

ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Л.В. РОМАСЕНКО,
О.К. РОМАНЕНКО*

Статья посвящена психотерапевтической работе с ревматоидными больными в клинических условиях, ограниченных сроком их пребывания в стационаре. Рассматриваются известные психотерапевтические подходы применительно к психосоматическим больным. Дается описание разработанного авторами комбинированного метода психотерапии ревматоидных пациентов. Раскрываются причины данного заболевания. Показано, что разрешение старых конфликтов в зоне детско-родительских отношений пациентов приводит к значительному облегчению их психофизического состояния. Метод эффективно влияет на изменение взглядов пациента на его семейные отношения, улучшает психологическую атмосферу в семье, способствует компенсации личностных особенностей больных и расширяет возможности их социальной адаптации

Психотерапия больных ревматоидным артритом (хронический полиартрит, хронический воспалительный суставной ревматизм и др.), способствующая компенсации некоторых личностных особенностей с последующими возможностями адаптации, требует значительного времени. Хорошо известно, что регулярная (один раз в неделю) психотерапевтическая практика даже социально адаптированного «среднестатистического» клиента занимает около одного-двух лет. Легко понять,

* *Ромасенко Любовь Владимировна* — доктор медицинских наук, зав. Отделением психосоматических расстройств Отдела пограничной психиатрии ФГУ ГНЦССП им. В.П.Сербского, Росздрава;

Романенко Ольга Константиновна — научный сотрудник Отделения психосоматических расстройств Отдела пограничной психиатрии ФГУ ГНЦССП им. В.П.Сербского, Росздрава; психотерапевт, европейский сертификат по гештальт-терапии (семейная, индивидуальная и групповая психотерапия).

что временные рамки лечения этого заболевания в условиях стационара, где больные находятся в среднем 30 дней, не позволяют проводить полный цикл необходимой терапии.

В этих условиях перед нами встала задача определить, на что в первую очередь в личности таких пациентов воздействовать и какими методами. В данном случае речь могла идти лишь о стабильном облегчении психофизического состояния, а не о кардинальной перестройке отношений больных с окружающим миром.

Принимая во внимание, что здоровая родительская семья, гармония семейных отношений исходно являются почвой для успешной реализации личности в самых разных областях жизни, а главное, неизбежно отражаются на физическом и душевном здоровье каждого, — мы сконцентрировали наши усилия, прежде всего, на коррекции детско-родительских отношений пациентов в их родительской семье. Терапия направлялась на явления спутанности ролей, когда дети брали на себя функции взрослых членов семьи, на травмы детства, на восполнение дефицита безусловной материнской любви у пациентов, на различие чувств родительской любви и обычных проявлений заботы о детях, на отреагирование психически тяжелых состояний.

Для наблюдения и анализа нами были отобраны пациенты (в основном женщины) среднего и пожилого возраста, от 40 до 80 лет, с достаточно продолжительным стажем течения болезни — от 10 лет и больше. Выборка состояла из 30 человек. Все они страдали болевыми ощущениями и ограничениями подвижности мышц и суставов. С течением времени эти заболевания сказывались на изменении выработанного пациентами привычного жизненного стереотипа и способствовали развитию различных психогенных и личностных реакций, приводящих к деформации личностного склада.

Помимо возраста и характера заболевания, при отборе больных имела значение общая психологическая готовность пациента к психотерапевтической работе и выраженность его мотивации. (Общая готовность пациентов к психотерапии зависит от таких факторов, как образование, социальная успешность, длительность заболевания, психофизическое состояние больного на момент обследования).

Анализ пограничных психических расстройств у больных ревматоидным артритом выявляет неблагоприятную динамику личностных акцентуаций и расстройств с формированием преимущественно *астено-шизоидной* и *астеноипохондрической* структуры личности. В соответствии с клиническими особенностями выделяют астению с *гипертеническим* и *гипотеническим* радикалом. В первом случае возможны проявления астении с повышенной утомляемостью, снижением работоспособнос-

ти, нестойкими нарушениями сна, а также выраженные стенические состояния с раздражительностью, гневливостью, быстрой психической истощаемостью, плаксивостью, эмоциональной лабильностью, склонностью к депрессивным сдвигам настроения и стойким нарушениям сна. Во втором случае у больных наблюдается общевыраженная слабость, вялость, пониженный фон настроения с оттенком апатии, нередко реакция раздражения, ночной сон поверхностный, с частыми пробуждениями из-за боли в суставах. Астенические расстройства больных ревматоидным артритом являются фоном, на котором возникают психогенно спровоцированные невротические, аффективные и личностные формы реагирования на болезнь (Ромасенко, Вуколова, 1998).

Психологический анализ данных, полученных в беседах с больными, выявил факты нарушения «порядков» (системы принципов, законов взаимоотношений) в родительских семьях и системных порядков в рамках расширенной семьи (Хеллингер, 2001). Больные хранили в себе разного рода душевные обиды на родителей, в ряде случаев обнаруживалось частичное, а то и полное их «отвержение». К родителям предъявлялись всевозможные претензии, следствием чего являлось, с одной стороны, снижение уважения к ним со стороны детей, а с другой — охлаждение родителей по отношению к детям.

Предварительные данные нашего обследования показали, что нарушения детско-родительских отношений каким-то образом коррелируют с возникновением и течением хронических ревматоидных заболеваний.

В рамках больших (расширенных) семей мы констатировали наличие «исключенных» (забытых по разным причинам) ее членов (Хеллингер, 2003). Все больные ревматоидным артритом имели трудности в построении и развитии межличностных отношений как на этапе формирования связей «ядерной семьи», так и на этапе воспитания нового поколения. Все обследованные пациенты, по крайней мере, однажды, пытались отрегулировать отношения самостоятельно. Но, даже при наличии выраженного сознательного стремления исправить положение, восстановить желаемый уровень отношений в большинстве случаев не удавалось.

В беседах с терапевтом (помимо хронических факторов) больные отмечали влияние текущих стрессов на их физическое состояние. Проблемы бытового характера, травматические события, негативно отражаясь на личной жизни больных, приводили к росту внутреннего напряжения, а неспособность человека самостоятельно разрешить существующие психологические проблемы вызывала не только дополнительное раздражение, но и разочарование в себе. Все это не могло не усугублять течение хронического ревматоидного процесса. Данный вывод находит подтверждение в результатах психофизиологических исследований. Так, обна-

ружено, что при конфликтах, затрагивающих значимые стороны жизни, включая отношения с близкими, у ревматоидных больных происходит повышение электромиографической активности в пораженной области и в мышцах вокруг больных суставов.

В современной литературе мы не нашли методик, которые отвечали бы нашим условиям проведения терапии с ревматоидными больными, то есть в обстоятельствах стационара. Перед нами встала задача адаптировать существующие терапевтические подходы таким образом, чтобы они позволили за 3-4 сеанса достигнуть максимально возможного, констатируемого не только нами самими, но и больными, облегчения психофизиологического состояния. Для подобной терапевтической работы мы выбрали три известных подхода, сочетая их в единой стратегии работы.

Первый, адекватный поставленной нами цели, метод мы заимствовали из *кратковременной системной семейной терапии* Б.Хеллингера. Данный подход позволяет рассмотреть разные планы отношений больного с членами семейной системы, которой он принадлежит, любые психологические события, когда-либо происходившие в «большой семье» и, прямо или косвенно, оказавшие на нее системное влияние. Прослеживается связь психологических событий, пережитых предыдущим поколением, с событиями в последующих поколениях; оценивается характер детско-родительских отношений пациента в его «ядерной семье» и их значение в его личной жизни. Анализируя проблемы пациента с точки зрения его отношений со всей семейной системой, можно выделить основные поведенческие паттерны, воспроизводимые пациентом в собственной жизни и бессознательно передаваемые им далее, своим детям. Одна из задач метода — восстановление внутренней связи пациента со всеми членами его «большой семьи». На практике, в ходе *индивидуальной* сессии, диагностики и терапии методом Б.Хеллингера можно проводить с помощью специальных приспособлений (фигурок, обозначающих членов семьи, или даже подходящих для этой цели, разной величины кубиков), расставляя символические предметы в пространстве кабинета или доски.

Рассматривая вместе с пациентом предъявляемую им картину родственных отношений семьи, терапевт одновременно проводит психокоррекционную работу. В течение одной сессии можно выявить структуру семьи, определить ее «болезненные» точки (нарушенные отношения), восстановить (обозначить) естественные ролевые связи, дать возможность пациенту увидеть в новом свете привычную картину внутрисемейных психологических связей.

Второй используемый нами психотерапевтический подход — *гештальттерапия*. Она позволяет работать с любыми текущими состояниями пациента и анализировать их под углом зрения настоящего момен-

та. Сопоставление неудач, разного рода социальных неудовлетворенностей, расстроенных семейных отношений, которые характеризуют настоящий момент, с психологическими событиями прошлого — позволяет увидеть, как установки, сформировавшиеся в детстве, отражаются в сегодняшних конфликтах пациента и трудностях его контакта с близкими. Работая с «ситуацией прошлого» в настоящем и смягчая жесткие установки пациента, терапевт корректирует сегодняшнее его поведение и эмоциональное состояние. Так, например, разрешение внутреннего детско-родительского конфликта создает психологические условия, необходимые для того, чтобы пациент обрел способность принимать самостоятельные жизненные решения. Этот подход также позволяет рассмотреть в основных чертах актуальные запросы пациента в течение одного-двух сеансов.

Третий, выбранный нами, базовый метод — *телесно-ориентированная терапия*. Телесная работа не нуждается в каких-либо специальных разъяснениях со стороны психотерапевта. В отличие от первых двух методов, здесь можно непосредственно воздействовать на предъявляемый телесный симптом. Психосоматические больные, в том числе и больные ревматоидным артритом, легко рассказывают о своих телесных недугах. В большинстве случаев, начиная уже с первого сеанса, с пациентом удается установить доверительные отношения и провести терапевтическую работу с симптомом. Даже в самых сложных случаях психологического взаимодействия с пациентом всегда остается доступным аутотренинг, который, как правило, положительным образом сказывается на состоянии мышц и самочувствии больного, тем самым создавая благоприятные условия для дальнейшего взаимодействия с ним.

От работы непосредственно с телом легко перейти к работе в плане фантазий и к терапии эмоциональных состояний. Обсуждение с пациентом событий, которые лежат в основе его внутренней эмоциональной картины мира, коррекция его взглядов приводят к смягчению стрессовой ситуации и как следствие — к ослаблению мышечного напряжения и болевых симптомов. Новое осознание старых проблем отражается в меняющейся мимике больного, в расслаблении его позы, выравнивании дыхания — уже в ходе первых сеансов. Интонация голоса становится более уверенной, отношение к другим и адресованные им ожидания — доброжелательнее.

Используя адаптированный нами комбинированный метод, мы проводили обязательную терапию, направленную на разрешение системных проблем, а затем и личных. Соблюдалась следующая последовательность: 1) личная гештальттерапия в сочетании с телесным подходом с переходом к решению системных проблем, или: 2) гештальттерапия с восста-

новлением системных «порядков», или: 3) телесная работа и личная гештальттерапия с учетом восстановленных «порядков» в системе. Общая готовность пациента к психологической работе, характер всей совокупности его болезненных переживаний определяли последовательность данных психотерапевтических мероприятий в индивидуальной сессии с конкретным больным. Итак, *адаптированная комбинированная краткосрочная психотерапия (сочетание системного, гештальт- и телесного подходов)* позволила нам в условиях ограниченного времени оказывать реальную помощь психосоматическим пациентам, находящимся в стационаре.

Среди больных ревматоидным артритом имелись различия в психологических запросах, в зависимости от их биологического возраста. Поэтому мы условно разделили выборку наших пациентов на подгруппы среднего (45-59 лет) и пожилого (60-80 лет) возраста. Характер запроса определял очередность психологических воздействий в каждом конкретном случае.

Так, для подгруппы среднего возраста ведущим аспектом терапии было восстановление внутренне целостной картины семьи пациента. Выяснялись различные причины «обрыва» контакта с родственниками: смерть, болезнь, взаимная неприязнь, разность жизненных ценностей и установок, конфликты бытового характера. Вместе с больными терапевты анализировали, что именно и каким образом создает эмоциональную преграду, мешающую восстановлению контакта с изолированным членом семьи. Проводилась терапия расставания с умершими членами семьи. В ходе терапии у больных высвобождалась психически связанная энергия, росло ощущение внутренних сил и, как следствие, появлялась возможность реальных изменений внешних событий их жизни. Подобная работа создавала внутренние условия для улучшения отношений пациента с окружающим миром.

Для второй подгруппы пациентов существенным аспектом терапии являлся совместный с терапевтом поиск дополнительных источников жизненных сил (ресурсов) для качественно иного характера проживания с болезнью. Большинство из них чувствовали себя изгоями общества, часто не нужными детям и внукам. Они рассматривали себя как обузу для родственников, вели замкнутый, ограниченный в общении образ жизни, постепенно все больше погружаясь в болезнь. Свое стабильно сниженное настроение они объясняли наличием болезни и возрастом. Мечтали только об облегчении физических страданий. Для этих пациентов уже сама ситуация терапии являлась целебной, поскольку они положительно оценивали самый факт эмоционального сопереживания со стороны терапевта, разделяющего их чувства. Больные открыто рассказывали о значимых событиях своей жизни.

Определяющей задачей в данном случае становилось воссоздание жизненной перспективы у таких пациентов посредством переноса ее в настоящее или в ближайшее будущее. При этом акцентировалось осознание качества проживания пациентом своего настоящего: как проходит текущий день, какие дела выполняются с удовольствием, какие желания реализуются (важнейший момент!). Иногда нам удавалось найти психологические ресурсы для активации у пациента какой-либо творческой деятельности (например, изготовление пенсионерами игрушек для детей и пр.)

Осознание пациентом того факта, что своими взглядами на жизнь он сам ограничивает свои возможности, сам создает «низкое» качество собственной эмоциональной жизни, а значит и сам может все это изменить, давало больному значительный приток энергии. Кроме того, подробное рассмотрение глубинных желаний прошлого, считающихся, как правило, несбыточными, теперь воспринималось пациентами в качестве основы для изменения условий своего существования и построения планов на ближайшее будущее.

Итогом терапевтических сеансов явились констатируемые нами совместно с пациентами стабильные изменения. Положительная динамика в состоянии пациентов от сеанса к сеансу отмечалась в следующих отношениях (по самоотчетам пациентов по окончании сеансов):

- 1) уровень тревоги снижался;
- 2) наблюдался рост позитивных эмоциональных проявлений;
- 3) происходила переоценка качества проживания настоящего;
- 4) ощущался рост внутренних сил, приток энергии;
- 5) изменялось отношение к себе, становясь более уважительным, своему внешнему виду, к распределению своего жизненного времени;
- 6) наступало осознание новых жизненных возможностей, независимо от возраста;
- 7) отмечалось снижение напряжения в теле, появление спокойных интонаций в голосе (диалог в зоне проблемы);
- 8) изменялось отношение к членам своей семейной системы, становясь все более примиряющим.

Анализ самоотчетов пациентов после сеансов и наблюдений терапевта в ходе терапевтических сеансов показывает, что изменение установок больных достаточно быстро, то есть в течение месяца, сказывается на их общем психофизическом состоянии. Практически все пациенты отмечают облегчение своего состояния, сравнительно с прежним, и небольшое, но явное ощущение обновления жизни. Подобные психологические события могут свидетельствовать о начале глубинных движений в бессознательном пациентов. Однако сказать с уверенностью, что такая внутренняя динамика может остановить развитие хроничес-

кого ревматоидного процесса, пока не представляется возможным. Необходимы дальнейшие наблюдения и подтверждение психофизических изменений медицинскими методами.

Вместе с тем, наше исследование показало, что все больные ревматоидным артритом имели нарушения детско-родительских отношений в своей родительской системе. Это позволяет говорить о связи ранних «детских конфликтов» (конфликт «типов совести») с возникновением последующих психосоматических заболеваний. Характер заболевания и его выраженность каким-то образом связаны с типом нарушения отношений детей и их родителей (Хеллингер, 2001).

По отношению к больным ревматоидным артритом мы предполагаем конфликт между изначальным природным стремлением ребенка к родителю и «запретом» движения к нему, что и выражается в нарушении функции движения. Невозможность разрешить конфликт, в силу его вытесненного характера, приводит к формированию постоянного «очага» внутреннего напряжения, который оказывает влияние на состояние здоровья человека. Краткосрочная психотерапия в эмоциональной зоне указанной проблемы облегчает психофизическое состояние больных ревматоидным артритом.

Сформулируем выводы.

1) Адаптированный комбинированный психотерапевтический метод позволяет в условиях ограниченного времени достигнуть констатируемых результатов.

2) Разрешение конфликта в зоне детско-родительских отношений приводит к облегчению психофизического состояния больных ревматоидным артритом.

3) Психотерапия эффективно влияет на изменение взглядов пациента по отношению к его семейным отношениям, улучшает психологическую атмосферу в семье, способствует компенсации «проблемных» личностных особенностей и расширяет возможности социальной адаптации.

Литература

- Винникотт Д.В. Семья и развитие личности. Мать и дитя. Екатеринбург: Изд-во «ЛИТУР», 2004.
- Ромасенко Л.В., Вукколова Н.В. Пограничные психические расстройства у больных ревматоидным артритом: Пособие для врачей. М., 1998.
- Уиллер Г. Гештальттерапия постмодерна: за пределами индивидуализма. М: Смысл, 2005.
- Хеллингер Б. Порядки любви: Разрешение семейно-системных конфликтов и противоречий. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001.
- Хеллингер Б. И в середине тебе станет легко. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003.