

УДК 616.895.8.008.1:615.851.2

**Я.С. Варшавский,
А.Ю. Куликович**

**ЭРИКСОНИАНСКАЯ И
НЕЙРОЛИНГВИСТИЧЕСКАЯ
ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОЗА
ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА
(клинический случай)**

Ключевые слова: шизофрения,
психоз, психотерапия
Key words: schizophrenia,
psychosis, psychotherapy

Резюме. У статті наведені результати психотерапевтичного впливу на пацієнта з психозом шизофренічного спектру. Такий різновид психотерапії хворого з діагнозом Шизофренія, параноїдна форма, безперервний перебіг, синдром вербального галюцинозу призвів до позитивного результату у вигляді дезактуалізації параноїдної симптоматики, виникнення усвідомлення пацієнтом необхідності психофармакотерапії, подальшого навчання та трудової діяльності, адекватного сприйняття особистого хворобливого стану. Таким чином, такий різновид втручання може бути застосований не лише з реабілітаційною метою, але й безпосередньо з метою терапії психопатологічного стану пацієнтів.

Summary. In the article the results of psychotherapeutic influence on a patient with schizophrenia spectrum psychosis are presented. This type of psychotherapy of patient with diagnosis schizophrenia in paranoid form, continuous course, syndrome of verbal hallucinosis has given a positive result in the form of desactualisation of paranoid symptomatology, patient's realization of necessity in psychopharmacological treatment as well as necessity in further educating and labour activity, adequate perception of his psychic disease. Thus, this type of interference can be used not only in rehabilitation aims, but also directly with the purpose of therapy of the abnormal psychic state of patients.

В клинической практике психотерапия психозов, в том числе шизофренического спектра, представляется зачастую довольно проблематичной и дискуссионной, поэтому любые положительные попытки в этом направлении заслуживают внимания. Это обусловлено тем, что пациент с психотической личностью «неукоренен в реальности». Особенно это касается больных с длительным течением психических расстройств, с преимущественно психотической симптоматикой, которая носит для больных комфортный характер.

Литературы, посвящённой непосредственно данной теме, крайне мало и, по-сути, вся она сводится к единичным, разрозненным незадокументированным клиническим случаям применения современных западных психотерапевтических подходов либо к исследованиям в области социальной реабилитации больных [4,7].

Так, например, В.Д.Вид, первый в России дипломированный психоаналитик, один из руководителей психоневрологического НИИ им. В.М.Бехтерева, в своей, резюмирующей собственный опыт, книге «Психотерапия шизофрении» отмечает, что обучение способам улучшения психологической защиты от социального стресса, коррекция навыков социального взаимо-

действия и повышение эффективности в общении и проблемно-решающем поведении являются основными терапевтическими целями [2].

В декабре 2009 года в Санкт-Петербурге на состоявшемся тематическом заседании Российской психотерапевтической ассоциации совместно с Бехтеревским психиатрическим обществом, посвящённом психотерапии шизофрении, в качестве приоритетных задач были выделены: предупреждение обострения, компенсация негативной симптоматики и дезактуализация психических переживаний [1]. Также было акцентировано внимание на снижении уровня стрессогенности от микросоциального окружения, адаптации в семье, неформальных контактах, производственных отношениях и т.д.; преодолении социальных последствий заболевания (трудоустройстве), предотвращении изоляции больного в обществе, профилактике явлений госпитализма, формировании комплайенса [5,6].

Как видим, речь идёт об использовании психотерапии в реабилитационных целях, в то время как психотерапия непосредственно психопатологического состояния обходит вниманием компетентных участников, хотя и является неотъемлемой частью процесса, включающего множество методов [7,8,9].

Одним из подобных методов является Эриксоновский подход. Жан Годэн, известный французский психиатр, доктор медицины и психологии, профессор, основатель и руководитель парижского Института Милтона Эриксона, рассматривает Эриксоновский подход как комплекс методов психотерапевтического взаимодействия, при котором, благодаря воздействию терапевта, пациент временно «забывает» о внешнем мире, сохраняя связь с психиатром, при этом приобретая возможность психического переструктурирования [4].

При данном виде психотерапевтического воздействия временно снижается критический контроль и - что очень важно - временно снимаются ограничения сознания. Сознание логично, у него есть ограничения. В этом состоянии ограничений нет; здесь возможно то, что сознанию кажется невозможным и нелогичным. Это похоже на то, словно открываешь скобку в своем психическом функционировании, и внутри этой скобки могут осуществиться позитивные изменения. А затем скобка закрывается (после вмешательства), а изменения сохраняются и продолжают действовать. При этом действуют они как бы сами по себе, и это очень эффективно и практично [3].

Итак, как говорил Милтон Эриксон: «Первое, что нужно сделать – это встать рядом...». Поэтому, в представленном нами клиническом случае, подчеркнута важность умения создавать «терапевтическое пространство» или т.н. раппорт с больным, тем самым давая ему возможность максимального раскрытия своих болезненных переживаний в беседе с врачом, что уже, в свою очередь, позволило предельно глубоко понять и ощутить психопатологическую суть, а затем и эффективно помочь.

На примере данного клинического случая показано изучение изменения психопатологической структуры личности больного в условиях шизофренического процесса вследствие нейролингвистического воздействия (в русле применения Эриксоновского подхода) как аспекта психотерапевтического взаимодействия.

Пациент Ш.М.А., 25 лет. Находился на лечении в КУ «ДКПБ» ДОС с 21.10.2009 по 21.04.2010г. С диагнозом: шизофрения, параноидная форма, непрерывное течение. Синдром вербального галлюциноза. Ремиссия «В» на фоне выраженного смешанного типа дефекта.

Анамнез жизни

Наследственность психическими заболеваниями неотягощена.

Беременность и роды матери протекали в соответствии с физиологической нормой.

Когда пациенту было 4 года, отец ушел из семьи, контакт с семьей больше не поддерживался. О дальнейшей судьбе отца сведений нет. С 5 лет воспитывался матерью и отчимом. Отношения с отчимом складывались неблагоприятно, т.к. отчим злоупотреблял алкоголем, в состоянии опьянения становился агрессивным и раздражительным по отношению к матери. Обучение в школе пациент начал в возрасте 7 лет. Предметы давались легко, учился на «отлично», проявлял усердие в учебе. Во время учебы в школе участвовал в спортивных соревнованиях по легкой атлетике и плаванию, принимал участие в олимпиадах по географии, биологии, физике, химии, математике. Неоднократно занимал призовые места. С одноклассниками был в хороших отношениях, не конфликтовал, был общительным. Закончил девять классов с аттестатом «на отлично». В 2001 году, по настоянию матери, поступил в Верхнеднепровский аграрный техникум на специальность «Бухгалтерский учет». Как сообщает сам исследуемый: «Учился хорошо, но не был доволен качеством образования. Уровень сокурсников был гораздо ниже моего, и преподавание предметов было рассчитано на низкий уровень знаний». Закончил обучение в техникуме в 2004 году. В армии не служил в связи с психическим заболеванием.

После окончания техникума с 2004 года по 2007 год обучался в Аграрном политехническом институте по специальности «Бухгалтерский учет». После окончания института работал менеджером.

В 2008 году был уволен с должности в связи с тем, что не справлялся со своими функциональными обязанностями.

В апреле 2009 года получил вторую группу инвалидности по психическому заболеванию.

С апреля по июнь 2010 года работал массажистом в гостинице города Верхнеднепровск.

На данный момент работает грузчиком, проживает в отдельной квартире. Основной источник дохода – зарплата больного и пособие по группе инвалидности.

Анамнез заболевания

Впервые психическое состояние изменилось в начале 2002 года во время учебы на первом курсе Аграрного техникума. В это время снизилось настроение, стал заторможенным, раздражительным, вспыльчивым, появились жалобы на трудности запоминания информации, ухудшилась успеваемость. В дальнейшем нарушился сон, даже после длительного сна не было чувства отдыха. Появилась тревога за родных, особенно за мать, стал ощущать подозрительные взгляды

окружающих, появилось ощущение «пустоты в голове». Избегал контакта с одноклассниками, замкнулся, стремился к уединению.

Впервые был госпитализирован в КУ «ДКПБ» ДООС в 2003 году. С 2004 по 2005 гг. неоднократно поступал в КУ «ДКПБ» ДООС с депрессией с деперсонализационными переживаниями и суицидальными мыслями с вышеописанными когнитивными расстройствами. После последнего обострения началось нарастание снижения энергетического потенциала, аутизация, и с 2007 года – экзотербация процесса в виде галлюцинозно-параноидного синдрома с псевдогаллюцинозными псевдовоспоминаниями, бредовыми переживаниями своей особой судьбы и своего особого предназначения, ощущением того, что «люди от меня чего-то ждут», что он «должен решать судьбы людей». Появился вербальный псевдогаллюциноз – общение с «тонким миром», откуда черпается информация в виде псевдогаллюцинозных псевдовоспоминаний приятного содержания. Потерял интерес к реальной жизни, «голоса из тонкого мира» стали постоянными, то усиливаясь, то ослабевая. Трудовая деятельность стала невозможной и в 2009 году ему была установлена 2 группа инвалидности. С этого времени стало нарастать крайне отрицательное отношение к лечению, т.к. «голоса» и ощущение своего особого предназначения были приятны. Наросло негативное отношение к матери и врачам, которые «хотят лечить», т.е. избавить его от «приятных переживаний».

Нейролептическая терапия с применением современных антипсихотиков и пролонгированных препаратов оказалась неэффективной, т.к. усиливала сонливость и вялость. Попытки преодолеть резистентность психотерапии с помощью ЭСТ также не дали эффекта.

Психический статус при поступлении: доступен малопродуктивному контакту. Аутопсихическая ориентировка сохранена, аллопсихически ориентирован формально верно. В беседе вступал неохотно, по внешнему побуждению. На вопросы отвечал в плане заданного, не всегда по существу; тихим, слабomodулированным голосом, лаконично. Эмоционально однообразен, уплощен. Мимика, пантомимика обедненные. Внимание труднопереключаемое. Мышление паралогичное, с элементами соскальзывания, аутистичное, разноплановое. Интеллектуально-мнестические функции сохранены. Обманы восприятия отрицал, однако поведением их наличие полностью не исключал: периодически к чему-то прислушивался, мимически реагировал на мнимые стимулы. Высказывал бредовые идеи

обиденных отношений, особого предназначения. Утверждал, что «Я помогаю людям с помощью информации из тонкого мира, в котором живу... я влияю на политику страны мыслями из тонкого мира... когда смотрю телевизор, мне передают информацию, которая нужна мне для влияния на политику, новости подтверждают, что я на нее влияю...». Осознание собственного болезненного состояния отсутствовало. В отделении: держался обособленно, вел себя высокомерно, на замечания медперсонала реагировал с раздражением, избегал контакта с другими пациентами, был безразличен ко всему происходящему. Режим отделения соблюдал.

В ноябре 2009 года в курс лечения было включено психотерапевтическое вмешательство, которое состояло из следующих элементов терапевтической стратегии:

1. Формальное разделение ценностей больного, интегрированных в его бредовое мировосприятие;

2. Выявление и пошаговое, целенаправленное развенчание убеждений, определяющих его бредовое мировосприятие;

3. Постепенное и детализированное проработывание субъективно нового мировосприятия, что проявлялось в изменении убеждений, ценностей и самоидентификации больного в адекватную сторону.

В результате этого вмешательства: больной стал осознавать и отделять от себя болезненные переживания; появилось более адекватное восприятие болезни и необходимости психотерапии. Так, например: при напоминании об элементах его бредовой интерпретации реальности с удивлением комментировал: «Ничего себе! Я во все это верил!? А теперь нет! Это шок для меня!». Появилось осознание необходимости обучения и трудоустройства: если до психотерапии, в связи с болезнью, считал неприемлемым какой-либо труд и учебу, то после – решил окончить курсы массажиста с последующим трудоустройством.

Если учеба оказалась ему под силу, то трудовая деятельность, связанная с необходимостью общения с большим количеством людей, была для него непосильной и вызвала обострение болезненного состояния. Однако это обострение, которое по психопатологическим проявлениям было аналогично предыдущим, не изменило его отношение к необходимости лечения, а также установку на труд. Анализ ситуации совместно с больным позволил остановиться на другом профиле работы, исключающим активное общение. По рекомендации врачей и МСЭК администрация санатория, в котором работал пациент,

перевела его на должность грузчика на пищеблоке, после чего психическое состояние пациента улучшилось и в дальнейшем стабилизировалось.

Таким образом, актуализация латентной психосимптоматики была спровоцирована выбранным им видом трудовой деятельности, в то время как психотерапевтическое вмешательство привело к стойкой ремиссии.

Основываясь на положительных результатах данного клинического случая, можно сделать вывод, что психотерапевтическое вмешательство, в виде нейро-лингвистического воздействия (в русле Эриксоновского подхода), с больными психотического уровня возможно и требует дальнейшего исследования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вартамян М.Е. Современные проблемы психического здоровья: состояние и перспективы / М.Е. Вартамян // Невропатология и психиатрия. -1989. – №10. – С.13.
2. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении / В.Д. Вид. – Санкт-Петербург, 1993. – С.40-43.
3. Гинзбург М.Р. Эриксоновский гипноз: систематический курс / М.Р. Гинзбург, Е.Л. Яковлева. – М., 2008. – С.211-222.
4. Годэн Ж. Новый гипноз: введение в Эриксоновскую гипнотерапию. - М. : Изд-во ин-та психотерапии, 2003. – С.98-103.
5. Кабанов М.М. Очередные задачи на пути развития концепции реабилитации психически больных / М.М. Кабанов // Новое в теории и практике реабилитации психически больных. – Л., 1985. – С.33.
6. Шумаков В.М. Некоторые вопросы психодиагностики и психологической коррекции в системе реабилитационных мероприятий на разных этапах психиатрической помощи (состояние и перспективы) / В.М. Шумаков // Новое в теории и практике реабилитации психически больных.-Л., 1985. – С.107-108.
7. Grinder J., Bandler R. Patterns of the Hypnotic Techniques of Milton H. Erickson. – 2005. – Vol. 1. – P. 77.
8. Short D., Erickson B.A., Erickson Klen, R. Hope & Resiliency: Understanding the Therapeutic Strategies of Milton H Erickson. – 2005. – P.128-141.
9. Milton H. Erickson, Ernest L. Rossi, Sheila I. Rossi. Hypnotic Realities: The Induction of Clinical Hypnosis and Forms of Indirect Suggestion. – 1976. – P.43-45.

