

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СООБЩЕСТВА*

Д. КЕННАРД**

Статья посвящена описанию основ деятельности особых лечебных учреждений – терапевтических сообществ, получивших ныне широкое распространение во всем мире. От обычных психиатрических лечебных центров терапевтическое сообщество отличается, прежде всего, своим главным методом, характерная черта которого – осознанное объединение всех ресурсов, имеющихся в распоряжении учреждения, медперсонала, самих пациентов и даже их родственников, ради успешного лечения и ресоциализации тех, кто оказался его «жителем». Подробно рассматриваются исторические и научные истоки таких сообществ, практические аспекты и определяющие принципы их деятельности, роли и функции персонала и «жителей», показания и противопоказания для лечения, а также виды данных сообществ. Особое внимание уделяется вопросу эффективности их деятельности.

Введение

Два наиболее известных пионера в организации терапевтических сообществ, Том Мэйн и Максвелл Джонс, видят их назначение – в превращении больницы из организации, управляемой врачами в интересах собственной эффективности, в сообщество, все члены которого равно уча-

* Перевод главы Дэвида Кеннарда из новейшего оксфордского учебного пособия по психиатрии: *D.Kennard. «Therapeutic Communities». In: The New Oxford Textbook of Psychiatry. Ed.: M.G.Gelder et al. Oxford University Press, 2003.*

** *Дэвид Кеннард (David Kennard)* – клинический психолог и групп-аналитик из Великобритании, председатель Британской группы Международного Общества Психотерапии Шизофрении и Психозов (ISPSUK), ответственный организатор служб реабилитации психотиков и терапевтических сообществ для страдающих личностными расстройствами. Один из наиболее цитируемых авторов и признанный специалист в указанных областях. Автор книг: «Групп-аналитическая психотерапия». СПб., 2002 (в соавторстве с Дж.Робертсом и Д.Уинтером), а также «*An Introduction to Therapeutic Communities*» и соредактор скоро выходящей в свет на русском языке «*Experiences of Mental Health In-patient Care: Narratives from Service Users, Carers and Professional*».

ствуют в его повседневной жизни, продвигаясь к конечной цели – ресоциализации невротической личности (Main, 1946). От других сопоставимых лечебных центров терапевтическое сообщество отличает, главным образом, метод, в котором все имеющиеся ресурсы учреждения, медперсонала, пациентов и их родственников осознанно объединяются ради успешного хода лечения. Это означает, прежде всего, – изменение привычного статуса пациента (Jones, 1968, с.85-86). Следует заметить, что к членам терапевтического сообщества почти никогда не обращаются как к *пациентам*, а обычно их называют *жителями*¹, *клиентами* или *участниками*. Термин «терапевтическое сообщество» обычно используют, имея в виду подобную практику (Kennard, 1998).

Сегодня терапевтические сообщества могут быть охарактеризованы посредством ряда общих признаков, с одной лишь оговоркой. Этот термин принят двумя различными кругами практикующих врачей: одни работают в сфере психического здоровья взрослых и подростков; другие – в сфере наркологии. Последние часто определяются как *концептуальные терапевтические сообщества*. Обе модели имеют сходные цели, но применяемые методы работы различны. Данная глава посвящена, в основном, терапевтическим сообществам, работающим в *сфере душевного здоровья*, но в ней также делается ссылка и на концептуальные терапевтические сообщества, которые сегодня получили достаточно широкое распространение во всем мире.

Характеристика практических аспектов

РАЗДЕЛ I

Неформальная и коллективная атмосфера – это первое, что чаще всего поражает посетителя или нового жителя, прибывшего в терапевтическое сообщество. Царящая здесь атмосфера больше похожа на домашнюю, чем на официальную. Так, например, персонал одет в обычную одежду – никакой униформы.

Роль жителей во взаимной терапии. В терапевтическом сообществе специально используется то взаимное влияние, которое здешние «жители» оказывают на поведение и отношения друг друга. Имеется в виду, прежде всего, бережная поддержка новых членов сообщества и постоянная обратная связь по поводу воздействия поведения любого из участников на окружающих.

Принятие совместного решения. Совместное решение – это решение, в принятии которого участвуют как персонал, так и клиен-

¹ Англ. *residents*.

ты. Процесс принятия решения может быть демократическим или иерархическим, но в обоих случаях все жители сообщества, в большей или меньшей степени, влияют на решения, которые выносятся в процессе повседневного управления сообществом. Все участники вносят свой вклад в работу, направленную на его сохранение и развитие. В любом терапевтическом сообществе клиентам предлагают роли, которые призваны способствовать удовлетворению потребностей сообщества, иначе говоря, – реальную работу с реальными результатами. Ее характер и степень сложности зависят от возможностей функционирования участника – от самых простых домашних дел до обязанностей, в которые входят администрирование и большая часть «гостиничного» сервиса.

Регулярные встречи сообщества. Ежедневно выбирается определенное время для совместных регулярных встреч (исключая выходные дни). Все собираются, чтобы поделиться информацией о событиях, происшедших со времени прошлой встречи, принять решения по вопросам, затрагивающим сообщество, и обсудить проблемы, например: как противостоять чьему-либо разрушительному поведению или нарушению правил членом сообщества.

Определяющие принципы

Исследование одного из наиболее известных терапевтических сообществ – Госпиталя Хендерсона² (*Rapoport, 1960*) позволило установить четыре положения, которые получили широкое признание в качестве определяющих принципов лечения в терапевтическом сообществе. Тем не менее, их распространение на жизнедеятельность вновь создающихся сообществ сегодня вызывает вопросы. Поэтому, наряду с ранее принятыми принципами, разрабатываются и другие концептуальные рамки, определяющие деятельность различных терапевтических сообществ (*Campling, Haigh eds., 1999*).

РАЗДЕЛ 2

Демократизация. Все члены сообщества в равной мере должны развивать в себе способность принимать решения, касающиеся организации совместной жизни.

Вседозволенность. Все члены должны терпеливо относиться друг к другу. Допускается широкий диапазон поведения, в том числе и такое, которое может причинять окружающим боль или выглядеть девиантным, с точки зрения обычных стандартов.

² Henderson Hospital.

Общинность. Отношения должны быть основаны на близком личном контакте: с совместным отдыхом, с обращением друг к другу по имени и свободой общения.

Конфронтация с реальностью. Участники должны постоянно получать интерпретацию своего поведения с точки зрения его воздействия на окружающих. Такая интерпретация позволяет противодействовать тенденциям к искажению, отрицанию опыта или к уходу от реальности и от трудностей совместного пребывания с другими.

Определяющие убеждения

Наличие определенных убеждений, касающихся как человеческих отношений, так и сущности терапии, являются центральным моментом терапевтических сообществ. Вот главные из них:

Персонал не является «абсолютно здоровым», а клиенты не являются «абсолютно больными». Существует **базовое равенство** между людьми: между сотрудниками и клиентами, психологические процессы и переживания которых во многом одинаковы.

Любые симптомы, поведенческие или личностные проблемы, прежде всего, существуют в **отношениях с другими людьми**.

Терапия – это, по существу, **процесс обучения** – в смысле обучения **новым умениям** (например, как относиться к окружающим или бороться с дистрессом более адекватными способами) и **пониманию** самого себя и других.

Истоки

Ранняя история

Праформы терапевтических сообществ можно обнаружить на всем протяжении истории ухода за душевнобольными людьми. Предназначенные в качестве убежищ для душевнобольных, сообщества подобного рода были известны еще в XIV веке – например, в Хеле (Бельгия). В 1796 году в Йорке (Англия) квакеры открыли гуманитарное учреждение, названное «Ретрит»³. Было обнаружено, что созданная там семейная атмосфера, личные отношения и социальные ожидания позволяют людям, ранее считавшимся опасными и непредсказуемыми, начать контролировать и изменять свое поведение (Tuke, 1996). Эта модель оказала заметное влияние на создание психиатрических больниц в Британии и Соединенных Штатах в первой половине XIX века. Впоследствии, к сожалению, она утратила свои позиции, когда стали создаваться полноразмерные психи-

³ *The Retreat*. Название одновременно имеет значение «психиатрическая больница» и «приют».

атрические больницы, выросшие до тысячи и более коек, и на первый план выдвинулась традиционная психиатрия с характерной для нее потерей интереса к социальным и межличностным факторам.

Другим историческим предшественником современных терапевтических сообществ можно считать возникшие в начале XX века школы-интернаты для дезадаптированных детей. Пионеры этого движения были вдохновлены одновременно христианской верой в терапевтическую силу любви и новым методом психоанализа Фрейда. Собирательным термином этого подхода является «терапия спроектированной средой». Это направление наиболее близко ассоциируется с работами Г.Лэйна (H.Lane), А.Нэйла (A.S.Neill) и Д.Виллса (D.Wills) (*Bridgeland, 1971*).

Новая история

История современных терапевтических сообществ начинается со второй мировой войны, когда психоаналитик Уилфред Бион (W.Bion) был назначен заведующим тренинговым крылом Нортфилдского военного госпиталя⁴ в Бирмингеме (Англия). Предпринятая им в 1943г. попытка создать терапевтическое сообщество не увенчалась успехом. Однако идея была подхвачена оказавшимися более удачливыми коллегами: Т.Мэйном, З.Фулксом (S.Foulkes) и Г.Бриджером (H.Bridger) – в Нортфилде, а также М. Джонсом – в госпитале Милл Хилл⁵ (Лондон). Имея дело с психическими расстройствами у военнослужащих, они развили радикально новый подход, который впервые был описан в серии статей в 1946 году. В одной из них и был предложен термин «терапевтическое сообщество» (*Main, 1946*). Мэйн и Джонс продолжали развивать различные версии нового метода и после окончания войны.

Приблизительно в это же время была создана Национальная Служба Здравоохранения (1948г.), что в дальнейшем дало стимул для обращения к проблемам, обнаружившимся в ряде крупных психиатрических больниц Соединенного Королевства⁶ и США (*Barton, 1959; Goffman, 1961, 1968*). В 50-60 годы в некоторых из этих больниц входили в практику методы, которые Кларк обозначил в целом как «подход терапевтического сообщества» (*Clark, 1965*). Целью инициаторов этого подхода выступала гуманизация окружения и ресоциализация пациентов с длительными сроками лечения, с учетом повышения уровня их функционирования до такой степени, при которой они уже способны вновь включиться в обще-

⁴ Northfield military hospital.

⁵ Mill Hill Hospital.

⁶ Великобритании и Северной Ирландии.

ство, откуда были выброшены двадцать, тридцать и более лет назад. В 70-е и 80-е годы идеи «коллективной ответственности» вышли из моды. В движении создания терапевтических сообществ постепенно наметился спад: старые крупные психиатрические больницы закрывались, а новые службы переключались на общественные нужды. И лишь в 90-х наметилось возрождение интереса к терапевтическим сообществам – правда, в более специфическом контексте: тюрьмы, отделения тяжелых и пограничных личностных расстройств и организацию жизни людей с хронической психической патологией.

Бок о бок с разработками в этих областях появились и два других вида терапевтических сообществ. Созданная в 1958 году организация самопомощи в Соединенных Штатах, названная «Синанон»⁷, стала прототипом концептуальных терапевтических сообществ для людей, употреблявших психоактивные вещества и страдавших зависимостью. Это были сообщества с жесткой иерархической структурой, жаркими группами встреч, весьма простой объяснительной моделью зависимости и столь же незамысловатой концепцией ее лечения. На этой основе возникли *Дом Феникса* и *Дэйтон*⁸ – две главные программы терапии зависимости. И сегодня терапевтические сообщества, смоделированные по их образу и подобию, можно обнаружить почти в шестидесяти странах по всему миру (Kennard, 1998). Основой другой разработки стало антипсихиатрическое движение в 60-х годах. Оно дало начало небольшим терапевтическим сообществам, созданным ради того, чтобы продемонстрировать, что с помощью интенсивной терапевтической поддержки с психозом можно справиться лучше, чем в условиях традиционного лечения. Сообщества данного типа были созданы в Англии, Швейцарии, США и в других странах.

Научные истоки

Терапевтические сообщества появились в значительной степени как прагматический ответ на нужды психологически травмированных военнослужащих, не способных к саморегуляции в обычном обществе. В развитии своих методов и техник организаторы сообществ черпали идеи из теории и практики психоанализа, группанализа, а также из социологических исследований, проведенных на базе психиатрических больниц (Bridgeland, 1971). Они также восприняли идеи и техники, выработанные в русле других терапевтических направлений: психодрамы, арттерапии и

⁷ «Synanon».

⁸ Phoenix House и Dayton.

позднее – когнитивно-бихевиорального подхода. В известной степени исследования поведенческих коррелятов бессознательных процессов в организациях послужили основой научной аргументации в пользу терапевтических сообществ, создаваемых на базе психиатрических лечебниц (Menzies, 1960; Stanton & Schwartz, 1954; Main, 1957).

Инструментальное обеспечение механизма изменений в терапевтическом сообществе

Основная часть, если практически не все лечение в терапевтическом сообществе, происходит в ходе групповой работы и в процессе повседневной жизни сообщества, хотя в некоторых из них применяется также и индивидуальная психотерапия. Сущность подхода отражена в двух принципиальных положениях.

1. *«Научение жизнью»*. Этот принцип состоит в том, что все, происходящее между членами терапевтического сообщества в течение курса их совместного проживания и, особенно, в ситуациях кризиса, используется как возможность для *научения* (Jones, 1968, с.105-112)

2. *«Культура исследования»*. Данный принцип относится не просто к организации и проведению отдельных мероприятий, но касается основополагающих установок, принимаемых всем персоналом, и предлагает *«открытое исследование трудностей»*. Он заключается в сознательной попытке распознать и подвергнуть сомнению догматические утверждения и «прописные истины» (Main, 1983).

3. *Ведущий механизм изменений* нетрудно объяснить. Терапевтическое сообщество предоставляет каждому своему участнику широкий круг жизненных ситуаций, в которых он может вновь прожить те трудности, которые он испытывал в своих отношениях с другими во внешнем мире. Однако на этот раз он имеет возможность исследовать и извлекать опыт из этих ситуаций благодаря работе в малых группах и собраниях сообщества. Повседневная жизнь терапевтического сообщества обеспечивает благоприятные возможности для проверки новых способов поведения в трудных ситуациях. Этот механизм изменений, который может быть назван *циклом научения на основе опыта*, требует и от персонала, и от жителей сообщества исполнения ряда определенных ролей.

Роли персонала

Разделение членства в сообществе. Сотрудники учреждения являются такими же членами сообщества, как и клиенты, вместе с ними участвуют в решении каждодневных задач и так же, как и они, могут выражать свои реакции и принимать возражения и критику со стороны клиентов. Иначе говоря, традиционное расщепление на «они» и «мы» между

профессионалами и клиентами, оказывается сломленным. Более того, развивается чувство доверия и искренности, которое делает возможным для жителей получить и интернализировать опыт совершенно новых отношений с авторитетными (или родительскими) фигурами. Как персонал, так и наиболее продвинутые жители, способны действовать в рамках ролевых моделей, оставаясь искренними и открытыми. В этих условиях может возникнуть риск сверхвключенности со стороны персонала, поэтому проведение тренингов, супервизий и групп «поддержки» для сотрудников при таком способе работы не менее важно, чем и терапия для жителей сообщества.

Поддержание структуры, необходимой для того, чтобы сообщество было терапевтическим. Наличие четких структур особенно важно для людей с низким контролем над своими импульсами. Четкая структура и организация жизни дает им нечто, что может быть постепенно интернализировано. Известны данные, которые говорят о том, что терапевтические сообщества переживают колебания между стабильными периодами, когда лежащие в их основе структуры хорошо видны и основательно поддерживаются, и тревожными и деструктивными периодами, когда эти структуры подвергаются огромному давлению. В эти периоды персонал должен быть готов взять все управление целиком в свои руки с целью восстановления структуры и норм сообщества для того, чтобы позже снова «отпустить» процесс и снова дать жителям возможность принять на себя ответственность за совместные решения.

Обеспечение обучающего опыта. Участникам терапевтического сообщества может быть доступен широкий круг задач и обязанностей, включая организацию и приготовление еды для всех, поддержание чистоты и порядка окружающей обстановки, сопровождение посетителей и новых жителей в процессе ознакомления с сообществом, вклад в терапию друг друга. В некоторых сообществах имеются возделываемые сады, красота которых является плодом работы их членов. Кроме того, существует ряд эксплуатационных и административных ролей. Все это потенциально обеспечивает приобретение обучающего опыта на нескольких уровнях: практическом, социальном, на уровне общения, самоуважения при общении с авторитетами и пр. Работа персонала состоит в большей мере в максимальном расширении возможностей получения такого обучающего опыта, чем в обеспечении успешного выполнения поставленных задач. Иногда это бывает трудно принять, но необходимо сохранять установку «держаться позади», и это не отказ от профессиональной ответственности, а вдумчивое обеспечение обучающего опыта.

Использование терапевтического вмешательства в группах.

Техники работы в малых группах неоднократно доказывали свою уместность в терапевтических сообществах. При этом с равным успехом могут использоваться разные направления терапевтической работы, например, группанализ, психодрама, транзактный анализ, когнитивно-бихевиоральная терапия – все, что способно облегчить понимание актуальных трудностей в терминах предшествующего опыта. Сотрудники могут предлагать участникам групп собственные интерпретации переживаемых ими трудностей, однако наибольший эффект нередко достигается тогда, когда сами участники, опираясь на свой личный опыт, пытаются объяснить собрату-жителю, почему, по их мнению, та или иная ситуация оказалась так трудна, позволив ему совладать с нею. Мэйн (Main, 1975) отмечал, что в условиях расширенного сеттинга, когда собирается большая часть сообщества, эффективнее оказываются не интервенции, рассчитанные на глубинные инсайты, а формы работы, которые направлены на ослабление напряжения, достигаемое путем принятия выражаемых мыслей и чувств.

Внимание к динамике сообщества и эмоциональной вовлеченности персонала. Важно вовремя принимать меры предосторожности, предупреждая негативные явления в жизни сообщества. К их числу можно отнести такое явление, как замкнутость, причиной которой нередко становятся интенсивные групповые процессы. Замкнутость в этом случае может, в свою очередь, еще больше усилить эти процессы: отрицание существования в сообществе внутренних проблем может спровоцировать «отыгрывание» этих проблем деструктивными способами. Не менее опасно отрицание напряжения, возникшего между членами персонала или игнорирование внешней критики. В то же время каждый член персонала должен быть готов исследовать характер и степень своей вовлеченности в динамику сообщества, используя с этой целью все возможности, которые возникают на соответствующих собраниях персонала.

Укрепление внешних связей. Персонал должен быть уверен, что роли, установки и требования их команды понятны внешним консультантам и специалистам, оценивающим их работу и создающим мнение о сообществе, а также коллегам и тем, кто управляет головной организацией⁹.

⁹ Имеется в виду вышестоящая организация, часто та, которая принимает участие в создании терапевтического сообщества (например, психиатрическая больница). Не менее важны и контакты с различными фондами, местными органами правопорядка, попечительскими советами. Важно поддерживать и развивать отношения с обществом и властными структурами.

Роли жителей

Участие клиентов в жизни сообщества – ключевой аспект терапевтической работы. Тип и уровень поручаемых им обязанностей различаются в зависимости от их потребностей и способностей, а также – от требований организации. Автономные учреждения для больных с тяжелыми и пограничными личностными расстройствами, а также для бывших наркозависимых пациентов, могут использовать весь перечень ролей и обязанностей, очерченных ниже. Конечно, возможности отделений для пациентов с хроническими психическими заболеваниями или отделений, созданных на базе тюрем, будут более ограниченными.

Терапевтическая роль. Жители оказывают терапевтическое влияние друг на друга, давая сотоварищам искреннюю обратную связь по поводу их поведения и оказывая им поддержку в трудные моменты, щедро делясь собственным опытом пребывания в подобных ситуациях. Обратная связь, получаемая от других участников сообщества, часто оказывается более убедительной и правдоподобной, чем если бы эту же обратную связь давали члены персонала.

Роль в социализации. Жители играют важную роль и в процессе вхождения новых членов в жизнь сообщества, а также взаимодействия за пределами тех формальных временных рамок, которые отводятся на проведение групп. Все это органически входит в понятие «научения жизнью» и, помимо прочего, мешает возникновению условий для самоизоляции.

Принятие решений. Все жители участвуют в принятии некоторых решений, от которых зависит судьба их сотоварищей и сообщества в целом. Это могут быть вопросы о приеме в сообщество нового предполагаемого участника, о мерах, которые следует предпринять, когда кто-то из сотоварищей ведет себя деструктивно, об адресации ответственности за решение организационных проблем, таких как беспорядок в сообществе или возникновения неблагоприятных условий для пребывания в нем.

Личные обязанности. Жители могут быть также назначены или выбраны на ряд должностей внутри сообщества, что дает каждому из них опыт различных видов ответственности. Сюда включаются: организация и выполнение «домашних обязанностей», таких как питание, уборка, текущий ремонт; затем, как уже отмечалось выше – проведение встреч, ознакомление с существующей в сообществе обстановкой ее будущих членов или посетителей-специалистов, а также – участие в качестве представителей в особых подгруппах.

Показания и противопоказания

Трудно сформулировать универсальные показания для лечения, которые одинаково подходили бы всем терапевтическим сообществам. Надо учитывать, что к настоящему времени разработан ряд модифицированных моделей терапевтических сообществ, рассчитанных на пациентов с различными типами и уровнями психиатрической патологии. Но дело не только в этом. Думаю, не ошибусь, если скажу, что даже одно и то же терапевтическое сообщество может изменять некоторые свои параметры, чтобы ассимилировать трудных пациентов (см. раздел 5). Часто приходится оценивать соответствие конкретного индивида данному терапевтическому сообществу именно в этот период его функционирования. Раздумывая над принятием такого решения, обычно следует опираться на следующие основные показания и противопоказания.

РАЗДЕЛ 3

Показания

Диагнозы: синдромы зависимости в состоянии абстиненции, депрессивные расстройства, тяжелые или трудноизлечимые невротические расстройства, расстройства, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, личностные расстройства (особенно группы В) и расстройства, «воспроизводящие неустойчивость», среди них – диссоциальные, эмоционально лабильные, пограничные, импульсивные, гистрионическое и нарциссические.

Интеллект: средний или выше среднего.

Возраст: до 40 лет.

Социальное поведение: самоповреждение в истории болезни, некоторая начальная способность к социальной вовлеченности.

Отношение к лечению: важно, чтобы будущий член сообщества считал, что личные отношения с окружающими будут для него более ценным источником помощи, чем физиологические методы лечения; был готов сознавать и говорить об эмоциональных проблемах с другими пациентами в формате группы; предпочитал неформальный, доверительный, открытый стиль отношений между пациентами и специалистами.

Противопоказания

Диагнозы: тяжелая депрессия, мания, параноидальные навязчивые идеи или параноидная личность.

Социальное поведение: необходимость постоянного контроля над жестоким поведением по отношению к себе или окружающим со стороны других людей.

Отношение к лечению: фиксированная установка на то, что помочь могут только специалисты.

Процедуры отбора

Процедуры отбора – интегрирующая процедура в практике терапевтического сообщества: она привлекает в качестве активных участников как потенциальных членов, так и жителей, находящихся на лечении. Порядок проведения этой процедуры может различаться. Ниже мы приводим лишь один из возможных вариантов.

1. Направленному на лечение человеку отсылается литература, из которой он может почерпнуть информацию о терапевтическом сообществе.

2. Организуется предварительный визит или серия визитов, чтобы кандидат мог ознакомиться с программой работы сообщества и получить из первых рук некоторый предварительный опыт такой работы, а вместе с тем – получить возможность встретиться с другими жителями.

3. В формальной встрече с потенциальным членом сообщества вместе с персоналом участвуют несколько жителей, проходящих в это время курс лечения. Будущего члена просят рассказать, почему он решил присоединиться к сообществу.

4. Проводится голосование по поводу приема каждого из новых членов, в котором принимают участие все присутствующие на встрече. Вряд ли надо пояснять, что если человек продвинулся уже столь далеко, то случаи отклонения кандидатур бывают крайне редки.

Некоторые сообщества используют в виде завершающей части процесса отбора подготовительные программы, которые дают потенциальным членам возможность передумать или отложить свое вступление до тех пор, пока решение не будет принято окончательно.

Организация лечения

Так как цель терапевтического сообщества – лечение, то особое внимание уделяется двум параллельным процессам: прогрессу каждого участника и эффективному функционированию терапевтического сообщества как целого. Поскольку ответственность за организацию этих двух процессов, в конечном счете, принадлежит персоналу, то сотрудники разделяют эту ответственность с клиентами тогда, когда подразделение функционирует хорошо.

Сеттинг терапевтического сообщества включает три основных параметра.

РАЗДЕЛ 4

Размер подразделения. Опыт показывает, что оптимальное число жителей в терапевтическом сообществе колеблется между 20 и 30. Это то

количество, которое позволяет участникам переживать различные групповые ситуации и в то же время дает возможность каждому близко узнать всех остальных. Меньшая численность обнаруживает недостаток «критической массы», необходимой для максимально полного воздействия метода.

Продолжительность лечения. Оптимальная длительность пребывания в сообществе измеряется 9-18 месяцами. Она может быть разделена на фазы. Иначе говоря, могут практиковаться «интенсивы», или ограниченные по времени программы, а также пролонгированные форматы для людей со стойкими психическими заболеваниями. Терапевтические сообщества для детей и подростков могут планировать сроки пребывания в них до пяти лет.

Отношения с головной организацией и/или с обществом. Бюрократическое недоверие – стандартная реакция, присущая большинству внешних управленцев, когда они встречаются с энергией и сплоченностью терапевтического сообщества. Поэтому обеспечение поддержки со стороны головной организации и общества в целом – это всегда актуальная задача, направленная на поддержание жизни и целостности терапевтического сообщества.

Фазы лечения. В индивидуальном лечении можно выделить три фазы: начало, середину и окончание.

В течение *вводной фазы* новичок включается в групповые мероприятия, ему предлагается неформальная поддержка со стороны старожилков, которые приобщают его к нормам и ожиданиям терапевтического сообщества. Во время этого предварительного этапа новый участник адаптируется к образу жизни сообщества, устанавливает неформальные дружеские отношения с одним или двумя жителями, все еще соблюдая осторожность в более широких группах.

Средняя фаза. По прошествии одного-двух месяцев новый житель начинает более активно участвовать в группах, полностью входит в жизнь сообщества, выполняет определенные ролевые обязанности, помогая и оказывая поддержку другим жителям. На этом этапе участник может столкнуться с ситуациями, аналогичными тем, что заставили его обратиться к помощи сообщества. Эти ситуации могут включать отношения с авторитетом, страх неудачи, чувство отвержения или покинутости, непереносимость соперничества и конкуренции и т.д. Как и раньше, ситуации подобного рода могут вызывать импульсивные реакции насилия по отношению к самому себе или партнеру по общению и приводить к манифестации симптома. В ходе групповых встреч житель вступает в конфронтацию с теми, кто испытывает влияние его поведения на себе, и в атмосфере по-

нимания со стороны группы исследует значение своего поведения и механизмы возникновения своих симптомов, переживая не один инсайт в этом процессе. По мере проживания этой фазы, участник приходит к новому видению или ощущению самого себя и своего ближайшего окружения. Как писал один из пациентов: «Постепенно, почти против моего желания, я осознал тот факт, что меня окружают не сорок предметов мебели, а Джим, Гэри, Джэйн...» (Mahoney, 1979).

Окончание лечения. Существуют разные формы окончания лечения. Некоторые жители завершают его преждевременно, будучи не в состоянии совладать с терапией; некоторые могут быть «исключены» сообществом за серьезные прегрешения или повторяющиеся нарушения правил сообщества. Такие случаи не обязательно указывают на несостоятельность лечения. Разумнее считать, что чем дольше жителям удастся прожить в сообществе, тем выше вероятность, что они извлекли пользу из своего пребывания. Жители, которые завершили лечение, обычно планируют свой уход, согласуя его дату с остальным сообществом.

У некоторых членов сообщества может развиваться чувство привязанности к месту, где они провели столько времени, и к людям, с которыми их объединяет совместный пережитый опыт. Нередки случаи, когда привязанность приобретает форму зависимости от сообщества, но все это лишь означает, что окончание лечения требует особого внимания. Во многих сообществах создаются группы «прощающихся»; иногда выделяется специальная фаза «возвращения», во время которой группа проживает проблему сепарации и возвращения к жизни во внешнем мире. Все больше терапевтических сообществ разрабатывают программы «заботы о выздоравливающих». Такая забота может принимать разные формы, включая еженедельные групповые сессии и индивидуальную помощь в практических нуждах.

Относительно терапевтических сообществ, созданных на базе тюрем для наркозависимых, достоверно установлено, что профессиональное обучение заключенных и обеспечение их средой обитания, свободной от наркотиков, увеличивают процент успеха (Wexler, 1997).

Поддержание эффективного функционирования терапевтического сообщества как целостности. Если мы хотим, чтобы терапевтическое сообщество работало как терапевтический метод, все его составные части, описанные в данной главе, должны исправно функционировать. Эта задача предполагает усвоение особой культуры. В этом процессе новые участники принимают ценности сообщества, придавая особое значение открытости, ответственности и активному участию, и, в свою очередь, передают их дальше – новым его членам. Качество *терапевтичес-*

кой среды всегда будет индикатором того, насколько хорошо действует процесс социализации. Рапорт (Rapport) показал, что этот процесс чувствителен к ритмам и паттернам тех колебаний, которыми характеризуются выделенные стадии (Kennard, 1998).

РАЗДЕЛ 5

1. Жители ведут себя в соответствии с ожиданиями оптимально функционирующего сообщества, атмосфера в котором достаточно либеральна, и все решения принимаются персоналом и клиентами совместно.

2. Уход выздоровевших пациентов и приход новых может приводить к некоторому усилению напряжения в сообществе и росту случаев «отыгрывания» внутренних конфликтов вовне. Виновниками такого развития событий иногда выступают старейшие жители, которые чувствуют себя обделенными, когда новичкам уделяется много внимания.

3. В случае, если атмосфера тревоги и напряжения накаляется настолько, что это начинает угрожать нормальному функционированию подразделения, персонал получает право взять на себя принятие важных решений, используя ту власть, которую они ранее не показывали. Пациенты, оцениваемые как неизлечимые, на этой стадии могут быть выписаны.

4. Все усердно трудятся над восстановлением конструктивной атмосферы, в которой снова станут возможными терпимость и совместное принятие решений.

5. Пункт 4 приводит к п. 1, завершая цикл преобразований.

Эффективность

Вопрос об эффективности терапевтических сообществ исследовался на базе нескольких популяций, главным образом – преступников с наркозависимостью и пациентов с личностными расстройствами. Полученные результаты мы будем обсуждать отдельно по отношению к каждой из названных групп. Эффективность терапевтических сообществ, специализирующихся на лечении острой шизофрении, явилась предметом двух контролируемых исследований, проведенных на основе случайного выбора (RCT)¹⁰. Несмотря на то, что количество терапевтических сообществ, созданных для детей и подростков, явно уступало численности таковых для пациентов с длительными психическими расстройствами, именно первые стали предметом качественной оценки и подробного описания. Хотя в целом контролируемых исследований в данной области было проведено не так уж много, и их ограничения хорошо известны (Aveline, 1997), последний систематический обзор подтверждает выводы о том, что тера-

¹⁰ Randomized controlled trials (RCT).

певтические сообщества – одни из немногих действительно эффективных способов лечения людей с личностными расстройствами.

Наркозависимость

Терапевтические сообщества для больных наркоманией используют, главным образом, американскую концептуальную модель, которая представляет собой лишь один из многих методов лечения в этой области, куда входят, скажем, христианские сообщества, программы поддержки метадоном и пр. Большое количество сообществ для больных наркоманией было создано в американских тюрьмах, начиная с середины 80-х гг.¹¹, с характерным для этих лет развитием программ, которые обеспечивали выздоравливающих занятостью и жильем, свободным от наркотиков. Несколько национальных исследований высоко оценили результаты этих программ. Клинические исследования подтверждают, что в контрольных группах отмечается более высокий показатель рецидивов заболевания по сравнению с экспериментальными. Вместе с тем, по мере участия выздоравливающих пациентов в тюремном терапевтическом сообществе, количество рецидивов в дальнейшем снижается (*Wexler, 1997*). Основной вывод: чем более длителен период времени, в течение которого жители сообществ остаются в терапевтических программах, тем ниже процент употребления наркотиков и рецидивов криминального поведения и выше процент занятости. Однако, прямых сопоставлений эффективности лечения, проводимого по модели терапевтического сообщества и лечения в рамках иных моделей терапии зависимостей, к сожалению, нет. И, похоже, что терапевтические сообщества действительно эффективны лишь для тех, кто имеет высокую мотивацию пройти подобный курс, а это – относительно малая часть всех наркозависимых пациентов.

Лица, совершившие насильственные преступления

Главная цель терапевтических сообществ, учрежденных в тюрьмах – формирование контроля над деструктивным поведением у заключенных, склонных к насилию, а также лечение психопатий и антисоциального личностного расстройства. Результаты, полученные в Специальном Подразделении Барлинни¹² (Шотландия), продемонстрировали впечатляющее снижение числа эпизодов насилия в тюрьме (*Cooke, 1997*). Данные в Грендоне¹³ – единственной английской тюрьме, полностью проводящей линию терапевтических сообществ – показывают значимое снижение по-

¹¹ XX века.

¹² Barlinnie Special Unit.

¹³ Grendon.

вторных правонарушений среди преступников, которые оставались в обществе более 18 месяцев (Cullen, 1997). В Британском правительственном Обзоре Служб для Правонарушителей с психическими расстройствами содержится вывод, что «исследования подхода терапевтических сообществ к лечению показали в высшей степени обнадеживающие результаты всех форм терапии» (A review,.. 1994).

Личностные расстройства

До недавнего времени систематических данных, которые позволяли бы судить об эффективности терапевтических сообществ в лечении личностных расстройств, было недостаточно. Существовало, например, расхождение во мнениях относительно того, чем в первую очередь страдали пациенты, которым помогал этот метод: психопатией или личностным расстройством. И хотя эффективность терапевтического сообщества в этой области все еще подвергается сомнению, в последнее время картина изменилась в лучшую сторону. Этому способствовала публикация первого методического обзора лечения методом создания терапевтического сообщества людей с личностными расстройствами (Lees, Manning, Rawling, 1999). В первую группу (из целого ряда исследований, проведенных на эту тему) попали 8160 статей из 38 стран; они были сведены к 29 исследованиям, удовлетворяющим критериям RCT (сравнительных или контролируемых исследований, использующих консервативные критерии выхода). Мета-анализ обнаружил что в 19 работах показан позитивный эффект при уровне достоверности 95%, тогда как оставшиеся 10 показали нейтральные результаты. Авторы делают вывод, что это убедительное свидетельство в пользу эффективности терапевтических сообществ. Другие исследования продемонстрировали, что пациенты с тяжелыми личностными расстройствами, обычно пограничного или асоциального типа, после лечения в терапевтическом сообществе достигают существенного снижения уровня повторных судимостей и госпитализаций (Warren, Dolan, 1996).

Острая шизофрения

В Англии, США и Швейцарии было создано несколько терапевтических сообществ, призванных проверить, насколько эффективно лечение молодых пациентов, впервые или повторно госпитализированных с острой шизофренией или шизофреноформным психозом, в условиях узкого окружения семейного типа при минимальном использовании нейролептиков. Два исследования, в которых наряду с экспериментальными группами были исследованы и контрольные группы пациентов, проходивших лечение в обычных условиях, продемонстрировали более высокие результаты в группах терапевтических сообществ по целому ряду показателей.

Опора на использование медицинских препаратов здесь была значимо ниже, хотя сокращения экономических затрат не наблюдалось (*Warren, Dolan, 1996; Mosher, 1991*). Исследование острых психических заболеваний, проводившееся в течение двадцати лет в одной из клиник Финляндии, также показало, что пациенты с острыми психотическими и пограничными расстройствами получают большую пользу от пребывания в терапевтических сообществах, благодаря установленным там формам лечения и отношения к клиентам. Имеются в виду коллективные обсуждения, высокий уровень поддержки, порядка и организации (*Ciampi, Dauwalder, Maier et al., 1992*).

Стойкое психическое расстройство

Подход создания терапевтических сообществ (*Barton, 1959*) широко использовался в больших психиатрических клиниках с целью предупреждения нередко возникающего у пациентов-хроников эффекта привыкания к больнице, а также мобилизации их остаточных способностей к социальным отношениям, целенаправленной полезной деятельности и личной ответственности. Этот метод свидетельствовал как о повышении целеустремленности и морали персонала и общего качества жизни в учреждениях, так и о клиническом улучшении здоровья пациентов. Успех метода был продемонстрирован старыми психиатрическими лечебницами, которые постепенно были превращены в высококачественные терапевтические центры (*Isohanni, 1993*). С пересмотром в обществе системы оказания помощи хроническим душевнобольным, принципы терапевтического сообщества были признаны эффективным способом организации работы укомплектованных персоналом общежитий и домов. Модель, заложенная в основу одного из таких «отделений на дому», близка к оригинальной практике Йоркского «Ретрита» – предшественника терапевтических сообществ (см.: *Clark, 1996*).

Дети и подростки

Терапевтические сообщества для детей и подростков были впервые разработаны в сфере просвещения почти сто лет назад, ныне они более всего востребованы в случаях: а) неспособности к обучению, б) преступности, в) эмоциональных расстройств. Была проведена небольшая систематическая оценка их эффективности. При сравнительном обследовании 186 пациентов в девяти терапевтических сообществах для детей, страдающих эмоциональными нарушениями, получены данные о возросшей стабильности и обнадеживающих результатах тех, кто участвовал в программе (*Leff and Trieman, 1997*). Двадцатилетний опыт наблюдения и терапевтического сопровождения 28 детей, пациентов одного терапевтического сообщества, перед поступлением туда страдающих глубокими

эмоциональными расстройствами, предоставил убедительные свидетельства долгосрочного улучшения их состояния и развития (The Charterhouse Group..., 1993).

Тренинг

Потребность в специализированном тренинге для тех, кто входит в состав персонала терапевтического сообщества, стала предметом целой серии дебатов (Rose, 1997). Существует исходный аргумент, делающий акцент на равноправии и демократизации, которые являются краеугольным камнем организации всей жизни сообщества и его терапевтической работы. Он утверждает, что лучше всего эту форму лечения проводят люди, не проходившие специальных тренингов, а умеющие просто «быть собой». Большую часть персонала составляют социальные терапевты, не обладающие высокой квалификацией. Однако другой аргумент, с каждым годом получающий все большее распространение, утверждает, что работа в терапевтическом сообществе, наряду с хорошо развитой способностью к открытому, честному обсуждению событий и рефлексии, требует также высокого уровня мастерства и знаний в целом ряде областей.

Тренинговые курсы существуют в Англии, Финляндии, Норвегии, Голландии и Греции, правда, они функционируют без утвержденного набора стандартов или учебных планов (curriculum). Один из наиболее популярных курсов в Англии и Голландии – краткий «интенсив», имитирующий реальную жизнь в терапевтическом сообществе. 20-30 специалистов в области здоровья живут вместе несколько дней в роли «клиентов», и с ними работает группа «персонала». Это предоставляет ценную возможность получить из первых рук необходимый практический опыт работы и испытать на себе воздействие этой формы лечения.

Более формальное современное обучение в этой области должно включать следующие компоненты:

- практический опыт работы в терапевтическом сообществе,
- супервизорскую практику,
- теоретическую подготовку в области индивидуального, группового и организационного функционирования в условиях терапевтического сообщества и обучение моделям терапевтических изменений,
- опыт личной терапии,
- опыт в роли жителя в терапевтическом сообществе.

К.Нортон и Д.Файнман (Norton & Fainman, 1994; Roberts, 1998) приводят убедительные доводы в пользу того, чтобы практика работы в терапевтическом сообществе стала частью профессиональной подготовки

в области психиатрии и психотерапии. Основное преимущество, которое предоставляет будущим специалистам такая подготовка, состоит в приобретении опыта «институциональной динамики». Последняя включает, во-первых, обучение «из первых рук» терапии личностных расстройств, во-вторых, приобретение уникального опыта групповой психотерапии и работы в качестве члена мультидисциплинарной команды и, наконец, в-третьих, – исследование и выработку собственных способов реагирования на свое более широкое социальное окружение и опыт наблюдения за этими процессами у других.

Перевод с англ. А.Маркевич

От переводчика:

Приятная обязанность для нас сегодня – сказать слова благодарности издательству *Oxford University Press*, без согласия которого на публикацию, она была бы невозможна. Мы выражаем также признательность редакторскому коллективу Пособия по психиатрии (*Michael Gelder, Juan J. Lopez-Ibor, Nancy Andreasen*) и автору – доктору Дэвиду Кеннарду за бескорыстную поддержку нашего начинания. Хочется особенно отметить личный вклад и заботу *Penny Eckley*, менеджера по правам *OUP*. Спасибо коллегам А.Одолламскому, А.Григорову, А.Цапенко, В.Балабановой, реализующим идею терапевтических сообществ в Москве, за помощь в переводе и правильном понимании ряда положений этой новой для всех нас области психотерапии. Огромное спасибо М.М.Цапенко и А.Тильё за неоценимую помощь в разъяснении тонкостей современного английского языка.

ЛИТЕРАТУРА

- Aveline M.* (1997) The limitations of randomized controlled trials as guides to clinical effectiveness with reference to the psychotherapeutic management of neuroses and personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 10, 113-115.
- Barton R.* Institutional Neurosis. Bristol: Wright, 1959.
- Bridgeland M.* Pioneer Work with Maladjusted Children. London: Staples Press, 1971.
- Campling P. and Haigh R.*, eds. Therapeutic Communities: Past, Present and Future. London: Jessica Kingsley, 1999.
- Ciampi L., Dauwalder H.P., Maier C. et al.* (1992). The pilot project «Soteria Berne»: clinical experiences and results. *British Journal of Psychiatry*, 161 (suppl. 18), 145-53.
- Clark D.H.* The Story of a Mental Hospital: Fulbourn 1853-1983. London: Process Books, 1996.

- Clark D.H.* (1965). The therapeutic community - concept, practice and future. *British Journal of Psychiatry* 131, 553-64
- Cooke D.J.* (1997) The Barlinnie Special Unit: The rise and fall of a therapeutic experiment. In *Therapeutic Communities for Offenders* (ed. E. Cullen, L. Jones and R. Woodward), p.101-20. Wiley, Chichester.
- Cullen E.* (1997). Can a prison be a therapeutic community: the Grendon template. In *Therapeutic Communities for Offenders* (ed. E.Cullen, L.Jones and R.Woodward), p.75-99. Wiley, Chichester.
- Department of Health and Home Office Working Group on Psychopathic Disorder. A review of services for mentally disordered offenders and others with similar needs. London: HMSO (1994).
- Goffman I.* Asylums. New York: Doubleday, 1961. Harmondsworth: Penguin, 1968.
- Isohanni I.* (1993) The therapeutic community movement in Finland: past, current and future views. *Therapeutic Communities*, 14, 81-90.
- Jones M.* *Social Psychiatry in Practice*, p.85-6. Harmondsworth: Penguin, 1968.
- Jones M.* *Social Psychiatry in Practice*, p.105-112 Harmondsworth: Penguin, 1968.
- Kennard D.* *An Introduction to Therapeutic Communities*. 2nd edn. London: Jessica Kingsley, 1998.
- Lees J., Manning N. and Rawling B.* (1999) A systematic international review of therapeutic community treatment for people with personality disorders and mentally disordered offenders.
- Leff J and Trieman N.* (1997). Providing a comprehensive community psychiatric service, In *Care in the Community: Illusion or Reality* (ed. J.Leff), p.189-201. Wiley, Chichester.
- Mahoney N.* (1979) My stay at the Henderson Therapeutic Community. In *Therapeutic Communities: Reflections and Progress* (ed. R.D.Hinshelwood and N.Manning), p.76-87. Routledge and Kegan paul, London.
- Main T.* (1946). The hospital as a therapeutic institution. *Bulletin of the Menninger Clinic* 10, 66-70.
- Main T.* (1957). The Ailment. *British Journal of Medical Psychology* 30, 129-45.
- Main T.* (1975) Some psychodynamics of large groups. In *The Large Group* (ed. L Kreeger), Constable, London.
- Main T.* (1983). The concept of the therapeutic community: variations and vicissitudes. In *The Evolution of Group Analysis* (ed. M. Pines), p.197-217. Routledge and Kegan Paul, London.
- Menzies I.* (1960). A case-study in the functioning of social systems as a defence against anxiety. *Human Relations*, 13, 95-121.
- Mosher L.R.* (1991). Soteria: a therapeutic community for psychotic persons. *International Journal of Therapeutic Communities*, 12, 53-67.
- Norton K. and Fainman D.* (1994). Applications of the TC concept: dynamic psychotherapy training. *Therapeutic Communities* 15, 99-105.
- Rapoport R.N.* *Community as Doctor*. London: Tavistock. 1960.

- Roberts J.* (1998). Questions of training. In *An Introduction to Therapeutic Communities* (2nd edn) by D.Kennard, p.143-66. Jessica Kingsley, London.
- Rose M.* *Transforming Hate to Love: an outcome study of the Peper Harow treatment process for adolescents.* London: Routledge, 1997.
- Stanton A. and Schwartz H.* *The Mental Hospital.* New York: Basic Books, 1954.
- The Charterhouse Group.* *Poor starts, lost opportunities, hopeful outcomes.* London: The Charterhouse Group, 1993.
- Tuke S.* *Description of The Retreat.* First published 1813. Reprinted London: Process Press 1996.
- Warren F. and Dolan B.* (1996). Treating the «untreatable»: therapeutic communities for personality disorders. *Therapeutic Communities*, 17, 205-16.
- Wexler H.* (1997). Therapeutic communities in American prisons. In *Therapeutic Communities for Offenders* (ed. E.Cullen, L.Jones and R.Woodward), p.161-79. Wiley, Chichester.