

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ

Особые проблемы возникают в случае диагностики и коррекции самооценки у психосоматических больных. Мы имеем в виду часто имеющее место в этом случае рассогласование двух уровней самооценки и самоотношения — осознаваемого и неосознаваемого. Осознаваемая «самооценка сегодняшнего дня» изменяется под влиянием критики, неудач, фрустрации и других средовых воздействий. Однако истинная, но неосознаваемая самооценка, сложившаяся в период становления личности, может не соответствовать «самооценке сегодняшнего дня», и тогда возникает сложный внутренний конфликт, двойственное отношение к себе. Личность становится уязвимой к дезадаптирующему влиянию среды. Осознать глубинные представления о себе в этом случае может помочь психоанализ, хотя на работу с самооценкой направлены и многие другие психотерапевтические техники. В конечном итоге они должны обеспечить эмоциональное самопринятие и повысить уверенность в себе. Иначе конфликты на неосознаваемом уровне, особенно у алекситимических личностей, будут приводить к психосоматическим заболеваниям, которые (уже вторично) нарушают самооценку, дестабилизируют образ Я.

Психосоматические пациенты страдают от рассогласованности когнитивных представлений о себе и эмоциональных проявления и действий в отношении себя. Более того, исследование, выполненное Р.Г. Аксенфельд под нашим руководством, показало, что психосоматические больные, создавая образ идеального Я, заведомо подсознательно не принимают его. Следовательно, вряд ли без помощи психотерапевта они смогут измениться. Эти больные оказались в большей степени, чем здоровые испытуемые, зависимыми от их оценок со стороны значимых для них других людей. Показана возможность использования для выявления противоречия между осознаваемой и неосознаваемой самооценками такого комплекса методик: опросника самоотношения (В.В. Столин), личностного дифференциала (Е.Ф. Бажин и А.М. Эткинд) и проективной методики, предполагающей написание сказки с грустным концом. В проективных сказках хорошо отражаются все проблемы неосознания самооценки, что помогает сформулировать «неосознаваемый запрос» на психотерапевтическую работу.

Е.Г. Филякова предлагает ряд рекомендаций по проведению психокоррекционной и психотерапевтической работы, направленной на «нормализацию» образа «Я» у подростков с хроническими психосоматическими заболеваниями. Рекомендации основаны на результатах обширного исследования, охватившего 201 больного в возрасте 10-15 лет, страдающих бронхиальной астмой, язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки. Установлены некоторые особенности составляющих образа «Я» больных подростков. Наряду с актуальной и идеальной самооценкой, в качестве третьей составляющей взята потенциальная самооценка, отражающая возможности достижения желаемого (личностных качеств, целей деятельности), представления реальности поставленных задач и стремление к воплощению задуманного.

У подростков с психосоматическими заболеваниями три указанные составляющие самооценки часто «слипаются», то есть их значения совпадают. В разных вариантах совпадения это свидетельствует либо о ригидности самооценки, нежелании изменяться, либо о неверии в возможность изменений, либо о нереалистичной оценке перспектив. Другой феномен — это внутренняя диссоциация, рассогласованность между уровнями самооценки, когда, например, значение идеальной потенциальной самооценки меньше значения актуальной. Если у здоровых подростков такие феномены встречаются редко, то у больных они фиксируются как обычные явления, выступающие в качестве защитных или компенсаторных механизмов самообмана. Это ведет к изменению смыслового будущего больных подростков к нарушению процесса саморегуляции,

поскольку самооценка тесно связана и с регуляцией своего поведения, и с иерархией мотивов. На искажение образа «Я» влияют тяжесть заболевания, его длительность (в случае бронхиальной астмы). Полученные результаты исследования «выводят» на определенные рекомендации по психокоррекционной и психотерапевтической работе с этим контингентом больных.

Первая цель такой работы — актуализация системы смысловой саморегуляции, изменение смыслового и временного будущего. Важна работа с представлениями подростков о смерти, с переживанием страха смерти. При тяжелом хроническом соматическом заболевании представление о реальности смерти возникает раньше, чем обычно, и это влияет на формирование ценностных ориентаций.

Особое внимание должно уделяться внутренней картине болезни, так как от тяжести и длительности заболевания зависит искажение образа «Я». Нужно также предотвратить процессы снятия ответственности за собственное здоровье. Здесь возможно и индивидуальная, и групповая работа с использованием элементов психодрамы, гештальт-терапии, арт-терапии, релаксационных методик.

Следующая задача — коррекция негативного самоотношения больных подростков. При этом надо опираться на компенсаторные личностные свойства, повышая уверенность в себе, своих силах. В то же время, позитивное самоотношение может иметь защитный характер, быть проявлением нежелания самопреобразований. Наконец, необходима и работа с проблемами семьи больного подростка, направленная на гармонизацию внутрисемейных взаимоотношений. Поскольку искажения образа «Я» зависят от возраста, психокоррекционная и психотерапевтическая работа должна начинаться рано, не дожидаясь хронизации болезни.

Важной задачей в работе с больными является снижение стресса яры болезненных медицинских процедурах (эндоскопия, удаление зубов и т.д.). Повышенный стресс в этих случаях приводит к осложнениям во время самой процедуры, к осложнениям, сниженному эмоциональному состоянию впоследствии, к негативному побочному воздействию лекарств. Для снижения стресса использовались различные подходы: предоставление больному информации, релаксация, когнитивно-поведенческие методики.

Одним из средств «малой психотерапии» при работе с больным может быть юмор, помогающий человеку освободиться от страхов. Юмор широко распространен как в среде студентов-медиков, так и в различных областях медицины. Целенаправленное использование юмора в клинической работе, как предполагают авторы одной из статей, должно быть полезным для преодоления больным стрессов, связанных с заболеванием или госпитализацией, а также для улучшения взаимопонимания врача и больного.

При лечении подростка и юношей часто возникает задача повысить активность больного в процессе лечения. Этому способствует осознание им болезни как результата не только биологических, но и социально-психологических факторов (особенностей характера, личности, поведения, воспитания и т.д.). Только после этого возможно эффективное использование психотерапии в комплексном лечении психосоматических расстройств. Поскольку для подростков характерна повышенная ориентация на оценки окружающих и самоутверждение в процессе общения, адекватным методом и диагностики, и коррекции является групповая психотерапия. При этом в центре внимания должна находиться формирующаяся личность с ее проблемами, и групповые занятия надо сочетать с индивидуальной психотерапией. Это облегчает осознание больным связи между своими проблемами, своей личностью и болезнью. Из-за обидчивости, нетерпимости, неприятия негативной информации о себе и категоричности суждений у подростков и юношей надо постоянно поддерживать мотивацию посещения групповых занятий. Для этого и нужны индивидуальные беседы.

Очень важна эмоциональная поддержка в группе, например, положительные высказывания об отвергнутых в процессе социометрия членах. Нежелательна в

подростковых амбулаторных группах вторая фаза групповой динамики — фаза агрессии и разочарования, ведущая здесь к конфликтам и уходу из группы.

С учетом указанных особенностей подростков и юношей была проведена психотерапия больных гипертонической болезнью и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. При язвенной болезни наиболее эффективным оказался метод психодрамы с обратной связью. Подростки с артериальной гипертензией в группе больше заботились о соблюдении групповых норм, стремились к получению информации и теоретическим обобщениям. Их проблемы чаще всего были связаны с гиперсоциальностью, подавлением выражения эмоций, неудовлетворенностью собой как партнерами по общению, неуверенностью в себе. Поэтому полезными были эмоциональный тренинг (изображение эмоциональных состояний), ролевой тренинг, направленный на смягчение ригидности, тренировка выбора и т.д. Общей проблемой для обеих групп являлось болезненное переживание больными мужского пола чувства одиночества и непонимания их окружающими, поэтому может быть полезен метод «внутренний голос»: члены группы от первого лица говорят о переживаниях какого-то пациента, который в это время молчит. По предварительным данным, в результате психотерапевтических занятий у больных улучшилось соматическое состояние, они стали успешнее решать некоторые жизненные проблемы, улучшилось взаимопонимание между ними и другими людьми.

Желающим получить более подробную информацию об использовании психотерапии при соматических болезнях мы предлагаем проработать книгу «Психосоматический больной на приеме у врача», хотя она и не отличается глубоким теоретическим обоснованием многих положений и рекомендаций авторов. Большой и успешный опыт применения психотерапии в работе с соматическими больными описан в работе А.Л. Гройсмана.

Наряду с уже рассмотренными методами психотерапии, в соматической клинике могут быть полезными и другие, менее распространенные приемы психотерапевтического воздействия (библиотерапия, музыкотерапия, использование цвета в лечебной практике и т.д.). Например, тихая, спокойная музыка успокаивающе действует на больных, ожидающих операции, может способствовать разрядке беспокойства и страха. Широко ведутся исследования по музыкотерапии в Польше, был создан даже Институт музыкотерапии. Показана эффективность использования музыки в детских учреждениях для детей с физическими и психическими дефектами. Чаще всего применяют пассивную музыкотерапию (прослушивание музыки).

К сожалению, многие психотерапевтические приемы работы с соматическими больными описаны в литературе, не вполне заслуживающей доверия, которая в последнее время как лавина захлестнула прилавки книжных магазинов. В этих книгах часто без серьезного научного обоснования приводятся данные о почти фантастических результатах тех или иных «терапевтических» воздействий. Возможно, какая-то часть этих рекомендаций и заслуживает доверия, но профессиональный психолог (или психотерапевт) не должен считать достаточным основанием для их практического использования броскую рекламу или соответствие метода здравому смыслу. Слишком велика может быть цена ошибки.

Трудной проблемой является на практике выбор наиболее эффективного в каждом конкретном случае метода психотерапии при лечении определенной соматической болезни. Здесь, как нередко бывает и при работе с психическими больными или при психокоррекционной работе со здоровыми клиентами, часто используются приемы и техники, которые психотерапевту или психологу больше нравятся, которыми он хорошо владеет. Другой подход, также далеко не всегда оптимальный, — это использование жестких алгоритмов, ориентация на диагноз, одинаковая психотерапия, например, всех больных ревматоидным артритом без учета индивидуальных различий больных, специфики их психологических проблем, психических изменений, связанных с болезнью,

или преморбидных личностных особенностей. Целесообразно для выбора адекватных психотерапевтических методов, техник, приемов четко определить важнейшие цели воздействия, «психотерапевтические мишени».

По мнению Д.А. Степановича, можно выделить ряд диагностических задач, решение которых необходимо для выработки стратегии и тактики психокоррекционной работы с психосоматическими больными. Во-первых, нужно выявить пусковой механизм психосоматического расстройства, который локализован в определенных жизненных сферах человека. Во-вторых, необходим анализ психологических особенностей личности пациента, его эмоциональной сферы, компенсаторных механизмов, поиск опор для коррекционного процесса. В-третьих, совместно с врачами определяются принадлежность психосоматического нарушения к органическому или функциональному ряду и вариант развития патологии (ситуационный, личностный, соматический и т.д.). В-четвертых, анализируется внутренняя картина болезни.

Рассмотрим один из возможных подходов к выбору методов психотерапии психосоматических больных, который был разработан под нашим руководством Р.Г. Аксенфельд. В качестве диагностического средства понимания проблем психосоматических больных использовалась проективная методика, предполагающая написание ими грустных сказок. Эти сказки являются хорошим «инструментом» проникновения в бессознательное, наполненное индивидуальным травматическим опытом, помноженным на архетипические символы. Сказки могут быть сублимационными, предоставляющими «внутреннему ребенку» возможность проявления инфантильных травм психосексуального развития в сказкотворчестве. При анализе грустные сказки обязательно должны обнаружить сходство с известными народными сказками. В их сюжете «обигрывается» фиксация на психической травме. Анализ сказок позволяет получить представление о структуре конфликта, о жизненных сценариях. Все это дает возможность перейти к точно направленной психотерапии, когда психотехника играет роль инструмента, умело подобранного к задаче. Итак, психотерапия должна максимально соответствовать структуре личности больного, его заболеванию, возможностям и способностям психотерапевта.

Описанная методика апробирована на 39 пациентах. Каждый из них сочинял грустную сказку, а затем проводилась большая психотерапевтическая работа. Все больные имели чисто соматическую концепцию возникновения их психосоматического расстройства и не обращались самостоятельно за психотерапевтической помощью. Беседа с такими больными трудна для психотерапевта, который постоянно наталкивается на мощное сопротивление, на нежелание признать возможность психогенной природы симптома. Тем не менее, предложение написать грустную сказку воспринималось вполне лояльно, так как параллельно шло интенсивное соматическое обследование и лечение. Анализ сказок, кроме распознавания психологических проблем, травм, конфликтов, жизненных сценариев, позволял и определить ведущую сенсорную систему (визуальную, аудиальную или кинестетическую). Разговор о чувствах героев сказки помогает пациенту приблизиться к пониманию своих чувств (возможно, впервые, если учесть алекситимию многих психосоматических больных). В процессе обсуждения написанной сказки рано или поздно почти каждый пациент восклицал: «Так что, разве я писал о себе?!»

Результаты анализа сказок показали, что почти 80 % больных вытесняют такие деструктивные чувства, как вина, обида, гнев, агрессия. В половине сказок обнаружены варианты родительско-детского взаимодействия. Почти во всех сказках поднимались экзистенциальные проблемы любви, одиночества, вины, смерти. Около трети пациентов отразили в них свои сексуальные проблемы, ярко были представлены и фобические переживания. Все это позволяет для каждого больного выбрать наиболее адекватные психотерапевтические методы и техники.

Важной «психокоррекционной мишенью» должна быть внутренняя картина болезни (ВКБ), когда она «неадекватна», препятствует адаптации к болезни, мешает эффективному лечению, профилактике, реабилитации. А.В. Квасенко и Ю.Г. Зубарев отмечают, например, что необходимо формировать и поддерживать нормосоматозогнозию, то есть такую оценку болезни и такое отношение к ней, которые соответствуют реальной тяжести и опасности болезни. Для достижения этой цели наиболее адекватной они считают рациональную психотерапию разъяснительного, успокаивающего, отвлекающего характера, косвенное внушение с учетом индивидуальных особенностей личности пациента. Перечисляется ряд требований к процессу общения врача с больным, которые, по своей сути, являются хорошо известными требованиями медицинской деонтологии: нужен «эмоциональный резонанс» с больным, чтобы он мог свободно обсуждать с врачом свои проблемы; надо обдумывать, как сообщить больному диагноз его болезни; информация не должна быть двусмысленной; надо формировать реалистичные ожидания в отношении результатов лечения, отвлекать больного от мыслей о болезни, делать акцент на улучшение состояния (даже незначительное) и т.д. Иногда в интересах больного допустима переоценка тяжести его заболевания, если снижена критика и есть элементы эйфории. Авторы отмечают, что особенно трудно корректировать отношение к болезни у лиц с признаками психопатии. В этом случае они рекомендуют наблюдение больного психиатром. В целом их представления о коррекции соматозогнозий не выходят за рамки «малой психотерапии», которой должен владеть каждый врач, общающийся с пациентом.

В.В. Николаева рассматривает проблему психологической коррекции ВКБ у больных с хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении гемодиализом. Она предлагает достаточно обоснованную программу психокоррекционной работы с этими больными, которая выгодно отличается от часто встречающихся простых «наборов» деонтологических требований к врачу. Многие элементы этой программы, принципы ее построения, вероятно, могут быть полезны и при аналогичной работе с другими больными. Как отмечают разные авторы, наиболее эффективной коррекция ВКБ оказывается при ее совместном проведении психиатром и психологом. Основная цель — предупреждение формирования «утяжеленных» форм ВКБ. Психологическую помощь нужно строить с учетом этапа формирования ВКБ и того, какой уровень отражения болезни является ведущим.