

И.В.Гурин
Психоаналитический подход к лечению больных шизофренией
(клинико-динамический аспект)

Аннотация:

В статье освещены актуальные методы и особенности лечения больных шизофренией с использованием клинико-динамически обоснованной психоаналитической терапии, основанной на «модели болезни».

Ключевые слова: шизофрения, лечение шизофрении, психоаналитическая терапия шизофрении, модель болезни, клинико-динамический аспект лечения шизофрении

По прогнозам Всемирной организации здравоохранения, в ряду лидирующих в мире болезней шизофрения в ближайшие годы займёт пятое место. В пользу данного факта наглядно свидетельствуют многочисленные аналитические данные, подтверждающие, что только за последние 15 лет число больных шизофренией в мире увеличилось на 30% и сегодня составляет более 0,9% населения земного шара [1, с.4]. При этом число больных шизофренией в России превышает в данный момент 500 тысяч человек [2, с.25].

Однако нужно отметить, что изучение распространенности шизофрении представляет значительные трудности, поскольку на выявление больных влияет множество факторов – репрезентативность выборки, различия диагностических подходов, доступность и качество работы психиатрических служб, а также особенности учета пациентов. Изменения в последние годы во многих странах мира, в том числе и в нашей стране, принципов учета больных еще более осложняет ситуацию в эпидемиологических исследованиях шизофрении, давая достаточно большие основания для предположения о том, что часть пациентов по-прежнему остаются вне поля зрения специалистов [3, с.6].

Данная ситуация усугубляется и тем фактом, что современное состояние терапии шизофрении, как свидетельствует анализ актуальных исследований по данной проблеме, характеризуется рядом конфликтных научных дискуссий между специалистами, стоящими на разных теоретических позициях относительно проблемы нормы и патологии, а также методов исследования и лечения психических расстройств [4, с.35].

Большинство отечественных и зарубежных клиницистов в настоящий момент выделяют в клинической картине шизофрении тесно связанные между собой и отличающиеся по степени выраженности негативные и позитивные расстройства, сочетание которых создает достаточно полиморфную картину болезни, имеющую, однако, четкие закономерности динамики, определяющие формы или варианты ее течения. Поэтому их деление не является абсолютным и иногда представляет известные сложности диагностики (это касается, в частности, аутизма, расстройств мышления и поведения) и терапии [3, с.33].

На основе изучения клинико-динамических особенностей шизофрении выделяются три основные формы заболевания — непрерывная, приступообразно-прогредиентная и рекуррентная, каждая из которых имеет вариации, отличающиеся характером динамики и степенью прогредиентности. При этом приступообразно-прогредиентная шизофрения является как бы промежуточной между непрерывнотекущей и рекуррентной и сочетает в себе признаки той и другой. Данный факт объясняет расхождения, существующие в разных шкалах позитивных и негативных расстройств в отношении комплекса соответствующих симптомов, принципов и подходов к лечению шизофрении [5, с.101], в ряду которых в настоящей статье нам представляется целесообразным уделить особое внимание психотерапии, а именно ее психоаналитическому направлению.

Принципиальная эффективность психотерапии в целом, в том числе психоаналитического подхода, при лечении шизофрении на сегодняшний день подтверждена достаточным количеством специальных исследований. Некоторые исследователи эпохи становления психоанализа описывают попытки подобного терапевтического воздействия и наблюдавшиеся при этом улучшения состояния больных шизофренией еще с начала XX века¹.

Важным аспектом при этом выступает корреляция динамики терапии и течения заболевания. Так, например, в факторно-аналитическом катamnестическом исследовании П.Матушека и А.Трибеля [6] на материале 44 случаев лечения шизофре-

¹ см.напр., Bjerre J. Die Radikalbehandlung d. chr. Paranoja. Jahrb. f. Psychoanal. Forsch. Bd. 3., 1912.

нии практически у половины больных было выявлено улучшение состояния, коррелировавшее с продолжительностью психоаналитического лечения.

С помощью приемов метаанализа по данным 475 актуальных зарубежных исследований эффективности различных видов психотерапии с использованием контрольных групп, проведенных в конце 90-х гг. XX в., было установлено, что в конце курса средний больной шизофренией, прошедший терапию психоаналитической направленности, имеет достоверно лучшее состояние, чем 80% лиц в контрольной группе [цит. по: 7, с.71].

Наиболее убедителен сегодня эффект психоаналитической терапии в снижении рецидивирования шизофрении. Доминирующим в литературе является представление о том, что данный подход не в состоянии вылечить больного шизофренией, но он может до известной степени предотвращать рецидивы заболевания, оказывая, таким образом, влияние на течение процесса [7, с.72].

Важно подчеркнуть и тот факт, что психоаналитическая терапия несет явный аддитивный эффект: при комбинированном ее использовании с психофармакотерапией у больных шизофренией отмечается повышение социальной адаптации и трудоспособности, снижение длительности госпитализации и инвалидизации в достоверно большей степени, чем у пациентов контрольных групп, получавших одни лишь медикаментозные средства. При этом удается также повысить мотивацию больных к продуктивной деятельности и снизить дозировки используемых препаратов [8, с.1287].

Таким образом, экспериментальные данные опровергают пессимистические представления многих психиатров о том, что единственно возможным исходом лечения шизофрении является реабилитация больных на относительно низком уровне функционирования.

Современные представления о динамике шизофрении предполагают взаимодействие трех элементов патологического процесса: а) биологической реактивности; б) психологических ресурсов, определяющихся объемом усвоенных пациентом в процессе индивидуального развития способов реагирования на различные стрессо-

вые ситуации; в) социальных ресурсов, зависящих от уровня стрессогенности (агрессивности) микросоциальной среды. В связи с этим важно подчеркнуть тот факт, что психоаналитическая терапия больных шизофренией, как мы полагаем, должна быть релевантна не "модели личности", на которой основывается психотерапия невротических нарушений и в которой наибольшее значение имеют субъективные переживания пациента, а "модели болезни", в основе которой лежит клинико-динамический аспект. Методическое основание данной модели заключается в том, что ее методы, содержание определяются своеобразием клинической картины, фаз, форм и типов течения заболевания. [5, с.107].

Практика показывает, что психоаналитикам, психиатрам и психотерапевтам с более выраженной ориентацией на психоанализ с клинико-динамической позиции «модели болезни» удается более результативно избегать опасности понятийной нечеткости при попытке приложения психоаналитических представлений к психопатологическим феноменам и использовании соответствующих психоаналитических методов лечения, чем тем, кто объясняет лишь отдельные феномены с помощью психоаналитических конструкций [9, с.59]. Кроме того, в данном случае, как свидетельствует наш практический опыт, присутствует эффект взаимообусловленной корреляции: лечение шизофрении на основе «модели болезни» позволяет глубже понять клиническую картину заболевания и динамику его развития с прогностически превентивных позиций.

Следует подчеркнуть тот факт, что в нашей статье речь идет о так называемой специфической психоаналитической терапии, то есть об индивидуализированных подходах (сугубо индивидуальное лечение или лечение в малых группах, позволяющее соблюсти фактор индивидуализации терапии), в связи с чем важным далее представляется изучить задачи психоаналитической терапии шизофрении с учетом выделенного подхода. Практика свидетельствует, что основные усилия специалиста при психоаналитической терапии шизофрении должны быть направлены на воздействие на деформированные под влиянием клиническо-динамических факторов коммуникативные и социальные структуры больных: предотвращение изоляции пациен-

тов в обществе и аутизации; социальную активацию и смягчение реакций больных в ответ на ситуации, связанные с болезнью и лечением; формирование критического отношения к болезни и дезактуализации психотических переживаний; потенцирование антипсихотического действия биологических методов лечения; подготовку больных к выписке и профилактику явлений внутрибольничного госпитализма [7, с.32].

Чрезвычайно важной является и еще одна задача: путем оптимизации психоаналитической терапии с клинико-динамических позиций индивидуального подхода к каждому пациенту сократить общие расходы на лечение и содержание больных шизофренией. Потребность в решении этой задачи в российских условиях достаточно велика. Больные шизофренией представляют сегодня собой самый распространенный контингент хронически больных, пользующихся услугами психиатрических служб. В связи с этим особую ценность представляет тот факт, что, по оценкам зарубежных специалистов, включение психоаналитической терапии, основанной на «модели болезни», в общий комплекс терапевтических и реабилитационных методов снижает затраты на лечение на 40-55% [10, с.135].

Проанализируем методическую составляющую применения выделенного подхода при лечении шизофрении. В связи с этим можно отметить, что в зарубежной практике присутствуют свидетельства о том, что безусловно установленной можно считать действенность коммуникативно-корректирующей психоаналитически ориентированной психотерапии, основанной на «модели болезни». Этот метод является успешным в повышении уровня социальной адаптации и проблемно-решающего поведения, в снижении базисной симптоматики и уровня рецидивирования [11, с.308].

Коммуникативно-ориентированная терапия также во многом граничит с суппортивной психоаналитической терапией, позволяющей эффективно осуществлять лечение с учетом клиники и динамики исследуемого заболевания. Основная функция врача при ее применении состоит в сообщении сведений, которые могли бы помочь больному лучше понять себя и свои проблемы и эффективнее преодолевать их.

Врач как бы «передает на время» больному свое здоровое «Я», что позволяет последнему лучше адаптироваться к реальной действительности [7, с.98].

Значительную результативность представляет и эксплорационная (инсайт-ориентированная) терапия, суть которой заключается в том, что она стремится превратить патогенные неосознававшиеся, клинико-динамически обусловленные личностные конструкции в безвредную память и создать предпосылки для повышения эффективности поведения больного шизофренией за счет устранения ранее не осознававшихся помех [7, с.98].

При необходимости максимального сокращения времени пребывания больного в стационаре во многих случаях целесообразной оказывается краткосрочная психоаналитическая терапия, ставящая перед собой реалистические цели, в частности, разъяснение пациенту причин и механизмов ухудшения его состояния и оказание помощи в приобретении опыта, который позволит ему лучше справиться с трудной ситуацией в будущем. Поведение психотерапевта в этих случаях должно быть активным, директивным и вместе с тем ответственным в отношении адекватности такого поведения состояния пациента и возможностям его адаптации вне больницы [3, с.91].

Представляет интерес и опыт лечения больных с хроническими течением заболевания, длительно пребывавших в закрытых психиатрических стационарах, методом малой групповой психоаналитической терапии, проводимой вне больницы, — подвижной психоаналитической терапии. Например, когда психоаналитические процедуры проводятся в рамках прогулок пациентов. Подобная форма терапии иногда оказывается весьма эффективной в осознании пациентами клиники и динамики заболевания и его преодоления [3, с.92].

При лечении больных шизофренией, в отличие от неврозов, положение терапевта находится под большим влиянием сниженных возможностей больного. Поэтому в контексте проблематики нашей статьи необходимо остановиться на показаниях и противопоказаниях к психоаналитической терапии. По мнению исследователей, данный вид терапии в первую очередь показан при малопрогрессирующей шизофрении; при более злокачественных формах она используется главным образом в

период ремиссии и становления ремиссии, а также при постпроцессуальных состояниях с относительно неглубоким дефектом (резидуальная шизофрения) [5, с.109]. Также нужно заметить, что больные, неспособные к рефлексии, вряд ли могут рассматриваться в качестве кандидатов для психоаналитической психотерапии [7, с.112]. Другие особенности психоаналитической терапии шизофрении, по сравнению с невротами, заключаются в следующем: противопоказаны техника свободной ассоциации, гиперстимуляция больных, в особенности в начале терапии, этап конфронтации и напряжения в терапевтической группе, т.к. это может способствовать обострению психоза.

Вопрос о показаниях и противопоказаниях к психоаналитической терапии в малых группах, в настоящее время разными авторами решается по-разному. Так, эмпирическими исследованиями обоснован тот факт, что эффективность групповой психотерапии при острых психотических состояниях весьма сомнительна, а у вновь поступивших в стационар больных ее результаты, как правило, негативны [5, с.109]. Существует мнение, что не должно быть никаких ограничений для участия пациентов в группе и в то же время указывается, что предварительный отбор необходим (не рекомендуется включать в группу острых психотических больных, с выраженной степенью слабоумия, агрессивности, тревожности и т. п.) [3, с.152].

Подводя итог вышесказанному, резюмируем, что, несмотря на наличие целого ряда охарактеризованных выше противопоказаний и противоречий, психоаналитическая терапия, основанная на «модели болезни» является действенным и получающим все более широкое распространение методом помощи пациентам, страдающим шизофреническими расстройствами. Ее современное состояние определяется интегративными установками, тенденцией к преодолению биологического и психологического редукционизма, становлением бригадного полипрофессионального подхода, предполагающего тесное взаимодействие специалистов разных ориентаций, строгой оценкой и отбором различных подходов в плане их теоретической и эмпирической обоснованности и доказанной эффективности.

Список использованной литературы:

1. "Скрытые города": выявление и устранение несправедливости в отношении здоровья в городах: Аналитический доклад Всемирной организации здравоохранения. Geneva: UNO, 2010.
2. Кузнецов С.В. Клинико-динамические характеристики негативных расстройств у больных параноидной формой шизофрении: Дисс... канд.мед.наук. М., 2009.
3. Эндогенные психические заболевания/ Под ред. Тиганова А.С. М.: изд-е Научного центра психического здоровья РАМН, 2010.
4. Холмогорова А.Б. Психотерапия психических расстройств: современное состояние и основные тенденции развития// Современная терапия психических расстройств. 2006. № 2. С.35-41.
5. Карвасарский Б.Д., Ташлыков В.А. Психотерапия при шизофрении/ В кн.: Эндогенные психические заболевания/ Под ред. Тиганова А.С. М.: изд-е Научного центра психического здоровья РАМН, 2010. С.101-109.
6. Matussek P., Triebel A. Die wirksamkeit der psychotherapie bei 44 schizophrenen [The effectiveness of psychotherapy in 44 schizophrenics]// Nervenarzt. 1974. № 45. Ss.569-75.
7. Вид В.Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении. СПб.: Питер, 2003.
8. Pope H., Jones J., Hudson I. et al. An empirical study of psychosis in borderline personality disorders.// Am.J.Psychiat. 1985. № 142. P.1285-1290.
9. Bister W. Symptomwandel bei Schizophrenen in psychotherapeutischer Sicht. Stuttgart, 1965.
10. Williams P., McGlashan T. Schizoaffective psychosis. Comparative long-term outcome.// Arch. Gen.Psychiat. 1987. № 44. Pp. 130-137.
11. Cancro R. Toward a unified view of schizophrenic disorders// Research in the schizophrenic disorders. Jamaica, 1985. V.2. Pp. 307-321.
12. Абрамова Л.И. Приступообразная шизофрения: Вопросы дифференциации, клинико-динамические, прогностические аспекты: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1996.