

41. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С ПОЖИЛЫМИ КЛИЕНТАМИ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ЦЕНТРА Дуюнова И.Р., Лукина Е.Н. (Санкт-Петербург).....	160
42. ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗНОЙ РЕЛАКСАЦИИ В ТАНЦЕ В ФОРМАТЕ ГРУППОВОЙ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СО ВЗРОСЛЫМИ Королева О.С. (Петропавловск, Республика Казахстан)	163
43. ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО И ГРУППОВОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В КОНТЕКСТЕ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ Риковская В.Б. (Санкт-Петербург)	169
СПИСОК АВТОРОВ	173

ТЕОРЕТИКО-МЕТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДА ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

1. ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ В РОССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ ШИЗОФРЕНИЯ

Оганесян Н.Ю. (Санкт-Петербург)

Институт практической психологии «Иматон», СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №6 (стационар с диспансером)»

Введение

В России начало реабилитации психических больных было положено в больнице «Всех скорбящих» П. Лебедевым в 1858 г. Там же с целью восстановления пациентов начали применяться музыкальные занятия, лечебная гимнастика. Последняя была внедрена также в клинике В.М. Бехтерева в Санкт-Петербурге начиная с 1936 г.

Первые применение двигательных методов в реабилитации больных шизофренией было описано в 1975 г. врачами-психиатрами В.М. Воловиком и В.Д. Видом. Они отмечали, что «В отделении внебольничной психиатрии НИИ им. В.М. Бехтерева был разработан и апробирован комплекс методов, составляющих систему групповой психотерапии. Эта система включает ряд невербальных методов, к числу которых принадлежат групповые формы лечебной физкультуры, занятия ритмикой и наиболее адекватная для эмоционального и моторного оживления больных шизофренией методика — методика пантомимы. Последняя строится на серии пантомимических этюдов, предлагаемых больным по возрастающей сложности исполнения и взаимодействия. От индивидуально исполняемых сцен постепенно переходят к этюдам, воспроизводящим отдельные элементы общения, в которые непосредственно вовлечены двое или трое больных. От строго определенных, простых мимических элементов переходят к сложным импровизированным вариантам пантомимической экспрессии, содержание которых расшифровывается и обсуждается затем всеми членами группы. Оживляя эмоциональность и моторику — то, в чем больные шизофренией, как известно, в особенности нуждаются, — методика пантомимы способствует согласованию субъективных переживаний и двигательных компонентов экспрессии, которое при шизофрении часто отсутствует. Пантомима создает наиболее благоприятный фон для вербальных методов психологической коррекции» (Воловик, Вид, 1975; Вид, 2001).

Первое научное исследование применения лечебной физкультуры в реабилитации больных шизофренией было выполнено Е.И. Бондаренко в Ленинградском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева в 1977 г.

Во всех реабилитационных мероприятиях главным принципом является внимание к личности больного. М.М. Кабанов формулирует четыре принципа реабилитации: принцип разносторонности, принцип партнерства, принцип единства психосоциальных и биологических методов воздействия, принцип ступенчатости (переходности) осуществляемых воздействий и мероприятий (Кабанов, 1985). Обязательным условием проведения всех реабилитационных мероприятий является их комплексность и направленность на усиление личности и раскрытие индивидуальности психических больных для лучшей их адаптации в социуме. Цели реабилитации находятся в прямой зависимости от тяжести заболевания у конкретного больного.

Психотерапевтические методы, используемые в реабилитации шизофрении, в настоящее время применяются достаточно широко. В современной психотерапии все большее внимание уделяется ресурсам пациента. По данным тех же авторов, практически все методические и концептуальные направления имеют тенденцию к краткосрочности, основываясь на повышении интенсивности и интегративности и стремлении уменьшить материальные затраты без снижения эффективности. Ограничение сроков проведения психотерапии является способом профилактики психологической зависимости пациента от психотерапевта и психотерапии («психотерапевтического дефекта или пристрастия», «бегства в психотерапию»). В психиатрической клинике №2 г. Оренбурга избрана методика динамически ориентированной танцевальной терапии, разработанная в 1982 г. G. Ammon и M. Ammon. Эта методика ориентирована именно на поиск ресурсов пациентов с малопрогредиентной шизофренией.

Теоретическое обоснование особенностей танцевальной психотерапии

Человек является существом разноуровневым и многоуровневым. Ощущения, эмоции, воображение, моторика, мышление и речь как его составляющая включены в общий ранг психических процессов. Так, например, для перцептивного образа адекватным индикатором является предметное, в особенности изобразительное, действие, для мыслительного акта — структура его речевой формы и динамика речевой реакции, а для эмоции — вегетативные и моторные проявления.

Как отмечал Л.М. Веккер, несмотря на единство природы всех психических процессов, разные их уровни исследуются разными смежными науками. До настоящего времени в психотерапии больных шизофренией применялись главным образом вербальные техники. В нашей стране первое исследование применения танцевальной психотерапии в реабилитации больных шизофренией было проведено автором в 2006 г. Танцевальная психотерапия — это та смежная дисциплина, в которую входят психотерапия, психология, хореография. Таким образом, вполне оправдано, что в структуре танцевально-терапевтической сессии для больных шизофренией необходимо иметь различные методики психотерапевтического влияния на воображение, моторику, эмоции, для того чтобы все сенсорно-перцептивные сигналы могли получить свое отражение в мыслительно-речевой модальности больных шизофренией.

В процессе танцевально-терапевтической сессии пациент является субъектом — носителем движений, образов, эмоций и т.д. «Особая специфичность, резко выделяющая эмоции из других психических процессов, состоит в том, что эмоциональные процессы одновременно являются наиболее плотскими, соматичными, объективно физиологически выраженными и вместе с тем наиболее субъективно психологичными психическими явлениями, ближе всего примыкающими к самым интимным тайникам структуры субъекта как носителя психики» (Ильин, 2003). Т.к. больные шизофренией имеют в структуре заболевания эмоциональную уплощенность, то вполне естественно, что именно эмоции являются одной из главных мишеней танцевальной психотерапии. Непосредственная работа с образами (которые, естественно, вовсе не сводятся только к визуальной модальности) дает возможность исследовать область психики, наиболее тесно связанную с телом.

Творчество для душевнобольных является одним из способов переработки на бессознательном уровне душевных конфликтов. А необходимым условием патологического творчества является нестабильность и своеобразная подвижность ассоциаций, обеспечивающая их новые необычные комбинации. У больных шизофренией рисование и танец (концентрация на слежении за движением карандаша и тела в пространстве) выполняют адаптационные функции, которые стабилизируют и реконструируют нарушенные болезнью психические процессы. Таким образом, можно сказать, что творческая активность при психических нарушениях — это целесообразная адаптивная реакция с использованием латентных резервных механизмов.

Когнитивный аспект в танцевальной психотерапии представляет собой словесное описание образов и чувств, возникающих в процессе танца. «Поскольку мысль представляет членораздельную группу в пространстве или во времени, связь в чувственной группе всегда соответствует двигательная реакция упражненного органа чувств, входящая в состав акта восприятия. Помещаясь на поворотах зрительного, осязательного и других форм чувствования, мышечное чувство придает, с одной стороны, впечатлению членораздельность, а с другой — связывает звенья в осмысленную группу» (Лурия, 1923).

Разрабатывая нашу программу танцевально-терапевтических сессий для реабилитации психотических пациентов, мы видели необходимость включения в работу двух направлений работы с представлениями, предлагая «танцевать» образы, рождающиеся в воображении, и рисовать их. Теоретической основой этой работы послужило разработанное в отечественной психологии понятие «идеомоторных реакций», принятое для обозначения представлений в воображении будущих движений. И.П. Павловым были выделены три положения, объясняющие возникновение идеомоторных реакций:

- 1) кинестетическая клетка коры головного мозга возбуждается как периферически, так и центрально;
- 2) кинестетические клетки коры головного мозга взаимосвязаны с любыми другими клетками коры, и процесс между ними может двигаться туда и обратно;

3) связи между кинестетическими и моторными клетками коры образуются в течение жизни человека, они индивидуальны, как и движения человека (Павлов, 1986).

Существование идеомоторных реакций подтверждает тот факт, что двигательные действия, совершаемые человеком в прошлом, а затем, под влиянием болезни, стертые из памяти, могут быть восстановлены на основе сохранившегося в нервных связях коры следа. Восстановление этих связей и на кинестетическом, и на эмоциональном уровнях посредством реконструкции и проживания забытых движений и образных ассоциаций является одной из основных задач, решаемых в процессе танцевальной терапии. Как уже было показано, обращение к работе правого полушария является одним из значимых терапевтических эффектов использования танца, поскольку установлено, что если левое полушарие доминирует по функционированию ассоциативных областей коры, то правое играет доминирующую роль в деятельности проекционных зон, обеспечивая целостное восприятие мира, воображение носит созидательный характер, в связи с чем развитие образной сферы человека (пациента) представляет собой задачу особой важности.

Роль образа и его роли в регуляции двигательных актов рассматривается в качестве одной из центральных проблем психологии движений, психологии телесности. Как отмечает В.П. Озеров, «представляется весьма важным изучение психологической структуры двигательных действий, выявление особенностей сознательного контроля собственных движений» (Озеров, 2002). Совершенствование двигательных действий происходит на основе комплекса психических процессов, осуществляющих функции самоконтроля и управления двигательными действиями. Постепенное развертывание телесной самости в расширенных границах самовыражения в процессе танцевальной терапии помогает пациенту не только увидеть и почувствовать свое телесное и эмоциональное состояние, но и прожить ранее не знакомые состояния или вспомнить те, которые коренятся глубоко в бессознательной части психики, а также самоутвердиться как личность и индивидуальность посредством танца.

Использование телесно-ориентированных подходов в лечении шизофрении заключается в том, чтобы дать пациентам возможность ощутить свои ноги и землю, по которой они ходят. Больные шизофренией характеризуются противоречием между движением и восприятием. На телесном уровне у больных шизофренией может наблюдаться феномен деперсонализации, утрата контакта с собственным телом. А. Лоуэн (Лоуэн, 2000) делит корпус человека на верхнюю половину — оральную и нижнюю половину — анальную. Он также обращает внимание на отсутствие связи между руками и телом, на нарушения в плечевом поясе, в постановке головы. У больных с психотическими расстройствами может быть слабо развита мышечная система, при развитой мускулатуре нередко наблюдаются спазмы глубоких мышц спины, потеряна координация движений, часто беспокоят боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Энергетический поток в мышечной системе прерывается или ослабляется в суставах, от-

сутствует пластичность движений. Круговые движения в кистях, коленях, локтях, стопах затруднены.

По мнению А. Лоуэна, больной шизофренией не способен контролировать свои мышцы так, чтобы действовать адекватно. Вместе с тем, мы считаем, что тренировать эту способность можно и нужно, поскольку эта тренировка дает хорошие результаты. В нашей практике с этой целью нами используется тест «Анализ телесного компонента интеллекта», позволяющий тренировать концентрацию внимания, которая нарушена у больных шизофренией. Процесс концентрации (сосредоточения) можно рассматривать как моторную установку для наилучшего восприятия внешнего и внутреннего раздражителя. Воспроизведение больными зон напряжения может выступать как достоверная обратная связь от процесса танцевально-терапевтического воздействия и позволяет танцевальному терапевту, сопоставляя свои наблюдения с самостоятельной оценкой больными своих телесных напряжений, выявлять причины их возникновения и корректировать напряжения на танцевально-терапевтических сессиях.

Двигательные упражнения в совокупности с эмоциональным подкреплением вызывают сильное физическое высвобождение хронического напряжения, которое выходит с помощью танца и ведет к глубинным личностным изменениям. Это происходит потому, что танцевальный терапевт работает с физическим выражением проблемы пациента — тем, как она выглядит в структуре тела, движениях, эмоциях и танце.

При явных особенностях функционирования полушарий головного мозга: правое полушарие специализируется на гештальтной обработке информации, а левое — на аналитической обработке информации, лексико-грамматическом развертывании высказывания, его детализации при помощи абстрактных слов, сложных трансформ. Именно работа левого полушария у больных шизофренией нарушается. Таким образом, апелляция к правому полушарию, отвечающему за образность психомоторного восприятия, позволяет активировать левое полушарие, и больные шизофренией начинают не только строить длинные фразы, но и вербально описывать свои чувства как после танца, так и после релаксации, фиксируя образы на бумаге. Т.к. речевая деятельность больных шизофренией заторможена, речевые конструкции обеднены, то вполне понятны затруднения в речевом выражении эмоций, отражающиеся в снижении разнообразия употребляемых гипонимов различных уровней. У больных шизофренией проявляется тенденция к падению средней длины не только употребляемых слов, но и предложений.

В применяемых чисто танцевальных методиках, описанных ниже, объектом психического отражения является не внешняя реальность, а телесный носитель психики, часто им выступает танцевальный терапевт, который с помощью специально подобранных движений может расширить не только телесный репертуар движений, но и телесное восприятие пациентом себя и других. Любой моторный акт представляет собой раздражение, вызывающее соответствующее ему кинестетическое и проприорецептивное ощущение. Н.А. Бернштейн указывает на то, что в зависимости от различных уровней построения одного и того же

движения эффекты такой терапии и диапазоны восстановления оказываются существенно разными. Это доказательно свидетельствует о разноразмерности психофизиологической организации и регуляции одного и того же двигательного эффекта (Бернштейн, 1947). В тоже время, техника релаксации, следующая за танцевально-терапевтической частью, включающей процессы кинестетико-эмоционального возбуждения, является своего рода торможением психических процессов.

Танец — это, прежде всего, моторика, затем образы и эмоции и только опосредованно мышление, которое позволяет вербально, с помощью речи отреагировать кинестетико-эмоциональные ощущения. Танец можно, на наш взгляд, отнести к символической, общекодовой структуре сигналов кинестетико-образного уровня психики. Три разных уровня эмпирической картины: моторный, образный и мыслительный, — объединены общим принципом организации психики, т.е. переходной формой между ними. В танцевальной терапии, разработанной для больных шизофренией, как раз и присутствует плавный переход разных психотерапевтических техник, опосредованно влияющих на динамику психических процессов.

Главной особенностью танцевальной психотерапии больных шизофренией является ее невербальность (танец как коммуникация и эмоционально-образное развитие). Моторная неловкость, эмоциональная уплощенность, когнитивный дефицит, входящие в структуру такого заболевания, как шизофрения, являются мишенями танцевальной терапии. Опыт, приобретаемый больными шизофренией в танцевальной психотерапии, является в значительной степени когнитивным. Регрессия к более ранним стадиям онтогенеза, в частности, к пре- или невербальным когнитивным структурам, и/или их выборочная реактивация происходят, по нашему мнению, главным образом с помощью танца и образно-эмоционального отреагирования. Н.А. Бернштейн показал, что практически на всех этапах пятиуровневой иерархии управления движением необходимо психическое регулирование. Что же делать, если психика нарушена? При эгоцентрированной системе управления движениями в танцевальной психотерапии внешний мир является как бы пустым пространством, где присутствует тело субъекта, который, напрягая свои мышцы и изменяя траекторию своих движений в танце, формирует новое пространство вокруг себя, позволяя давно забытым или новым образам проявляться из бессознательного. Танцевальный терапевт с помощью танцевально-терапевтических методик проведения сессии может развить движения пациентов, усилив их пространственно-образную структуру. Кинестетика оказывается первым, исходным образным языком у больных шизофренией, через который живое тело начинает психически вспоминать свои ощущения и воспроизводить способы реализации себя вовне. Процесс психической деятельности и его результат — психический образ — оказываются пространственно разнесены: процесс происходит в теле, а психический образ проецируется и размещается во внешнем по отношению к телу пространстве, там, где находится объект.

Л.М. Веккер в своей работе «Психика и реальность» отмечал, что необходимо начинать научный поиск с движения «снизу — вверх» и лишь позже переходить к анализу влияния высших уровней психики на более низкие. Именно исследова-

ния в такой невербальной области, как танцевальная терапия больных шизофренией, демонстрируют влияние «периферии» (двигательных функций) на «центр» (когнитивный аппарат).

Особенности исследования эффективности танцевальной психотерапии.

В настоящее время встал вопрос о возможности написания заключения о динамике психологических характеристик больных шизофренией в процессе танцевальной психотерапии, которое было бы встроено в клиническую историю болезни пациента. Поскольку танцевальная психотерапия это, прежде всего, психомоторная терапия, особенности моторики могут быть достаточно информативными для определения степени выраженности дефицитарных проявлений у больных шизофренией и уровня патологии у пациентов с невротическими расстройствами. Танцевальные терапевты используют достаточное количество психомоторных методик при предварительном тестировании больного и тестировании после прохождения курса танцевальной терапии, как правило, состоящего из 10 сессий в условиях психиатрического стационара.

Существуют три вида диагностики психомоторики в танцевальной психотерапии:

- макроанализ — проведение психологической диагностики, включающей как количественный, так и качественный анализ до и после танцевальной терапии;
- микроанализ — проведение методик кратковременной экспресс-диагностики психомоторно-эмоционального состояния пациентов в процессе танцевально-терапевтической сессии;
- проведение танцевальным терапевтом курса танцевальной психотерапии и последующий качественный анализ поведения пациента в процессе танцевально-терапевтических сессий, этот анализ включает в себя ведение протокола по каждой сессии.

Стандарт написания психологического заключения включает в себя описание результатов психологического обследования до и после танцевальной психотерапии по тем методикам, которые применяет танцевальный терапевт, в соответствии с нозологическими группами пациентов. Обобщение результатов включает также качественный анализ визуального наблюдения танцевальным терапевтом коммуникативного поведения пациента в танцевально-терапевтической группе. Полное описание ведения пациента в танцевальной психотерапии содержится в статье автора «Клиническое наблюдение больной параноидной шизофренией в процессе танцевальной психотерапии» (Оганесян, 2010).

Для исследования динамики танцевальной психотерапии могут применяться любые психологические тесты, которые могут освоить больные шизофренией. В настоящее время танцевальные терапевты уже имеют экспериментальные психологические методики исследования психомоторики, разработанные автором, это «Анализ телесного компонента интеллекта» и «Телесный анализ», позволяющие оценить динамику двигательной активности, пространственной ориентации и невербальных кинестетических коммуникаций в процессе танцевальной терапии (Оганесян, 2017), а также методика «КМСЕ» Л. Э. Рамоса Валерио, направленная на комплексную оценку состояния пациентов в процессе танцеваль-

но-двигательной терапии в параметрах: коммуникативное, моторное, социальное, эмоциональное (Рамос Валерио, 2018). Методика «КМСЭ» может применяться при оценке психомоторной динамики на основе видеоматериалов с привлечением как самих пациентов, так и независимых психологов и врачей. Это позволяет получать дополнительную диагностически значимую информацию, лежащую вне рамок обычной психологической диагностики (Оганесян, 2016).

Внедрение танцевальной терапии в психиатрические стационары Санкт-Петербурга.

В настоящее время в Санкт-Петербурге танцевально-двигательная терапия в клинической практике активно развивается. Первые выпускники программы переподготовки по танцевальной психотерапии в ИДО РГПУ им. А.И. Герцена под руководством Н.Ю. Оганесян получили дипломы государственного образца и пришли работать в психиатрические стационары Санкт-Петербурга. Затем именно они стали преподавателями программы профессиональной переподготовки по специальности «Танцевально-двигательная терапия» в ИПП «ИМАТОН», где состоялось уже 8 выпусков подготовленных специалистов.

Танцевально-двигательная терапия является психотерапевтической составляющей комплексной реабилитации больных психотическими расстройствами, проводимой в стационарных условиях.

Цель применения танцевально-двигательной терапии в психиатрическом стационаре — минимизация патологической симптоматики за счет коррекции двигательных, эмоциональных, поведенческих и межличностных нарушений в результате психотерапевтического использования танца и движения.

Необходимо подчеркнуть, что танцевальный терапевт, где бы он/она ни работал, в стационаре или в диспансере, поддерживает тесный контакт с лечащим врачом пациента. т.к. лечащий врач должен знать, как его пациенты функционируют на невербальной психотерапии, чтобы совместно с танцевальным терапевтом выстроить перспективу лечения.

Для разработанной автором (и проводящейся на базе ГПБ №6 и ГПБ №7) краткосрочной танцевальной психотерапии наиболее приемлемой, в условиях психиатрического стационара, является длительность в 10 сессий по 1,5-2 часа два раза в неделю. Группа закрытая, пациенты отбираются по направлению врача-психиатра после предварительного тестирования танцевальным терапевтом. Структура разработанной танцевально-терапевтической сессии состоит из 7 частей: 1) разминка, гимнастика ци-гун или корригирующая гимнастика по системе Ю.А. Афанасьева; 2) обсуждение темы сессии; 3) танцевальная импровизация, индивидуальная или общая; 4) показ картины, обсуждение темы и ее цветового решения, проработка какой-либо установки; 5) релаксация по теме картины; 6) рисование собственного видения темы картины; 7) заключение — общий танец. Главные цели разработанной групповой модели танцевальной психотерапии — усилить ресурсы пациентов, снять психоэмоциональные и телесные зажимы с по-

мощью танца, физических упражнений и релаксации, что позволяет удлинить «период здоровья».

Отдельно обращаем внимание, что профессиональный танцевальный терапевт вправе вносить свои изменения в этот комплекс, т.к. личность танцевального терапевта играет огромную роль в этой невербальной психотерапевтической работе.

Т.к. как усилиями подготовленных специалистов по программе «Танцевальная терапия» в ИПП «ИМАТОН» проводятся научные исследования влияния этого метода невербальной психотерапии на психомоторику детей и взрослых с ограниченными возможностями, мы хотели бы надеяться, что танцевально-двигательная терапия будет признана в России в официальной медицине.

2. ПСИХОСКУЛЬПТУРИРОВАНИЕ КАК СТАТИКО-ДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА МЕТОДА КРАТКОСРОЧНОЙ АНАЛИТИКО-СЕТЕВОЙ ПСИХОДРАМЫ ПО Э.Г. ЭЙДЕМИЛЛЕРУ И Н.В. АЛЕКСАНДРОВИЧ

Эйдемиллер Э.Г. (Санкт-Петербург)

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» МЗ РФ

«Когда ты садишься на диван, не думай, что только ты действуешь на него. Он тоже действует на тебя».

Соученик 9-го класса Владимир Иванов, ныне протоиерей РПЦ, доктор богословия

«Духовное нельзя понять без телесного и наоборот».

Петр Наумович Фоменко

Аналитическая психодрама — это метод индивидуальной и групповой психотерапии, основанный на игровом моделировании актуальных представлений клиентов. Ее автор Джейкоб Леви Морено.

Краткосрочная аналитико-сетевая психодрама (КАСП) разработана Э.Г. Эйдемиллером и Н.В. Александровой, она длится 40 часов против 400–600 часов классической психодрамы Дж. Л. Морено. Другое название КАСП — психотерапия, основанная на действии.

Теоретическим базисом КАСП является психоанализ З. Фрейда и акторно-сетевая теория Бруно Латтура. В теории Б. Латтура жизнь рассматривается как гибридная реальность, взаимодействие одушевленных и неодушевленных акторов (актор — лат. действие).

Одной из техник групповой аналитической драмы является психоскульптурирование, когда участники группы придают протагонисту то положение тела, которое выражает его личностную проблему. Эту технику широко использовала Вирджиния Сатир в семейной психотерапии.