

Н. Ю. Оганесян

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНОЙ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПРОЦЕССЕ ТАНЦЕВАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Танцевальная психотерапия как метод невербальной психотерапии в лечении больных шизофренией давно используется за рубежом [4–6, 7], а также уже достаточно широко применяется в психиатрических стационарах Санкт-Петербурга [3, р. 97–106, 15, 16. с. 185–190, 17. с. 76–79]. Целью танцевальной психотерапии больных шизофренией в психиатрическом стационаре является минимизация патологической симптоматики за счет коррекции двигательных, эмоциональных, поведенческих и межличностных нарушений в результате психотерапевтического использования танца и движения.

Особенностью работы танцевального терапевта в стационаре является контакт с лечащим врачом пациентов и психологом отделения, так как танцевальный терапевт может проследить психомоторную и психологическую специфику пациента. Только при совместных обсуждениях динамики состояния и функционирования пациента на сеансах танцевальной терапии, в отделении и на других психотерапевтических мероприятиях можно не только воссоздать картину восстановления тех или иных функций пациента, но и помочь ему быстрее адаптироваться к жизни в условиях стационара и после выписки. Лечащий врач должен знать о тех глубинных проблемах, которые могут проявиться у пациента в танцевальной психотерапии, чтобы скорректировать план лечения.

Танцевальный терапевт в процессе совместного группового и парного танца с пациентами устанавливает партнерские отношения, в которых может быть как ведущим в танце, так и ведомым пациентом. Таким образом, границы взаимоотношений «танцевальный терапевт — больной» несколько стираются. В отличие от врача, от которого зависит выписка из стационара, танцевальный терапевт, по мнению пациентов, в значительной степени независим в своих отношениях с ними, поэтому пациенты искреннее и полнее могут рассказать ему о своих переживаниях. Вербализация чувств после танцевальной импровизации во время танцевально-терапевтической сессии способствует контакту как с танцевальным терапевтом, так и с членами танцевально-терапевтической группы.

Последние исследования наших корейских коллег подтверждают сказанное выше [1, р. 279–285]. Они отмечают, что после танцевальной психотерапии пациенты с диагнозом «хроническая» шизофрения показывают значительные улучшения в проявлении чувств — satisfaction (удовлетворение), intimacy (близость, интимность), sensitiveness — sensitivity (чувствительность), openness (открытость), comprehend (понимание, осознание) и т. д., что, несомненно, влияет на коррекцию их эмоциональной уплощенности.

В настоящее время танцевальную терапию в ГПБ № 6 прошли уже более 300 пациентов с диагнозом «параноидная шизофрения» (F20 по МКБ 10) с различной степенью дефицитарности. В данной статье представлен клинический пример совместного ведения больной параноидной шизофренией, врачом-психиатром и танцевальным терапев-

том. К сожалению, при анализе как медицинской, так и психологической литературы в нашей стране мы не встретили подобных клинических примеров.

Новизна представляемого исследования заключается не только в совместной работе врача-психиатра и танцевального терапевта, но и в описании динамики психотерапевтического процесса в ходе танцевальной терапии больной параноидной шизофренией с дефицитарной симптоматикой.

Подобные больные часто «остаются за бортом» вербальной психотерапии, так как психотерапевты психиатрического стационара наибольшее внимание уделяют больным с диагнозами «первый психотический эпизод» и «малопрогрессирующая шизофрения». Исследования особенностей динамики психотерапии больных шизофренией также касаются главным образом такого рода больных [9, 8, 10, с. 26–37, 11, 12, с. 83–89, 13]. Таким образом, настоящее исследование динамики *психомоторики* больных параноидной шизофренией с дефицитарной симптоматикой, инвалидизированных (среднее количество госпитализаций 5–7), в процессе невербальной танцевальной психотерапии проводится практически впервые.

Танцевальная психотерапия применяется в комплексе психотерапевтических мероприятий в ГПБ № 6 уже несколько лет. Врачи осведомлены о показаниях к направлению на танцевальную терапию (пациенты с заболеваниями шизофренического круга, в том числе — с выраженной негативной симптоматикой, с аффективными расстройствами) и противопоказаниях (наличие актуальной продуктивной симптоматики, заболевания, симптомы которых могут быть спровоцированы излишней физической активностью).

Краткосрочная танцевальная психотерапия в условиях психиатрического стационара включает десять сессий, по 1–2 часа два раза в неделю. Разработанная Н. Ю. Оганесян [14, 18, с. 315–353] танцевально-терапевтическая сессия состоит из семи 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.

Семичастная структура танцевально-терапевтической сессии обеспечивает комплексное влияние на широкий спектр психических процессов больных шизофренией.

Представляемая пациентка была направлена лечащим врачом сначала на вербальную психотерапию, но «не удержалась» в психотерапевтической группе из-за сложностей в вербальных контактах, вызванных периодическим «застыванием» и невозможностью сосредоточиться. Именно поэтому этой пациентке была предложена танцевальная терапия в надежде, что этот метод психотерапии (*jus juventus*) подойдет больше.

Перед началом курса танцевальной психотерапии танцевальному терапевту необходимо не только протестировать пациентов, но и ознакомиться с историями болезни для того, чтобы лучше понять личностные особенности и специфику их лечения.

Анамнез больной выглядит следующим образом.

Пациентка К., 17.04.1980 г. р. Диагноз — шизофрения параноидная эпизодическая с нарастающим дефектом. Аффективно-бредовой синдром (F 20,01 по МКБ 10). Инвалид 2-й группы. Количество предыдущих госпитализаций — 4. Проживает с матерью и братом в общежитии, иногда — с бывшим мужем и сыном в отдельной квартире.

Наследственность отягощена психическим заболеванием тети (родная сестра отца), которая повторно лечилась в стационарах (психиатрические больницы). Точный диагноз неизвестен. Со слов родственников пациентки, по линии отца в роду были больные олигофренией. Росла и развивалась без особенностей. С раннего детства тихая, замкнутая. В возрасте пяти лет уходила из дома и бродила по микрорайону. В школу пошла с шести лет. Училась плохо, была рассеянной, невнимательной, «не понимала» учебный материал. Дублировала I и III классы. После VI класса (14 лет) перешла в вечернюю школу. Окончила 11 классов. Пыталась поступать в кондитерское училище, но не смогла. Далее нигде не училась.

В подростковом возрасте отличалась астеничностью, сенситивностью, тревожной мнительностью в сочетании с упрямством, обидчивостью. Оставалась малообщительной, замкнутой. Рано вышла замуж за человека, злоупотреблявшего алкоголем, который проявлял агрессию по отношению к ней. Впоследствии развелась. В 18 лет (1998 г.) родила сына. В 2000 г. непродолжительное время работала помощником воспитателя в детском саду. В 2001 г. в возрасте 21 года на фоне подавленного угнетенного настроения испытывала сильную тревогу, не спала ночами, боялась выходить на улицу, ей казалось, что на нее все смотрят. Говорила матери, что она не ее мать, свой дом казался чужим. Боялась мужа, так как считала, что «под маской мужа» скрывается ее прежний знакомый. Выказывала опасение, что «ребенка съедят людоеды». Все имеющиеся деньги отнесла в церковь. Временами испытывала оцепенение, ей казалось, что ее парализует, не могла шевелиться. Такое состояние было непродолжительным и прошло без лечения. К психиатрам не обращалась. Вела замкнутый образ жизни. Отличалась пассивностью, безынициативностью, практически ни с кем не общалась. Осенью 2002 г. (в возрасте 22 лет) устроилась на работу дворником, но была вынуждена прекратить работу в связи с ухудшением состояния. Вновь снизилось настроение, резко усилилась тревога, нарушился сон, появились галлюцинаторные расстройства. Так, слышала, как мужской голос говорил о том, что ее «заберет НЛО». Временами возникало ощущение, что находится «в другом измерении», видела «инопланетян», «подкрадывающегося рака». В этот раз состояние вновь самопроизвольно купировалось. Кратковременно работала поваром в детском саду, потом — официанткой, продавцом сумок на улице. С работой нигде не справлялась.

В феврале 2003 г. на фоне сниженного настроения появился страх, бредовые идеи преследования, физического уничтожения. Ей казалось, что какой-то незнакомый мужчина следит за ней через окно, что муж хочет ее убить из пистолета или что он подбрасывает наркотики, ФОВ. Считала, что муж ее ревнует, что мать относится к ней неприязненно и со злобой. «Вспоминала» о событиях, не имевших места в действительности, например о том, что родила двойню, а одного ребенка почему-то сразу забрали. Говорила о необходимости разыскать ребенка.

Обратилась в ПНД и была госпитализирована в стационар, где находилась с 28.02.2003 по 14.04.2004 г. В отделении в первый период была тревожна, растерянна. Высказывания больной были нецеленаправленны, крайне непоследовательны, аморфны, расплывчаты. Часто отвечала не по существу. Во время беседы замолкала, была охвачена болезненными переживаниями. На фоне лечения психотические переживания купированы. Обращали на себя внимание выраженный психический инфантилизм, односторонность и монотонность эмоций, расплывчатость мышления.

После выписки не соблюдала предписанный режим терапии, возобновилась тревога, была госпитализирована повторно с 30.04.2004 по 02.10.2004 г. В психическом статусе отмечались выраженная тревога, психические автоматизмы, кататоническая симптома-

тика. Временами испытывала ощущение, что ее парализует: «...сиду как скованная, в одну точку смотрю... руку хочу в карман положить — не могу». По выходе из острого состояния длительное время сохранялась субдепрессивная симптоматика с периодическими ухудшениями, нарастанием тревоги, расстройствами сна. Была переведена на 2-ю группу инвалидности. Выписана с рекомендацией поддерживающей терапии антипсихотическими препаратами. После выписки проживала дома. Не работала. Самостоятельно с домашними обязанностями справлялась не в полной мере. Отношения с родными в семье носили конфликтный характер. Была отгороженной, нарастали явления аутизма.

Госпитализировалась в дальнейшем с 03.05.2005 по 12.07.2005 г. и с 31.08.2006 по 05.11.2006 г. Психический статус характеризовался некоторым упрощением продуктивных психопатологических расстройств, которые в большей степени ограничивались депрессивной симптоматикой с суицидными высказываниями и нарастанием аутизма, дефицитарной симптоматики. Накануне данной госпитализации получала терапию галоперидолом-деканомом, азалептином. На фоне медикаментозного лечения стала бездеятельной, появились «тяжелые мысли», думала о смерти, конфликтовала с родственниками. Совершила суицидную попытку — отравление азалептином, была госпитализирована в НИИ СП и оттуда переведена в наш стационар.

Врачебная комиссия на диагноз и лечение. Наследственность психопатологически отягощена психическим заболеванием родной тети. Шизофренический процесс развивается с раннего детства, когда отмечались нарушения эмоциональных привязанностей, замкнутость, выраженные когнитивные расстройства, расстройства в сфере социальных связей. К подростковому возрасту сформировались мозаичные психопатические черты с преобладанием психастенического и шизоидного радикалов, которые сочетались с антисоциальными тенденциями и ранним началом сексуальной жизни. В дальнейшем присоединились депрессивные расстройства, по мере углубления их в виде приступов развертывались сложные психотические состояния, в структуре которых наблюдалась трансформация продуктивной психопатологической симптоматики: состояния иллюзорно-бредовой дереализации и деперсонализации сменялись галлюцинаторно-параноидными расстройствами с появлениями на высоте приступа элементов онейроидной кататонии. В дальнейшем приступы протекали с упрощением. В межприступные периоды имели место явления выраженного эмоционально-волевого дефекта с психопатоподобным поведением, алкоголизацией, беспорядочной сексуальной активностью, выраженным аутизмом. В структуре настоящего приступа тревожно-депрессивный аффект, идеаторные психические автоматизмы, рудиментарные бредовые идеи отношения и морального ущерба.

Танцевальная терапия началась 20.05.09. К этому времени пациентка находилась в стационаре 2,5 месяца и получала только медикаментозную терапию.

Танцевальным терапевтом была проведена предварительная беседа, в ходе которой выяснилось, что доминирующая мать пациентки считает, что у дочери нет заболевания, что ее состояние нормально. Отношения дочери с матерью формальные. С бывшим мужем — конфликтные, так как он препятствует встречам с сыном. Сына больная любит, но у нее нет возможности проявить свою любовь, так как родные, считая, что она не может обеспечить должного воспитания и ухода, изолируют ребенка от нее. Больная ищет любви и поддержки: «Только папа меня любил, но он умер». В настоящее время выявляет признаки когнитивных нарушений. Результаты предварительного психологического тестирования пациентки танцевальным терапевтом представлены ниже.

1. «Кинематометрический тест» Е. П. Ильина — психомоторное торможение по большой и малой амплитудам.

2. Тест «Какого я цвета» Н. Ю. Оганесян — наличие серого и фиолетового цветов позволяет говорить об общем депрессивном фоне настроения и редукции энергетического потенциала.

3. «Телесный анализ» Н. Ю. Оганесян в процессе первой танцевально-терапевтической сессии показал, что при стопроцентной координации движений пациентка периодически запрокидывала голову назад, прогибалась в спине и падала на спину. Вставала с трудом, так как мышечная сила недостаточна. Пациентка демонстрировала мягкость суставных сочленений в локтях, коленях, кистях рук и стоп ног, танцевала практически на полупальцах. Двигательный контакт в групповом танцевальном взаимодействии в норме. Строит свои движения, ритмична, музыкальна. Может взять инициативу в танце на себя и уверенно вести партнера.

4. «Оценка координации движений» (Озерский) — координация в норме по обеим рукам.

5. «Звезды и волны» Урсула-Аве Лаллемант — тревожность, спутанность воображения и сознания. Проблемы в пространственной ориентации.

6. «Телесный интеллект» Н. Ю. Оганесян — пациентка сама отметила напряжение в спине, руках (от плеча до локтя и от локтя до кисти и кисть), в ногах (колени, стопы), спине (в пояснице), в точке в середине груди и сердце.

7. «Рисунок свободно текущих образов» после первой танцевально-терапевтической сессии — беспорядочные каракули зигзагами на весь лист А-4, положенный поперек, простым карандашом, что позволяет говорить о психомоторном возбуждении и о невозможности строить собственные образы в воображении.

На момент предварительного тестирования медикаментозная терапия — галоперидол внутримышечно отменен, Т.Galiperidoli — 15 мг., Т.Cyclodoli — 0,75 мг.

Таким образом, исходя из вышеизложенного, **целью** первых пяти сессий танцевальной терапии была коррекция когнитивных и моторных нарушений

На первой танцевально-терапевтической сессии в процессе начальных диагностических упражнений пациентка показала смещение центра тела по Райху-Лоуэну [6] на уровень груди, что подтверждает отмеченное ею напряжение в области сердца. Во время танцевально-диагностического отзеркаливания движений пациентки танцевальным терапевтом при хорошей координации движений и кинестетическом внимании она дважды запрокидывала голову назад и падала на спину. Эти движения были похожи на истероидную дугу. Кроме того, пациентка говорила, что во время прогулки во дворе больницы она тоже падала на спину, и поэтому у нее болит спина.

Она одна из немногих в группе из 17 человек смогла показать на первой сессии небольшую индивидуальную танцевальную импровизацию, в процессе которой падений не было, но была явно видна мягкость суставных сочленений. В релаксационной части сессии пациентка, лежа на спине, беспорядочно двигала руками и ногами в такт музыке, выгибаясь назад в области головы, шеи и талии.

Тема релаксации была свободной, и, как отмечено выше, в пункте 7 диагностики, никакого образа ей построить не удалось. В статической релаксации кататоническое возбуждение, движения беспорядочны, хаотичны.

На второй танцевально-терапевтической сессии ситуация с моторным возбуждением при релаксации повторилась. Темой релаксации была визуализация геометрических фигур с возможным их удержанием в воображении. Тема не была принята пациенткой, а рисунок после релаксации, сделанный простым карандашом, был выполнен

в виде трех маленьких зигзагов в верхнем левом углу листа, чуть поодаль — маленький круг и два зигзага по бокам. На вопрос танцевального терапевта, что это означает, пациентка написала: «Юбка и блузка».

Падений при отзеркаливании движений удалось избежать, так как танцевальный терапевт, видя, что пациентка может запрокинуться назад, придерживала ее спину толчком ребром ладони сзади. А иногда в нужный момент поддерживала ее за руки, не давая упасть, говоря при этом, как хорошо она танцует. К. действительно хорошо танцует и импровизирует, показывая в танце ярко выраженную сексуальность, достаточно много танцуя бедрами. В групповом танце падений не было, К. прекрасно танцевала в центре круга, строя свои движения. Ей явно нравилось, что все члены группы повторяют ее движения и эмоции, при этом она и сама отлично справлялась с движениями других.

С согласия пациентки ее танец снимался на видео, поэтому была возможность показать ее работу на танцевально-терапевтической сессии лечащему врачу. В ходе обсуждения было отмечено, что стереотипные подергивания конечностями, схожие с проявлениями кататонического возбуждения, никаких корреляций с поведением пациентки в отделении не обнаруживают.

По согласованию с врачом мы решили продолжать танцевальную терапию, отметив, что, возможно, через моторику удастся справиться с ее болезненными симптомами. Интересно, что на проводившихся раз в неделю танцевальных вечерах для пациентов всех отделений больницы были отмечены похожие падения. Возможно, падения могли быть инсценированы пациенткой для привлечения внимания, учитывая конверсионную симптоматику регресса примитивной личности, достаточно редко встречающуюся в современной жизни.

Третья сессия прошла достаточно спокойно. К. спросила танцевального терапевта: «Вы посмотрели запись? Что у меня со спиной?» Танцевальный терапевт ответила: «Да, посмотрела, со спиной все в порядке, и я надеюсь, что ты больше не будешь падать, так как для падений нет причин. Ты очень хорошо танцуешь, и я получила огромное удовольствие от твоего танца». Эта похвала пациентке явно понравилась. После гимнастической части перешли к совместной с танцевальным терапевтом импровизации.

Мы исполнили с К. импровизацию, где свободно менялись ролями ведущего и ведомого в танце, как в контактном танце, так и в бесконтактном. Танцевали на сцене, а группа сидела ниже и аплодировала в конце. К. нравилось быть в центре внимания и быть успешной. Падений не было. С групповым танцем она тоже справилась, ведя за собой всю группу и сохраняя задуманный рисунок танца.

Темой релаксации было «полежать на облаке, расслабиться и отдохнуть». К. лежала на полу, раскинув руки и ноги в стороны, с расслабленным дыханием. После релаксации сказала, что ей удалось визуализировать облако, что она и нарисовала достаточно четко и реально.

Танцевальная часть *четвертой сессии* показала стопроцентную сохранность телесной картины пациентки. К. танцевала парный танец с партнерами, где была как ведущей, так и ведомой. Для индивидуальной импровизации она выбрала достаточно ритмичную и быструю музыку. В ее танце были задействованы в большей степени руки, бедра и ноги. Танец был достаточно активным и занимал большое пространство. К. танцевала на сцене, она всегда выбирала ее для танца. Можно предположить, что К. испытывала явную фрустрацию в потребности переживания положительных эмоций, так как особенно ей нравилось, когда ее хвалили.

Для релаксации танцевальный терапевт предложила свободную тему, в основном

для К., чтобы проверить, может ли она построить образы самостоятельно. Но в релаксации пациентка лежала совсем недолго, открыла глаза и встала. Танцевальный терапевт подошла к ней и спросила в чем дело, пациентка ответила, что видела страшный образ.

Мы продолжили с ней динамическую релаксацию. Целью ее было снятие страха, возникшего у пациентки. На рисунке после релаксации К. нарисовала простым карандашом перекошенное мужское лицо с поднятыми дыбом волосами и открытым ртом с оскаленными зубами. Лицо заштриховала в районе щек красным цветом. Внизу подписала: «У меня волосы дыбом, когда мне было очень плохо».

В заключительном групповом танце танцевальный терапевт постаралась включить положительные эмоции для К., поставив музыку, которая ей нравилась. Вначале это была русская плясовая музыка, а затем — плавная восточная мелодия. Ритм музыки пациентка удерживала, меняя движения в зависимости от мелодии. Из частей тела, главным образом, танцевали бедра и ноги в более быстром темпе. Руки, плечи и голова двигались в более медленном темпе. В групповом танце К. достаточно свободно контактировала со всеми членами группы, показывая адекватные положительные эмоции.

Пятая сессия. Тест «Какого я цвета» до танцевально-терапевтической сессии показал фиолетовый спектр, который можно интерпретировать как болезненные переживания сексуальных проблем, сниженный интерес к жизни. Танцевально-терапевтическая сессия прошла достаточно спокойно. Вся танцевальная часть прошла как всегда без проблем. В танцевальной импровизации с К. танцевальный терапевт попыталась построить образный танец-диалог: собирали цветы, лежали на лужайке, играли в мяч. Строить образы в танце для К. было достаточно трудно. Она все время опаздывала в движениях, как будто пыталась понять, что же танцевальный терапевт делает.

Для релаксации нужно было представить цветы, где угодно: в лесу, в поле, в парке и т. д. К. не сразу легла, сначала как бы прислушалась к музыке, а затем, когда все пациенты легли и закрыли глаза, попыталась выбежать из зала. Когда танцевальный терапевт, взяв К. за руку, спросила: «Почему ты пыталась убежать?» — она ответила, показав на грудь: «Вот здесь болит». Танцевальный терапевт спросила: «Может быть, музыка вызвала у тебя какие-то переживания?». К. ответила отрицательно. Остальным пациентам удалось визуализировать цветы, и все стали рисовать свои образы. К. тоже сделала рисунок цветов с переплетенными зигзагами стеблями (очень похожими на первый зигзагообразный рисунок), но сказала, что музыка ей все-таки не нравится. Почему не нравится, она объяснить не могла. Общее обсуждение рисунков принесло ей положительные эмоции, так как ее рисунок многим понравился.

Во время заключительного группового танца настроение К. было приподнятым, так как все члены группы принимали и повторяли ее достаточно распространенные движения. Тест «Какого я цвета» после танцевально-терапевтической сессии показал умиротворение, чувство удовольствия.

После этого занятия танцевальный терапевт с лечащим врачом пациентки обсудили ее рисунки, возможности их интерпретации и связь с психотическим состоянием.

На *шестую сессию* К. не пришла из-за ухудшения состояния. В отделении была расторможена, проявляла признаки возбуждения, усилилась тревога.

В дальнейшем К. пропустила две недели, в течение которых с ней беседовал врач, и выяснилось, что ее неудавшийся побег из зала во время дискотеки (которая проводится в стационаре для больных из всех отделений) был реакцией на музыку, напоминавшую

неприятное событие. Усилилась тревога, настроение с тенденцией к гипоманиакальному, возможно, из-за отношений с молодым человеком, с которым она познакомилась в больнице на дискотеке. На дискотеку она пока больше не ходила. Медикаментозная терапия в этот период не изменялась.

По согласованию с лечащим врачом решили довести танцевальную терапию до конца, то есть пройти полный курс. К. продолжила танцевальную терапию уже в другой группе. Ее приход в новую группу не составил проблемы. Она знала многих пациентов и свободно с ними контактировала. Этой группе осталось пройти последние четыре сессии, перед отпуском танцевального терапевта.

Целью последних четырех сессий для этой группы была коррекция эмоционально-поведенческих реакций.

Шестая сессия для пациентки была диагностической. Она показала сохранный моторную память. Но во время гимнастических упражнений центр ее тела все-таки был смещен вверх на уровень груди. К. и сама сказала во время упражнения: «Я никак не могу крутить круг, он все время уходит вверх». Падений не было, она достаточно твердо стояла на ногах. Во время импровизации сразу пошла на сцену, сказав: «Я соскучилась по танцу». Музыку попросила поставить ритмичную. Импровизация была моторная с набором вариативных движений, но не образная. Повторились сексуальные движения бедрами.

В релаксации она спокойно легла на пол и смогла визуализировать дерево (заданный танцевальным терапевтом символ). На рисунке дерево (это была береза) получилось с хорошо прорисованными корнями, очень тонким стволом и мощной раскидистой кроной с созревшими яблоками. Общий групповой танец больная провела в хорошем настроении, шутила. В тесте «Какого я цвета» до сессии — зигзаги, фиолетовый цвет, после — голубой и желтый цвета.

Седьмая сессия прошла достаточно спокойно. С гимнастикой и танцем проблем не возникло. Движения К. стали сильнее, их амплитуда увеличилась. Во время танца пациентка стала занимать практически все пространство сцены. Особенно К. нравилось быть успешной, этого ей явно не хватает в жизни. Удивительным показался результат теста «Какого я цвета». До сессии были нарисованы море, птицы, небо с солнцем, после — букет цветов. Это были хорошо прорисованные реалистичные образы. Что касается импровизации, то танец был сильный, мощный, занимал большое пространство сцены. Стопы и кисти рук уже не были вялыми и слабыми, как в первых сессиях. К. крепко и уверенно стояла на ногах.

Темой релаксации было «поиграть с дельфином». К., услышав музыку, постояла немного и стала быстро уходить из зала. В ответ на вопрос танцевального терапевта: «Что случилось, почему ты уходишь?» — К. показала на грудь в области сердца и ответила: «Здесь заболело. А дельфин маленький?» Поняв, что, возможно, задание поиграть с дельфином вызвало у нее ассоциации с сыном, которого она давно не видела, танцевальный терапевт ответила: «Дельфин может быть и большим, давай, я буду дельфином, поиграй со мной». К. улыбнулась и мы перешли к динамической танцевальной релаксации, в то время как все участники группы лежали на полу. Рисунок после релаксации получился с дельфином во весь лист, большим и сильным. Тест «Какого я цвета» — огромный букет цветов.

Восьмая сессия. Тест «Какого я цвета»: до сессии — белый лебедь в море, образ красивый и позитивный. Это был хороший признак возвращения нормального образного восприятия. В течение всей сессии работала с хорошим настроением. Для танцевальной импровизации взяла шарф и под музыку Вангелиса показала красивый, сильный

и гармоничный танец. Шарф в ее руках ни разу не упал на пол, не свернулся в трубочку, он взвивался в воздух и опускался, почти касаясь земли. Это был танец ветра и парусов. Сильно работали руки, корпус, ноги то поднимались на полупальцы, то опускались на полную стопу. К. заслужила громкие аплодисменты группы и с гордостью поклонилась. Импровизация без предмета получилась не такой сильной. «Уже сил не осталось», — сказала К.

Тема релаксации — «Погулять по лугу, усыпанному цветами». Для лучшей воспроизводимости образа была дана картина-мишень. Релаксация для К. прошла успешно. Ей удалось визуализировать луг с цветами, но для рисунка она взяла картину-мишень, сказав, что ей трудно нарисовать по памяти. Когда танцевальный терапевт подошла к К. во время рисования, та вдруг сказала: «Как выпить хочется... водочки, чуть-чуть, — и после некоторой паузы продолжила, глядя вопросительно-просящим взглядом. — Но, наверное, мне нельзя пить, это правда?». Танцевальный терапевт ответила: «Конечно нельзя, zapomни, как только выпьешь, можешь сразу собираться в больницу, тебе же этого не хочется? А ты часто выпиваешь?». «Нет, не часто, но иногда для настроения», — ответила К. Затем, немного подумав, добавила: «Я не буду, не подумайте что я пьяница, но когда с мужчиной, то приходится, они наливают». Мы перешли к заполнению теста «Какого я цвета» и К. снова стала рисовать лебедя, но уже с развернутыми крыльями, ей пришлось потрудиться, но она довела работу до конца, закончив, добавила: «Это сильная птица, как я». Импровизации снимались на видео, и К. с радостью посмотрела на себя, разрешив посмотреть и всем остальным. Члены группы похвалили К., и она, довольная, пошла в отделение.

Пожелание К. показать ее танец врачу было выполнено, что может косвенно свидетельствовать о положительной динамике и большем, чем раньше, доверии пациентки по отношению к лечащему врачу.

Девятая сессия. Придя в зал, К. попросила: «Можно еще раз посмотреть, как я танцевала?». К., с очевидным удовольствием, смотрела еще раз на свой танец с шарфом, другие записи она смотреть не захотела. Ей явно было приятно видеть себя успешной и уверенной. Поведение группы было открытым, контактным. Это было последнее, заключительное занятие, все упражнения и танцевальная импровизация были групповыми. К. уверенно вела за собой группу в танце, переходя от парного танца к танцу в малой группе и общему.

Тема релаксации — свободный образ. Она выбрала образ поля («он сам у меня выплыл») и нарисовала дождь над зеленым полем, а в небе — облака. «Это потому что дождь на улице», — добавила она. Рисунок был выполнен красками, соблюдена гармония пространства. Через две недели после этого занятия К. выписали из больницы.

Результаты психологического тестирования после проведения танцевальной терапии:

1. «Кинематометрический тест» (Е. П. Ильин). Психомоторное состояние в норме по большой и малой амплитудам.
2. Тест «Какого я цвета» (Оганесян). Энергетический потенциал в норме, гамма из трех цветов — голубого, розового и желтого — позволяет говорить о спокойном, ровном настроении.
3. «Телесный анализ» (Оганесян). Движения приобрели силу и пространственную динамику. Усиление мышечной массы и медикаментозная терапия сняли прогибы и падения (следствие кататонии). Но центр тела остался смещенным вверх на уровне груди. Можно предположить некоторое нарушение энергетического баланса, связанного с хроническим заболеванием. Танцевала как на полной стопе, так и на полупальцах

(по необходимости) Двигательный контакт в групповом танцевальном взаимодействии в норме. Строит свои движения, ритмична, музыкальна. Инициативна в групповом танце.

4. «Оценка координации движений» (Озерский). Координация обеих рук в норме.

5. «Звезды и волны» (Урсула-Аве Лаллемант). Маятниковый штрих волн позволяет предположить, что состояние пациентки ровное, спокойное. Звезды прорисованы четко, без излишней штриховки. Горизонт на месте — пространственная ориентация в норме.

6. «Телесный интеллект» (Оганесян). Пациентка отметила напряжение только в середине груди и сердце. Видимо, это связано с ее переживаниями из-за сына, о которых ей трудно и больно говорить. Это напряжение коррелирует с тестом «Телесный анализ»

7. «Рисунок свободно текущих образов» уже был описан на последней сессии. Можно только добавить, что самостоятельное построение образов представляется сложным для пациентки. Но она сделала успехи, и сознание ее вернулось к нормальному восприятию действительности.

8. «Самооценка» (Дембо-Рубинштейн). До танцевальной терапии К. оценивала свое физическое и психическое здоровье на 3 и 6 баллов, после параметры поднялись до 10 баллов. Ум и волю она оценила вначале на 10 баллов, после — 5. Оценка стала более реалистичной. Оценка настроения с 6 поднялось до 10 и счастья — с 1 до 4. Уверенность в себе стала более реальной — с 10 до 6. Параметр «женственность» с 6 поднялся до 10. Таким образом, можно говорить, что после танцевальной терапии самооценка пациентки стала более реальной.

Обсуждение результатов и выводы

1. Существует мнение, что суицидные тенденции являются противопоказанием для направления на танцевальную терапию. Но в данном конкретном случае, учитывая индивидуальный комплексный подход и активное сотрудничество с врачом-психиатром, curaция такой пациентки оказалась возможной и эффективной.

2. Личность пациентки довольно примитивна, поэтому ее так называемые «побеги» являлись реакцией избегания на фрустрирующую ситуацию. Объяснить, что ее взволновало, пациентка не могла, так как когнитивные функции у нее недостаточно развиты, что подтверждает анамнез пациентки.

3. Повышенная суставная гибкость, subtilность могут оцениваться психиатрами как явления физического инфантилизма. Но если рассматривать эту пациентку с позиций телесного терапевта, которым является танцевальный терапевт, то гибкость, мягкость движений, отличная координация движений, музыкальность являются явной моторной одаренностью пациентки. Именно моторная одаренность может являться мишенью для работы танцевального терапевта и позволить строить различные по своей координированности движения в разных плоскостях (горизонталь — вертикаль, круг, зигзаг и т. д.). Вариативность и перевод движений в разные плоскости позволяют активизировать различные мозговые функции, в том числе и когнитивные.

4. Имевшие место в начале терапии двигательные расстройства в виде запрокидывания головы, нарушения координации, внезапной потери равновесия, вероятно, являются проявлением последствий нейрорептической антипсихотической терапии, спровоцированных эмоциональным напряжением, обусловленным актуализацией эротизированных аутистических фантазий в условиях сессии танцевальной терапии. В то же время можно допустить и кататонические включения, учитывая отдельные «застывания» пациентки в отделении и на вербальной психотерапии. Эти двигательные расстройства отчасти были скорректированы в процессе танцевальной терапии, но остаточные

явления в телесной картине пациентки (небольшие прогибы назад в талии) все-таки прослеживались. Таким образом, подобные пациенты нуждаются в поддерживающей танцевальной терапии в условиях диспансера.

5. Сложные взаимоотношения в семье, и конкретно — с матерью, провоцируют неустойчивую смену ролей пациентки «дочь — мать». С одной стороны, доминирующая мать, которой К. беспрекословно подчинялась, и в то же время К. — сама мать, которой не позволяют проявить материнское чувство заботы о сыне. Такие противоречия, помноженные на слабость мыслительных функций, создают сложности в поведении пациентки, и оценки ее окружающими и являются мишенями танцевальной терапии.

6. Несмотря на специальный подбор музыкального сопровождения в групповой танцевальной психотерапии, иногда музыка может быть фрустрирующим фактором для конкретного пациента, в таком случае от танцевального терапевта требуется умение перевести состояние пациента в позитивное русло, применив индивидуальные методы работы в структуре групповой танцевальной психотерапии.

7. Подбор психотерапевтических методик для больных психозами, особенно с дефицитарной симптоматикой, необходимо проводить с учетом их личностных особенностей в структуре клинической картины.

Литература

1. Lee J., Park S., Kim H. S., Kim C. Y. Clinical Application of Dance Therapy in Psychiatric Outpatients with Schizophrenia // Y. Korean. Neuropsychiatr. Assoc. 2008. Vol. 47 (3). P. 279–285.
2. Lowen A. Bioenergetics. New York, 1975. 352 p.
3. Oganessian N. Dance therapy as form of communication activating psychotherapy for schizophrenic patients // Body, Movement and Dance in Psychotherapy Routiedng. 2008. Vol. 3. N 2. P. 97–106.
4. Papadopoulos N. Disconnection and reengagement: systemic reflections on dance Movement Therapy and the therapeutic process in chronic schizophrenia // E-Motion. 2008. Vol. XIV. N 8. P. 13.
5. Röhricht F. & Priebe S. Body image and anxiety in paranoid schizophrenia // F. Columbus (Ed.) Advances in Psychology Research, Nova Science Publishers. New York, 2000. Vol. 1. P. 127–133.
6. Skove E. The Psychophysical Effects on the Dance-Movement Therapist Working with a Schizophrenic Population // Amerikan Journal of Dance Therapy. 1986. Vol. 9. N 1. P. 67–82.
7. Xiaaud Tessa J., Gront J. Dance Therapy for people with Schizophrenia // Schizophrenia Bulletin. 2009. Vol. 35. N 4. P. 675–676.
8. Вид В. Д. Психотерапия психозов. СПб., 2008. 512 с.
9. Вид В. Д. Структура и динамика процесса психотерапии в комплексе восстановительного лечения малопрогредиентной психозов: Автореф. дис. ... доктора мед. наук. Л., 1991. 42 с.
10. Воловик В. М., Вид В. Д. Общие принципы и методы групповой психотерапии больных психозами // Групповая психотерапия при неврозах и психозах / под ред. Б. Д. Карвасарского и В. А. Мурзенко. Л., 1976. 125 с. С. 26–37.
11. Гончарская Т. В. Нарушения общения у больных малопрогредиентной психозом и метод их психологической коррекции: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. Л., 1987. 19 с.
12. Горелик Б. М., Николаева И. С. Групповая психотерапия в системе реабилитации больных психозами // Групповая психотерапия при неврозах и психозах. Л., 1975. 119 с. С. 83–89.
13. Мучник М. М. Психологические аспекты групповой психотерапии больных психозами: Автореф. дис. ... канд. психол. наук Л., 1995. 19 с.

14. *Оганесян Н. Ю.* Системная танцевальная терапия больных шизофренией // Саногенетические механизмы при психогенных и эндогенных расстройствах. СПб., 2009. 64 с. С. 43–46.
15. *Оганесян Н. Ю.* Танцевальная терапия в реабилитации психотических расстройств: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2005. 18 с.
16. *Оганесян Н. Ю., Толошинова Д. Ю.* Танцевальная терапия в системе реабилитации больных с психическими расстройствами в условиях стационара // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи / под ред. О. В. Лиманкина. Т. II. СПб., 2009. С. 185–190.
17. *Риковская В. Б.* Танцевально-двигательная терапия в реабилитации шизофрении // Материалы международной научно-практической конференции 25 марта 2008. Пенза, 2008. С. 76–79.
18. *Соколовская Т. В., Оганесян Н. Ю.* Танцевальная терапия как метод психологической коррекции // Психодиагностика и психокоррекция / под ред. А. А. Александрова. СПб., 2008. С. 315–353.

Статья поступила в редакцию 14 апреля 2010 г.