

Введение

Шизофрения является причиной 39,9% случаев от общего числа инвалидов по психическим заболеваниям. Столь высокий уровень инвалидизации в настоящее время можно рассматривать как прямое следствие недостатков в области вторичной и третичной профилактики [1]. Они связаны с тем, что в российской психиатрической клинике психотерапевтические подходы не находят еще должного понимания. Применение психодинамически ориентированных методов сдерживается прежде всего отсутствием специалистов, в достаточной мере владеющих техниками психоаналитической психотерапии, а также и привычными стереотипами мышления, опасением впасть в психологизацию при решении вопросов диагностики и лечения больных [2]. Политика финансирования здравоохранения не создает у врачей стимулов к освоению сложных и энергоемких методов психоаналитической психотерапии — в государственной бюджетной медицине на повышение качества лечения больных по-прежнему нет социального заказа, а развивающаяся частная медицина предпочитает

использовать менее энергоемкие, но также и менее эффективные, не требующие длительного обучения методы суггестивной психотерапии. Основные показатели деятельности практических лечебных учреждений (число выписанных больных, летальность, число пациентов, посещенных на дому, и т. д.) не ориентированы на требования сегодняшнего дня, на конечные качественные критерии социальной адаптации больных [3].

А между тем, для проведения психотерапевтической работы с больными шизофренией имеются достаточные основания. Лонгитудинальные исследования прогноза подтверждают наличие генетически обоснованной повышенной чувствительности к социальному стрессу у больных шизофренией и убедительно доказывают провоцирующую роль психосоциальных факторов в возникновении рецидивов психоза, а также стабилизирующую роль социальной компетенции больных в их предотвращении. Это делает ясными основные задачи психотерапии при шизофрении: обучение способам улучшения психологической защиты от социального стресса, своевременного распознавания стрессоров; коррекцию навыков социального взаимодействия, повышение эффективности в общении и проблемно-решающем поведении. Получены и доказательства практической эффективности: психотерапия в общем комплексе восстановительного лечения снижает рецидивирование в среднем на 25–30% сверх того, что оказывается возможным при использовании лишь биологических и реабилитационно-средовых методов терапии. Такие данные получены разными авторами в разных странах, в том числе и в России [4].

Растущий интерес к психотерапии психозов во всем мире объясняется и новейшими исследованиями клинической и экономической эффективности реабилитационных программ [5], позволяющими увидеть границы возможностей методов реабилитации, ставших уже tradi-

ционными в психиатрической практике. Высказывается мнение, что не стоит строить избыточных иллюзий в отношении существующих реабилитационных программ [6], так как они не решают стратегической задачи — излечения больных. Более того, по отношению к определенным контингентам они не решают и тактической задачи — возвращения к труду на производстве. Даже возрастающие усилия в этих направлениях не дают никакого эффекта, если применяемые формы и методы принципиально не изменяются на высший порядок, с привлечением психодинамически ориентированных методов психотерапии.

Стремление обеспечить максимальному числу психически больных в постгоспитальном периоде пребывание в среде здорового населения приходит в противоречие с нарастающей параллельно тенденцией к учащению рецидивов в силу низкого уровня адаптации у определенной части больных к психосоциальным стрессорам обыденной жизни. Растут надежды на выздоровление больных шизофренией, и снижаются шансы их трудоустройства в условиях рыночной экономики. Это создает гораздо более высокий уровень требований к их продуктивности, чем несколько лет назад. Растут экономические затраты на купирование рецидивов в стационарных условиях, превосходя в сумме стоимость постоянного содержания этой группы пациентов в отделениях для хронических больных; велики также психологические нагрузки здорового окружения, связанные с пребыванием в нем психически больных, находящихся в предрецидивных состояниях.

Дальнейшее повышение эффективности и рентабельности лечения возможно лишь на основе оптимизирования отдельных компонентов реабилитационных программ и в первую очередь психотерапии, являющейся вмешательством, наиболее нацеленным на повышение социально-трудовой адаптации больных. Вот почему общая постановка вопроса об эффективности психотерапии усту-

пила сейчас место более правильной формулировке: какая психотерапия, при каких условиях и у каких больных является эффективной относительно определенных задач ожидаемого результата, а также как именно меняется эффективность данной психотерапевтической модели при изменении отдельных ее параметров. Ответ на такую постановку вопроса предусматривает системный анализ различных групп факторов, относящихся к подсистемам пациента, врача и особенностей их взаимодействия, определяемых в том числе спецификой данной модели психотерапии. Эта сложнейшая задача до настоящего времени удовлетворительно не решена, что связано прежде всего с трудностями общетеоретического порядка.

Наименее доступной до настоящего времени остается подсистема факторов психотерапевтической модели и проблема ее непосредственной реализации в ходе лечения. Изучение психотерапевтического процесса выступает на первый план, оттесняя традиционные сравнения статистических замеров индивидуального состояния больного до и после лечения, что позволяет говорить о новой парадигме в развитии психотерапии [7]. Сейчас уже не представляется достаточной простая ссылка на название какой-то использовавшейся модели. Психотерапевтические модели излагают в учебных руководствах в общей форме, вследствие чего свою квалификацию психотерапевт приобретает преимущественно не при чтении пособий, а в ходе многолетней кропотливой отработки соответствующих практических навыков, в чем большую роль играет имитация им индивидуального стиля своих наставников. Все это может на практике довольно далеко уводить его от буквы классического описания используемой модели.

До сих пор в большинстве исследований эффективности психотерапии обходятся без раскрытия специфических характеристик поведения врача, имплицитно предполагая, что если курс проводит достаточно компетентный и опыт-

ный специалист, то делает это всегда и относительно каждого больного *lege artis*. Поскольку это не всегда так, весьма важно иметь возможность объективно контролировать процесс психотерапии, проверять соответствие практического поведения врача теоретическому описанию используемой им модели.

Нуждается в уточнении не только соответствие данной модели, но и качество использовавшихся вмешательств, так как само по себе их количество не является достаточным для успеха терапии. Относительно возможности осуществления этого высказывают неоднозначные суждения. Некоторые специалисты считают, что техника психотерапии шизофрении не поддается точному описанию. «Из того, чему можно обучить, есть пара начальных ходов, немного рекомендаций и много предостережений. На практике полагаются на интуицию врача» [8]. Трудно согласиться с тем, что подобная точка зрения является многообещающей относительно повышения объективности уровня сравнительных исследований в психотерапии. Другие авторы сетуют на трудности, связанные с многозначностью контекста психотерапевтического взаимодействия: нельзя сказать, что какое-то вмешательство обязательно способствует успеху или всегда неэффективно [9]. В процессе терапии соучаствуют какие-то другие параметры, делающие психотерапевтическое воздействие эффективным или неэффективным. Единичные догадки относительно связи отдельных вариантов подсистем психотерапевтического процесса между собой [10] интуитивны и не обеспечены эмпирической верификацией.

Нужны более точные знания об относительном удельном весе отдельных компонентов психотерапевтических моделей в достижении лечебного эффекта. Это придает особый интерес дифференцированному анализу психотерапевтической модели именно тогда, когда она проводится *lege artis*. Это позволяет детально узнать, что происходит не на уровне общих постановок задач теоретической концепции,

а на уровне конкретного взаимодействия, чтобы выделить из всего многообразия вариантов поведения врача те, которые составляют действующую основу данной модели.

То обстоятельство, что подтверждена принципиальная эффективность всех основных научно обоснованных психотерапевтических моделей, свидетельствует о том, что каждая из них относительно неэффективна, поскольку не включает действенные компоненты других моделей, которые могли бы обеспечить лечебный эффект у определенной части больных на каком-то этапе. Решение задачи обеспечения каждого больного оптимальным комплексом лечебных параметров из арсеналов различных психотерапевтических моделей с учетом индивидуальных психодинамических и психопатологических особенностей пациента, то есть создание интегративной трансмодельной психотерапии, возможно лишь на основе системного и дифференцированного изучения важнейших параметров психотерапевтического процесса.

Настоящая работа имеет целью ознакомление с теоретическими предпосылками, техническими возможностями и методами объективации психотерапии психозов — центральными аспектами этого лечебного подхода на современном этапе его развития.