ЕЛЕНА ЛЕОНТЬЕВА

КАК ПСИХОЛОГУ РАБОТАТЬ С ПСИХОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ?



18+

Елена Михайловна Леонтьева

Как психологу работать с психотическими расстройствами?

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=70533865
SelfPub; 2024

Аннотация

Данное пособие представляет собой подробное руководство для психологов, работающих с клиентами, имеющими психотические расстройства. В нем вы найдете описание всех этапов работы с такими клиентами: от диагностики до частной практики.

Содержание

Тема 1. Основы реабилитационного процесса 7
Урок 1. Понятие реабилитации психических расстройств 8
Урок 2. Кто реабилитирует и на каких основаниях? 36
Урок 3. Запрос пациента и проблема выздоровления 47
Конец ознакомительного фрагмента. 60

Елена Леонтьева
Как психологу работать с психотическими расстройствами?

Как психологу работать с психотическими расстройствами?

Реабилитация и терапия психотического клиента.

Идея и задача

В психологической практике постоянно возрастает количество запросов, связанных с диагностикой и реабилитацией психических расстройств. Несмотря на то, что вся психотерапия выросла из терапии психотиков, большинство ответственных психологов даже с клинической подготовкой испытывают сомнения и опасения в живой работе с **психоти-**

ческим клиентом. Большая часть этих пациентов **может поддерживать** достаточно **высокий уровень жизни при наличии удачной реабилитационной программы и являться высокомотивированными клиентами** в частной практике.

Стиль изложения курса выбран не академический, а научнопопулярный, содержит ссылки на профессиональные источники, видеоматериалы, упражнения и домашние задания. **Курс предназначен для широкого круга специалистов, пациентов и их родственников**. Количество обращений к психологам и специалистам по реабилитации все время растет, а мифы о психических расстройствах и стигматизация этих пациентов представляют собой серьезную проблему. В разных школах психотерапии найдено много ценного для теории и практики реабилитации. Мой авторский подход к реабилитации психотического клиента также показал большую эффективность, существенное улучшение качества жизни и длительные ремиссии у моих клиентов. Эти знания позволяют овладеть **технологиями реабилитации и терапии** и оказывать высокопрофессиональную помощь вашим клиентам. Клиенты приходят в разных стадии ремиссии. Как с ними работать, чтобы эффективно помочь и не навредить? Необходима тонкая дифференциация и выполнение реабилитационного протокола.

Изучив пособие, вы получите:

– практические навыки составления реабилитационных

программ и протоколов;

– практические знания, необходимые для консультирования

и длительного ведения психотического клиента;

– сможете выполнить упражнения, позволяющие изучить свой страх безумия и проработать защитную стигматизацию.

Целью является повышение профессиональной компетенции специалистов в области клинической психологии и формирование устойчивости в работе с психотическими пациентами и клиентами.

Тема 1. Основы реабилитационного процесса

Урок 1. Понятие реабилитации психических расстройств

О каких психических расстройствах пойдет речь?

Психическое расстройство – в широком смысле состояние психики, отличное от нормального, здорового.

Есть более частное значение этого термина в таких областях, как юриспруденция, психиатрия и психология.

Противоположностью психического расстройства является психическое здоровье. Люди, умеющие приспособиться к условиям жизни и разрешать жизненные проблемы, обычно оцениваются как психически здоровые. Если же эти способности ограничены и человек не справляется с повседневными задачами в личной, семейной жизни или на работе, когда он не в состоянии достичь личных целей из-за особенностей своего психического мира, то может идти речь о том или ином психическом расстройстве.

Мы сосредоточимся на реабилитации психотических расстройств шизофренического спектра. И будем подходить к

этому не с точки зрения механизмов, поведенческих или юридических критериев, а в основном феноменологически – с точки зрения классической психиатрии.

Карл Теодор Ясперс, знаменитый немецкий философ, психолог и психиатр считал, что психотики – это люди, которые имеют необычный психический опыт, который большинство людей не имеет.

Собственно, сама болезнь во-многом и есть **наличие этого опыта**. Отчасти психотический опыт является психической травмой, поскольку он не перерабатывается, не интегрируется в личную историю человека, а существуют в схизисе, в расщеплении.

Реабилитация начинается уже при первом обращении больного к специалисту. Реабилитация предполагает, что что-то психическое было утрачено и подлежит восстановлению. Мы не будем рассматривать варианты реабилитации, при которых изначально был большой дефицит и дезадаптация. Детские формы шизофрении, дефектные пациенты не попадают в наши рамки рассмотрения, так как редко попадают в частную практику психотерапевтов. Однако основные знания и сведения к ним применимы. Они довольно редко попадают в поле зрения реабилитологов, хотя есть категория психологов и специалистов, которые много работают с такими пациентами в стационарах, вкладывая в эту работу огромное количество сил и специальных знаний.

Отличие реабилитации от психотерапии:

в реабилитации роль государства огромная, реабилитация —

социально-медицинский проект, психотерапия – частный случай.

Роль специалистов по реабилитации гораздо более *активная*, инициирующая – в отличие от психотерапевтического сеттинга.

Позже мы еще вернемся в тому, почему роль специалиста в реабилитации более активная и контролирующая и как это спорит с классической терапией. Отношение к активности и директивности зависит от терапевтического направления и личных свойств терапевтов. В реабилитации активность специалиста – терапевтический инструмент.

Отличие адаптации от реабилитации – дифференциальный прогноз и задачи

Реабилитация – более **сложная и долгосрочная** задача, подразумевающая **развитие**, адаптация не подразумевает личностного развития в большом объеме.

Также некоторые считают, что сначала должна быть адаптация к новым условиям (обострение или дебют болезни), потом реабилитация – восстановление с учетом изменения ситуации (болезни), абилитация – когда ничего утрачено не было.

Термины разные, и в итоге носят мировоззренческий характер для каждого специалиста – то, чем руководствуется специалист в своей работе. Адаптация – всегда менее рискованный проект. Проект *развития* — есть **риск** для специалиста **выгореть** и разочароваться в себе или в клиенте, или в профессии, не достичь целей. Выбор во многом зависит от личностных качеств специалиста, от его профессиональной философии и ценностей.

Резолюция министров здравоохранения Восточной Европы 1967 год: реабилитация – система мероприятий, призванная не допустить развитие патологических процессов, приводящих к инвалидности. Четко и понятно.

Кабанов М.М., советский и российский психиатр, 1981 год: «*Суть реабилитации в восстановлении индивидуальной и общественной ценности, социального статуса*».

Чтобы реабилитировать, нужен ответ на вопрос о причинах расстройств.

В настоящее время общеупотребимой является **модель биопсихосоциальных причин** психических расстройств. То есть, существуют биологические причины (расстройство химических процессов мозга и генетический фактор), психологические (концепция double bind, шизофреногенной матери, диатез стресса и т.д.), социальные причины (плохие условия и т.д.) (Жданова, 2013)

Про био и нейро:

Биологические и нейробиологические исследования, несмотря на взрывной научный интерес и обилие публикаций пока оказываются параллельными процессами с практикой реабилитации. На конкретного пациента никак не влияет обилие разнообразных данных о работе мозга при психических расстройствах, потому что основные принципы фармаколечения с открытием атипичных нейролептиков в 60-80-е годы 20 века, остаются неизменными, а фармакологические компании не вкладывают деньги в эти исследования. Многочисленные диагностические исследования (МРТ и т.д.), предлагаемые коммерческой медициной, кто-то считает выкачиванием денег, кто-то уверен в их информативности, но факт остается фактом – лечение психозов и других психических расстройств шизофренического спектра происходит симптоматически. Попросту говоря исходя из интуиции, опыта и предпочтений конкретного врача.

Таким образом, несмотря на огромный интерес и оптимизм коллег, связь химии мозга и реабилитации конкретного пациента – **задача следующего этапа научного развития и последующего внедрения в практику.** Обычно такие вещи занимают десятки лет, если не являются экспериментом или профанацией.

Однако **объективные методы исследования** важны и

при постановке диагноза необходимо исключать неврологические болезни, опухолевые процессы, злоупотребление психоактивными веществами, эндокринологические причины и т.д. Существует множество данных о связи молекулярных процессов при шизофрении с разнообразными дефицитами микроэлементов и т.д. Так что не нейролептиком единым – специалисту по реабилитации имеет смысл работать с медиками, учитывающими общее состояние организма и его особенности, помимо очевидной психопатологии. И **инициировать** дополнительную диагностику, если возникает подозрение, что она нужна.

Повторение – мать учения

Для тех, у кого есть пробелы в знаниях клинической психологии, настойчиво рекомендую учебник **Клиническая психология в 4-х томах**. **А.Б. Холмогоровой. Лучший учебник на русском языке.**

Системный подход заставляет и реабилитацию становиться системной. Соответственно, реабилитация должна идти этими тремя путями и становиться **биопсихосоциореабилитацией**. Вот какое определение дает немецкий психолог Рейнер Бастин: *«Психическое расстройство – психологический конструкт для определения комплексного феномена, который используется в разных социальных контекстах»,* постоянно модифицируется и зависит от многих факторов.

Также необходимо подвергать **систематической ревизии психологические теории** и концепции происхождения, протекания и лечения психических расстройств. В настоящем курсе мы уделим внимание **психологическим моделям реабилитации, то есть, тому, что психолог может и не может делать в бригадном способе лечения человека, страдающего от психотического расстройства.**

Уважаемый российский **психиатр Модест Михайлович Кабанов** выделяет 4 важных положения реабилитации:

– принцип партнерства врача и больного в реализации задач реабилитации;

– разносторонность усилий, воздействий и мероприятий, направленных на разные сферы жизнедеятельности реабилитируемого – семейную, трудовую, общественную, сферу досуга и на изменение его отношения к себе и своей болезни;

– принцип единства биологических (медикаментозное лечение, физиотерапия и др.) и психосоциальных (психотерапия, трудовая терапия и др.) **методов воздействия** (например, спорт); Единство методов обеспечивается **бригадой**, о которой мы будем дальше говорить.

– ступенчатость, т.е. переходность одного воздействия или мероприятия в другое (на это положение обратил в свое время внимание И.П. Павлов, назвав этот принцип основополагающим для любого вида человеческой деятельности). **Что означает для нас ступенчатость? План реабили-**

тации или протокол, который составляется вместе с пациентом.

Чтобы реабилитировать, надо знать, в чем заключается проблема. То есть, знать **диагноз и иметь адекватный прогноз лечения.**

Протокол реабилитации

Реабилитационный протокол.

Предназначен для совместной работы специалиста и пациента

Необходимая информация *:*

Ф.и.о. пациента,

Год рождения

Члены реабилитационной бригады:

Лечащий доктор (контакт)

Психолог, специалист по реабилитации, руководитель группы, соцработник (контакты)

Контакты (обязательно включая контакты родственников)

Данные анамнеза: *место рождения, семейные обстоятельства, детские болезни, психические болезни родствен-*

ников, госпитализации, обстоятельства последней госпитализации, назначенное лечение, психотравмирующие ситуации, суицидальный статус, психологическое и реабилитационное сопровождение и наблюдение, данные объективных методов исследования.

Индивидуальный план реабилитации:

Запрос пациента *– записать со слов и после подробного обсуждения (на уменьшение частоты обострений, смены недобровольных госпитализаций на добровольные, на полное или частичное восстановление/обретение трудовой социализации, семейная социализация и т.д.)*

Проблемы лечения, сопротивление, критика: *указать отношения к диагнозу, к лечению, проблемы психиатрического сопровождения, факторы обострений, достижения и минусы психологической и реабилитационной работы, приложить заключение ППИ (патопсихологическое исследование) и данные тестов при наличии.*

Гипотезы реабилитации: *как психическое расстройство помогает пациенту адаптироваться и какие другие варианты адаптации он может организовать с помощью психологической поддержки.*

Антисуицидальный контракт: *описать риски, отношение пациента, как прошла беседа о СК и какое соглашение достигнуто. Письменное соглашение – приложить.*

Алгоритм действий на случай обострений: *прописать достигнутое соглашение с пациентом о том, как и паци-*

ент и реабилитолог будут действовать в случае обострений (строгая рекомендация о госпитализации, связь с родственниками и лечащим врачом, варианты организации лечения.

Психотерапевтические и реабилитационные мероприятия: *группа психообразования, семейные консультации, индивидуальная терапия, групповая терапия, поведенческая терапия, арт-терапия и т.д.*

Ступень реабилитации и цель: *год на восстановление после дебюта, время на восстановление после обострения и контроль фармаколечения, устройство на работу (срок, условия) и т.д.*

Результаты и новые цели.

Проблема диагноза в психиатрии. Ограниченное информирование. Индивидуальный подход.

Проблема диагноза в психиатрии очень важна и имеет национальные особенности. **Стандартной практикой в нашей стране является несообщение (умалчивание) пациенту его диагноза**. У такой позиции есть серьезные основания – пациенты пугаются диагнозов, слово «шизофрения» имеет плохую репутацию неизлечимого и одного из самых «страшных» расстройств. Однако, пациент **имеет пра-**

во знать свой диагноз и понимать, от чего он лечится. Поэтому, многие врачи «вертятся на сковородке», чтобы с одной стороны не напугать впечатлительного пациента, с другой – побудить его серьезно лечиться. Лечение психических расстройств – дело долгое, серьезное, требует длительного наблюдения и работы бригады (психиатра, психолога, социального работника) и без осознания пациента тут не обойтись.

Закон

Статья 22. Информация о состоянии здоровья

Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении. В отношении лиц, не достигших возраста, установленного в части 2 статьи

54 настоящего Федерального закона, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, информация о состоянии здоровья предоставляется их законным представителям. В отношении лиц, достигших возраста, установленного частью 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, но не приобретших дееспособность в полном объеме, информация о состоянии здоровья предоставляется этим лицам, а также до достижения этими лицами совершеннолетия их законным представителям.

(в ред. Федерального закона от 31.07.2020 N 271-ФЗ)

(см. текст в предыдущей редакции)

Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 22.12.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2021)

Установленное ограничение соответствует нормам, принятым международным сообществом.

Согласно п. 4.4 Основ концепции прав пациента в Европе, принятых ВОЗ в 1994 г., «в объем предоставляемой пациенту информации включают также «сведения о возможных последствиях отказа от лечения», что весьма разумно. В этом же документе указывается, что «информация может быть скрыта от пациента лишь в тех случаях, если есть веские основания полагать, что предоставление медицинской информации не только не принесет пользы, но причинит пациенту серьёзный вред» (п. 2.3). Пациенты часто сами не

знают чего хотят, не настаивают на выписках после госпитализации и выписываются, не понимая, от чего лечились, что существенно затрудняет постгоспитальную реабилитацию.

В практике используются так называемые реабилитационные диагнозы, например: «аффективный психоз» и т.д., которые говорят о пережитом остром состоянии и возможно, приступе болезни, но **не говорят какой именно** болезни. Такая практика работает двойственно – с одной стороны, человек вылечивается от острого состояния и возвращается к обычной жизни, не переживая «страшный» диагноз, а с другой – если есть от чего лечиться, пациент, не понимая, чем он болен, легкомысленно относится к пережитому состоянию, не принимает лекарства, амбулаторно не лечится и в огромном проценте случаев опять заболевает.

Подавляющее число пациентов и родственников беспокоит **проблема «постановки на учет»**, то, что на работе узнают, что человек был в психиатрической больнице, лишат водительских прав и т.д. Многие родственники уверены, что больных неправильно лечат, «закармливают лекарствами и делают овощами». Гораздо меньше их беспокоят **реальные проблемы** – как остановить развитие болезни, узнать причины и провокаторы болезни, как найти хорошего врача и т.д. Требуется много времени и не одно обострение, чтобы осознать сам **факт болезни**.

Национальной особенностью является беречь пациентов от диагноза, но поддерживать очень длительное лечение.

Не всегда обоснованное качеством его реабилитации. Такая конструкция ставит перед специалистом по реабилитации и психологами сложные задачи – с одной стороны, необходимо поддерживать **принцип реальности** – для этого надо знать, чем болеешь и от чего лечишься, выстраивая совместно с пациентом и его лечащим врачом реабилитационную программу, с другой – у психолога нет права ставить диагноз и тем более конкурировать с врачом. **Это сложное место в реабилитации, само по себе весьма расщепленного свойства, оставляет пациентам место для отсутствия критики и сопротивления лечению.**

Конечно, в традиции ограниченного информирования проявляется патриархальная традиция отечественной медицины, которая «лучше знает, как вас лечить». Справедливости ради, не только у нас эта проблема существует. Это сложная проблема медицинской этики на данный момент, кажется решаемой исключительно индивидуальным выбором специалиста. Действительно, есть категория пациентов, которым сообщение психиатрического диагноза может навредить и правильное информирование пациентов о болезни – настоящее врачебное искусство. Но в конечном итоге для хронических расстройств практика сокрытия диагноза оказывается **порочной**: пациенты ходят по кругу, находят диагнозы в альтернативной медицине, не понимая, чем они болеют и от чего должны принимать длительное лечение. Врачи часто просто не отвечают на прямые вопросы, зато отве-

чают все кому ни лень – интернет, другие пациенты, гадалки, служители культа и т.д.

Обоснование и формулирование внятной информации о болезни, предназначенной для пациентов – важнейшая из задач не только медицины, но и других дисциплин – философии, психологии, этики. Внутри психиатрии такого ресурса, к сожалению, пока не наблюдается.

Как преодолеть это противоречие самим специалистам?

В психологии и психотерапии принято понятие **функционального диагноза** (школа Бехтерева В.М. и Выготского Л.С.).

Функциональный диагноз включает в себя:

1. Биологический аспект:

– активность болезни,

– фазу ее развития,

– характер и выраженность базисной дезинтеграции (Барденштейн, Беглянкин, и др. 2022),

– наличие признаков дизонтогенеза, т. е. соматобиологической пред

посылки формирования компенсаторно-приспособительных процессов (Коцюбинский, Шейнина, Пенчул, 2005).

2. Психологический аспект функционального диагноза выявляет нарушения познавательных и эмоционально-воле-

вых процессов и характеризует личность больного:

– индивидуальные особенности,

– ценностные ориентации,

– структуру потребностей,

– способы разрешения трудных и конфликтных ситуаций,

– предпочтительные формы психологической компенсации.

3. Социальный аспект функционального диагноза раскрывает:

– особенности социального статуса больного,

– внешние условия адаптации, обусловленные воздействием со стороны значимого окружения (семьи, профессиональной среды, микросоциальных групп и общественных институтов).

При этом функциональный диагноз делает возможным:

1) точнее оценить потенциально имеющиеся адаптивно-компенсаторные возможности пациентов (Медведева, 2014);

2) **конструировать индивидуальные программы восстановительного лечения**, направленные на:

а) устранение актуальных факторов, которые способствуют снижению адаптивных возможностей больных, хронификации болезни и инвалидизации пациентов;

б) оказание помощи больному в его адаптации к микросоциальной среде (производственной, семейной, бытовой и др.) и адаптации среды к нему;

в) достижение хорошего или удовлетворительного каче-

ства
жизни больного.

Можно ли вылечить психическое расстройство?

(Прежде чем изучать дальнейший материал, ответьте себе на этот вопрос по возможности письменно или обсудите в группе коллег. Изначальные установки имеют большое значениедля становления вашей профессиональной философии.)

Ответ на этот вопрос сильно меняется от места и времени. Совсем недавно основное психическое заболевание – шизофрения – считалось неизлечимым и от этого приобрело очень плохую репутацию среди других психических расстройств. Страшилки обыденного сознания пугают опасными, непредсказуемыми людьми, совершающим стыдные и неприятные вещи, которых желательно пожизненно держать в спец учреждениях тюремного типа. Сейчас, в век, когда медицина замахнулась на контроль главных составляющих человеческой биологии, **психические расстройства перестали восприниматься фатально, а кое-какие даже вошли в моду.** Действительно, если мы можем контролировать зачатие, жить в два раза дольше и пересаживать новые органы, то что нам мешает вылечить такую эфемерную субстанцию как психика? Важна роль СМИ и соцсетей (личные истории вылечившихся и болеющих, ужасные преступ-

ления психически больных, сериалы) – **легализация психических проблем** – нарастающий тренд.

Истина, как обычно, располагается где-то посередине. Очень многие никогда не воспользуются шансом вылечиться и есть случаи, когда медицина бессильна. Лекарства могут вообще не помогать, а психические расстройства, стартующие в детстве и сильно повлиявшие на развитие, лечатся тяжело или не лечатся вовсе.

А для тех, кому **повезло** и им помогают лекарства и профессионалы по реабилитации, важно понять, что значит **«вылечить»?**

Обычно люди считают, что вылечить – значит никогда больше не болеть. Из этой логики почти все болезни неизлечимы – никаких гарантий нет, что приступ гастрита не настигнет вас лет через сорок после дебюта. Но если гастрита не было сорок лет – вы болели им или нет все это время?

Медикам свойственно перестраховываться и считать шизофрению неизлечимой. Это во многом связано не только с пониманием данной нозологии, но и с традициями и устройством медицинской индустрии: с правилом постановки на учет, выдачей бесплатных лекарств и прочей государственной помощью. Если человека признать вылечившимся, то его надо лишить этой помощи, а это тот уровень риска и ответственности, который государственной медицине плохо доступен. Поэтому прекращение приема лекарств, снятие психиатрического диагноза и снятие с учета требует очень

больших усилий от пациента и серьезного риска от конкретного врача.

Однако сами пациенты и те специалисты, которые настроены более оптимистично, очень нуждаются в том, чтобы иметь надежду на излечение. Иначе стигматизация (психи опасны и их нельзя вылечить) и самостигаматизация (я больной псих на всю жизнь) разрушают жизнь и накладывают фатальные ограничения, как правило, касающиеся семьи, детей и профессии. Само по себе представление о «неизлечимости» – травмирующее представление, способное вызвать весь комплекс негативных компенсаций, от отрицания до отказа от базовых жизненных программ.

Таким образом, на что мы можем опираться, отвечая на вопрос — ***«здоров я психически или нет?»***

Данный фрагмент материала сделан как прямое обращение к пациентам, его можно использовать как инструкцию.

В настоящий момент во главу угла ставятся понятия «психического здоровья» и «качества жизни», которые считается **нормальным** на взгляд большинства. Критерии психического здоровья доступны и их можно изучить в Википедии. Честно говоря, не хочется их повторять, потому что, исходя из этих критериев, мы на всей планете наскребем горстку «нормальных». А после ковидного и военного времени и вовсе не наберем. Этот путь кажется мне тупиковым. Поэтому, **исходя из собственной многолетней практики и опы-**

та, я выделю всего три пункта, которые считаю главными:

У вас есть критика к болезни. То есть, вы знаете про себя, что были больны или больны сейчас и нуждались/нуждаетесь в медицинской помощи. Вы можете иметь множество версий, почему так произошло, обид на родственников и врачей, это не принципиально. Главное, что вы точно знаете, что были больны и нуждались в помощи. Это место больше не является зоной психологического конфликта.

Вы нашли контакт с специалистами и находились на лечении, после которого симптомы психического расстройства закончились или перестали вас беспокоить.

Вы восстановили ваш привычный образ жизни и сами несете за себя ответственность. Вы больше не находитесь на лечении, но знаете, как помочь себе и куда обратиться за помощью, если она вам понадобится.

Если вы ставите галочку напротив этих пунктов, **то вы точно вылечились,** я вас поздравляю! Вас можно считать психически здоровым человеком. А гарантий, что «никогда больше ничего не будет» не существует. Так же как с гастритом.

Спорным моментом является третий пункт – то есть **отказ от медикаментозной терапии**. Потому что известны тысячи случаев, когда люди пьют нейролептики десятки лет

и избегают обострений. Как многие люди пьют полжизни пищевые добавки или лекарства, понижающие холестерин.

И все же большинство пациентов стремятся именно к этому – **не пить лекарства.** Когда ко мне приходит пациент с психиатрической историей, обычно он говорит: «*я больше никогда не хочу попадать в больницу и не хочу пить таблетки*».

А я долго и нудно мучаю такого пациента, пытаясь вместе с ним выяснить, *зачем он хочет вылечиться и на что ради этого готов*. Потому что требуется **подвиг**. Самый настоящий. И далеко не все готовы его совершать, ведь это **дело долгих и непростых лет**. Ваших в том числе. Тут важно не торопиться и дать возможность хорошенько человеку подумать. Психическое расстройство часто является вполне пригодным **способом адаптации,** кто бы ни считал иначе. Всегда есть выбор. И если человек принимает это решение, одно из самых важных в своей жизни, на самом деле готов **отказаться от того, что ему дает болезнь** (а она всегда много дает – это ключевой момент), то существует, на мой взгляд, вполне **рабочая технология излечения.**

Внимание, это важно!

Я ***всегда поддерживаю адекватное медикаментозное лечение***. Если вам помогают таблетки – это удача и надо ей пользоваться. Столько, сколько нужно. Непрерывное длительное лечение действительно дает результаты. Проблемы медикаментозного лечения и их решение заслуживают от-

дельного разговора, и мы не будем здесь их подробно обсуждать. Поэтому, первый и самый важный шаг – *найти доктора*, которому вы будете доверять, а он будет решать ваши проблемы. Бесплатного доктора предоставляет государство, но, если он не подходит, нужно искать другого.

Вопрос упирается в деньги. В моей практике не было случаев стабильной ремиссии при длительной психотерапии без медикаментозной поддержки. У кого-то было, наверное, но у меня нет. Поэтому, ответ очевиден. **Не надо лечить выпадение волос, если у вас из ноги кровь хлещет**, а такое впечатление часто складывается при супервизиях, когда психологи пытаются решать психологические проблемы с пациентом, а главная проблема – его лечения – не решена.

И здесь пункт второй – не менее важный, чем первый. *Обязательно надо* ***трудиться***. Если не работает голова, надо работать физически. Более того, **физический труд первое время даже лучше.** На этом знании основана трудотерапия в стационарах. Физическая активность разгоняет хронически сильное психофизическое напряжение в теле и не требует хорошо соображать, что сложно, если вы загружены психотропами. (Если вы потрогаете своих пациентов за плечи, вы увидите, как сильно напряжены плечи, спина, шея, голова). А голова после обострений работает плохо. Необязательно каждый день ходить в офис, но трудовая активность должна быть стабильной и приносить доход. **Любой доход – это не ради денег, это ради излечения**.

Коллегиальный опыт говорит однозначно – те, кто бросают надолго работу из-за болезни, имеют меньше шансов, чем те, кто **преодолевает стеснение, страх, стыд, апатию и идут на работу**. Конечно, специалистам может платить семья – мама, папа, дети, муж, жена и так далее. ***Но если клиент платит за свое здоровье сам – его шансы на излечение повышаются еще на несколько принципиальных пунктов.***

Конечно, очень важна психотерапия – постоянная и длительная. Надо найти психолога, работающего с данной проблемой. В нашей стране достаточно хороших клинических психологов. За **пять лет** можно добиться очень впечатляющих результатов. Те конфликты, которые регулярно приводят к обострению, должны быть осознаны и разрешены до той степени, чтобы не вызывать **стойкого психического напряжения**, которое выливается в депрессию или психоз. Должна быть восстановлена адекватная чувствительность. При **шизофрении люди теряют ориентацию в своих чувствах – они перестают понимать градусы своих эмоций.** Со стороны это может выглядеть как ажитация, гиперчувствительность или эмоциональная выхолощенность. **Это долгая и тяжелая работа, но она помогает.**

Итог хорошей психотерапии – восстановленная чувствительность и способность справляться со стрессами без компенсации, которую обеспечивают симптомы. Таким образом, они становятся просто не нужны психике. Часто реше-

ние этих проблем связано с изменением образа жизни пациента – изменением условий и отношений, питающих болезнь.

Так что вылечиться можно. Таких людей много, просто не все готовы об этом говорить открыто. Нужно точно знать, что станет лучше. Депрессия закончится, а обострения можно научится предотвращать. Потихоньку, в час по чайной ложке, но обязательно станет лучше. Точно можно обеспечить себе долгие периоды хорошей ремиссии. Жить обычной жизнью. Как все. Это реально, но надо очень хотеть и все для этого делать.

Список литературы к Уроку 1:

1. Reiner Bastine deutscher. Professor für Psychologe // Wikipedia URL: https://de.m.wikipedia.org/wiki/Reiner_Bastine (дата обращения: 28.12.2022).

2. Барденштейн Л.М., Беглянкин Н.И., Казаковцев Б.А., Алешкина Г.А., Пивень Б.Н., Молодецких В.А. Клиническая психиатрия. Избранные лекции. – М.: НИЦ ИНФРА-М, 2022. – 432 с.

3. Бехтерев, Владимир Михайлович // Википедия URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Бехтерев,_Владимир_Михайлович (дата обращения: 28.12.2022).

4. Видманова Л.Н. «Аффективные психозы» // ФГБНУ НЦПЗ URL: http://www.psychiatry.ru/lib/56/book/103/

chapter/1 (дата обращения: 28.12.2022).

5. Викторов В. Генетические факторы и психические расстройства // Портал Московская медицина URL: http://moskovskaya-medicina.ru/psihicheskie-rasstroystva/geneticheskiefaktory-i-psihicheskie-rasstroystva.html (дата обращения: 22.12.2022).

6. Дебют // Национальная энциклопедическая служба – Психологическая энциклопедия URL: https://vocabulary.ru/termin/debyut.html (дата обращения: 22.12.2022).

7 Жданова, Т. Н. (2013). Влияние социальных факторов на психическое здоровье (на примере лиц с психическими расстройствами). Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология, (2)

8. Кабанов, Модест Михайлович // Wikipedia URL: https://ru.m.wikipedia.org/wiki/Кабанов,_Модест_Михайлович (дата обращения: 28.12.2022).

9. Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., Пенчул Н. А. Функциональный диагноз в психиатрии. Сообщение 1 // Социальная и клиническая психиатрия. 2005. №4. (дата обращения: 24.10.2020).

10. Кто такая «шизофреногенная мать», или К чему ведет подавляющая гиперопека // Психологос URL: https://psychologos.ru/articles/view/kto-takaya-shizofrenogennaya-matzpt-ili-kchemu-vedet-podavlyayuschaya-giperopeka (дата обращения: 22.12.2022).

11. Лиманкин О.В. Психотерапия и психосоциальная ре-

абилитация в системе современной психиатрической помощи // Сайт Российкого общества психиатров URL: https://clck.ru/336dqn (дата обращения: 22.12.2022).

12. Медведева, Н. И. (2014). Психологический анализ адаптационных и компенсаторных возможностей в структуре личности. Мир науки, культуры, образования, (5 (48))

13. Пилюгина, Е. И. Взгляды Л.С. Выготского на проблему психологического диагноза / Е. И. Пилюгина. – Текст: непосредственный // Молодой ученый. – 2016. – № 27.1 (131.1). – С. 3-6. – URL: https://moluch.ru/archive/131/35959/ (дата обращения: 28.12.2022).

14. Право на доступ пациентов к информации о состоянии своего здоровья реализуется в России не в полном объеме // ГАРАНТ.РУ URL: https://www.garant.ru/news/648529/ (дата обращения: 28.12.2022).

15. Схизис (шизис) // Сайт Российкого общества психиатров URL: https://psychiatr.ru/education/slide/435 (дата обращения: 22.12.2022).

16. Трусова В.И. Химический дисбаланс мозга – что нужно знать? // Medical Insider URL: https://medicalinsider.ru/news/khimicheskijj-disbalans-mozga-chto-nuzhnoznat/?doing_wp_cron=1603563002.3393030166625976562500 (дата обращения: 22.12.2022).

17. ФЗ "О внесении изменения в статью 22 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Фе-

дерации" от 31.07.2020 N 271-ФЗ (последняя редакция) // КонсультантПлюс URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_358746/#dst100008 (дата обращения: 28.12.2022).

18. ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ (последняя редакция) // КонсультантПлюс URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 28.12.2022).

19. ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 19.12.2022) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" Статья 22. Информация о состоянии здоровья // КонсультантПлюс URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/
d2872d82b3b26ca307971f590ce02dd3 7f71cafc/ (дата обращения: 28.12.2022).

20. ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 19.12.2022) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" Статья 54. Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья // КонсультантПлюс URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/
a8398529a12cd9bf03edcf0f783bbf7c58d5c7cd/#dst101166 (дата обращения: 28.12.2022).

21. Холмогорова А. Б. Клиническая психология : [учебник] : в 4 т. / под ред. А. Б. Холмогоровой ; Московский гор.

психолого-пед. ун-т, Фак. психологического консультирования, Каф. клинической психологии и психотерапии. – М.: Академия, 2010

22. Яковлев В.А. Модели психических болезней // Научный центр персонализированной медицины URL: http://personpsy.ru/publikacii/nashi%20publikacii%20na%20fejsbuke/lektsii/modeli-psikhicheskikhbolezney.php (дата обращения: 22.12.2022).

Урок 2. Кто реабилитирует и на каких основаниях?

В реабилитационном процессе участвуют: медицинское учреждение (стационар, дневной стационар, ПНД, сам пациент и его семья, лечащий доктор, клинический психолог или психотерапевт, социальный работник, группы поддержки).

Психосоциальная реабилитация начинается при первичном обращении за психиатрической помощью.

К сожалению, в нашей стране **только начинает формироваться психологическая культура,** и люди обращаются к психологу в основном, когда «гром гремит» и гроза уже началась. Поэтому первичное обращение часто заканчивается госпитализацией, потому что человек уже находится в совершенно неадекватном состоянии, острой фазе болезни, которая требует немедленного медикаментозного лечения и наблюдения. Действительно, часто эти пациенты ищут помощи в альтернативных психологическим кругах – в церкви, на тренингах личностного роста или каких-то неспециализированных психологических мероприятиях, где особенности их психического состояния могут проявиться. Сами по себе эти мероприятия не виноваты в том, что психическое состояние человека ухудшилось. Оно бы все равно ухудши-

лось в свое время. Однако люди очень часто не понимают, что с ними происходит до момента госпитализации. Поэтому к моменту госпитализации развивается уже острое состояние, которое невозможно быстро купировать. Клинической специализацией обладает не так много специалистов и распознать симптомы не всегда просто.

Прогноз и план реабилитации

Что касается прогноза и лечебного плана, потребитель психиатрической помощи сталкивается с теми же проблемами, что и любой пользователь системы здравоохранения. К сожалению, идеальной картинки, при котором регулярно собирался бы консилиум специалистов ради одного пациента и совместно работал бы над схемой лечения и прогнозом, **не существует**. **Практика клинических разборов** в психиатрии имеет длительную историю и традицию, но в долгосрочной перспективе реабилитации не представляет собой системообразующей ценности. В реальности лечащий доктор у пациента может меняться (в стационаре один, в ПНД другой), есть проблема текучки кадров.

Многие пациенты не хотят ходить в ПНД, становиться на учет и ищут частного психиатра. У частной психиатрии в нашей стране очень большое будущее, но пока катастрофически не хватает специалистов, которые работали бы на современном уровне платной медицины. Это связано еще и с тем,

что в среде психиатров (как и в других сферах) частная практика или работа в коммерческих медицинских центрах считается довольно постыдным занятием. В стандартных коммерческих медицинских центрах редко работают психиатры. Многие скрывают от коллег свою частную практику, а также сталкиваются со сложностями выписывания рецептов, обеспечения безопасности своей практики и с другими проблемами, страхом уголовной ответственности. Все это не способствует качественной постгоспитальной реабилитации. По этой причине **некоторые организационные функции по созданию бригады приходится брать на себя клиническому психологу,** к которому попадает первичный психиатрический пациент.

Первичное обращение психиатрического пациента к психологу

Варианты создания бригады:

1 вариант

В случае плохого психического состояния (переживания острого горя, сильной тревоги, расстройства сна, депрессивного состояния) вы можете порекомендовать клиенту обра-

титься за помощью (к участковому терапевту, неврологу, психиатру в ПНД, вашему знакомому психиатру).

Скорее всего, пациент последует вашему совету или после психологической работы ему станет лучше и необходимость в медикаментозной терапии отпадет. Вы можете договориться с ним, что он сделает это после того, как вы поработаете какое-то время и примете это решение позже. Часто такие пациенты не хотят обращаться к врачу. Если случай пограничный, то достаточно 2-10 встреч, чтобы решить вопрос стратегии лечения. За последние три года количество таких обращений выросло в разы, большинство из них удается проработать с бригадой психолог/психиатр достаточно эффективно.

2 вариант

Человек обращается к вам первый раз, и вы в процессе первичной беседы (клинического интервью) предполагаете у него наличие психического расстройства или острого состояния. Также он рассказывает вам, что у него были неудачные попытки обращения за помощью (в том числе альтернативной), и/или суицидальные попытки, опыт приема психотропных препаратов, попытки самолечения.

Схема первого варианта не работает в случае, если в поле вашего зрения попал психиатрический пациент!

Для диагностики использовать клиническое интервью и Патопсихологическое исследование (ППИ).

Часто это происходит еще на стадии телефонного звонка самого пациента или родственников. Если разговор по телефону не оставляет сомнений в том, что пред вами психиатрический пациент, вы **обязаны сразу направить его к врачу и дать всю необходимую информацию**. Будет не лишней заботой попросить пациента **дать обратную связь о результатах обращения.** Обратная связь очень важна – это терапевтический инструмент, а не избыточный контроль.

Очень часто **родственники не знают, что делать.** Пациент к врачу обращаться отказывается, а его состояние с каждым днем становится хуже. В таком случае рекомендация специалиста должна быть очень четкой – **немедленное обращение за помощью в лечебное учреждение.** Для родственников присутствует психологический конфликт – «сдать в психушку» своего отца, или мать, или супруга, или ребенка очень страшно. Задача психолога убедить в том, что если люди не обращаются за помощью – это то же самое, если они не вызывают пожарных на пожар или не пытаются спасти человека, который истекает кровью. Разницы никакой нет – острые психозы разрушительны для здоровья и представляют угрозу для жизни человека. В нашей стране часто меняются правила и регулирование психиатрической помощи, но неизменной пока остается легкая возможность вызвать психиатрическую скорую помощь.

Огромное количество людей до того, как такое решение станет неминуемым, делают много того, что усугубляет состояние пациента. Обращаются к колдунам, в церковь, к нетрадиционной медицине. Все эти странные опыты становятся частью психотического состояния, историей очередного обострения и потом долго осмысливаются человеком, мешая принять реальность необходимости лечения. Чему весьма мешают привнесенные идеи греха, порчи, заговора/приворота и т.д. и т.п.

В любом случае возможен **исключительно бригадный способ** работы – то есть у пациента должен быть лечащий доктор в любом формате, и в идеале с ним должен быть **рабочий контакт**.

Что такое рабочий контакт и бригадный метод работы?

Рабочий контакт – контакт такого типа, который позволяет оперативно решать проблемы пациента, давать возможность для безопасного и честного сотрудничества в длительной перспективе. Лечение психотического пациента может занимать много лет. В идеале специалист должен быть легко доступен для пациента, иметь личный телефонный номер и договоренность звонить или писать в определенных случаях. Проблема рабочего контакта очень существенная, так как в ПНД большая текучка кадров, сложно найти постоян-

ного лечащего врача, пациенты передаются от врача к врачу. Нет специалиста, который наблюдает пациента достаточно долгое время, чтобы делать определенные выводы о тяжести его состояния, прогнозах, снижения фармакологической нагрузки, побочных эффектах, снятия диагноза и др.

Многие врачи неохотно принимают пациентов в частном порядке. Все это не способствует качественной реабилитации, краеугольным камнем которой является **доверие** к лечащему врачу, глубокое знание врачом истории пациента и готовность решать проблемы его лечения. А проблем возникает много – недоверие к лечению, плохая или отсутствующая критика к болезни, амбивалентное отношение к ситуациям госпитализации, побочные эффекты терапии, поддержка самостоятельных решений пациента. Типичная история – сам пациент снизил дозу лекарств, адаптировался и потом сообщил об этом врачу или вообще отменил лекарства и только спустя время сообщил доктору о результате. Поскольку подавляющее число пациентов делают это неправильно (не снижают дозы препаратов по схеме, а отменяют его в один момент), то результат часто бывает неудовлетворительный.

Пациенты отменяют лекарства, в первую очередь, потому что, когда симптомы уходят, на первый план выходит ежедневная, обычная жизнь. Как мы себя чувствуем каждый день. Лекарства зачастую притупляют чувства, эмоции, в первую очередь радость от простых вещей – солнца за ок-

ном, вкусной еды, секса, общения и т.д. И когда пациенты их отменяют, они возвращают себе уровень эмоций на прежнем уровне, «как будто опять начинаешь нормально жить», это очень привлекает, естественно. Проблема в том, что пока пациент не научится контролировать сильные колебания своих эмоций из минуса в плюс, то обострение практически неизбежно. Месяц-два-три без лекарств – и все по новой, необходимо предупреждать об этом пациента и искать выход вместе с лечащим врачом.

Бригадный метод лечения представляет собой **долгосрочную договоренность нескольких специалистов работать с пациентом**, своевременно консультируя и наблюдая его. Поскольку специалисты могут менять место работы, уходить или возвращаться из частной практики, у них должна быть ответственность сохранять этот рабочий контакт, несмотря на возникающие проблемы. Если специалист хочет выйти из бригады – естественным профессиональным решением будет подобрать пациенту другого специалиста, качественно подготовить и передать историю болезни и историю реабилитации.

Психологам, работающим с психотическими пациентами, а также со всеми пациентами, находящимися на медикаментозной поддержке по поводу психических расстройств любой степени тяжести, настоятельно рекомендуется работать **только** бригадным методом. Это так важно еще и потому что часто именно у психолога есть возможность быстрее за-

метить изменение состояния пациента, в силу психологического сеттинга он чаще видит пациента, чем лечащий врач. Соответственно у психолога есть возможность оперативнее реагировать на негативное изменение состояние пациента и в случае необходимости настоятельно рекомендовать или помочь организовать встречу с лечащим врачом.

Также перед психологом стоит задача осуществлять поддержку контакта **пациент-лечащий врач**. Пациенты нередко испытывают значительное недовольство лечением, неверие в его необходимость, неприятность выдерживания побочных эффектов. Поскольку врачи занимают твердую позицию «надо лечиться», пациент часто не имеет возможности обсудить свои сомнения в лечении, недоверие к доктору. Иногда пациент **умалчивает** об определенной симптоматике, если считает, что это приведет к изменению схемы лечения. Однако, психолог имеет прямой доступ к этим переживаниям пациента и может подробно объяснять пациенту **зачем** необходимо лечение.

Упражнение

Вариант для самостоятельной работы *: возьмите листочек бумаги и нарисуйте «доказательство» пациенту, почему ему надо лечиться. Схему или рисунок. Используйте метафорическое «доказательство» на уровне связи мозг-психоз. Что происходит в мозге и почему это вызывает пси-*

хоз. Это может быть одно «доказательство» или несколько.

Для работы в *двойках – первый участник жалуется, рассказывает свою историю 20 минут, не уверен, что ему нужно лечиться, второй – задача убедить, используя подручные материалы – рисунки.*

На практике простая схемка с нарисованными «перевозбужденными» связями между нейронами во время психоза и последующим торможением и «усталостью» нейронов и связей между ними неплохо объясняют пациенту, что с ним происходит и почему он так плохо себя чувствует после обострения. **Пациентам свойственно путать «тормозящий» эффект антипсихотиков с постпсихотической депрессией.** Задача – довести до их сведения естественность и закономерность этого процесса.

Список литературы к Уроку 2

1. Диагностическое интервью // Живой Журнал URL: https://gonzotherapy.livejournal.com/24867.html (дата обращения: 04.01.2023).

2. Кернберг О. Структурное интервью при изучении нарушений личности. // Психоанализ | Вячеслав Шустилов – психоаналитик, клинический психолог (Минск) URL: https://psychoanalysis.by/2018/01/05/structured-interviews/ (дата обращения: 04.01.2023).

3. Клинические разборы в психиатрической практике / под ред. проф.

А.Г.Гофмана. – 4-е изд., доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2015. – 720 с.

Урок 3. Запрос пациента и проблема выздоровления

Запрос пациента, как правило, звучит так:
«хочу не болеть»,
«хочу вылечиться»,
«никогда не попадать в больницу».

В этом месте мы сталкиваемся с **фундаментальной проблемой выздоровления** от психотических расстройств и изменением отношения к этой проблеме. Долгие годы диагнозы под рубрикой «шизофрения» считались неизлечимыми, чуть ли не смертельными. В любом случае такими, которые прямо указываются в законе как диагнозы, которые необходимо сообщать партнеру по браку, которые влекут за собой довольно много правового регулирования (ограничение свободы, недобровольная госпитализация, инвалидность, защита имущественных прав и т.д.)

В настоящий момент картина медленно, но верно, меняется. Процент резистентных к терапии психиатрических расстройств очень низок. Антипсихотическая терапия и развитие реабилитационных и психотерапевтических практик дает **надежду тысячам пациентов на полноценную жизнь**.

В ряду пациентов и профессионалов происходит медленное изменение **от тотально пессимистического** и адаптационного подхода к более **реалистическому**, при котором мы имеем перспективу полноценного образа жизни при условии внимательного и уважительного отношения к своему заболеванию.

В сообщениях последних лет **российские психиатры Исаак Яковлевич Гурович** и Александр Борисович Шмуклер приводят данные многочисленных катамнестических исследований, указывающих, что **не менее 20-25% больных шизофренией выздоравливают,** при чем эта возможность касается и наиболее тяжелого стационарного контингента пациентов.

Так, психиатры Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского Александр Борисович Шмуклер и Оксана Сергеевна Бочкарева показали, что **у 44,4% пациентов после перенесенного первого психотического состояния отмечалась стойкая ремиссия длительностью не менее 5 лет**.

Общее количество приступов за все время болезни почти в 80% случаев не превышало 5 и только у 4% пациентов было 11 или более; 5% больных не госпитализировались, а еще 29% – поступали в больницу лишь однажды. Частые госпитализации (11 и более за все время болезни) отмечались только у 9% больных. То есть, значительная часть больных обнаруживала относительно благоприятное течение заболевания

и наблюдается преимущественно амбулаторно.

В целом, авторы указывают, что больные значительную часть времени находятся в состоянии ремиссии, что требует **разработки ее систематики**. При этом пессимизм относительно выздоровления очень распространен, зачастую шизофрения рассматривается только как прогредиентное заболевание с неблагоприятным исходом, что находит отражение в некоторых моделях (например, **в стадийной модели шизофрении** (McGorry в соавт., 2006). И это также накладывает отпечаток на восприятие больных шизофренией и их потенциальных возможностей со стороны медицинских работников, а значит, во многом и тех усилий, которые необходимо предпринимать для их реабилитации.

Таким образом, запрос на «выздоровление» не кажется сейчас чем-то недостижимым или непрофессионально оптимистичным, хотя все еще доминирует подход «не ждать многого» от психотических пациентов. Чтобы разобраться в этом вопросе более предметно, как и в случае любого другого сложного диагноза, надо хорошо понимать, в каких случаях у каких пациентах есть какие шансы на полное выздоровление, на частичное и т.д. **Еще раз: что считать выздоровлением?**

Следующий сложный вопрос для психотических пациентов. Полное или частичное исчезновение симптомов, длительные ремиссии или отказ от лекарств? Трудовая или семейная адаптация?

Сложный вопрос, потому что обострение психического расстройства может относительно внезапно случиться спустя много лет качественной ремиссии, через 5, 9, 20 лет. Скептики скажут, что человек болел все это время, раньше на все такие случаи существовал термин «вялотекущая шизофрения», или «*вялтек*» на профессиональном жаргоне. То есть, он все эти годы болел, но вяло. Поскольку шизофрения до сих пор не является болезнью, которую можно «доказать» (нельзя взять анализ на шизофрению), мы можем ее только наблюдать и лечить симптоматически, то ответ на это вопрос лежит в области верований о болезни, а не в какой-то другой области.

Я предпочитаю подход, при котором, конечно, человек не болел все эти годы, но при определенных условиях у него может опять эта болезнь возникнуть.

Кроме того, есть хронические пациенты. Вторичной и третичной реабилитации таких пациентов нет, так как они хронически существуют связанными с психиатрической системой, в то время как выздоравливающим пациентам и пациентам с длительной ремиссией свойственно стремиться эти связи не поддерживать. **Наличие связей с системой —** критерий стадии/ступени реабилитации.

Болезнь разрушает психику, психозы опасны не менее инсульта, до сих пор не понятны механизмы воздействия психозов на мозг, однако оно может быть **сокрушающим и вызывать либо необратимые, либо стойкие дефек-**

ты психики – нарушения мышления, снижение когнитивных функций, эмоциональные нарушения. А может проходить относительно безвредно, не затрагивая когнитивных функций. Во многом, это зависит от так называемого «преморбида», от того, как протекал психоз, насколько своевременно оказывалось лечение, от скорости выздоровления.

Общее правило довольно простое. **Острое течение – хорошо, а не плохо**. Острота говорит о том, что у организма на эту остроту есть силы, ведь психозы истощают психику невероятно сильно. У организма есть что выбросить в синаптическую щель. Вспомните самые сильные свои эмоциональные переживания, которые длятся длительное время и умножьте эти переживания в 10-15, а иногда и в 100 раз. Истощение от них огромное.

Гораздо хуже «вялые», хронические депрессивные формы, прогредиентные и с выраженным эмоциональным дефектом. Именно работа с такими пациентами сильно истощает специалистов, идет на «их энергии». Поэтому бояться ярких и впечатляющих психозов у ваших клиентов не стоит, они имеют лучший прогноз.

Итак, для вторичной стадии реабилитации надо определиться на что можно рассчитывать, исходя из имеющегося опыта болезни: **на уменьшение частоты обострений, смены недобровольных госпитализаций на добровольные, на полное или частичное восстановление/обретение трудовой, семейной и др. социализа-**

ции.

Сопротивление лечению

Человек очень хочет выздороветь, но не очень понимает, что для этого надо делать и как много сил, средств и времени в это вложить. Очень часто инициаторами реабилитации выступают члены семьи пациента, а сам пациент безучастен, разочарован или тотально недоверчив к специалистам. Можно обнаружить мотивацию самого пациента, но для этого необходимо установить **доверительный контакт** и хорошо объяснить, как работает реабилитация. В тоже время необходимо учитывать, и это драматически важно, что существует сопротивление лечению и реабилитационному процессу, и это **сопротивление** не досадная помеха, а первоначально **самая важная мишень реабилитационного процесса**. **На чем основано сопротивление?**

Как мы уже говорили, психические расстройства хитры (они же психические!) и помимо биологической основы своего происхождения имеют явные защитные свойства для психики.

Одно из самых старых понятий психоанализа «**маниакальная защита»** прямо и удивительно точно отражает защитный смысл такого состояния как мания. Есть явления в реальности, от которых мы не прочь защититься, есть явления реальности, от которых мы всегда защищаемся, а есть

явления реальности, которые могут быть совершенно непереносимы. Приспособительные механизмы психики включаются на полную, когда мы с ними сталкиваемся. Во многих случаях речь идет о сильной душевной боли, в других случаях о некоторых сложных эмоциях, например, ужасе, страхе или гневе. **Сопротивление возникает, когда пациенту предлагается отказаться от защитных ресурсов психического расстройства.** Отказаться во имя неясных целей психического здоровья и нормальной жизни. Нормальная жизнь оказывается не очень соблазнительна по ряду очень веских причин, задача реабилитационного процесса – узнать каких именно.

Выдвигаем гипотезы реабилитации:

Гипотезы означают, что эти феномены могут быть обнаружены, а могут быть и не обнаружены!

Важно сохранять объективный взгляд и не натягивать на пациента психологические теории любой ценой.

Таким образом, в реабилитации **первоначальным посылом** может быть постулат о том, что у вашего пациента **не было другой возможности проживать свою жизнь и ее события без психического расстройства**.

Вторым посылом должно стать обоснованное, но неосознаваемое или не проговоренное опасение того, что обычная «нормальная» жизнь окажется не под силу без «защиты»

психической болезни. Требования, которые социум предъявляет к «нормальным» его членам, строги и очень высоки в нашей культуре или семье пациента. К человеку под защитой болезни – требования снижаются. Это то, что принято называть вторичной выгодой.

Третьей и самой сложной гипотезой является то, что в психическом расстройстве для пациентов **может** содержаться самостоятельная ценность и **удовольствие.**

Научное исследование, проведенное мной на базе больницы имени Н.А. Алексеева (2018), позволило уточнить эту гипотезу. ***Представления о ценности психических расстройств***

Мы задали вопрос участникам исследования – *есть ли в психических расстройствах какая-либо ценность?*

И столкнулись с нетривиальной разницей между участниками исследования разных групп в отношении этого вопроса. Представители группы условной нормы говорили о психических расстройствах как об особом уникальном опыте, связанном со свободой и творчеством. Например:

«Можно выделиться из толпы, не прилагая при этом личных усилий. Возможность быть таким, каким хочется и не отвечать за это».

«Все гениальные люди шизофреники. Максимальное состояние может быть только при максимальной неуравновешенности психики».

Пациенты, больные шизофренией, подчеркивали,

что опыт болезни заставляет больше ценить реальность и здоровье, преодоление трудностей болезни:

«Становишься ближе к вере, начинаешь верить в Бога, ценишь любовь, доверие, семью, дружбу сильнее, чем раньше».

«Есть ценность – после таких расстройств человек становится мудрым и получает сочувствие. Они не могут освободиться от боли, они могут больше понимать людей и помогать им».

«На дальнейшую жизнь стал смотреть по-другому. Раньше деньги были дороже интереса к работе, сейчас стал понимать, что интерес к работе важнее денег».

Многие пациенты говорили, что никакой ценности в психических расстройствах нет: *«Никакой. Всегда лучше быть здоровым».*

Для группы нормы свойственно **романтизировать** психическое расстройство, связывать его с гениальностью и свободой. В группе больных шизофренией романтики мало. Пациенты говорят, что ценность в психических расстройствах есть, и она выражена в том, что происходит переоценка ценностей, переосмысление всей жизни, обретается вера в Бога, творчество сопровождает болезненный процесс. Также многие пациенты честно указывают на выгоды от болезни: ***«способ не делать что-то, что не хочешь делать»***, ***«к больным приспосабливаются, иногда выполняют их желания. Хочу, чтобы все было, как я хочу»***.

Удовольствие от психозов нелегально!

В отличие, например, от зависимостей от других ИСС (измененных состояний сознания), таких как алкоголь и наркотические препараты, где удовольствие легализовано, мифологизировано и по большому счету отлично осознанно массовой культурой. Многочисленные американские сериалы про наркоманов и алкоголиков иллюстрирует тотальный легалайз этого рода человеческого удовольствия. Шерлок Холмс одурманивал себя опиумом и разгадывал преступления. Очень многие испытывали однократное или многократное удовольствие от алкоголя или психостимулирующих препаратов и относительно легко могут себе это вообразить.

Совсем не так с **удовольствием** от психозов. Это представить себе сложно, да и страх безумия очень велик. На память приходит несравненная Керри из сериала «Родина», сознательно бросавшая пить таблетки от своего биполярного расстройства, чтобы в психозах обострить ум до степени безумной гениальности и вычислить главного террориста. Однако до легализации этого удовольствия социумом еще очень далеко, таких примеров мало. Даже психиатры, имеющие дело с психозами постоянно, похоже, об удовольствии от них думают в последнюю очередь. Им сложно на себя его примерить. Сейчас мы имеем дело с БАР как основным психическим расстройством, которое легализуется в социуме весьма активно. А диагноз шизофрения, скорее всего, доживает последние годы в медицинских классификаторах,

так что ситуация меняется в сторону большей открытости и глубокого понимания психотических расстройств.

Удовольствие, конечно, есть совсем не всегда. Существуют психотические пациенты, которые воспринимают свои психозы исключительно как страдание, преимущественно испытывая от них **тотальный ужас**. Однако таких пациентов не так уж много. И поскольку удовольствие не легализовано, надо иметь очень хороший уровень контакта с пациентом, чтобы говорить об этом открыто.

А удовольствие есть, и оно очень «не простое», хоть и на любителя. Всемогущество в психозах, отдельные эмоции и аффекты могут превосходить все опыты жизни человека, делая его жизнь незабываемым приключением, за которое приходится платить довольно большую цену. Но она почему-то не кажется слишком велика. Ведь без этих опытов жизнь может стать обычной, серой и невероятно трудной.

Пока в реабилитации **не случится тотальная легализация сверхценного удовольствия от ИСС, которые могут переживаться в психозах – невозможно говорить о ее успехе или позитивном прогнозе. Удовольствие создает привязанность к определенным состояниям сознания (эйфории, мании, возбуждению и т.д.), к позитивному полюсу этих состояний. Такая привязанность может рассматриваться как своего рода психологическая привязанность/зависимость.**

Легализация и осознание зависимости, а также недоступ-

ность подобных состояний в обычном здоровом состоянии – создают устойчивую базу для критики пациентов к своему состоянию, более внимательному отношению к его изменению. Должна быть легализована мания величия, весь **нарциссический** полюс грандиозности и избранности, смысла жизни и пр. Есть и варианты более простых, психопатоподобных удовольствий – одна знакомая пациентка любила пугать работниц коммунальных служб, она к ним приходила, вставала в очередь, а в авоське заводила тикающий будильник. Когда на нее начинали смотреть большими глазами, она говорила, что это бомба и требовала выписки из домовой книги или счета без очереди и лишних начислений. После этого ее отвозили в больницу. Не передать словами ее наслаждения, когда она об этом рассказывала.

Важно понимать, что удовольствие от психозов не равно вторичной выгоде, оно – самостоятельное и гораздо более важное условие.

Итак, подытожим **3 гипотезы психологической реабилитации**:

Психическая болезнь – вариант психосоциальной адаптации человека, который подкреплен соответствующим нейрохимическим механизмом.

Психозы защищают человека, а нормальная жизнь скучна, тяжела и малопривлекательна.

Удовольствие от психозов может быть так велико и так ценно, что цена болезни за него кажется достаточной.

Все эти гипотезы, а также другие, которые возникают в процессе работы, должны быть проверены, должны быть получены результаты и в соответствии с ними, можно **говорить о следующем плане реабилитационной работы с психологом:**

Если психическая болезнь – адаптация, то в процессе реабилитации должен быть найден отличный (другой) вариант адаптации. Например, болезнь позволяет не работать и жить за счет семьи, чтобы выздоравливать – нужно работать. Соответственно, трудовая адаптация (постепенная и являющаяся сама терапевтическим инструментом) будет стоять в главных целях пациента.

Если психозы защищают, а нормальная жизнь скучна, тяжела и малопривлекательна, то какие вещи/отношения/активности могут сделать ее более привлекательной? И где взять иные защиты? Если удовольствие от психозов так велико, то где найти замену?

Ответим сразу: такого же удовольствия вы не найдете нигде. В этом месте психотики ничем не отличаются от наркозависимых. Но вы можете вспоминать, о том, что с вами было, рассказывать об этом, можете даже написать статью или книгу. Достаточно бывает и просто иногда вспомнить «как это было». Многие давние пациенты заходят иногда к психологу «повспоминать подвиги», этого бывает достаточно. Большим потенциалом обладают обычные **неспециализированные терапевтические группы**

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.