

## ОПЫТ ПСИХОТЕРАПИИ С БОЛЬНЫМИ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Р.САРГАУТИТЕ, Н.Д.СЕМЕНОВА\*

В работе с людьми, страдающими от длительной, инвалидизирующей, сопровождаемой весьма ощутимой болью, протянувшейся через всю жизнь хронической болезнью, имеющей во многих случаях непредсказуемое течение, роль психотерапии и психолога, выступающего в качестве члена мультидисциплинарной команды, трудно переоценить. Вышесказанное можно отнести к такой болезни, как ревматоидный артрит (РА) (Sternbach, 1974). Вместе с тем, реальное положение дел таково, что психотерапия как метод лечения с трудом признается в соматической клинике, а в ревматологии ею вообще пренебрегают. Считается, что ревматоидный артрит имеет вполне определенные соматические (физические) механизмы, действие которых является столь решающим, что какому бы то ни было психологическому вмешательству не остается места в процессе лечения. Полученные одним из авторов настоящей статьи результаты, касающиеся связи психологических характеристик личности и ощущения боли (Саргаутите, 1993), не позволяют согласиться с таким подходом. Если даже оставить в стороне вопрос о влиянии психологических методов воздействия на болезнь на уровне физиологическом (хотя и это не исключено), есть все основания полагать, что психологические методы воздействия могут существенным образом и весьма позитивно влиять на отношение больного РА к своей болезни, к боли, — и даже при сохранности физиологической основы боли вести к ослаблению интенсивности субъективного ее переживания, к формированию более благоприятного эмоционального отношения к ней.

Прежде, чем перейти к описанию нашего опыта психотерапии с больными РА, целесообразно затронуть некоторые аспекты проблемы психологических факторов РА, психологических и психосоциальных

---

\* Саргаутите Рута — доктор социальных наук, ассистент кафедры клинической и социальной психологии Вильнюсского университета; Семенова Наталья Дмитриевна — кандидат психологических наук, старший научный сотрудник НИИ пульмонологии МЗ РФ, Москва.

методов воздействия в лечении больных РА. Справедливо отмечая причудливые переплетения физических и психологических факторов в данной болезни, многие авторы подчеркивают необходимость интегративного подхода к данному заболеванию (*Poulsen, 1991*). Чем менее эффективно лечение болезни и чем более резистентна она к медикаментозному воздействию, тем большее внимание привлекают ее психосоциальные аспекты.

Впервые о значимости психосоциальных аспектов в ревматологии заговорили тогда, когда стало распространяться и набирать силу такое направление в медицине и в ревматологии, в частности, как образование (просвещение) больных. Разного рода образовательные программы для больных хроническими соматическими заболеваниями стали рассматриваться в качестве неотъемлемой части лечебного и реабилитационного процессов. По данным некоторых исследований (*Anderson, 1985; Liang, 1989*), круг проблем психологического и социального характера, приобретающих особую значимость для больного РА, включает следующее: утрату или снижение способности больного к активной профессиональной деятельности; одиночество и социальную изоляцию; низкую самооценку, симптомы дисфории, разного рода фобии, повышенную тревогу; неопределенность будущего; те или иные сексуальные проблемы; и, наконец, неадекватное совладание с агрессивными чувствами. У больных РА, ощущающих нарастающую несвободу действий, ограниченность в осуществлении той или иной физической деятельности, отмечают также нарастающий конфликт между автономией и зависимостью (*Anderson, 1985; Liang, 1989*). Важно подчеркнуть, что основная масса больных РА отнюдь не отмечена чертами собственно психопатологии. Речь идет прежде всего о психосоциальных проблемах, которые, подкрепляя друг друга и выступая на фоне определенного преморбидного личностного склада, способствуют формированию так называемого «замкнутого круга боли», о котором писал *Skevington (1986)*.

Возвращаясь к проблеме образования (просвещения) больных РА, следует отметить, что большинство программ образования, реализуемых обычно в групповом контексте, состоят преимущественно в обеспечении больного определенным минимумом знаний о болезни и ее лечении. Считается, что обеспечение больного РА адекватной и непротиворечивой информацией о болезни способствует пониманию и столь необходимому больному РА принятию болезни (*Long, 1987*). Вместе с тем, принимая во внимание массу трудностей психологического характера, с которыми сталкиваются больные РА, исследователи отмечают, что одним информированием (просвещением) больных в данном случае не обойтись. Датский психолог *Poulsen (1991)*, отдавая должное несомненной пользе образования больных РА, способствующего позитивному изменению связанных с болезнью паттернов поведения, справедливо отмечает недостаточность образования в качестве единственной формы

психосоциальных вмешательств при РА. По мнению самих пациентов, прошедших курс занятий по программам образования, а также профессионалов (врачей-ревматологов и медсестер), привлеченных к реализации данных программ, при такой форме работы проблемы психологического характера, вопросы семейных и социальных аспектов жизни больных РА либо вовсе не затрагиваются, либо затрагиваются лишь поверхностно. Идя навстречу данным запросам практики, многие авторы предлагают собственно психологические вмешательства. Так, например, предлагаемая Poulsen психодинамически ориентированная групповая терапия больных РА ставит своей целью научить больных адекватному совладанию с болезнью, более активному ее принятию, посредством актуализации «внутренних потенциалов и психических ресурсов», не в полной мере используемых больными (Poulsen, 1991). Данный вид психотерапии оказался весьма эффективным благодаря действию следующих факторов: фактора обмена опытом переживаний между больными в процессе групповых занятий (когда признание того, что он не одинок в своем страдании, осуществлялось больным не только на когнитивном, но и на эмоциональном уровне); фактора групповой связи (когда терапевтическая группа, способствуя преодолению одиночества и изолированности больного, усиливала и социальную интеграцию больного); в результате действия в контексте группы механизмов проекции и идентификации больные могли выявить не только свои слабые, уязвимые стороны, но и сильные стороны и внутренние резервы; вербализации больными своих мыслей и чувств, облегчаемой условиями свободно льющейся дискуссии в группе; возможности экспериментирования с новыми ролями и новыми формами социальных интеракций.

Наше исследование было построено по принципу сравнения объективных (физиологических) и субъективных (самооценка) показателей боли в двух группах: экспериментальной, в которой проводились занятия психотерапией, и контрольной, в которой психологических вмешательств не осуществлялось. Группы (по 20 человек в каждой) подбирались таким образом, чтобы в их состав входили больные РА трех функциональных классов со сходными (по показателям активности процесса, степени поражения опорно-двигательного аппарата и т.д.) характеристиками болезни. Обе группы состояли лишь из женщин в возрасте от 33 до 69 лет. Средний возраст в экспериментальной группе составлял 53 года, в контрольной – 49 лет. Гомогенность группы по полу – весьма частое явление при РА. Так, в уже упомянутой нами работе Poulsen участницами психотерапевтических групп были также женщины в возрасте от 27 до 68 лет (средний возраст – 50,7 лет). Для физиологической оценки состояния больных применялись следующие объединенные в комплекс методы: электромиографический, термовизийный, измерение порогов боли, индекс Рита и др. (Гайгалене, 1990; Гайгалене, 1988; Саргаутите, 1992).

Занятия проводились 2-3 раза в неделю в группах, состоящих из 6-8 человек. Психотерапия проводилась в условиях стационара, и при выписке из стационара одних больных группа пополнялась другими, вновь поступившими на лечение. Отметим следующий важный момент. Окончательное решение об участии в занятиях принимал сам больной. Однако, несмотря на это, посещаемость занятий больными можно было расценить как неудовлетворительную, что соответствует показателям посещаемости психотерапевтических сеансов в ревматологической клинике, приводимым в аналогичных исследованиях (*Poulsen, 1991; Udelman, 1978*). Больные пропускают занятия не только по причинам объективного характера (например, из-за ухудшения соматического состояния, необходимости проведения каких-либо иных процедур и т.п.), но и по другим причинам. Среди них – усилившаяся тревожность больного, вызванная обсуждениями в группе личных, интимных вопросов; актуализация различных форм психологической защиты. Возможно, сыграл свою роль и тот факт, что не сами больные обратились к психотерапевту, а были им приглашены для участия в работе группы. Наконец, это объясняется просто отсутствием мотивации, а зачастую и одобрения со стороны персонала отделения.

Во время сеансов психотерапии создавались условия для свободного выражения больными своих чувств, мыслей, опасений. Обсуждались всевозможные проблемы, прямо или косвенно связанные с болью и болезнью. Имел место традиционный для групповой психотерапии договор – не выносить за рамки группы содержания этих бесед. Основным средством достижения цели психотерапии было обучение больных принципу **дезидентификации** и, соответственно, технике ее осуществления (*Rainwater, 1989*). Большинство больных, испытывающих хроническую боль, рано или поздно начинают отождествлять себя (идентифицировать) с болью, болезнью, пораженными частями тела, иными потерями. Боль, страдание становятся постоянными спутниками индивида, неотъемлемой частью или качеством его личности. В группе часто звучали такие фразы, как «Я – инвалид, кому я нужна?», «Какая я мать – еле двигаюсь, ничего не успеваю...» и т.п. Все хорошее больные связывали с прошлым, с тем периодом жизни, когда еще не было болезни, не замечая или недооценивая сильных сторон своей личности, своих положительных качеств, достоинств, достижений. В преодолении этой отождествленности, в создании психологического расстояния между Я больного, его личностью и болезнью, болью, – и заключался принцип дезидентификации. Благодаря этому становилось возможным осуществить взгляд со стороны. Становилось возможным беспристрастное восприятие и обсуждение болезни. Боль превращалась в объект исследования, что оказалось бы невозможным в ситуации, когда боль «слита» с личностью больного.

Согласно теоретической модели психосинтеза (*Assagioli, 1987*), человеку свойственно искать гармонию в себе и гармонию с окружающим

миром. Человек стремится стать хозяином своих ощущений, мыслей, чувств, стремится управлять ими, а не жить под их диктовку. Один из путей достижения этого проходит через дезидентификацию. Даже при стандартизированной оценке боли самим больным последний невольно берет на себя роль такого «исследователя» (Liang, 1989). Он «отодвигает» боль от себя, чтобы рассмотреть ее, оценить ее интенсивность, локализацию, многообразие. К боли применяется некий внутренний эталон, она изображается графически, цветом и т.д. Но этого недостаточно – необходимы еще и активные манипуляции, преобразования боли, способствующие ощущению ее подвластности воле индивида. В условиях группы выполнялись специальные упражнения, в ходе которых больные мысленно, в своем воображении придавали боли образы различных предметов, явлений природы. В результате боль «отлетала», «сползала» на определенное расстояние, которое можно было произвольно регулировать, сокращать или увеличивать. Классические упражнения дезидентификации (Rainwater, 1989) у большинства больных вызывали ощущение расслабления, облегчения, у некоторых – особые переживания и ассоциации («Боль – как волна на море, то приходит, то уходит»). С другой стороны, упражнения психосинтеза способствовали осознанию больными сильных сторон своей личности, идентификации с данными качествами (Ferruci, 1982).

Одна из задач психотерапевта заключалась в культивировании доверия, оказываемого больным своему воображению, своим творческим способностям. Больные лучше узнавали себя, раскрывали свои возможности. Сознанием больных РА часто овладевают неприятные, порой устрашающие картины будущего. В этой связи открывшаяся в группе возможность управлять воображением и использовать его для уменьшения боли и тревоги стала эффективно использоваться больными в целях совладания с проблемами данного рода. Ощущения, мысли, чувства, возникающие в ходе упражнений, обсуждались затем в ходе групповой дискуссии. Создавалась возможность выражать и негативные эмоции, которые ранее ущемлялись. Обсуждая случаи использования воображения и выражения чувств, следует попутно отметить, что в рамках данной статьи мы намеренно не затрагиваем такого тесно связанного с этим вопроса, как «алекситимия» у больных РА (Fernandez, 1989; Poulsen, 1991). Данный вопрос требует специального обсуждения. Здесь же отметим, что опыт участия наших больных в работе психотерапевтической группы, несомненно, способствовал преодолению алекситимии, оказав позитивное влияние на способность больных к вербализации и выражению эмоций. Этому способствовали также применявшиеся в условиях группы элементы психодрамы и психогимнастики.

В результате в обеих группах больных установлена положительная динамика контролируемых показателей (Гайгалене, 1988). Улучшение функциональных показателей двигательного аппарата, а также

миографических и термовизийных показателей в экспериментальной группе было более значительным, нежели в контрольной группе (со статистически достоверной разницей). Более существенным в экспериментальной группе было и снижение индекса Ричи и чувствительности суставов к болевому раздражению (по показателям порогов боли и толерантности к боли) (Саргаутите, 1992). Для общей оценки эффективности лечения использовалась как субъективная оценка самих больных, так и комплексная оценка по целому ряду объективных показателей (Гайгалене, 1988; Саргаутите, 1992). Так, больных просили оценить результаты лечения по пятибалльной шкале. В результате были получены следующие средние оценки: 3,9 балла в экспериментальной группе и 3,1 балла – в контрольной с уровнем достоверности различия  $p < 0,01$ . По интегральной оценке комплекса измерений эффективность лечения в экспериментальной группе составила 33%, в контрольной – 19%, с уровнем достоверности различия  $p < 0,05$ . Таким образом, психологические факторы не только влияют на оценку боли и определяют в ряде случаев динамику боли в процессе лечения, но могут служить и основанием для эффективного включения методов психотерапии и психологической коррекции в процесс лечения больных ревматоидным артритом.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Гайгалене В., Черемных-Алексеевко Е., Чоботас М., Саргаутите Р. Боль – одна из сложнейших проблем ревматологии // *Свейкатос апсауга*. 1990. № 6. С.13-17. (на литовском языке).
- Гайгалене В., Черемных-Алексеевко Е., Саргаутите Р., Чоботас М. Эффективность локальной терапии больных ревматическими заболеваниями суставов по величинам количественного индекса боли (ИБ) и профилю болевого синдрома (ПБС) // *Тез. Всес. конф. «Локальная терапия при ревматических заболеваниях»*. Москва, 1988. С.47.
- Саргаутите Р., Черемных-Алексеевко Е., Гайгалене В., Чоботас М. Эффективность комплексного лечения больных ревматоидным артритом с применением групповой психотерапии // *Летувос медицина*. 1992. Т.1, № 3. С.47-48. (на литовском языке).
- Саргаутите Р. Исследование взаимосвязи восприятия боли и особенностей личности соматических больных. Диссертация на соискание ученой степени доктора социальных наук. Вильнюсский Университет, 1993. 121 с.
- Andersen K.O., Bradley L.A., Young L.D., McDaniel L. Rheumatoid arthritis: review of psychological factors related to etiology, effects, and treatment: *Psychol. Bull.* 98, 358-387. 1985.
- Assagioli R. *The Act of Will*. Baltimore, Penguin Books. 1987.
- Fernandez A., Sriram T.G., Rajkumar S., Chandrasekar A. N. Alexithymic characteristics in rheumatoid arthritis: a controlled study: *Psychother.*

- Psychosom.* 51, 45-50. 1989.
- Ferruci P. *What we may be. Techniques for psychological and spiritual growth through psychosynthesis.* Ed. J.P.Tarcher, Inc. Los Angeles. 1982.
- Liang M.H. *Psychological aspects of rheumatic disease; in Kelley, Textbook of rheumatology; 3rd ed. Saunders, Philadelphia. 1989.*
- Lorig K., Konkol L., Gonzales V. *Arthritis patient education: a review of the literature: Pat. Educ. Counsel.* 10, 207-252. 1987.
- Poulsen A. *Psychodynamic, time-limited group therapy in rheumatic disease – a controlled study with special reference to alexithymia. Psychother. Psychosom.* 56, 12-23. 1991.
- Rainwater J. *You're in Change. A Guide to becoming your own therapist.* Los Angeles, Guild to Tutors Press. 1989.
- Skevington S.M. *Psychological aspects of pain in rheumatoid arthritis: a review: Soc. Sci. Med.* 23, 567-575. 1986.
- Sternbach R.A. *Pain patients – traits and treatment.* Academic Press, New York. 1974.
- Udelman H.D., Udelman D.L. *Group therapy with rheumatoid arthritis patients: Am. J. Psychother.* 1978. Vol.32. P.288-299.