

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Светлана Леонидовна Соловьева

*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
кафедра общей, медицинской психологии и педагогики,
191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д.41, e-mail: S-Solovieva@ya.ru*

Реферат. В статье представлены отличительные черты процесса реабилитации в психиатрической клинике, связанные с вероятностью взаимодействия экспертов по психическому здоровью с пациентом на уровне глубинных психических структур. Разграничиваются клинический и немедицинский (психологический) подходы к психической реальности пациента. Описаны особенности психологической реабилитации, которая проводится клиническим психологом в рамках общего реабилитационного процесса, основанного на бригадном методе работы. Рассмотрены психологические иллюзии, лежащие в основе картины мира адаптированной личности, подлежащие восстановлению у психически больных в клинике первого эпизода.

Ключевые слова. Психологическая реабилитация, адаптация, переживание, совладание, психологические иллюзии.

PSYCHOLOGICAL ADJUSTMENT
IN PSYCHIATRIC FACILITY

Svetlana L. Solovieva

I.I. Mechnikov Northwest State Medical University,
Department of General, Medical Psychology and Pedagogy
191015, St. Petersburg, Kirochnaya street, 41,
e-mail: S-Solovieva@ya.ru

The article presents distinctive features of the adjustment process at a psychiatric facility associated with a probable interaction between mental health experts and patients at the level of deep mental structures. The research includes a clear differentiation between clinical and non-medical (psychological) approaches to the patient's psychic reality. There are also the described specifics of the psychological adjustment carried out by a clinical psychologist in an overall recovery process based on the teamwork. Psychological illusions are considered. They are keys to the worldview of the adjusted personality and subject to recovery in the mental patients in the first episode clinic.

Key words: psychological adjustment, adaptation, experience, coping, psychological illusions.

Реабилитация, актуальная в медицине и практическом здравоохранении для любой клиники, имеет свою специфику в психиатрии, связанную с обращением к уникальному психологическому миру личности пациента [5, 7]. Помогая больному адаптироваться к жизни в условиях психического заболевания, эксперт по

психическому здоровью вторгается в субъективную реальность другого человека и воздействует на нее с профессиональных позиций, отражающих доминирующую в науках о психическом здоровье парадигму. Профессиональное воздействие на личность психически больного во многом тенденциозно, поскольку направлено на создание и расширение возможностей для субъективной реальности каждого пациента встраиваться в социальные предписания, ограничения, запреты, формируемые доминирующей в обществе идеологической средой.

Решение этой задачи предполагает не только наличие у лица помогающих профессий соответствующих профессиональных компетенций, но и его собственную включенность в текущие социальные процессы, т.е. динамический опыт адаптации, опыт переживания и совладания как со стандартным набором жизненных катастроф, так и с микротравмами повседневной жизни, сопровождающими жизненный путь каждого человека. Специалист по психическому здоровью, оказывающий профессиональную помощь своим пациентам, успешно адаптирован прежде всего к собственной субъективной реальности, динамику которой он непрерывно отражает и стабильность которой он непрерывно поддерживает техниками психической саморегуляции.

Специалист с опытом совладания со «стрессопланктоном» повседневной жизни, в которой адаптивно функционирует его собственная психическая структура, приобретает способность дифференцировать индивидуальные особенности поведения клиента от патологических проявлений формирующегося психического заболевания. Эксперт по психическому здоровью, имеющий собственный опыт переживания потерь, кризисов и конфликтов, обладает умением отличать естественные психологические реакции, такие, как «нормальные» реакции горя [14], «нормальные»

реакции на приближение собственной смерти [13] от патологических признаков формирующихся психических нарушений.

Личный опыт позволяет специалисту адекватно оценивать жизненные кризисы и микротравмы как обладающие необходимой для выживания человека обучающей силой: если позитивные переживания удовольствия, радости, благополучия позволяют человеку, особенно не задумываясь, принимать решения и действовать в рамках актуального психического статуса, то «негативные» переживания активизируют поиск ресурсов, информации, социальной поддержки, стимулируя личность к развитию и росту. Так, например, потеря наиболее значимого в жизни человека (смерть супруга, родителя, ребенка и т.д.), образ которого включен в собственную психическую структуру клиента, переживается им как «маленькая собственная смерть», поскольку связана с крушением фундаментальных опор индивидуальной картины мира [1], и активизирует личность к изменению, поиску дополнительных ресурсов выживания и роста.

Химическая защита от депрессии в виде современных антидепрессантов избавляет пациента от страдания, повышая качество его жизни и выглядит поэтому как наиболее очевидное решение. Между тем, для того чтобы продуктивно функционировать, личность нуждается не столько в оптимизации психического состояния, сколько в стабилизации пошатнувшейся картины мира, в пересмотре основ субъективной реальности. Эта внутренняя психологическая деятельность, обозначаемая в литературе понятием «переживание» [4], стимулируется адаптивной работой страдания, от которого пациента, возможно, не всегда надо стремиться радикально избавлять [2]. Встают также вопросы этического, морально-нравственного порядка: как психически полноценная личность должна в норме реагировать на самое страшное из всех возможных в его жизни событий? Не является ли отсутствие реакции горя в ситуации потери признаком психической патологии?

С другой стороны, специалист по психическому здоровью, квалифицируя психический статус клиента, оценивает у него наличие и выраженность ресурсов совладания, адаптации, компенсации, достаточных или не достаточных для переживания потери. Ограниченность этих ресурсов в кризисной ситуации создает реальную

угрозу жизни пациента, который может не найти в себе психологических сил для переживания потери и решиться на суицид. Сомнение специалиста в наличии у клиента достаточных психологических ресурсов диктует необходимость медикаментозной терапии.

Лечебно-диагностический процесс в каждом конкретном случае, в зависимости от индивидуально-психологических, а также патопсихологических и психопатологических особенностей больного, предполагает решение, содержащее в себе определенное соотношение медикаментозной терапии, социотерапии, психотерапии и психологической помощи [7].

Качество диагностики структурно-функциональных особенностей личности психически больного определяет и качество его терапии, и качество его реабилитации.

Доминирующая в медицине био-психосоциальная концепция болезни определяет по возможности полный учет воздействующих на пациента социальных, биологических, психологических факторов и в диагностике, и в терапии, и в процессе реабилитации. В соответствии с этим постулируется адекватность бригадного метода работы, соединяющего в психиатрической клинике профессиональные воздействия врача-психиатра, врача-психотерапевта, медицинского психолога, социального работника и при необходимости других специалистов [9]. Предполагается, что каждый из специалистов оказывает профессиональное воздействие на пациента в рамках своей компетентности: с теоретико-методологических позиций своей науки использует соответствующий понятийно-концептуальный аппарат, вкладывает в термины свое содержание, адресуется к соответствующим аспектам объекта воздействия, применяет соответствующие методы воздействия и специфическим образом квалифицирует наблюдаемые феномены.

Бригадный метод работы в психиатрической клинике основан, с одной стороны, на разделении функций: каждый из специалистов имеет дело с объектом воздействия в рамках своих профессиональных компетенций. С другой стороны, согласованность усилий предполагает некоторое понимание профессиональной специфики деятельности других членов бригады. Врач-психиатр и врач-психотерапевт, имеющие медицинское образование, применяют свой естественно-научный подход, свой клинический

метод в диагностике; они вкладывают свое естественно-научное понимание в термины, квалифицирующие субъективную реальность пациента. Психиатр в большей степени склонен оценивать тревогу больного шизофренией как психотическую тревогу, от которой пациента следует избавлять. Медицинский психолог и социальный работник, имеющие гуманитарное образование, ту же самую реальность интерпретируют со своих методологических позиций, используя свой концептуальный аппарат, вкладывая в термины свое содержание. Психолог тревогу больного шизофренией квалифицирует не как безусловно негативное явление, но как определенный психологический ресурс: тревога в психологии определяется как адаптивная чувствительность к опасности, сопоставимая с защитной функцией боли, необходимая человеку для выживания.

Если врач-психиатр профессионально ориентирован на выявление диагностически значимых признаков клинической реальности (психопатологической) в субъективном мире пациента, то медицинский психолог профессионально направлен на квалификацию психических явлений в терминах, отражающих психологическую, нормативную реальность или отклонения от нее (патопсихологическая реальность). Профессионализм определяется умением действовать в пределах своей компетентности. Врач имеет дело с психотической реальностью больных, которую нивелирует медикаментозно или с помощью психотерапевтических техник. Психолог опирается на положение о том, что биологически целесообразный аппарат эмоций (в том числе тревога, депрессия, враждебность) не может быть предназначен для разрушения соматических и психических функций человека.

Так, например, тревога – естественная психологическая реакция на ситуацию неопределенности и ожидания с дефицитом информации и непрогнозируемым исходом, которая мобилизует ресурсы человека для преодоления трудной ситуации [8]. Депрессивное страдание, со своей стороны, неизбежно сопровождает переживание утраты близких людей, значимых других, которые входят в той или иной степени в представление человека о самом себе, обеспечивая непрерывность его существования в пространстве и времени. Потеря значимых других, референтных лиц, являющихся частью субъективной реальности человека, переживается им как частичная

собственная смерть; возрождение к жизни и обретение способности эффективно действовать в новом качестве требует внутренней работы переживания по реорганизации собственного субъективного мира [4]. Эта работа происходит на фоне переживаний депрессивного спектра: в среднем диапазоне значений уровень депрессии положительно коррелирует с уровнем интеллекта. Психолог не может ставить приоритетной целью избавление пациента от депрессивного страдания, поскольку его профессиональная принадлежность диктует квалификацию депрессии не как безусловно негативного явления, снижающего качество жизни и адаптивные возможности пациента, но и как источник его личностного развития и роста, обеспечивающего совладание с причиной депрессии. В силу своего профессионального образования медицинский психолог не может предпочесть химическую или нехимическую защиту пациента от его собственных аффектов, составляющих часть личности больного.

Психолог, действуя в пределах своей профессиональной компетентности, апеллирует к психологическому (патопсихологическому) объекту своего профессионального воздействия, прежде всего, к личности больного. Конечная цель психологического воздействия в процессе реабилитации – помочь личности больного (патологической личности больного) существовать по возможности продуктивно в мире здоровых личностей: понимать их язык, их логику, разговаривать с психически здоровыми людьми на их языке, вкладывая в используемые в речи слова именно то содержание, которое по умолчанию применяют оппоненты.

Достижение этой цели предполагает переформулирование для пациента происходящих в его психике «патологических» событий на психологический язык. В процессе реабилитации психолог помогает психически больному квалифицировать его собственную психическую реальность в адаптивных, конструктивных терминах, позволяющих эту реальность принять. Верификация «психотической тревоги» в психиатрической клинике вынуждает больного эту свою тревогу отвергать, оценивать негативно; она становится знаком беды, признаком болезни, приводя пациента к самостигматизации. С другой стороны, переформулирование тревоги на психологический язык позиционирует ее как адаптивную чувствительность к опасности; в этом своем психологичес-

ком значении собственная тревога может быть принята и интегрирована пациентом, защищая его личность от дальнейшего разрушения.

Аналогичным образом психолог помогает пациенту, по возможности в конструктивном ключе интерпретируя составляющие его психику патопсихологические и психопатологические компоненты, формировать целостную картину мира, основанную не на отвержениях, предписаниях и запретах, а на использовании ресурсных аспектов любой, даже, по возможности и «патологической» реальности.

Психологическая помощь психически больным особенно актуальна и перспективна в клинике первого эпизода, когда, например, пациент, пережив первый в своей жизни приступ болезни, начинает возвращаться к реальности [11]. Потребность в раннем психологическом вмешательстве определяется психическим статусом пациента: утрата базовой иллюзии надежности и стабильности мира провоцирует растерянность, беспомощность, страх; ожидаемые трудности в отношениях, в профессии, в состоянии здоровья бессознательно формируют у больного негативную жизненную перспективу. Соответствующие установки определяют поведение, провоцирующее ожидаемые события, подкрепляют негативный прогноз («выученная беспомощность»). Негативный прогноз выступает в роли «самореализующегося пророчества», закладывая основу самостигматизации: собственные эмоции воспринимаются больным как проявления болезни, дефекта, что провоцирует его уход в себя. Пациент интерпретирует свой страх как сигнал личностной и профессиональной несостоятельности, неизбежной, как ему кажется, в условиях заболевания. Отказываясь от достижения успеха в жизни, больной может полностью сосредоточиться на своем психическом состоянии; такая реакция обозначается понятием «уход в болезнь» и далеко не всегда является оправданной, уводя пациента от реальной жизни в ипохондрические переживания и вторичную невротическую симптоматику, которая наслаивается на основное заболевание [8]. Психиатры интерпретируют этот процесс в терминах «самостигматизации».

Страх перед жизнью, навыки взаимодействия с которой поражены болезнью, заставляет пациента искать защиту в стенах стационара [12]; формируется зависимость от врачебной поддержки, лекарств; длительное пребывание в психиатри-

ческой больнице приводит в конечном счете к появлению признаков госпитализма.

Обращение к реальности в клинике первого эпизода всегда болезненно для пациента и требует оказания ему ранней психологической помощи. Недифференцированное состояние реконвалесцента, сохраняя, даже после завершения медикаментозной терапии, признаки дезинтеграции и растерянности в виде постпсихотических фрагментов немотивированного страха, одиночества и душевной пустоты, нуждается прежде всего в вербализации и осознании [6]. Термины, в которых пациент квалифицирует свое состояние, определяют его отношение к этому состоянию, к своим переживаниям, закладывая основу для формирования новой концепции жизни в условиях психического заболевания. Психологическое вмешательство в клинике первого эпизода ориентировано прежде всего на конструктивную вербализацию переживаемых пациентом состояний. Анализируя вместе с больным его эмоции, психолог помогает обозначать их адаптивными терминами: тревога вербализуется как «адаптивная чувствительность к опасности», депрессия – как повышенный реализм, враждебность – акцентирование целостности границ собственной личности.

Подобное переформулирование симптомов позволяет представить их как ресурс психологической адаптации к заболеванию. В своем конструктивном значении «негативные» переживания могут быть приняты клиентом как часть собственной измененной болезнью личности. Переформулирование симптома в ресурс позволяет пациентам принять свои переживания и дать им адаптивную интерпретацию, уводя от фиксации на ощущениях в направлении окружающего мира (профилактика самостигматизации или ухода в болезнь).

В качестве ориентира для психологического воздействия в процессе реабилитации выступает психическая реальность здорового человека, основанная на адаптивных представлениях, обеспечивающих выживание. Среди этих представлений выделяются адаптивные мифы, которые содержат в себе дополнительные ресурсы личности для существования в условиях болезни [10].

Ряд психотерапевтов, оказывающих психологическую помощь психически больным, в качестве ключевой задачи такой помощи формулируют восстановление индивидуальной мифо-

логии пациента. Наиболее известным является изречение Стоквиса, который определяет психотерапию как «реконструкцию разрушенных иллюзий». При этом сохраняются лишь базовые конструктивные иллюзии, компенсирующие превышающие ресурсы личности требования объективной реальности [3].

Выделяются четыре базовые конструктивные иллюзии: иллюзия собственного бессмертия; иллюзия надежности и стабильности окружающего мира; иллюзия контроля; иллюзия смысла.

Иллюзия собственно бессмертия позволяет строить долгосрочные планы и принимать перспективные решения. Она позволяет человеку действовать, вмешиваясь в происходящие вокруг события и оставляя свой след в жизни других людей при отсутствии гарантии продления жизни в каждый момент времени. Человек вынужден принимать решения и совершать поступки, направленные в будущее, при отсутствии гарантий этого будущего. Утрата иллюзии собственного бессмертия в процессе неизлечимой болезни и умирания часто поддерживается религией или философией, позволяя умирающему сохранять чувство собственного достоинства, уважения к прожитой жизни, ощущение ее непрерывности и продолжения в других людях, в принятых решениях, заложенных идеях. Для психически больного человека сохранение иллюзии означает продолжение связи с предшествующим и последующим поколениями людей, превращая его собственную жизнь в естественный фрагмент всеобщего процесса; в этом своем качестве индивидуальное существование больного приобретает дополнительное содержание и смысл.

Иллюзия надежности и стабильности мира, которая поддерживается социальными и правовыми нормами, позволяет человеку строить долгосрочные перспективы при взаимодействии с этим миром как с дееспособным партнером при отсутствии уверенности в том, что он не будет разрушен техногенной катастрофой, социальными катаклизмами или вмешательством инопланетных существ. Утрата этой иллюзии, например, с началом войны, революции, сопровождается утратой соматического и психического благополучия значительного количества людей, появлением реактивных психозов и сердечно-сосудистых катастроф. Восстановление утраченного в период приступа психического заболевания

доверия к миру является необходимым условием для реконструкции разрушенных болезнью взаимоотношений с ним.

Иллюзия собственной ответственности поддерживается не только социальными и правовыми нормами, воспитанием, образованием, обучением, а также специализированной психологической помощью: психологической коррекцией и психотерапией. Никто не в состоянии в полной мере контролировать события и нести ответственность за происходящее: существует элемент случайности, встречаются непреодолимые препятствия и неконтролируемые обстоятельства. Однако если человек живет в соответствии с иллюзией того, что он контролирует свою жизнь и несет ответственность за все происходящее, то он более успешен и благополучен в отношении психического и соматического здоровья, чем другие люди, приписывающие ответственность обстоятельствам или воле окружающих. Иллюзия контроля повышает жизнестойкость, позволяя более успешно справляться с жизненными катастрофами и катаклизмами [2].

Четвертая базовая иллюзия, важная основа субъективной реальности продуктивной личности – иллюзия смысла его существования в целом и отдельных действий в частности [3]. Задача на смысл решается в процессе жизни, как правило, в периоды возрастных кризисов, в частности, в период подросткового кризиса или кризиса середины жизни, когда на фоне социального, профессионального, материального благополучия, обеспеченного решением социальных задач, таких как получение образования, профессии, создание семьи, встает вопрос о смысле происходящего, вопрос о предназначении личности. Если эта экзистенциальная проблема решается, индивидуальное существование приобретает смысл. Невозможность решить проблему часто вынуждает обратиться за профессиональной психологической помощью. Потребность в восстановлении смысла стоит перед пациентом и в условиях психического заболевания, в частности, в клинике первого эпизода. Психолог или психотерапевт помогают клиенту сформулировать индивидуальную идею его существования, ориентируясь, в частности, на логотерапию Виктора Франкла в соответствии с принципом: «Человек, у которого есть за чем жить, может выдержать почти любое «как»».

ЛИТЕРАТУРА

REFERENCES

1. Амбрумова А.Г. Анализ состояний психологического кризиса и их динамика // Психологический журнал. 1985. № 6. С. 107–115.
2. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. 1994. № 1. С. 12–25.
3. Аргайл М. Психология счастья. 2-е изд. – СПб, 2003. 271с.
4. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. 200с.
5. Кабанов М.М. Реабилитация в контексте психиатрии // Медицинские исследования. 2001. Т. 1, вып. 1. С. 9–10.
6. Кемпинский А. Психология шизофрении [пер. с польск.]. СПб, 1998. 294 с.
7. Клиническая психология [Под ред. М. Перре, У. Бауманна].- СПб: Питер, 2002. 1312 с.
8. Клиническая психология: учебник для вузов. 4-е изд. [Под ред. Б.Д. Карвасарского]. СПб: Питер, 2010. 864с.
9. Коцюбинский А.П. Скорик А.И., Аксенова И.О. и др. Шизофрения: уязвимость-диатез-стресс-заболевание. СПб: Гиппократ+, 2004. 336с.
10. Соловьева С.Л. Основы психотерапии для «практически здоровых» // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2016. N 3(38) [Электронный ресурс]. URL: <http://mprj.ru>
11. Фрит К., Джонстон Э. Шизофрения. Краткое введение: учебник. М.: Астрель АСТ, 2005. 204 с.
12. Doerner K. Historische und wissenschaftssoziologische Voraussetzungen der Sozialpsychiatrie // Was ist Sozialpsychiatrie. Boon, 1995. S. 91–96.
13. Kübler-Ross Elisabeth. On death and dying. N.-Y.: Scribner, 1969. 260 p.
14. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. // Am. J. of psychiatry. 1944. Vol. 101, №2.

1. Ambrumova A.G. *Psikhologicheskii zhurnal*. 1985. № 6. pp. 107–115. (in Russian)
2. Antsyferova L.I. *Psikhologicheskii zhurnal*. 1994. № 1. pp. 12–25. (in Russian)
3. Argail M. *Psikhologiya schast'ya*. 2-e izd. St.Petersburg, 2003. 271 p. (in Russian)
4. Vasilyuk F.E. *Psikhologiya perezivaniya (analiz preodoleniya kriticheskikh situatsii)*. Moscow: Izd-vo Mosk. un-ta, 1984. 200 p. (in Russian)
5. Kabanov M.M. *Meditzinskie issledovaniya*. 2001. Vol. 1, № 1. pp. 9–10. (in Russian)
6. Kempinskiy A. *Psikhologiya shizofrenii* [per. s pol'sk.]. St.Petersburg, 1998. 294 p. (in Russian)
7. *Klinicheskaya psikhologiya* [ed. M. Perre, U. Baumann]. St.Petersburg: Piter, 2002. 1312 p. (in Russian)
8. *Klinicheskaya psikhologiya: uchebnik dlya vuzov*. 4-e izd. [ed. B.D. Karvasarski]. St.Petersburg: Piter, 2010. 864 p. (in Russian)
9. Kotsyubinskiy A.P. Skorik A.I., Aksenova I.O. et al. *Shizofreniya: uязvimost'-diatez-stress-zabolevanie*. St.Petersburg: Gippokrat+, 2004. 336 p. (in Russian)
10. Solov'eva S.L. *Meditzinskaya psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn*. 2016. N 3(38). URL: <http://mprj.ru> (in Russian)
11. Frit K., Dzhonston E. *Shizofreniya. Kratkoe vvedenie: uchebnik*. Moscow: Astrel' AST, 2005. 204 p. (in Russian)

Поступила 27.08.16.