

# КРАТКОСРОЧНОЕ ПРОБЛЕМНО-ОРИЕНТИРОВАННОЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В РАМКАХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА: АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОСТЕЙ НА ПРИМЕРЕ СЛУЧАЯ ИЗ ПРАКТИКИ

О.М. БОЙКО

В статье на примере случая эффективного краткосрочного проблемно-ориентированного психологического консультирования с пациентом с диагнозом шизофрения, параноидная форма, затяжное галлюцинаторное состояние (F20.00) в рамках психиатрического стационара разбираются возможности и ограничения применения данного жанра в профессиональной деятельности психолога, работающего с клинической выборкой. Выделяются условия, препятствующие формированию синдрома эмоционального выгорания и помогающие сохранению эмпатической позиции в работе медицинского психолога с людьми, страдающими психическими заболеваниями. Осуществляется критический разбор представленной проблематики с точки зрения разных психотерапевтических подходов, с обоснованием используемых техник. Приведенный пример иллюстрирует возможность и принципиальную важность ориентации на предъявляемый запрос и удовлетворенность специалиста результатом, который требуется пациенту и приносит ему облегчение, и необходимость отказа от грандиозных недостижимых целей.

**Ключевые слова:** психологическое консультирование, эмоциональное выгорание, профилактика эмоционального выгорания, психические заболевания, шизофрения.

Психологическое консультирование и психотерапевтическая помощь в рамках психиатрического стационара имеют ряд особенностей и ограничений. Во-первых, ограниченность сроков работы, обусловленная непродуктивностью работы психолога при наличии у пациента острой психотической симптоматики и, затем, его выпиской при установлении медикаментозной ремиссии. В связи с современной тенден-

цией к максимальному сокращению сроков госпитализации, для работы с психологом пациент доступен в течение узкого периода между снятием основной психотической симптоматики и стабилизацией состава поддерживающей терапии. Сроки окна между этими датами могут ограничиваться одной-двумя неделями, что, с учетом повседневной рабочей нагрузки психолога, может оставлять возможность для проведения нескольких сеансов психологического консультирования. С другой стороны, глубина проблематики, ее тяжесть, степень дезадаптации и само понимание, что имеешь дело с психиатрическим пациентом, настраивают специалиста на мысль о необходимости длительной психотерапевтической работы. Это несоответствие между понимаемым идеалом и объективно имеющимися возможностями приводит к тому, что, зачастую, консультационная и психотерапевтическая работа психолога в психиатрическом стационаре сопровождается переживаниями безнадежности в отношении ее продуктивности и по поводу собственного бессилия. А именно, данный комплекс эмоциональных реакций существенно повышает риск эмоционального выгорания [Таткина, 2009; Ермакова, 2010], который и так является одним из наиболее высоких для всех специалистов сферы психического здоровья [Юрьева, 2004]. Одним из важных негативных проявлений синдрома эмоционального выгорания является дегуманизация, находящая свое проявление в циничной, отстраненной, неэмпатичной позиции по отношению к пациенту [Ермакова, 2010; Юрьева, 2004]. Данный аспект, наряду с общими гуманистическими побуждениями, делает актуальным решение проблемы оказания качественной психологической помощи пациентам психиатрического стационара в условиях дефицита времени.

Одним из ключевых условий профилактики формирования синдрома психологического выгорания у специалистов области «человек-человек» является установление выполнимых целей, реализацию которых можно отследить, а также понимание их значения в общей канве работы [Таткина, 2009; Ермакова, 2010]. Объективное отсутствие возможностей для проведения долгосрочной и глубинной психотерапии в период стационарирования не означает невозможность оказания качественной помощи пациентам психиатрического стационара, а отказ от грандиозных целей и понимание того, что решение конкретных проблем облегчает им жизнь, может являться одним из выходов в сложившейся ситуации. Это положение наглядно иллюстрирует описываемый ниже клинический случай.

Пациент N., юноша 22 лет с диагнозом шизофрения, параноидная форма, затяжное галлюцинаторное состояние (F20.00), неоднократно госпитализировался в психиатрический стационар (биографические

данные изменены для соблюдения конфиденциальности). На момент первой консультации состояние медикаментозной ремиссии было достигнуто и до окончания срока стационарного лечения оставалось около двух недель. В качестве запроса на психологическую помощь юноша предъявил жалобу на то, что он до слез скучает по маме, скучает в такой степени что, находясь в настоящее время в стационаре, каждый день плачет по этому поводу. Предваряя описание работы, хочется отметить, что среди контингента мужского отделения (юношеского и взрослого возраста) такие жалобы единичны, несмотря на наличие пациентов разных нозологических групп и, в том числе, с подобным же диагнозом и с сильной привязанностью к родителям.

Стоит сказать, что мама и другие родственники практически каждый день навещали пациента, а каждые выходные он отправлялся в лечебный отпуск домой. Кроме того, юноша имел возможность в любой момент звонить маме по мобильному телефону, что не снижало интенсивности испытываемого чувства. В ходе дальнейшей беседы выяснилось, что он всегда был привязан к матери и дома частенько «ходит за ней хвостиком», на что мама-домохозяйка реагирует тепло и благожелательно. Наличие возможности практически неограниченного дистанционного доступа к эмоциональной поддержке в момент обращения пациента за помощью дало возможность предположить, что дело здесь не в ее недостатке данный момент, как может наблюдаться у человека, лишенного доступа к привычному кругу общения и не сформировавшего еще нового, поскольку в таком случае интенсивность переживания должна была хотя бы кратковременно снижаться после звонка маме, чего в реальности не происходило [Sarason, Sarason, 2009]. Опровержением гипотезы о фрустрации чувства принадлежности послужил отрицательный ответ на уточнение, помогает ли пациенту обращение к чему-то, напоминающему о маме (просмотр ее фотографий в телефоне, чтение ее смс сообщений, обращение к ее подарку). Последнее часто используется людьми всех возрастов (вне зависимости от наличия или отсутствия психиатрического диагноза) для поддержания внутреннего ощущения близости со значимым человеком и помогает при переживании одиночества и покинутости.

Для дальнейшего прояснения ситуации было решено обратить внимание на обстоятельства и переживания пациента, сопровождающие появление тоски по маме. Выяснилось, что чаще всего это чувство возникает в ходе тихого часа и после вечернего отбоя, когда пациенты должны оставаться в палатах и соблюдать тишину. К этому времени пациент устает читать (так как читает учебную литературу, начиная с утра), телевизор смотреть нельзя, а чем еще заняться, он не знает. На основании этих данных возникла рабочая гипотеза о том, что интенсивные

приступы тоски по маме могут быть связаны с испытываемой пациентом скукой. Для проверки этой гипотезы пациенту был задан вопрос о том, что он делает дома, когда ему нечем заняться, когда одно дело он уже закончил, а со следующим еще не определился. Выяснилось, что именно в это время он и начинает «ходить за мамой хвостиком»: общается с ней, старается попить с ней чай или просто побыть вместе.

Следующим шагом для подтверждения терапевтической гипотезы стало предоставление полученных данных пациенту с озвучиванием предположения о том, что, несмотря на действительно сильную привязанность к маме, особенно сильно скучать по ней он начинает в той ситуации, когда одно дело он уже закончил, а другое еще не выбрал — и временно больше ни на что не может отвлечься. Юноше было предложено во время ближайшего тихого часа и следующего лечебного отпуска понаблюдать за временем возникновения этих приступов тоски и относиться к ним как материалу для исследования, чтобы несколько снизить эмоциональную вовлеченность в болезненные переживания и посмотреть, не связаны ли эти состояния с отсутствием дела на данный момент, с переходным состоянием между окончанием одного занятия и необходимостью найти для себя что-то другое.

На следующей консультации пациент выглядел повеселевшим. Он сразу заявил, что обсуждать больше нечего, так как он убедился, что интенсивная тоска по маме возникает в той ситуации, когда ему нечем заняться, и что сейчас он старается спланировать свою занятость и отвлекать себя в тех ситуациях, когда нет возможности пообщаться с мамой лично. Еще через неделю, поскольку пациент все еще находился в отделении, я справилась о его состоянии. На вопрос о своем настроении он сообщил, что, несмотря на грусть оттого, что выписку немного отсрочили, все хорошо, что он звонит маме не так часто, как раньше (не постоянно, а несколько раз в день), и успешно находит себе занятия.

Таким образом, можно утверждать, что результат консультирования оказался достаточно устойчивым и пациент научился контролировать тревожащую его симптоматику и смог использовать свой навык для того, чтобы сделать для себя менее травматичной ситуацию неожиданной отсрочки выписки.

### **Обсуждение**

Приведенный пример интересен с двух точек зрения. Во-первых, заявленная пациентом проблема на первый взгляд является глубинной и требует для своего разрешения длительной психотерапевтической работы, желательной в рамках психодинамического подхода. Наиболее приемлемой в данном контексте выглядит интерпретация проблемы как

показателя несформированности постоянства внутреннего хорошего объекта вследствие ранних нарушений на фазе образования переходного объекта, воплощающего в себе материнские способности к успокоению и служащего промежуточным этапом в интериоризации, присвоении их себе [Шарфф, Шарфф, 2009]. Классическая психодинамическая работа по сепарации и формированию внутреннего хорошего объекта занимает не один год. При этом, наличие психиатрического заболевания у описываемого пациента ограничивает круг возможных подходов в рамках психодинамического направления поддерживающей психотерапии [Мак-Вильямс, 2006]. Кроме того, для успешности работы у пациента должно быть желание исследовать себя, изменять собственную жизнь, чего в данном случае не наблюдалось. Вследствие этого, целью психологического консультирования в данном случае стало облегчение испытываемой пациентом тоски, как за счет понимания ее происхождения, так и посредством умения ее контролировать.

Другие возможности дает рассмотрение запроса с точки зрения гештальт-терапии. Объясняя испытываемые пациентом переживания как трудности перехода от одной уже реализованной потребности к опознаванию следующей, можно найти методологические и теоретические ресурсы для краткосрочной работы. Становление новой потребности сопровождается необходимостью прислушаться к собственным ощущениям и переживаниям, опознать их. С опорой на них, с точки зрения теоретиков гештальт-подхода, формируется новое желание, и именно их наличие дает силы для реализации этого нового желания. Этот период, так называемый преконтакт, занимает некоторое время и требует умения прислушиваться к себе, не подгонять себя. К разнообразным вариантам срыва этой стадии относят, в том числе, и нарушения пищевого поведения, когда все стимулы из-за ошибок в их определении опознаются как побуждающие к еде. Важно отметить, что характер опредмечивания имеющихся ощущений и переживаний, особенно при их недифференцированности, может различаться и определяется в основном историей жизни человека. В приведенном примере недифференцированные переживания, испытываемые пациентом на фазе преконтакта, опредмечиваются как потребность в эмоциональной и территориальной близости с матерью. Классический гештальт-подход предлагает в таком случае применить фокусировку на ощущениях и чувствах с тем, чтобы вернуться к первичному субстрату, определяющему потребность и разрушить имеющееся «ложное объяснение» [Лебедева, Иванова, 2005]. Однако это может временно повысить уровень тревоги и испытываемого пациентом дискомфорта, что в работе с представителями клинической выборки является нежелательным, так как создавать, пусть и временную, неопределенность для психотического пациента равносильно тому, чтобы «плеснуть

бензин в пламя психотического ужаса» [Мак-Вильямс, 2006, С. 101]. В связи с этим, адекватным психическому статусу пациента является использование поверхностной (не генетической) интерпретации — выдвижения гипотезы о том, с чем могут быть связаны его переживания, и формулирование рекомендаций на ее основе [Аграчев, Кадыров, 2000], к которым относится предложение понаблюдать за своими реакциями и поэкспериментировать, тренируясь отвлекать и успокаивать себя самостоятельно.

Таким образом, за счет эклектичности применяемого подхода к пониманию предъявляемой симптоматики и ее коррекции удастся добиться возникновения у пациента ощущения контроля по отношению к тревожащему его состоянию, что является одной из целей любой психокоррекционной и консультативной работы.

Возвращаясь к проблеме эмоционального выгорания, данный случай демонстрирует, как, за счет постановки реалистичных по отношению к имеющимся условиям целей, удается не только достичь удовлетворяющего пациента результата, но и ощутить радость от собственной профессиональной деятельности, удовлетворение ею, что дает дополнительный стимул для дальнейшего профессионального развития. Кроме того, как и каждый положительный опыт, он формирует внутренний ресурс для сохранения возможности ощущения сопереживания и сострадания людям, в чью жизнь вторглась психическая болезнь.

## **ЛИТЕРАТУРА**

- Аграчев С.Г., Кадыров И.М.* Психоанализ и психоаналитическая терапия // Учебное пособие: Основные направления современной психотерапии. М.: «Когито-Центр», 2000. С. 75—98.
- Ермакова Е.В.* Изучение синдрома эмоционального выгорания как нарушения ценностно-смысловой сферы личности (теоретический аспект) // Культурно-историческая психология, 2010. № 1. С. 27—39.
- Лебедева Н.М., Иванова Е.А.* Путешествие в гештальт. Теория и практика. СПб, «Речь», 2005. 560 с.
- Мак-Вильямс Н.* Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе. М.: Независимая фирма «Класс», 2006. 476 с.
- Таткина Е.Г.* Синдром эмоционального выгорания медицинских работников как объект психологического исследования // Вестник ТГПУ, 2009. № 11 (89). С. 131—134.
- Шарфф Дж.С., Шарфф Д.Э.* Основы теории объектных отношений. М.: «Когито-Центр», 2009. 304 с.
- Юрвева Л.Н.* Профессиональное выгорание у медицинских работников. Формирование, профилактика и коррекция. Киев: «Сфера», 2004. 272 с.
- Sarason I.G., Sarason B.R.* Social support: Mapping the construct. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2009. № 26(1). P. 113—121. doi: 10.1177/0265407509105526.

## SHORT-TERM PROBLEM-ORIENTED PSYCHOLOGICAL CONSULTING IN A PSYCHIATRIC SETTING: OPPORTUNITY'S ANALYSIS ON CASE STUDY

*O.M. BOYKO*

The article describes the case of short-term problem-oriented psychological consulting of a patient in a psychiatry clinic, with diagnosis: schizophrenia, paranoid form, continuous hallucinatory state. The opportunities and limitations of using this psychotherapeutic genre in work with clinical patients are discussed. The conditions which help to prevent the emotional burnout and keep emphatic position during psychological work with psychiatry patients are outlined. The critical analysis of the described problem in terms of different psychotherapeutic approaches is provided, the used techniques are justified. The described case illustrates that it is possible and important to be focused on the client's appeal and the result of psychotherapy, desired by the patient himself, being a relief for him; at the same time it is appropriate to abandon grandiose unreachable goals.

**Key words:** psychological consulting, emotional burnout, emotional burnout prevention, psychical disorders, schizophrenia.

- Agrachev S.G., Kadyrov I.M.* Psikhoanaliz i psikhoanaliticheskaya terapiya. // Uchebnoe posobie: Osnovnye napravleniya sovremennoj psikhoterapii. M.: "Kogito-TSentr", 2000. C. 75—98.
- Ermakova E.V.* Izuchenie sindroma ehmitsional'nogo vygoraniya kak narusheniya tsennostno-smyslovoj sfery lichnosti (teoreticheskij aspekt) // Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya, 2010. № 1. C. 27—39.
- Lebedeva N.M., Ivanova E.A.* Puteshestvie v geshtal't. Teoriya i praktika. SPb, "Rech", 2005. 560 c.
- Mak-Vil'yams N.* Psikhoanaliticheskaya diagnostika. Ponimanie struktury lichnosti v klinicheskom protsesse. M.: Nezavisimaya firma "Klass", 2006. 476 c.
- Tatkina E.G.* Sindrom ehmitsional'nogo vygoraniya meditsinskikh rabotnikov kak ob'ekt psikhologicheskogo issledovaniya // Vestnik TGPU, 2009. № 11 (89). C. 131—134.
- Sharff Dzh.S., SHarff D.EH.* Osnovy teorii ob'ektnykh otnoshenij. M.: "Kogito-TSentr", 2009. 304 c.
- Yur'eva L.N.* Professional'noe vygoranie u meditsinskikh rabotnikov. Formirovanie, profilaktika i korrektsiya. Kiev: "Sfera", 2004. 272 c.
- Sarason I.G., Sarason B.R.* Social support: Mapping the construct. Journal of Social and Personal Relationships, 2009. № 26(1). P. 113—121. doi: 10.1177/0265407509105526.