

Tamara KRYVONIS (Тамара Григорьевна КРИВОНОС)*

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОГЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

РЕЗЮМЕ

Представлено обоснование необходимости раннего психотерапевтического личностно ориентированного воздействия в сочетании с психофармакотерапией для пациентов страдающих эндогенным расстройством. Дано описание механизмов психических защит используемых личностью, функционирующей на психотическом уровне, для совладания с травматическим опытом, характеристика паттернов поведения членов расширенной семьи с точки зрения эмоциональной созависимости. Рассмотрена индивидуальная патопсихология как симптом патологического функционирования семьи. Подчеркнута важность включения в психотерапевтическое взаимодействие членов семьи для коррекции межличностных интеракций.

Ключевые слова: когнитивные, эмоциональные дисфункции, созависимость, психологические защиты, психосоциальная реабилитация.

PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH ENDOGENOUS DISEASE

SUMMARY

The rationale for early psychotherapeutic intervention in combination with psychopharmatherapy in patients with endogenous disorders is provided. The mechanisms of psychological defenses to deal with traumatic experience, used by personalities functioning on a psychotic level, are also described here. Characteristic behavior patterns of extended family members in terms of emotional codependence are

* Тамара Григорьевна КРИВОНОС - Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова.

provided. Individual pathopsychology is considered as a symptom of abnormal functioning of the family. Emphasis is placed on the importance of inclusion of family members in psychotherapeutic interaction in order to correct interpersonal relations.

Keywords: cognitive, emotional dysfunction, codependency, psychological defenses, psychosocial rehabilitation.

Шизофрения на сегодня продолжает оставаться одним из наиболее распространенных и тяжелых психических заболеваний. Несмотря на эффективное применение психофармакотерапии в купировании острой психотической симптоматики и смягчении негативной, остается нерешенным достижение стойкой ремиссии с возобновлением социального функционирования и качества жизни. Особенно значимой остается проблема в связи с высокой частотой инвалидизации таких пациентов. Инвалидизация, в свою очередь, включает такие неблагоприятные аспекты, как социально-экономическое бремя для общества и личностная деградация больного, которая значительно ухудшает качество жизни не только самого пациента, но и его близкого окружения. В связи с этим, психо-социальная реабилитация больных шизофренией является одной из наиболее актуальных проблем современной психиатрии. Из спектра методов психо-социальной реабилитации наиболее распространенными являются индивидуальная и групповая психотерапия, социотерапия, трудотерапия в условиях ЛТМ, стимуляция социальной активности, развитие навыков повседневной жизни, культтерапия и др.

Клиника психического заболевания «шизофрения» включает в себя многочисленную симптоматику, подробно описанную в литературе, посвященной данной проблематике. Диагноз заболевания включает наличие признаков и симптомов (продуктивные и негативные), которые непосредственно сочетаются с нарушением социального и профессионального функционирования.

Шизофрения проявляется психотическим расстройством. Термин "психотический" подразумевает значительное нарушение в оценке реальности или психодинамически определяется как потеря связи Ego с реальностью, а также степень функционального нарушения.

Психофармакотерапия любого рода является лишь частью общего подхода к лечению шизофрении. Лекарственные средства воздействуют лишь на физиологические симптомы, оставляя в стороне психологическое содержание проблемы.

Важно отметить, что существуют так называемые функциональные негативные симптомы, которые нередко вызваны отрицательным влиянием окружающей обстановки, например – гипостимуляцией в больничной обстановке, специфическими условиями и системой отношений в психиатрических стационарах.

Стимулировать и поддерживать функциональные негативные признаки может неблагоприятная психологическая обстановка в семье, связанная с чрезмерным контролем, недоверием, ориентированностью родственников на неблагоприятное развитие заболевания. В исследовании влияния семьи на пациента не следует

ограничиваться изучением только родителей. Необходимо учитывать роль и других членов семьи (в так называемой расширенной семье).

Информация о пациенте, исходящая от членов семьи, является важной. Члены семьи, как правило, сообщают о пациенте информацию, отличающуюся от информации, предоставляемой пациентом, которая является неполной и недостаточно достоверной, проходя сквозь призму его нарушенного психического состояния.

Индивидуальную психопатологию следует рассматривать в семейном контексте. Так как любая патопсихология возникающая у отдельного члена семьи одновременно представляет симптом, отражающий психическое неблагополучие всей семьи, которое могло существовать до возникновения этого нарушения, или служить проявлением тотальной психопатологии всей семьи. При диагностике определяется ригидность отношений, хронический стресс и внутрисемейные конфликты, двойные стандарты и затруднение в выражении эмоций.

Рассматривая семейную структуру психически больных пациентов обращает на себя внимание наличие симптомов эмоциональной созависимости «здоровых» членов семьи. Чаще всего это выражается в поведенческих симптомах – использование стратегии контроля и защиты, которая тесно связана с контролем.

Стратегия контроля выглядит следующим образом. "Здоровые" члены семьи берут на себя функции контроля (иногда достаточно жесткого) над поведением психически больного. Роль контролера придает особый смысл жизни созависимому. Патологический паттерн поведения заключается в том, что в случае несовпадения поведения больного со схемой, существующей в сознании контролера, деятельность связанная с обычными мотивациями, начинает осуждаться и критиковаться.

Контроль характеризуется подозрительностью, сопровождающейся вопросами типа: "Где ты был? С кем общался? Что ты делал?". Такое поведение имеет отрицательные последствия для всех членов семьи, провоцируя возникновение отрицательных чувств как у пациента по отношению к контролеру, так и наоборот. Возникает замкнутый круг, который усиливает негативизм.

Контроль приводит к усугублению аутизма и поведенческой пассивности больного. Возможна также провокация агрессивности больных, как следствие патологического сужения жизненного пространства, актуализация параноидных реакций.

Близкое окружение пациентов предвзято оценивает любую реакцию неповиновения, как вариант отрицательного отношения, фиксируя на этом свое время и внимание.

Важно помнить о том, что амбивалентные межличностные отношения, которые воспринимаются патологическими априори, могут быть в пределах нормы. "Выискивание" патологии в амбивалентности способно значительно ухудшить межличностные отношения.

Вторым вариантом стратегии, использующимся при эмоциональной созависимости, является защита, тесно связанная с контролем. Пациента защищают от возможных последствий его активного поведения, чтобы он не

общался с окружающими, так как это может подорвать авторитет и престиж семьи. В отдельных ситуациях врачи и члены семьи действуют сообща – например, принятие решения о том, что пациенту лучше в течение определенного времени не работать и не учиться, чем способствуют усилению пассивно-подчиняемого стиля поведения. В результате, чего мотивационно-волевые проблемы пациента, как одна из характеристик эндогенного заболевания, только усиливаются.

С точки зрения межличностных отношений, любое психическое заболевание должно рассматриваться, как результат всего комплекса травматических переживаний, имеющих место в жизни пациента.

При эндогенных психических нарушениях у пациента существуют скрытые негативные переживания (темы), которые они не намерены обсуждать со случайными людьми или лицами, которым он (возможно, по болезненным соображениям) не доверяет. У пациента может быть достаточно оснований для недоверия, так как в специалисте он может видеть не только человека, готового прийти к нему на помощь, но и способного навредить ему.

Нарушения переработки информации усугубляются расстройствами, происходящими при ее поступлении. Больные шизофренией демонстрируют выраженные трудности в распознавании значения эмоциональных состояний и реакций окружающих, что усугубляет социальную дезадаптацию. Ошибочная переработка информации сопровождается выбором неадекватных вариантов реагирования и укреплению патологических (ригидных) паттернов поведения.

Психотический пациент функционирует на довербальном или лучше сказать на дообъектном уровне. В его болезнь вовлекаются первичные чувства (pre-feelings) или ранние эго-состояния, испытываемые в первые месяцы жизни, перед тем, как ребенок станет дифференцировать Я от не-Я.

Уже в 1960-х годах прошлого столетия д-р Silvano Arieti (1962) писал: "Если может быть установлена межличностная ситуация, то к пациенту, функционирующему на психотическом уровне, можно применить психотерапевтические методы, посредством которых он начинает осознавать вначале свои психотические интрапсихические механизмы, а позже, динамические конфликты, межперсональные по происхождению, которые запускают эти интрапсихические механизмы. Эти процессы позволяют пациенту отказаться от его симптоматики и ориентировать себя к большей зрелости и непсихотической жизни". В соответствии с современными взглядами, психо-социальная реабилитация больных эндогенной патологией должна осуществляться в два этапа: на госпитальном и постгоспитальном (амбулаторном). Очевидно, что на каждом этапе подходы к психо-социальной реабилитации должны иметь свои особенности и базироваться на принципах преемственности.

Для решения задач повышения эффективности психо-социальной реабилитации указанного контингента больных нами было проведено ряд исследований по использованию индивидуальной и групповой психотерапии как базовых методов психологической реабилитации пациентов, больных шизофренией. Задача исследований – определить реалистичные для достижения

психотерапевтические цели на каждом этапе и подобрать оптимальные формы и методы психотерапии.

В результате проведенных исследований в ВПНБ им.Ющенко в структуре программы «Первичный психотический эпизод» было установлено, что психотерапевтическую помощь пациентам на госпитальном этапе, целесообразно применять с первых дней поступления в отделение, не смотря на наличие острой психотической симптоматики.

Необходимым условием является возможность вербального контакта с больным. Как показал практический опыт, наиболее адекватными в этот период являются методы индивидуальной психотерапии, ориентированные, в первую очередь, на снижение эмоционального напряжения пациента за счет освобождения агрессии без повреждения восприятия реальности. Улучшение состояния и появление реституционных симптомов свидетельствуют о том, что количество агрессии уменьшилось настолько, что она может быть нейтрализована до степени, необходимой, чтобы возобновить контакт с объектами, таким образом что возвращается интерес к внешнему миру.

Эмоциональное напряжение обусловлено не только психотическими переживаниями пациента, но и поведением окружающих по отношению к нему, которое воспринимается как безосновательное насилие; стрессогенность условий пребывания в наблюдательной палате закрытого отделения, в частности, в связи с восприятием психопатологических проявлений других больных; фрустрацией индивидуальных поведенческих стереотипов пациента, ограничением его общения с близкими и т.д.

Внушение мысли, что пациент должен быть менее агрессивным, является хорошим способом сделать его более больным. Накопившаяся агрессия должна быть адекватно выражена. Сам процесс выражения в определенной степени нейтрализует агрессию, задачей психотерапевта является убрать препятствия к высвобождению накопленной агрессии (Х.Спотниц). Когда это будет сделано, психотические симптомы уменьшаться и пациент сможет научиться более здоровому способу обхождения с агрессией.

В процессе работы осознание переноса, который проявляется при общении с терапевтом, помогает больному наблюдать его и в общении с другими людьми, что повышает реалистичность оценки окружающей действительности и эффективность социального поведения. Перенос, субъективно для больного, не означает искажение восприятия, а правдоподобная для него точка зрения, основанная на многократно повторявшемся жизненном опыте. Речь идет не о конкретном воспроизведении, а об оживлении интегрированных в структуру личности конфликтных установок и стереотипов поведения. С последствиями травматического опыта, пациент был вынужден справляться в одиночку, иногда на протяжении достаточно длительного времени, ему удалось выжить только благодаря наличию психологических защитных механизмов – отрицание, расщепление, деперсонализация.

Важно отметить, что в процессе проведения психотерапии больным в остром состоянии, методы, направленные на погружение больного в его переживания, активация бессознательных процессов для их более четкой идентификации и

интерпретация как психотерапевтический инструмент, оказывались малоэффективными, а в некоторых случаях даже провоцировали кратковременное усиление симптоматики у больных, так же, как и методы жесткой конфронтации неадекватности психопатологических переживаний пациента. Преждевременные интерпретации и отреагирование психотерапевта, чаще всего оцениваются пациентом как отвержение и то, что терапевт боится или не в состоянии выдержать данную ситуацию – как и близкое окружение из его прошлого опыта. В интерпретации более нуждаются эмоциональные реакции, которые являются калькой реакций из прошлого наложенной на актуальное поведение.

Осознание дезадаптивных психологических защитных механизмов встречает неизбежное сопротивление больного, которое не исчерпывается агрессией, а проявляется в виде пассивности, разнообразных формах ухода.

Пациент чаще положительно оценивает врачебное вмешательство, направленное на устранение чуждых его личности симптомов и непосредственных проявлений болезни, и, как правило, негативно относится к попыткам устранения симптомов, которые являются проявлением психологических защит и ощущаются частью личности (являются Эго-синтонными).

Понимание психодинамических процессов состояния, переживаемого пациентом и анализ довольно тяжелых контрпереносных реакций психотерапевтом должно быть неотъемлемой частью процесса терапии. Так как именно осознание глубинной сущности происходящего позволяет терапевту сохранять психотерапевтическую позицию и конструктивно сопровождать больного на пути лечения. Главное, чтобы контрпереносные чувства и переживания не вовлекали в разыгрывание и удовлетворение инфантильных потребностей больного в зависимости и агрессии.

К неспецифическим средствам преодоления сопротивления относятся -работа над повышением мотивации больного к лечению и его эмоциональная поддержка. Сопротивление уменьшается пропорционально повышению доверия во взаимодействии с терапевтом.

Следующей важной целью психотерапевтической интервенции есть коррекция поведения больного в отделении, повышения уровня конформности пациента относительно условий пребывания в психиатрической больнице, комплаенса по отношению к лечению психотропными препаратами, несмотря на их побочные действия. Таким образом, наиболее оправданным и действенным оказывается контейнирование материала пациента психотерапевтом, выражение эмпатии по поводу переживаний пациента и поддержка всех конструктивных проявлений больного («отзеркаливание» проявлений Эго-функции).

По мере редукции психотической симптоматики целесообразно расширять арсенал психотерапевтических интервенций и методов, результатом которых будет включение пациента в групповую психотерапию как безопасную модель социума.

Психотерапевтическая группа создает благоприятную, защищенную обстановку, в которой больной может учиться говорить о том, что его беспокоит,

вместо того, чтобы держать это в себе, выражать свои чувства, узнавать от других, как он выглядит, какое впечатление производит на окружающих, узнавать, какую меру ответственности он должен нести за свою собственную жизнь вне зависимости от получаемой от окружающих поддержки. Динамика поведения больного в группе является наглядным индикатором повышения адаптивности социального поведения.

В ходе группового взаимодействия больные неизбежно начинают воспроизводить ригидные паттерны поведения. Именно в группе является возможным оптимальная коррекция дезадаптивных психологических установок с последующей проработкой адаптивного поведения.

В работе с больным шизофренией, не продуктивно использовать модели, целью которых является проработка исключительно глобальных, общегрупповых феноменов. Основной целью является максимально возможная индивидуализация задач относительно каждого члена группы. Индивидуальная беседа с каждым членом группы по материалу прошедшего занятия желательна после каждого сеанса групповой психотерапии. Подобное сочетание индивидуального и группового подходов является оптимальным, т. к. позволяет сочетать глубокое проникновение в интимные проблемы (в индивидуальных беседах с врачом) с возможностями диагностики коммуникативных нарушений и коррекции межличностных конфликтов, предоставляемыми взаимодействием в группе.

Психосоциальную реабилитацию пациентов с эндогенными расстройствами необходимо осуществлять в 2 этапа: стационарном и амбулаторном. Условием проведения успешной психологической реабилитации является сочетанное применение индивидуальной и групповой терапии на всех этапах с учетом остроты психопатологической симптоматики: в направлении от поддерживающей (холдинг, контейнирование) к сбалансированному применению генетической реконструкции и анализу межличностных отношений в индивидуальной терапии и решением индивидуальных задач в контексте обще групповых феноменов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Под ред. проф. А.Г. Гофмана Клинические разборы в психиатрической практике// Москва, «МЕДпресс-информ», 2006.-С 53-363
2. Резник С. Диссоциация и «нереалистичность» ассоциаций мышления при психозах// Мост между Восточной и западной психиатрией. Vol.1, N.2, Изд. Агенция Леополис, 2003.-С 63-72
3. Вартамян М. Е. Современные проблемы психического здоровья: состояние и перспективы.-Журн. невропатол. и психиат.-1989-№ 10 _ С 3-12
4. Шумаков В. М. Некоторые вопросы психодиагностики и психологической коррекции в системе реабилитационных мероприятия на разных этапах психиатрической помощи (состояние и перспективы) // Новое, в теории и практике реабилитации психически больных.-Л., 1985. - С. 59-64
5. Кабанов М. М. Очередные задачи на пути развития концепции реабилитации психически больных // Новое в теории и практике реабилитации психически больных.-Л., 1985.-С 5-15