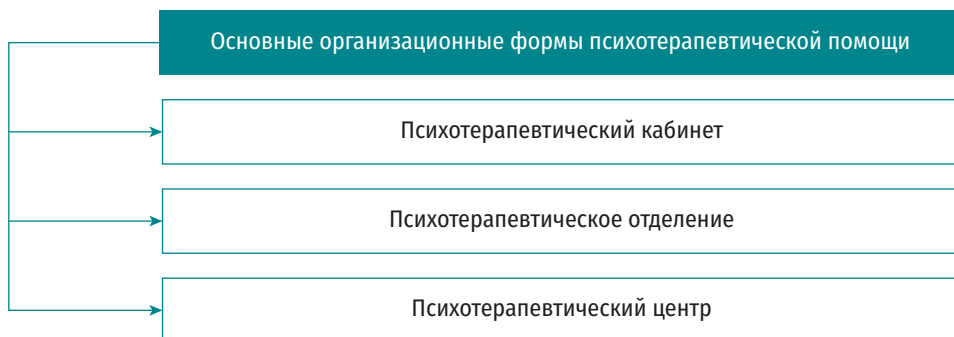
В настоящее время существует ряд определений психотерапии. Наибольшее распространение получило определение Б.Д. Карвасарского (2000), согласно которому *психотерапия — это система лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного*. Иными словами, психотерапия — это лечение людей с психическими расстройствами, проводимое с использованием психологических методов воздействия.

На сегодняшний день не существует общепринятой классификации методов психотерапии, но общепризнанными являются следующие направления и формы.



Выделение психотерапии в отдельную врачебную специальность произошло в 1985 г., когда приказом Министерства здравоохранения СССР от 31 мая № 750 в номенклатуру врачебных специальностей была включена специальность «61. Психотерапевт», а в номенклатуру врачебных должностей — должность «88. Врач-психотерапевт». С тех пор регулирование деятельности врачей-психотерапевтов претерпело ряд изменений и продолжает совершенствоваться.

В настоящее время психотерапевтическая помощь в Российской Федерации оказывается стационарно, полустационарно и амбулаторно в основных и вспомогательных учреждениях.



### Основные нормативные документы в области оказания психотерапевтической помощи

<p>Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»</p>	<p>Основными принципами охраны здоровья являются: соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий; приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи; приоритет охраны здоровья детей; социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья; ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья; доступность и качество медицинской помощи; недопустимость отказа в оказании медицинской помощи; приоритет профилактики в сфере охраны здоровья; соблюдение врачебной тайны (ст. 4)</p>
<p>Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»</p>	<p>Право на врачебную деятельность по оказанию психиатрической помощи имеет врач-психиатр, получивший высшее медицинское образование и подтвердивший свою квалификацию в порядке, установленном законодательством Российской Федерации (п. 1 ст. 19); иные специалисты и медицинские работники, участвующие в оказании психиатрической помощи, должны в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, пройти специальную подготовку и подтвердить свою квалификацию для допуска к работе с лицами, страдающими психическими расстройствами (п. 2 ст. 19)</p>

<p>Приказ Минздрава России от 14.10.2022 № 668н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах»; приказ Минздрава России от 16.09.2003 № 438 «О психотерапевтической помощи»</p>	<p>Правила организации деятельности психотерапевтического отделения (Приложение 58), рекомендуемые штатные нормативы психотерапевтического отделения (Приложение 59), стандарт оснащения психотерапевтического отделения (Приложение 60) учреждения, оказывающего психиатрическую помощь</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Врач-психотерапевт обязан владеть современными методами диагностики и лечения психических расстройств с использованием психотерапевтических методов, теоретическими и практическими знаниями в области психиатрии и психотерапии, предусмотренными программой подготовки в соответствии с требованиями квалификационной характеристики, а также руководствоваться в своей работе Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», другими законодательными и иными нормативными актами Российской Федерации по вопросам охраны здоровья и настоящим Положением (Приложение 1, пп. 1.2 и 1.3).</li> <li>• В оказании психотерапевтической помощи принимают участие также медицинские психологи и социальные работники (Приложения 2, 3).</li> <li>• Штатные нормативы медицинского и иного персонала, перечень оборудования психотерапевтического кабинета (Приложения 4, 5, 6), психотерапевтического отделения (Приложения 7, 8, 9), психотерапевтического центра (Приложения 10, 11, 12)</li> </ul>
<p>Приказ Минздрава России от 02.05.2023 № 206н (в ред. приказа Минздрава России от 19.02.2024 № 72н) «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием»</p>	<p>Врачом-психотерапевтом может быть специалист с высшим образованием (специалитет) по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия», прошедший подготовку в ординатуре по специальности «Психотерапия» или профессиональную переподготовку по специальности «Психотерапия» при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре по специальности «Психиатрия», «Психиатрия-наркология», «Сексология», «Судебно-психиатрическая экспертиза»</p>

Функции и задачи врача-психотерапевта (п. 2 приказа Минздрава России от 16.09.2003 № 438 «О психотерапевтической помощи»):

- осуществляет непосредственно (является лечащим врачом) или участвует (является консультантом) в ведении пациента, определяет объем и план обследования с учетом возраста пациента, диагностических задач и рациональных методов обследования; дает клиническую оценку состояния пациента, назначает и проводит клиническую оценку состояния пациента, назначает и проводит необходимое психотерапевтическое вмешательство, при необходимости с привлечением других методов терапии;
- осуществляет консультации при оценке неотложных состояний, при разборе сложных для диагностики и терапии клинических случаев;
- выполняет практическую работу по амбулаторному, дневному стационарному и стационарному ведению пациентов в лечебно-профилактических

учреждениях, оказывающих психотерапевтическую помощь, при необходимости привлекает консультантов;

- оформляет медицинскую документацию установленного образца;
- повышает свою квалификацию по психиатрии и психотерапии на циклах усовершенствования по каждой специальности в установленном порядке;
- внедряет в практику современные программы лечения, психопрофилактики и психогигиены с применением психотерапевтических методов;
- в работе и взаимоотношениях с пациентами и их родственниками придерживается этических принципов, установленных законодательными и иными нормативными актами о деятельности врачей-психотерапевтов и этическими кодексами общероссийских профессиональных ассоциаций врачей-психотерапевтов, зарегистрированных в установленном порядке;
- организует работу в рамках лечебного (в том числе психотерапевтического) процесса других специалистов (по клинической психологии, социальной работе и др.), среднего и младшего медицинского персонала;
- проводит экспертизу качества психотерапевтической помощи.

Несмотря на определенные сложности, психотерапевтическая помощь в Российской Федерации активно развивается, постепенно становится более доступной, особенно в условиях новых социальных вызовов. В представленном руководстве отражены не только наиболее устоявшиеся и общепринятые в настоящее время психотерапевтические подходы, упоминающиеся в том числе и в разработанных клинических рекомендациях, но и некоторые новые методы, хорошо зарекомендовавшие себя в практике врача-психотерапевта.

## ГЛАВА 3. РАССТРОЙСТВА ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

**Шизофрения и другие расстройства шизофренического спектра (F20–F29)** характеризуются выраженными искажениями реальности и отклонениями в поведении вследствие позитивных симптомов (стойких бредовых идей, стойких галлюцинаций, дезорганизации мышления, грубо нарушенного поведения и ощущения овладения и контроля), негативных симптомов (апатии, абулии, алогии, эмоциональной и социальной отгороженности), психомоторных расстройств и когнитивных нарушений (памяти, внимания, мышления и др.). Симптомы проявляются с частотой и интенсивностью, превышающими культурные или субкультурные нормы.

В МКБ-11 психотические расстройства данной группы называются первичными, потому что психотические нарушения составляют суть расстройств, являются их основными признаками, в отличие от вторичных нарушений, которые возникают вследствие других причин и могут быть обусловлены воздействием психоактивных веществ или наличием другого заболевания (например, расстройств настроения).

<b>МКБ-10</b> <b>Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20–F29)</b>	<b>МКБ-11</b> <b>Шизофрения и другие первичные психотические расстройства (блок L1–6A2)</b>
<p><b>F20 Шизофрения</b>            F20.0 Параноидная шизофрения            F20.1 Гебефренная шизофрения            F20.2 Кататоническая шизофрения            F20.3 Недифференцированная шизофрения            F20.4 Постшизофреническая депрессия            F20.5 Резидуальная шизофрения            F20.6 Простая шизофрения            F20.8 Другие формы шизофрении            F20.9 Шизофрения неуточненная</p> <p><b>F21 Шизотипическое расстройство</b>            F21.1 Латентная шизофрения            F21.2 Шизофреническая реакция            F21.3 Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения            F21.4 Псевдопсихопатическая (психопатоподобная) шизофрения            F21.5 «Бедная симптомами» шизофрения            F21.8 Шизотипическое личностное расстройство            F21.9 Неуточненное шизотипическое расстройство</p> <p><b>F22 Хронические бредовые расстройства</b>            F22.0 Бредовое расстройство</p>	<p><b>6A20 Шизофрения</b>            6A20.0 Шизофрения, первый эпизод            6A20.1 Шизофрения, множественные эпизоды            6A20.2 Шизофрения, непрерывное течение            6A20.Y Другой уточненный эпизод шизофрении            6A20.Z Шизофрения, неуточненный эпизод</p> <p><b>6A22 Шизотипическое расстройство</b>  <b>6A23 Острое транзиторное психотическое расстройство</b>            6A23.0 Острое транзиторное психотическое расстройство, первый эпизод            6A23.1 Острое транзиторное психотическое расстройство, множественные эпизоды            6A23.Y Другое уточненное острое транзиторное психотическое расстройство            6A23.Z Острое транзиторное психотическое расстройство, неуточненное</p> <p><b>6A24 Бредовое расстройство</b>            6A24.0 Бредовое расстройство, текущее состояние            6A24.1 Бредовое расстройство, неполная ремиссия            6A24.2 Бредовое расстройство, полная ремиссия            6A24.Z Бредовое расстройство, неуточненное</p>

<b>МКБ-10</b> <b>Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20–F29)</b>	<b>МКБ-11</b> <b>Шизофрения и другие первичные психотические расстройства (блок L1–6A2)</b>
<p>F22.8 Другие хронические бредовые расстройства</p> <p>F22.9 Хроническое бредовое расстройство неуточненное</p> <p><b>F23 Острые и транзиторные психотические расстройства</b></p> <p>F23.0 Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении</p> <p>F23.1 Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении</p> <p>F23.2 Острое шизофреноподобное психотическое расстройство</p> <p>F23.3 Другие острые преимущественно бредовые психотические расстройства</p> <p>F23.8 Другие острые и транзиторные психотические расстройства</p> <p>F23.9 Острые и транзиторные психотические расстройства, неуточненные</p> <p><b>F24 Индуцированное бредовое расстройство</b></p> <p><b>F25 Шизоаффективные расстройства</b></p> <p>F25.0 Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип</p> <p>F25.1 Шизоаффективный психоз</p> <p>F25.2 Шизоаффективное расстройство, смешанный тип</p> <p>F25.8 Другие шизоаффективные расстройства</p> <p>F25.9 Шизоаффективное расстройство, неуточненное</p>	<p><b>6A25 Симптоматические проявления первичных психотических расстройств</b></p> <p>6A25.0 Позитивные симптомы при первичных психотических расстройствах</p> <p>6A25.1 Негативные симптомы при первичных психотических расстройствах</p> <p>6A25.2 Депрессивные симптомы при первичных психотических расстройствах</p> <p>6A25.3 Маниакальные симптомы при первичных психотических расстройствах</p> <p>6A25.4 Психомоторные симптомы при первичных психотических расстройствах</p> <p>6A25.5 Когнитивные симптомы при первичных психотических расстройствах</p> <p>6A2Y Другое уточненное первичное психотическое расстройство</p> <p>6A2Z Шизофрения или другое первичное психотическое расстройство, неуточненное</p> <p><b>6A21 Шизоаффективное расстройство</b></p> <p>6A21.0 Шизоаффективное расстройство, первый эпизод</p> <p>6A21.1 Шизоаффективное расстройство, множественные эпизоды</p> <p>6A21.2 Шизоаффективное расстройство, непрерывное течение</p> <p>6A21.Y Другое уточненное шизоаффективное расстройство</p> <p>6A21.Z Шизоаффективное расстройство, неуточненное</p>

## ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

### ФАРМАКОТЕРАПИЯ

Медикаментозная терапия может включать следующие группы препаратов и их сочетания.

Группа препаратов	Применение
Антипсихотики	<p><b>Основные психофармакологические средства, применяемые при шизофрении и других первичных психотических расстройствах, способны купировать психотические клинические проявления и психомоторное возбуждение.</b></p> <p>Выбор препарата осуществляется с учетом спектра психотропной активности и характера возможных побочных эффектов, а также наличия противопоказаний и возможных лекарственных взаимодействий.</p> <p>В настоящее время в клинической практике применяются антипсихотики трех поколений, однако атипичные нейролептики все чаще предпочитают антипсихотикам I поколения.</p> <p>При <b>шизотипическом расстройстве</b> антипсихотики применяются преимущественно в малых дозах — как типичные, так и атипичные (в частности, галоперидол 2–12 мг, рисперидон 0,25–2,0 мг, амисульприд 50–100 мг, оланзапин 2,5 мг).</p> <p>При <b>шизоаффективном расстройстве</b> эффективны палиперидон, оланзапин (в рамках комбинированной терапии не только в отношении симптомов шизофренического круга, но и в отношении аффективных нарушений), zipрасидон (особенно при депрессивном типе шизоаффективного расстройства) и рисперидон.</p> <p>На всех этапах шизофрении могут встречаться <b>депрессивные симптомы</b>. В таком случае при смене нейролептика стоит отдавать предпочтение препаратам с выраженным тимоаналептическим компонентом действия, таким как кветиапин, луразидон, карипразин или другим атипичным антипсихотикам</p>
Антидепрессанты	<p><b>Показаны при постпсихотических депрессиях при неэффективности других терапевтических мероприятий.</b></p> <p><b>Пациенты с шизофренией, отвечающие критериям депрессивного расстройства</b>, должны лечиться согласно соответствующим клиническим рекомендациям по лечению депрессии, включая использование антидепрессантов и нормотимиков.</p> <p>У пациентов с <b>шизотипическим расстройством</b> также возможно дополнение антидепрессантами антипсихотической терапии, учитывая то, что продуктивные нарушения у таких пациентов, как правило, незначительны.</p> <p>Назначение антидепрессантов при <b>шизоаффективном расстройстве</b> рекомендуется также в качестве дополнения к антипсихотической терапии. Препаратами первой линии являются СИОЗС (сертралин, циталопрам, эсциталопрам, флувоксамин). При неэффективности назначаются антидепрессанты других групп</p>
Нормотимики	<p>Монотерапия препаратами лития не является рекомендованной при заболеваниях шизофренического спектра, однако применение лития может быть эффективно в лечении пациентов с <b>маниакальными клиническими проявлениями при шизоаффективном расстройстве</b> в рамках комбинированной терапии с антипсихотиками. Также при лечении таких пациентов может успешно применяться вальпроевая кислота. В целом тактика применения нормотимиков соответствует подходам, принятым при лечении биполярного аффективного расстройства</p>
Анксиолитики	<p>Данная группа препаратов может быть использована для <b>купирования психомоторного возбуждения и агрессии</b>, препараты выбора — транквилизаторы бензодиазепиновой группы (диазепам, бромдигидрохлорфенилбензодиазепин и др.)</p>

## ПСИХОТЕРАПИЯ

### ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ, МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

#### Цели и задачи психотерапии расстройств шизофренического спектра

- Повышение качества жизни больных.
- Снижение частоты рецидивирования.
- Коррекция деформированных коммуникативных навыков.
- Ресоциализация пациента.
- Совладение с остаточной психопатологической симптоматикой.
- Контроль аффекта.
- Поддержание гармоничных отношений с близкими.
- Формирование реалистичного отношения к будущему.
- Повышение комплаентности больного.
- Информированность больного о своем психическом расстройстве.
- Устранение самостигматизации

#### Психотерапевтические мишени

- Когнитивные, эмоциональные и мотивационные аспекты социального функционирования.
- Способы и методы социального и семейного взаимодействия.
- Система самооценки внутренней картины болезни и навыков совладания с ней.
- Приверженность терапии (комплаентность).
- Искаженное представление о своем психическом расстройстве и его лечении.
- Подавленные агрессивные аффективные импульсы

### ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА



Психоаналитическая психотерапия (общие положения)



Дефиниции



### Ключевые понятия: взаимосвязь переноса, сопротивления и контрпереноса



### Диагностика в психотерапии и психоанализе



### Фазы психоаналитической психотерапии









### Стратегии психоанализа

Важнейшей особенностью психотерапии пациентов данной группы будет работа с их агрессией. Психотерапевт формирует такие отношения с пациентом, чтобы шаг за шагом помогать ему выражать агрессию конструктивно, через слова, а не через деструктивное поведение, соматизацию или психопатологические клинические проявления. Психотерапию можно разделить на 4 фазы (стадии), в зависимости от особенностей переноса. Если психопатологические нарушения не сильно выражены, то первая стадия может отсутствовать, и психотерапия начинается со второй стадии.



### Тактики и техники при нарциссическом переносе

Фазы	Характеристики	Приложения
1-я фаза (формирования нарциссического переноса)	<p>Усилия психотерапевта направлены на то, чтобы <b>пациент развил перенос</b>, чтобы он позволил специалисту стать значимой негативной (наказующей, преследующей и т.п.) фигурой из прошлого на уровне «функции» (частичного объекта).</p> <p>Психотерапевт будет сосредоточен на <b>преодолении сопротивления к началу психотерапии</b>, которая воспринимается пациентом негативно или амбивалентно. Усилия будут направлены на разрешение препятствий, которые пациент сознательно и бессознательно выстраивает на пути к психотерапевтическим отношениям со специалистом. Особое внимание надо уделить <b>контрпереносу</b>, так как его влияние может оказаться деструктивным для психотерапии, если психотерапевт склонен недооценивать влияние собственных идеаторных, эмоциональных и соматических откликов на перенос пациента. Для преодоления сопротивлений пациента используются специальные техники и тактики, например <b>присоединение или контактное функционирование</b></p>	<p><b>Тактики и техники при нарциссическом переносе</b></p> 

Фазы	Характеристики	Приложения
<p>2-я фаза (полного развития нарциссического переноса)</p>	<p>Психотерапевт <b>укрепляет нарциссический перенос</b>, оставаясь в негативной проекции пациента, что облегчает последнему вербализацию злости и других негативных эмоций, связанных с агрессией. Специалисту приходится проходить в узком «психотерапевтическом коридоре» между желанием пациента разрушить его, так как он слишком плох (как и сам пациент), и в то же время сохранить с ним психотерапевтические отношения, так как он подобен самому пациенту, в отличие от других. Сопротивления пациента преодолеваются техниками и тактиками, используемыми при нарциссическом переносе</p>	<p><b>Тактики и техники при нарциссическом переносе</b></p>  <p><b>Тактики и техники при объектном и нарциссическом переносе</b></p>  <p><b>Тактики и техники при объектном переносе</b></p> 
<p>3-я фаза (колебания переносных состояний)</p>	<p>Психотерапевт стимулирует пациента воспринимать его не как частичный объект («функцию»), а как целостный, укрепляя устойчивость объектного переноса. На этом этапе <b>специалист начинает проявляться как важная позитивная фигура, но эта позиция неустойчива</b>. Пациент становится способным лучше осознать свои чувства, конструктивно проявлять агрессию через слова, сохраняя терапевтические отношения. Однако эти позитивные изменения неустойчивы, и под действием внешних факторов пациент будет возвращаться к предыдущему этапу. Психотерапевт использует практически весь набор своего психоаналитического инструментария: <b>объяснения, вопросы, прояснения, присоединения, конфронтацию, интерпретацию, работу со сновидениями</b>. Он должен постоянно тестировать характер переноса и быть гибким, чтобы легко переключаться на техники 2-й фазы в случае возвращения пациента к нарциссическому переносу. И наоборот, преимущественно использовать техники 4-й фазы, когда пациент устойчиво воспринимает психотерапевта как отдельный объект</p>	<p><b>Тактики и техники при объектном и нарциссическом переносе</b></p>  <p><b>Тактики и техники при объектном переносе</b></p> 

Фазы	Характеристики	Приложения
4-я фаза (объектного переноса)	<p>На этой стадии психотерапевт становится исследователем, который не только помогает пациенту вербализовать все идеи и эмоции, но и совместно с ним реконструирует историю его симптомов, отношений, защит. В целом психоаналитическая психотерапия такого пациента не будет отличаться от классического психоанализа: <b>задаются вопросы, даются интерпретации, стимулируется свободное ассоцирование и т.д.</b> Однако надо быть готовым к тому, что объектный перенос под действием внешних и внутренних причин неожиданно сменится на нарциссический, что потребует резкого возвращения к тактикам и техникам предыдущих стадий.</p> <p>В конце 4-й фазы специалист старается <b>укрепить устойчивость зрелых психологических защит</b>, чтобы пациент не использовал ранние защиты, особенно нарциссическую (тенденции реагировать на фрустрацию перенаправлением агрессии на собственный психический аппарат). Также следует отметить особенность этих пациентов сопротивляться окончанию терапевтических отношений через возвращение к прежним симптомам или появлению новых</p>	

На фоне взвешенной фармакотерапии психотерапия пациентов с расстройствами шизофренического спектра способна приводить к устойчивой интермиссии (ремиссии) через 5–7 лет терапии. Желательно дополнять индивидуальную психоаналитическую психотерапию групповой, начиная со 2-й или 3-й фазы.

## ТРАНЗАКТНО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА



### Транзактный анализ (общие положения метода)

Послание, полученное параноидными личностями в детстве по поводу своей ОКейности, — это «Будь Сильным» и «Будь Идеальным», и они делают все возможное, чтобы этого достичь. При критике их поведения, они быстро начинают чувствовать себя не-ОК, их мысли становятся более подозрительными и мнительными, они могут прибегнуть к вербальной и физической агрессии. Их аварийный люк — убийство.






### Личностные адаптации (Joines, Stewart, 2019)



Сценарные процессы («приказания» и «разрешения», «контрприказания»)

Ключевые моменты транзактно-аналитической терапии параноидного пациента (Joines, Stewart, 2002)

<p>1. <b>Создание безопасной и надежной обстановки, спокойной психологической атмосферы; предоставление достаточного времени для формирования доверия.</b> Параноидный пациент не уступит контроль в отношениях, пока не будет уверен в своей безопасности. Ему необходимо научиться ослаблять контроль и в то же время быть себе хозяином. Именно таким образом он возвращает себе часть спонтанности</p>	<p>Терапевтические контракты</p> 
<p>2. <b>Побуждение к закрытию спасательных люков без причинения вреда другим и без сумасшествия.</b> Параноидному пациенту необходимо прочувствовать, что люди не причинят ему вреда, а он сам не причинит вреда им тем, что находится поблизости; что существуют иные способы устанавливать рамки, не причиняя вреда и боли. Пациенту также надо усвоить, что чувства не приравниваются к сумасшествию: он может иметь чувства и быть ОК</p>	<p>Психологические позиции (основные жизненные установки)</p> 
<p>3. <b>Убеждение в том, чтобы перепроверять свои предположения по поводу поведения других людей.</b> Параноидный пациент часто неверно воспринимает стимулы и считает, что его ощущения и есть реальность, в то время как они на самом деле базируются на его собственном страхе. Пациенту необходимо проверять свои ощущения, касающиеся окружающих, чтобы понять, что является правдой, а что нет</p>	<p>—</p>
<p>4. <b>Помощь в том, чтобы перестать быть суровыми по отношению к себе.</b> Параноидный пациент склонен быть критичным и требовательным по отношению к себе. Та часть самого себя и других людей, которые определяются им как не-ОКейные и от которых он желает избавиться, — это Детское эго-состояние. Таким образом, он создает трудности для проявления своего Ребенка. Как только пациент научится принимать себя таким, какой он есть, ухаживать за собой и поддерживать самого себя, он создаст безопасные условия для выхода своего Ребенка</p>	<p>—</p>
<p>5. <b>Помощь во взаимодействии со своими страхами.</b> Чувство, относительно которого параноидный пациент должен в первую очередь сделать перерешение, — это страх. Когда пациент боится, он старается напугать других, вместо того чтобы самому испытывать свое собственное чувство страха. Пациенту необходимо развивать чувства доверия и безопасности, чтобы иметь возможность прочувствовать свой страх. Как только пациент начинает ощущать себя в безопасности, он может коснуться своего страха, получая поддержку и принимая защиту, которые были так нужны ему в детстве (и которых он был лишен). Только тогда он может успокоиться и ослабить свой чрезмерный контроль</p>	<p>Терапевтические методы вмешательства в эго-состояния</p> 

У личностей с шизоидной адаптацией чаще всего обнаруживаются два драйвера — «Будь Сильным» и «Угождай Другим», которые комбинируются с предписаниями «Не делай Это», «Не делай Это во Взаимоотношениях», «Не чувствуй», «Не радуйся», «Не принадлежи», «Не будь психически здоровым, сексуальным» (Ware, 1983).



### **Сценарные процессы («приказания» и «разрешения», «контрприказания»)**

Открытая дверь для шизоидной личности — избегающее, пассивное поведение. Их дверь-цель — мышление, и самочувствие в значительной степени улучшается, когда они научатся, «как думать ясно», то есть решать проблемы и прекратить мудрствовать. Их дверь-ловушка — чувства, особенно негативные. Если шизоидные пациенты находятся в негативных чувствах, а психотерапевт пытается взаимодействовать с ними через эту дверь, их негативные чувства усиливаются, а терапевтический процесс блокируется. Необходимо помнить, что лечение шизоидных личностей — медленный, кропотливый процесс, идущий маленькими шажками.

### **Ключевые моменты транзактно-аналитической терапии шизоидного пациента (Joines, Stewart, 2002)**

1. Пригласить пациента к закрытию аварийных люков — убегания и сумасшествия.

#### **Терапевтические контракты**





2. Конфронтровать пассивное поведение.
3. Помочь быть таким же внимательным к своим потребностям и чувствам, как к чувствам и потребностям других.
4. Помочь разобраться в сущности тупика.




### **КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**



#### **Когнитивно-поведенческая психотерапия (общие положения метода)**

Структуру КПТ расстройств шизофренического спектра можно представить в виде нескольких ключевых блоков или этапов.

Этапы	Характеристики
1. Этап оценки и формирования терапевтических отношений	<p>На этом этапе психотерапевту необходимо уделить внимание лучшему пониманию пациента, выслушать его опасения и оказать поддержку без осуждения. Это помогает создать атмосферу безопасности и доверия, которая необходима для успешной терапии.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Понимание переживаний и убеждений пациента о болезненных клинических проявлениях.</b></li> <li>• <b>Выстраивание устойчивого терапевтического альянса</b></li> </ul>
2. Психообразование	<p>Психотерапевт <b>информирует пациента о продуктивных и негативных клинических проявлениях, причинах и возможных методах лечения, роли самого пациента в управлении заболеванием.</b> Донесение информации на этом этапе не является односторонним процессом, специалист поощряет включенность в обсуждение, понимание и саморефлексию.</p> <p>Психотерапевт должен объяснить, что такое расстройство шизофренического спектра, как оно влияет на жизнь человека, а также какие методы терапии оптимальны. Это помогает улучшить комплаенс.</p> <p>При возникновении сложностей (негативного отношения к лечению) психотерапевт старается изучить предшествующий опыт пациента, приведший к подобному отношению, и использует навыки комплаенс-терапии для преодоления невосприимчивости.</p> <p>Также для формирования мотивации могут использоваться техники мотивационного интервью.</p> <p><b>Мотивационное интервью</b></p>  <p><b>Короткая интервенция (короткий вариант мотивационного интервью)</b></p>  <p><b>Полноформатный вариант мотивационного интервью</b></p> 
3. Разработка когнитивной концептуализации и плана терапии	<p>Разрабатывается <b>общая формулировка</b>, учитывающая когнитивный, эмоциональный и поведенческий опыт пациента. Затем психотерапевт вместе с пациентом разрабатывает <b>план терапии</b>, учитывающий конкретные индивидуально значимые цели. Этот план может включать различные техники КПТ, такие как работа с автоматическими мыслями и когнитивными искажениями, навыки решения проблем, обучение социальным навыкам, навыки совладания с продуктивными клиническими проявлениями и т.д.</p>

Этапы	Характеристики
	<p><b>Обучение когнитивной модели. Четырехстолбцовая таблица</b></p>  <p><b>Поиск альтернативных мыслей</b></p>  <p>Сложности могут возникать с отличием индивидуально значимых целей терапии и медицинской модели заболевания/представления специалиста о приоритете мишенной терапии. Для преодоления этих сложностей используется сотрудничающий стиль работы терапевта, учитывающий цели пациента и их реализуемость в процессе терапии</p>
4. Оpoznание симптомов и уменьшение дистресса	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Применение конкретных <b>когнитивных, поведенческих и экспериенциальных методов</b> для раскачивания проблемных убеждений и коррекции неадаптивного поведения.</li> <li>• Помощь пациенту в <b>реструктурировании нарушенных мыслительных процессов</b>.</li> <li>• Дифференцированное использование отдельных техник для работы с продуктивными и негативными клиническими проявлениями.</li> <li>• Копинг-карточки.</li> </ul> 
5. Профилактика рецидивов и разработка плана их преодоления	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обучение пациента стратегиям <b>сохранения достигнутых результатов и предотвращения рецидивов</b>.</li> <li>• Помощь и поддержка в использовании полученных во время психотерапии навыков в повседневной жизни</li> </ul>
6. Суппортивный этап психотерапии	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Оценка прогресса и инвентаризация целей на суппортивный этап.</b></li> <li>• Планирование последующих сеансов по мере необходимости для поддержания прогресса и поддержки пациента</li> </ul>

## ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ И ПЕРЕРАБОТКА ДВИЖЕНИЕМ ГЛАЗ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Цели психотерапевтического лечения посредством ДПДГ для данной категории больных:

- стрессовые жизненные события, связанные с текущим обострением или текущей госпитализацией;
- травматические происшествия в детстве или взрослой жизни;

- нежелательные явления, связанные с лечением (например, принудительная госпитализация или изоляция) и постановкой диагноза;
- переживание психотических симптомов.

Присоединение ДПДГ к фармакотерапии может позволить более значимо снизить выраженность негативных клинических проявлений и параноидных переживаний. Единичные публикации описывают изменение длительно существующего диагноза шизофрении после проведенной ДПДГ-терапии в связи с тем, что слуховые и зрительные галлюцинации, а также восприятие себя другим человеком оказались следствием травматической диссоциации и исчезли после переработки.

Доказательств эффективности использования ДПДГ-терапии при психозах недостаточно. Основным затруднением становится доступ к безопасному реальному настоящему, необходимый для двухфокусного контроля, являющегося одним из базовых условий для переработки. А вот страх повышения эмоциональной нестабильности в связи с ДПДГ-терапией оказался неоправданным, этап десенсибилизации у данной категории пациентов может быть более трудоемким и замедленным по темпу, но результат 4-й фазы в достижении оценки по шкале субъективного беспокойства «0» полностью достигим. При выраженной нестабильности уместнее будет использование протоколов EMD или EMDr.



## АРТ-ТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

**Задачи, общая направленность и варианты организации клинической системной арт-терапии в зависимости от этапов лечебно-реабилитационного процесса**

Этапы	Задачи арт-терапии	Общая направленность и варианты организации арт-терапии
<b>Кризисный</b> (преимущественно симптоматический уровень воздействий)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Смягчение симптомов психического расстройства (поведенческих, эмоциональных, познавательных, соматических нарушений).</li> <li>• Адаптация пациента к условиям лечебно-реабилитационного учреждения, повышение мотивации к лечению.</li> <li>• В отдельных случаях (при преобладании симптомов пограничных</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Арт-терапия как вид терапии занятостью (лечебное изобразительное искусство).</b> Неинтерактивные или низкоинтерактивные виды работы в открытой арт-терапевтической студии. Возможно сочетание студийной работы с элементами тематического подхода с целью организации деятельности группы и повышения интерактивности.</li> </ul>

Этапы	Задачи арт-терапии	Общая направленность и варианты организации арт-терапии
	<p>психических расстройств) — воздействие на причинные факторы и механизмы развития психического расстройства, а также вызванных им психогенных реакций (арт-терапия как вариант или составная часть патогенетической терапии)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Арт-психотерапия.</b> В отдельных случаях (при преобладании симптомов пограничных психических расстройств) — начало проведения индивидуальной либо интерактивной групповой и семейной арт-психотерапии</li> </ul>
<p><b>Лечебный</b> (сочетание симптомоватических с личностно-ориентированными воздействиями)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дальнейшее купирование симптомов психического расстройства.</li> <li>• Преодоление психогенных реакций на основное заболевание, пребывание в стационаре и лечебные мероприятия.</li> <li>• Прояснение и коррекция внутренней картины болезни и здоровья.</li> <li>• Укрепление сотрудничества пациента с лечебной бригадой, формирование комплаенса.</li> <li>• В отдельных случаях — начальное прояснение и устранение причинных факторов и механизмов развития психического расстройства.</li> <li>• Формирование конструктивных отношений больных друг с другом, медицинским персоналом.</li> <li>• Активизация и привлечение стабилизирующих факторов (внутренних и внешних ресурсов) пациента.</li> <li>• Развитие и поддержка жизненных навыков (коммуникации, самоорганизации, саморегуляции и др.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Арт-психотерапия.</b> Начало либо продолжение ранее начатой индивидуальной, интерактивной групповой и семейной арт-терапии.</li> <li>• <b>Психосоциальная терапия и реабилитация.</b> Арт-терапия как фактор восстановления и развития социальных навыков и возможностей пациентов. Реализуется посредством программ повышения социальной компетенции на основе творческой деятельности в интерактивной группе (преимущественно тематической).</li> <li>• <b>Арт-терапия как вид терапии занятостью</b> с акцентом на формировании устойчивых художественных интересов и навыков художественно-производственной деятельности. Открытая арт-терапевтическая студия, в том числе с элементами обучения и более четкой организацией работы пациентов в группе. Индивидуальные занятия в студии — для достаточно мотивированных пациентов с низкой динамикой клинических проявлений</li> </ul>

Этапы	Задачи арт-терапии	Общая направленность и варианты организации арт-терапии
<p><b>Реабилитационный и профилактический</b> (преимущественно личностно-ориентированные воздействия)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Генерализация и поддержка симптоматических эффектов, достигнутых на предыдущей стадии.</li> <li>• Перестройка и формирование новых отношений пациента к себе, своей социальной роли, труду, творческой и иной значимой деятельности, медицинскому персоналу и учреждению, другим людям и т.д.</li> <li>• Дальнейшая коррекция и развитие внутренней картины болезни и здоровья.</li> <li>• Осознание и устранение (нейтрализация) причинных факторов и механизмов развития психического расстройства, возникновения обострений.</li> <li>• Преодоление стигмы психического заболевания (включая самостигматизацию).</li> <li>• Дальнейшая активизация и привлечение стабилизирующих факторов (внутренних и внешних ресурсов) пациента.</li> <li>• Развитие и поддержка жизненных навыков (коммуникации, самоорганизации, саморегуляции и др.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Психосоциальная реабилитация и поддерживающая арт-психотерапия.</b> Арт-психотерапия и поддерживаемая специалистом творческая активность пациента за рамками ЛРУ как часть процесса развития автономного функционирования пациента, пролонгированной поддержки его социальных навыков и возможностей.</li> <li>• <b>Кризисные вмешательства.</b> Периодически проводимые (в том числе при наличии повышенного риска психосоциальной дестабилизации и обострений) интенсивные программы симптоматической и личностно-ориентированной направленности в интерактивной группе или в форме индивидуальной арт-психотерапии.</li> <li>• <b>Арт-терапия как вид терапии занятостью</b> с акцентом на формировании устойчивых художественных интересов и навыков художественно-производственной деятельности. Открытая арт-терапевтическая студия, в том числе с элементами обучения и более четкой организации работы пациентов в группе. Индивидуальные занятия в студии — для достаточно мотивированных пациентов с низкой динамикой клинических проявлений, более выраженными дефицитарными клиническими проявлениями</li> </ul>



**Особенности арт-терапевтической помощи у пациентов с разной выраженностью психических нарушений при расстройствах шизофренического спектра**