

УДК 616.895.8+615.851

Бойченко А.А.

## ТЕХНИКИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ДЕВИКТИМИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

*Государственная образовательная организация высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР*

В рамках современных эмпирических моделей развития шизофрении принято выделять разнообразные хронические изменения личности, причиной которых может являться факт переживания последствий тяжелой психической болезни, психиатрического диагноза, госпитализации в психиатрический стационар, реакции и предубеждений социального окружения. Совокупность стигматизирующих переживаний, их деструктивный характер и своеобразная деформация личности этой группы больных является отражением фактического формирования у них синдрома виктимизации, т.е. превращения их в жертв неблагоприятных условий социализации [1, 2].

Психические операции у пациентов, страдающих параноидной шизофренией, часто значительно отличаются от таковых у больных с невротическими расстройствами. Соответственно, классические методы психотерапии, ориентированные на пограничный контингент, должны быть модифицированы. Например, вербальное отображение внутренних переживаний у людей, перенесших психотический эпизод, зачастую бывает настолько своеобразным, что использование стандартных разговорных техник может быть весьма затруднено.

Для обеспечения успешности процесса ресоциализации данной категории больных наиболее рациональным представляется использование психообразовательного психотерапевтического подхода. Психообразовательный подход, являясь одним из видов групповых методов работы, относится к так называемому обучающему типу, при котором занятия строятся по принципу тематического семинара с элементами социально-поведенческого тренинга. Психообразование ориентировано на работу с содержанием,

что включает перечень определенных проблем, обсуждаемых в группе. Участникам предоставляется информация по конкретным вопросам (например, клинические проявления психического расстройства) с одновременным осуществлением мониторинга состояния пациентов, исследованием их позиции в отношении факта болезни. Занятия в группе позволяют поддержать пациента на стабильном уровне функционирования; помогают пациенту лучше понимать характер и особенности психического расстройства и то, как оно влияет на личность больного и членов его семьи; способствуют распознаванию жизненных стрессоров, которые могут запустить обострение; помогают надлежащим образом изменить семейное функционирование в период ухудшения состояния пациента [3].

Таким образом, долгосрочной целью разработанной нами психообразовательной терапии является уменьшение интенсивности виктимизационных проявлений и улучшение психосоциальной адаптации больных. Однако эта цель вряд ли будет достигнута, если пациенты не смогут в полной мере вербализовать свои переживания. Поэтому нами предлагается в рамках основных психотерапевтических техник психообразовательного процесса использовать техники когнитивно-поведенческой психотерапии.

Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) – это форма психотерапии, объединяющая в себе техники когнитивной и поведенческой терапии. Она ориентирована на конкретную проблему и нацелена на результат. На консультациях терапевт помогает пациенту изменить свое отношение, сформировавшееся в результате неправильного процесса обучения, развития и познания себя как личности к происходящим событиям.

Основная задача КПТ в рамках программы девикутимизации – найти у пациента автоматические мысли «когниции» (которые травмируют его психику и приводят к снижению качества жизни) и направить усилия на их замещение более положительными, жизнеутверждающими и конструктивными. Задача, стоящая перед терапевтом – определить эти негативные когниции, так как сам человек относится к ним как к «обычным» и «само собой разумеющимся» мыслям и от того принимает их как «должные» и «верные».

КПТ в рамках программы девикутимизации может применяться как индивидуальная форма консультации, так и в семейной и групповой терапии.

Мероприятия в программе девикутимизации – это равноправный взаимно заинтересованный диалог между когнитивным терапевтом и пациентом, где оба принимают самое активное участие. Терапевт задает такие вопросы, отвечая на которые пациент сможет понять значение своих негативных виктимогенных убеждений и осознать дальнейшие их эмоциональные и поведенческие последствия, а после этого самостоятельно принять решение поддерживаться ли ему их дальше или модифицировать.

Когнитивный психотерапевт «вытаскивает на свет» глубоко спрятанные виктимогенные убеждения человека, экспериментально выявляет искаженные убеждения или фобии и проверяет их на рационализм и адекватность. Терапевт не заставляет пациента принять «правильную» точку зрения, прислушаться к «мудрым» советам, и он не находит «единственно верное» решение проблемы. Он шаг за шагом задавая необходимые вопросы извлекает полезную информацию о природе этих разрушающих когниций и позволяет пациенту самостоятельно сделать умозаключения.

Главная концепция КПТ в программе девикутимизации – научить человека самостоятельно исправлять свою ошибочную переработку информации и находить верный путь к разрешению собственных психологических проблем.

Цели когнитивно-поведенческой психотерапии:

Цель 1. Добиться того, чтобы пациент изменил отношение к самому себе и перестал думать, что он «никчемный» и «беспомощный», стал относиться к себе как к человеку, склонному делать ошибки (как и все остальные люди) и исправлять их.

Цель 2. Научить пациента контролировать свои негативные автоматические мысли.

Цель 3. Научить пациента самостоятельно находить связь между когнициями и дальнейшим своим поведением.

Цель 4. Чтобы в дальнейшем человек самостоятельно смог анализировать и правильно перерабатывать появившуюся информацию.

Цель 5. Человек в процессе терапии учится самостоятельно принимать решение о замене дисфункциональных разрушительных автоматических мыслей на реалистические жизнеутверждающие.

В рамках программы девикутимизации использовались три основные стратегии когнитивной терапии: эмпиризм сотрудничества, сократовский диалог и направляемое открытие, благодаря которым КПТ показывает достаточно высокую эффективность и дает прекрасные результаты в разрешении психологических проблем. Кроме того, полученные знания надолго закрепляются у человека и помогают ему в дальнейшем справляться со своими проблемами уже без помощи специалиста.

Стратегия 1. Эмпиризм сотрудничества. Эмпиризм сотрудничества – это партнерский процесс между пациентом и терапевтом, в результате которого выявляются автоматические мысли пациента, и они либо подкрепляются, либо опровергаются при помощи различных гипотез. Смысл эмпирического сотрудничества заключается в следующем: выдвигаются гипотезы, рассматриваются различные доказательства полезности и адекватности когниций, проводится логический анализ и делаются умозаключения, на основе которых отыскиваются альтернативные мысли.

Стратегия 2. Сократовский диалог. Сократовский диалог – это беседа в виде вопросов-ответов, которые позволяют:

- выявить проблему;
- найти логическое объяснение мыслям и образам;
- понять значение происходящих событий и как их воспринимает пациент;

- поставить оценку событиям, которые под-  
держивают когниции;

- оценить поведение пациента.

Все эти умозаключения пациент должен сделать сам отвечая на вопросы психолога. Вопросы не должны быть целенаправленными на определенный ответ, они не должны подталкивать или подводить пациента к какому-то конкретному решению. Вопросы должны быть поставлены так, чтобы человек открылся и не прибегая к защите смог увидеть всё объективно.

Стратегия 3. Направляемое открытие. Суть направляемого открытия сводится к следующему: при помощи когнитивных техник и поведенческих экспериментов психолог помогает пациенту прояснить проблемное поведение, найти логические ошибки и выработать новый опыт. У пациента развивается способность правильно перерабатывать информацию, адаптивно мыслить и адекватно реагировать на происходящее. Таким образом, после консультации пациент справляется с проблемами самостоятельно.

#### **Техники когнитивной терапии**

Техники когнитивной терапии в рамках программы девиктимизации использовались для того, чтобы выявить у пациента негативные автоматические мысли и обнаружить поведенческие ошибки (шаг 1), скорректировать когниции, заменить их на рациональные и полностью реконструировать поведение (шаг 2).

Шаг 1. Выявление автоматических мыслей. Автоматические мысли (когниции) – это мысли, которые формируются в течении жизни человека, на основе его деятельности и жизненного опыта. Они появляются спонтанно и заставляют человека в данной ситуации поступать именно так, а не иначе. Автоматические мысли воспринимаются как правдоподобные и единственно верные.

Негативные разрушающие когниции – это мысли, которые постоянно «вертятся в голове», не дают адекватно реагировать на происходящее, изматывают эмоционально, доставляя физический дискомфорт, разрушают жизнь человека и выбивают его из социума (были выявлены у 87% пациентов, участвовавших в программе девиктимизации).

Для выявления (идентификации) когниций применялась когнитивная техника «Заполнение пустоты». Терапевт разделял прошедшее событие, вызвавшее негативное переживание на следующие пункты:

А – событие;

В – неосознанные автоматические мысли «пустота»;

С – неадекватная реакция дальнейшее поведение.

Суть данного метода состоит в том, что при помощи психолога пациент заполняет между произошедшим событием и неадекватной на него реакцией «пустоту», которую не может сам себе объяснить и которая становится «мостиком» между пунктами А и С.

Таким образом, после конструктивного диалога-расспроса терапевт мог выявить у пациента негативные когниции (31 больной – 38 %), оценить нелогическую последовательность, противоречия (37 больной - 46 %) и другие ошибочные мысли виктимизированного пациента.

Шаг 2. Коррекция автоматических мыслей. Самыми эффективными когнитивными техниками по коррекции автоматических мыслей являются: «Декатастрофизация», «Переформулирование», «Децентрализация» и «Реатрибуция».

Техника 1. Декатастрофизация. Достаточно часто больные параноидной шизофренией опасаются выглядеть нелепыми и смешными в глазах своих друзей, сослуживцев, одноклассников, сокурсников, испытывая на себе разрушительность виктимогенно-стигматизирующего воздействия. Однако существующая проблема «выглядеть нелепым» идет дальше и распространяется на незнакомых людей (41 больной – 48 %), т.е. человек боится быть высмеянным продавцами, попутчиками в автобусе, мимо идущими прохожими. Постоянный страх заставляет человека сторониться людей, подолгу запирается в комнате. Такие люди выбиваются из социума и становятся нелюдими одиночками, чтобы негативная критика не нанесла ущерб его личности.

Суть техники декатастрофизации заключалась в то, чтобы показать виктимизированному пациенту, что его логические умозаключения неверны. Терапевт, получив на свой первый вопрос ответ от пациента, следующий задает в форме «А что, если...». Отвечая на следующие подобные вопросы, пациент осознает нелепость своих когниций и видит реальные фактические события и последствия (27 больных - 32 %). Пациент становится подготовленным к возможным «плохим и неприятным» последствиям, но уже переживает их не так критично.

Техника 2. Переформулирование. Перефор-

мулирование использовалось в тех случаях, когда пациент был уверен, что проблема не поддается его контролю. Терапевт помогал переформулировать негативные автоматические мысли в максимально конкретной и четко обозначенной с точки зрения дальнейшего поведения больного форме.

Техника 3. Децентрализация. Децентрализация – это техника, позволяющая освободить пациента от уверенности, что он является центром событий, происходящих вокруг (21 больной – 26 %). Эта когнитивная техника использовалась при ощущении тревоги, когда у больного дополнительно искажалось мышление и он бы склонен персонифицировать даже то, что не имеет к нему никакого отношения.

Техника 4. Реатрибуция. Реатрибуция применялась в том случае, если:

- пациент винил себя «во всех несчастьях» и неудачных событиях, которые происходят. Он отождествлял себя с несчастьем и был уверен, что именно он являлся «источником всех бед» (17 больных - 21,5 %). Такое явление называется «Персонализацией» и оно никак не связано с реальными фактами и доказательствами, пациент говорит сам себе: «Я причина всех несчастий и всё, что тут можно еще думать?»;

- если пациент был уверен, что источником всех бед становится какой-то один конкретный человек, и если бы не «он», то все бы было хорошо, а так как «он» рядом, то ничего хорошего не жди (30 больных – 36 %);

- если виктимизированный пациент был уверен, что в основе его несчастий лежит какой-то единственный фактор (несчастливое число, день недели, весна, одета не та футболка и т.п.) (32 больных – 37,5 %).

После того, как в результате психотерапевтической работы были выявлены негативные автоматические мысли, проводилась усиленная проверка на их адекватность и реальность. В большинстве случаев пациент самостоятельно приходил к выводу, что все его мысли ни что иное как «ложные» и «ничем не подкрепленные» убеждения (50 больных – 54,5 %).

Таким образом, работа с виктимизированными больными параноидной шизофренией даже в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии является долгим и сложным процессом. Но результатом плодотворной работы может стать установление глубоких интерперсональных отношений с пациентами. В качестве подтверждения эффективности описанных техник в структуре программы девиктимизации больных параноидной шизофренией могут рассматриваться уменьшение выраженности негативных симптомов, уменьшение уровня виктимизации, улучшение качества жизни ряда пациентов, которые возобновили работу и/или учебу. Путь девиктимизации пациентов, страдающих параноидной шизофренией, сложен и полон преград, но зачастую, при должном усилии, прохождение по нему пациента в сопровождении психотерапевта может быть вознаграждено.

*Бойченко А.А.*

#### ТЕХНИКИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ДЕВИКТИМИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецк, ДНР

В статье описывается, как должны быть использованы стандартные методы когнитивно-поведенческой психотерапии, модифицированные для удовлетворения особых потребностей виктимизированных пациентов с диагнозом «параноидная шизофрения». Пациенты, страдающие параноидной шизофренией, часто теряют способность к вербализации своих внутренних переживаний. В результате, традиционные формы психотерапии, которые сильно зависят от использования устной речи, остаются неэффективными. Для обеспечения эффективности девиктимизационной программы в начале работы требуется помочь пациенту восстановить его способность использовать язык, чтобы описать свои внутренние переживания. В результате представленного комплекса мероприятий в работе с виктимизированным пациентом можно будет использовать более традиционные формы психотерапевтического лечения.

Ключевые слова: шизофрения, виктимизация, психотерапия, девиктимизация

*Boychenko A.A.*

# TECHNIQUES OF COGNITIVE-BEHAVIORAL PSYCHOTHERAPY WITHIN THE PROGRAM OF DEVICTIMIZATION OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

State educational institution of higher professional education  
«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

The article describes how standard cognitive-behavioral psychotherapy methods should be used, modified to meet the special needs of victimized patients with a diagnosis of paranoid schizophrenia. Patients with paranoid schizophrenia often lose the ability to verbalize their inner experiences. As a result, traditional forms of psychotherapy, which are highly dependent on the use of oral speech, remain ineffective. To ensure the effectiveness of the devictimization program at the beginning of the work, it is required to help the patient restore his ability to use the language to describe his inner experiences. As a result of the presented set of measures, in working with the victimized patient it will be possible to use more traditional forms of psychotherapeutic treatment.

Keywords: schizophrenia, victimization, psychotherapy, devictimization

## *Литература*

1. Бойченко А.А. Методологические подходы к оценке механизмов виктимизации больных шизофренией. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2016; №2 (36): 62 – 72.
2. Абрамов В.А. и др. Шизофрения, стигма, Я: Монография. Донецк: ФЛП Чернецкая Н.А.; 2016: 436.
3. Бойченко А.А. Программа девиктимизации лиц, страдающих параноидной шизофренией. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2019; №1 (45): 49 – 54.
4. Абрамов В.А., Абрамов А.В., Бойченко А.А. Социально-психологическая характеристика виктимогенно-стигматизированной личности больных шизофренией. Актуальные проблемы психиатрии и психотерапии: материалы научно-практической конференции с международным участием. Тула; 2016: 10 - 14.
5. Абрамов В.А., Бойченко А.А. Особенности определения уровня виктимности у больных шизофренией. Здоровье человека как предмет комплексного междисциплинарного исследования: материалы международной научно-практической конференции. Луганск; 2017: 5 - 6.
6. Бойченко А.А. Роль семьи в формировании виктимности больных шизофренией. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2017; 1 (37): 76 - 81.
7. Бойченко А.А. Экзистенциальная исполненность как внутренний фактор виктимизации больных. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2017; 2 (38): 30 - 35.
8. Бойченко А.А. Качество жизни больных шизофренией как индикатор виктимогенности госпитальных форм оказания психиатрической помощи. Научно-практический журнал «Университетская клиника». 2017; 3 (24): 25 – 29.
9. Бойченко А.А. Дисфункциональность смысло-жизненной исполненности как фактор внутренней виктимизации больных шизофренией и способы ее коррекции. Клиническая психиатрия 21 века: интеграция инноваций и традиций для диагностики и оптимизации терапии психических расстройств: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной памяти профессора Руслана Яковлевича Вовина (90-летию со дня рождения). 17-18 мая 2018. Санкт-Петербург; 2018: 41 - 43.
10. Бойченко А.А. Нарушения субъективации больных шизофренией как результат виктимогенного процесса. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2018; 1 (41): 52 – 59.
11. Lotterman A.C. Psychotherapy Techniques for Patients Diagnosed with Schizophrenia. The American Journal of Psychotherapy. 2016; 70 (1): 63-78. URL: [https://psychotherapy.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.psychotherapy.2016.70.1.63?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3Dpubmed&](https://psychotherapy.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.psychotherapy.2016.70.1.63?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&) (дата обращения: 10.04.2019).
12. Searles H. Countertransference and related subjects. New York: International Universities Press; 1979.
13. Searles H. Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects. International Universities Press. New York; 1965.
14. Goldstein K. Methodological approach to the study of schizophrenic thought disorder. In: J. Kasanin (Ed.), Language, Thought and Schizophrenia. New York: W.W. Norton; 1944: 17 – 39.

## References

1. Boichenko A.A. Metodologicheskie podkhody k otsenke mekhanizmov viktimizatsii bol'nykh shizofreniei [Methodological approaches to assess the mechanisms of victimization of patients with schizophrenia]. Zhurnal psikhatrii i meditsinskoj psikhologii. 2016; №2 (36): 62 – 72.
2. Abramov V.A. i dr. Shizofreniya, stigma, Ya: Monografiya [Schizophrenia, stigma, I: Monograph]. Donetsk: FLP Chernetskaya N.A.; 2016: 436.
3. Boichenko A.A. Programma deviktimizatsii lits, stradayushchikh paranoidnoi shizofreniei [Devictimization program for people with paranoid schizophrenia]. Zhurnal psikhatrii i meditsinskoj psikhologii. 2019; №1 (45): 49 – 54.
4. Abramov V.A., Abramov A.V., Boichenko A.A. Sotsial'no-psikhologicheskaya kharakteristika viktimogenno-stigmatizirovannoi lichnosti bol'nykh shizofreniei [Socio-psychological characteristics of the victimogenic-stigmatized personality of patients with schizophrenia]. Aktual'nye problemy psikhatrii i psikhoterapii: materialy nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem. Tula; 2016: 10 - 14.
5. Abramov V.A., Boichenko A.A. Osobennosti opredeleniya urovnya viktimnosti u bol'nykh shizofreniei [Features of determining the level of victimization in patients with schizophrenia]. Zdorov'e cheloveka kak predmet kompleksnogo mezhdistsiplinarnogo issledovaniya: materialy mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii. Lugansk; 2017: 5 - 6.
6. Boichenko A.A. Rol' sem'i v formirovanii viktimnosti bol'nykh shizofreniei [The role of the family in the formation of victimization of patients with schizophrenia]. Zhurnal psikhatrii i meditsinskoj psikhologii. 2017; 1 (37): 76 - 81.
7. Boichenko A.A. Ekzistentsial'naya ispolnennost' kak vnutrennij faktor viktimizatsii bol'nykh shizofreniei [Existential performance as an internal factor in victimization of patients]. Zhurnal psikhatrii i meditsinskoj psikhologii. 2017; 2 (38): 30 - 35.
8. Boichenko A.A. Kachestvo zhizni bol'nykh shizofreniei kak indikator viktimogennosti gosital'nykh form okazaniya psikhiatricheskoi pomoshchi [The quality of life of patients with schizophrenia as an indicator of the victimogenicity of hospital forms of psychiatric care]. Nauchno-prakticheskii zhurnal «Universitetskaya klinika». 2017; 3 (24): 25 – 29.
9. Boichenko A.A. Disfunktsional'nost' smyslo-zhiznennoi ispolnennosti kak faktor vnutrennei viktimizatsii bol'nykh shizofreniei i sposoby ee korrektsii [Dysfunctionality of sense-life fulfillment as a factor of internal victimization of schizophrenia patients and methods for its correction]. Klinicheskaya psikhiatriya 21 veka: integratsiya innovatsii i traditsii dlya diagnostiki i optimizatsii terapii psikhicheskikh rasstrojstv: materialy Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem, posvyashchennoi pamyati professora Ruslana Yakovlevicha Vovina (90-letiyu so dnya rozhdeniya) [Clinical Psychiatry of the 21st Century: Integration of Innovations and Traditions for Diagnosing and Optimizing the Treatment of Mental Disorders: Proceedings of the All-Russian Scientific and Practical Conference with International Participation in Commemoration of Professor Ruslan Yakovlevich Vovin (90th Birthday)]. 17-18 maya 2018. St.Petersburg; 2018: 41 - 43.
10. Boichenko A.A. Narusheniya sub'ektivatsii bol'nykh shizofreniei kak rezul'tat viktimogenno go protsessa [Disorders of subjectivation of patients with schizophrenia as a result of the victimogenic process]. Zhurnal psikhatrii i meditsinskoj psikhologii. 2018; 1 (41): 52 – 59.
11. Lotterman A.C. Psychotherapy Techniques for Patients Diagnosed with Schizophrenia. The American Journal of Psychotherapy. 2016; 70 (1): 63-78. URL: [https://psychotherapy.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.psychotherapy.2016.70.1.63?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3Dpubmed&](https://psychotherapy.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.psychotherapy.2016.70.1.63?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&) (data obrashcheniya: 10.04.2019).
12. Searles H. Countertransference and related subjects. New York: International Universities Press; 1979.
13. Searles H. Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects. International Universities Press. New York; 1965.
14. Segal H. Notes on symbol formation. International Journal of Psychoanalysis. 1957; 38: 391-397.

Поступила в редакцию 02.03.2020