

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

СТАЦИОНАРНАЯ ПОВЕДЕНЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ (на примере нарциссизма)

П. Шюлер (Марбург)¹

Аннотация: Люди с тяжелыми личностными расстройствами (нарциссизмом), часто связанными с другими нарушениями, составляют сегодня все больший процент пациентов психиатрических клиник. Организация психотерапевтической помощи по «общинному признаку» и обращение в мультипрофессиональные клиники, где есть и поведенческие психотерапевты, является, зачастую, только началом процесса излечения. Социально-психиатрическая психотерапевтическая концепция дает также возможность стационарного лечения множественных личностных расстройств, в рамках которой предлагается поведенчески ориентированные, динамические стационарные программы коррекции.

Ключевые слова: Нарциссистическое личностное расстройство, множественные психические расстройства, общедоступное психиатрическое обслуживание, стационарная поведенческая терапия.

Психиатрическая клиника Мерксаузен (медицинский директор – профессор Г. Кунце), ее филиалы в Касселе и Гуксхаузене, а также две поликлиники и институтские амбулатории, осуществляют психиатрическую помощь округа Кассель и западного сектора города Кассель (общая численность населения составляет 330 тысяч жителей) [Kunze, 1989, 1990, a, b].

Основанный на организации обеспечения здоровья в амбулаториях, дневных и полных стационарах главный принцип терапии, реализуемый в семи функциональных подразделениях клиники, – принцип территориальности социально-психиатрической и психотерапевтической помощи.

Как показывает опыт других психиатрических и соматических клиник, что также находит отражение и в нашей практике, структура и содержание обращений пациентов в последние годы претерпела определенные изменения, нашедшие свое отражение в панораме заболеваемости:

изменилось соотношение между невротическими и личностными («ранними») расстройствами;

рост числа личностных расстройств, особенно острых нарушений, зависимостей и в сфере психотерапевтической практики, ставит нас перед терапевтической проблемой и вызывает среди поведенческих психотерапевтов острые дискуссии.

Пациенты, которые подвержены множественным расстройствам (например, страхам, фобиям, депрессиям, автоагрессии, алкоголизму и наркомании) не могут быть квалифицированы как заболевшие психозом. Здесь речь может идти, скорее всего, о «минипсихозах». Эта ситуация усложняется совершенно новой картиной болезни, как, например, патологическая игра, в основе которой, как правило, лежат личностные расстройства. Эта новая категория пациентов, обращаясь за психиатрической, психотерапев-

тической помощью, размывает рамки традиционной терапии.

Для дифференциации вариантов помощи в сфере компетенции неотложной психиатрии, в 1984 году была открыта психотерапевтическая клиника на 22 койки. В задачу этой клиники входит региональное обслуживание людей с невротическими и личностными расстройствами.

Что очень важно, что в процессе лечения, пациент сохраняет контакт с социумом, со своими близкими (пребывание дома по выходным дням, посещения дома, визиты родственников, если необходимо создать домашнюю атмосферу).

Терапевтическая команда состоит из врача-психиатра, двоих специалистов-психологов (мужчин), специализированного в клинике и имеющего ученую степень психолога (женщины) и семи медсестер. Младший медперсонал (медицинские сестры, нянечки etc.) имеют большой психотерапевтический и психиатрический опыт и различные курсы повышения квалификации по разным направлениям психотерапии. Кроме того, в клинике широко используются методы трудо- и гештальттерапии, физио- и социотерапии.

Диагностический и поведенческий анализ симптомов нарциссистических личностных нарушений

Подробная беседа с пациентом при первой с ним встрече строится на основании нашего терапевтического опыта в точной диагностике нарциссистических личностных нарушений, равно как и прочих отклонений, сначала, впрочем, по ходу психотерапии. Часто встречаются типические кризы.

В заключение разговора и для большей ясности в понимании терапии личностных нарциссистических расстройств, приведем один пример из нашей практики.

¹ Перевод с немецкого: кандидат психологических наук В.Г. Залевский

Господин К. (44 года) поступил к нам после того, как он уже некоторое время назад побывал в двух других психотерапевтических ориентированных клиниках с диагнозом «депрессивное истощение», что протекало на фоне вегетативных осложнений. Попытки оказать помощь пациенту, которые существенно направлялись его супругой, потерпели после короткого времени его пребывания в клинике крах. В первой клинике через несколько недель произошла смена терапевта, так как между предыдущим терапевтом и господином К. «ничего больше не получалось». Все, кто был задействован в психотерапевтическом процессе, были весьма довольны, когда пациент по собственному желанию покинул клинику. Застарелый супружеский конфликт, после этого события, был вновь инициирован как супругой пациента, так и самим господином К., который с многочисленными вегетативными осложнениями обратился в клинику экстренной психиатрической помощи. Здесь лечащий врач свела все множественные вегетативные нарушения пациента к депрессивному развитию и опыту участия в многочисленных значительных конфликтах пациента со своими коллегами, начальством и подчиненными на работе. Однако и здесь все усилия, направленные на облегчение страданий пациента, оказались напрасными.

Типичными для нарциссистических кризов пациента, как нам кажется, были как депрессивные, так и чрезмерные эмоциональные реакции, связанные с предшествующим опытом господина К., что вело к неудачным терапевтическим вмешательствам. Это привело, кроме того, к тому, что пациент получил жесткий опыт неудачной психотерапевтической помощи.

Этот интеракционный терапевтический криз, который связан с завышенной самооценкой, и в особенности с массивной девальвацией существеннейших этапов терапевтического воздействия, видится для нарциссистических личностных расстройств на первой фазе терапии весьма типичным. В основном, тенденции к слому процесса психотерапии, снижение значимости терапевта или, чаще – ко-терапевта (ассистента) («зачем, собственно, он присутствует при разговоре?», «я хочу, чтобы меня лечил только академик!»). Пациент сам провоцирует смену терапевта и сетует, что он очень слабо ощущает психотерапевтический эффект. Если же он заявляет, что он уже достаточно здоров, то это также неправда. Это означает:

Среди прочих актуальных интеракционных и когнитивных типов анализа поведения, биографический поведенческий анализ не безотказен. Относительно необходимости использования биографического анализа поведения высказался Doerig [1988], согласившийся с возможностью его использования в том случае, если он помогает обнаружить травмирующие события в жизни пациента. Такой расклад относит пациентов с тяжелыми нарциссистическими личностными расстройствами к особой категории больных. Например, случай К.

В процессе терапевтического общения всегда становится понятнее, что знание человеком того, что ты был зачат вне брака, относится к одним из наиболее травмирующим жизненным переживаниям пациента. К моменту начала нашей терапевтической работы, для 43-летнего

пациента главной проблемой была скрытность его отца. В начале процесса психотерапии сын выяснил у матери, что он раньше знал только как слух, что отцом его является другой мужчина, и что это скрывалось от него в течение 43 лет. В беседе с родными, сначала это упомянула его супруга. Хотя сначала пациент вообще не хотел об этом говорить. Эта проблема отцовства оказалась главным жизненным результатом, чьи последствия всегда становились понятными в актуальных психотерапевтических кризисных ситуациях.

Концептуализация случая, определение целей и плана работы при лечении нарциссических личностных расстройств

Наша клиническая практика показывает, что для лечения пациентов с нарциссистическими личностными расстройствами, необходимы те же терапевтические мероприятия, которые реализуются при работе с невротиками. Это также относится и к предполагаемым целям психотерапии и ее продолжительности.

Кроме того, особенности наших пациентов с нарциссистическими личностными расстройствами таковы, что амбулаторное лечение или «курс» лечения уже более недостаточны для достижения искомого результата. Психиатрическая клиника, по меньшей мере, на какое-то время, единственное место, которое не могут обойти ни больные, ни их родственники. В связи с этим, открываются такие возможности планирования психотерапии, на которые только здесь и можно получить согласие пациента, которые не будут им разрушены или «выплаканы», и которые в любой другой ситуации не будут соразмерными степени заболевания.

Продолжительность лечения в открытых клиниках составляет, как правило, 6-9 месяцев стационара, которые, по своему окончанию, дополняются профилактическими наблюдениями пациента.

Терапевтические цели, пациентом зачастую ставятся в начале работы либо как иррациональные, либо – чрезмерно смелые, либо – совершенно дезориентированные.

Терапевтические цели терапевта могут быть следующие:

- переработка или разрушение депрессивного криза, депрессивной агрессии и суицидальной реакции;
- преобразование когнитивного дисфункционального нарциссистического узора и следующими за этим эмоциональных реакций и способов взаимодействия;
- обучение копинг-стратегиям, которые, прежде всего, ориентированы на: защиту от: критики и от не(до)понимания; отвержения или обид; научение самопринятию и реалистическому отношению к себе;
- улучшение качества взаимодействия с другими;
- определение адекватного взгляда (отношения) на себя;
- обучение способам разрешения проблемных ситуаций;
- итоговое закрепление результатов стационарного лечения, что означает подготовка к возможным рецидивам нарциссистических кризов и выходам из них.

Насколько эта группа больных может быть отнесена к пациентам, долгое время пребывающим в клинике, покажет время.

Имеющийся у нас опыт, позволяет выделить значимые социальные критерии, которые могут носить прогностическую функцию: включенность в социальную группу, наличие постоянных партнеров, профессиональная стабильность.

Специализированная терапевтическая программа коррекции нарциссических личностных расстройств

Коррекция трех центральных проблем нарциссических личностных расстройств (мании величия, неприятия критики, неспособности к сопереживанию) может реализовываться методом мультимодальной психотерапии [Lazarus]. Сущность мании величия проявляется через когнитивные, воображаемые, слабо воспринимаемые (прежде всего, в плане социального восприятия), интерличностные и порой болезненные компоненты. Аналогичные признаки присутствуют как собственной нескритичности, так и неспособности к сопереживанию.

Нам представляется весьма существенным, что эти дефицитарные или проблемные сущностные признаки личностных расстройств, которые манифестируются на различных этапах психотерапевтического взаимодействия и таким образом могут быть доступны лечебному воздействию:

Поведенческие проблемы, возникающие в общении пациента и терапевта или ко-терапевта, в групповой терапии и в беседах с другими пациентами в клинике. Это видится очень важным, наряду с когнитивными компонентами, возникающими на описанных этапах психотерапевтического взаимодействия.

Кроме того, мы различаем типичные когнитивные эмоциональные и интеракционные поведенческие схемы, которые могут проявляться в различных фазах терапии.

Коррекция специфических симптомокомплексов нарциссических расстройств, наряду с использованием когнитивных методов в индивидуальной беседе, может быть успешно реализована в группе и во взаимодействии с ко-терапевтами, другими пациентами.

Работа со специфическим симптомокомплексом при интеракционном взаимодействии состоит во взаимном, без посредников, общении пациента и терапевта или также в процессе групповой работы. Несколько иная задача у младшего медперсонала, также контактирующего с пациентами в клинике (создание домашних условий, воплощение реальности, определение правил поведения и т.п.), и играющего весьма важную роль в реализации терапевтических мероприятий. Медсестры и нянечки предоставляют весьма важную информацию для распознавания и определения признаков нарциссического мышления и поведения. Это поможет пациенту осознать проблему и посредством соответствующего психотерапевтического поведенческого метода проработать ее.

Специальная программа терапии нарциссических личностных расстройств может включать следующие фазы:

Амбулаторная фаза
Предварительная поведенчески-аналитическая беседа с пациентом в амбулатории,

формулировка проблемы и подготовка к стационарной терапии.

Пример

Господин Ц. обратился к терапевту, когда ему было 18 лет, нуждался длительное время в амбулаторной предварительной беседе. Он представлял собой образец полной социальной дезадаптации, школьного неудачника и комплекса навязчивых мыслей.

Фаза стационарной поведенческой диагностики и формулирования проблемы в индивидуальной и групповой терапии

Сразу после начала пребывания в стационаре, пациент начинает участвовать трижды в неделю в групповой интеракционной психотерапии. В этот момент определяется, на основании данных наблюдения, поведенческая стратегия пациента, параллельно с чем идут беседы с терапевтом один на один, которые поддерживают поведенческий анализ на микро- и макроуровнях [Kanfer, 1990].

Иррациональные нарциссические когниции детерминируют типичные нарциссические эмоциональные реакции, которые тяжелейшим образом влияют на сферу межличностных отношений пациента, что означает противостояние с другими членами группы. Также переживания отношения к себе группы оказывают разрушающее воздействие и на так хрупкую самооценку пациента. В этот момент происходит комбинация индивидуальных и групповых методов работы, имеющая центральное значение для эффективности терапии. В группе пациент переживает последствия воздействия своей стратегии поведения на других людей. В процессе индивидуальной работы происходит основательная переработка базальной когнитивной стратегии и выработка новых когнитивных, эмоциональных и поведенческих стратегий взаимодействия.

Групповая терапия имеет большое значение для поведенческого анализа, так как уже почти здесь включается интеракционная сфера в наблюдения над поведением и появляется важнейший поведенческий аналитический материал. Таким образом, произошедшие в группе межличностные кризисы будут, по возможности, ежедневно, обсуждаться с пациентом в индивидуальных беседах.

С пациентом также обсуждается и прорабатывается, какие индивидуальные когнитивные, эмоциональные и поведенческие стратегии были им использованы. Этот аспект должен быть очень дельно осужден и стать подробным источником информации о нарциссическом расстройстве пациента. С ним также прорабатывается особенности его личностного расстройства и ведется поиск его причин.

И уже на этом этапе следует стремиться к горячим спорам в группе, придавая большое значение тому, что дисфункциональные стратегии пациента должны активно атаковаться и последовательно перерабатываться.

Пример М.Ц.

«Я могу все» (переоценка своих возможностей, неадекватная когнитивная Я-концепция). Подобная позиция очень быстро распознается группой как фальшивая, атакуется и перерабатывается человеком депрессивно-нарциссически. Данная реакция пациента

обязательно должна быть проанализирована и переработана в индивидуальной беседе с ним.

Данная когнитивная схема пациента должна постоянно прорабатываться в группе и обсуждаться как можно чаще в индивидуальных сеансах.

Фаза специфической интервенции и работы над частными проблемами

На первом плане этой фазы находится групповая терапия, которая в дальнейшем будет только интенсифицироваться. Коммуникативная групповая терапия будет вестись по таким направлениям, как тренинг уверенности в себе, игровые группы, группы музыкальной терапии, группы терапии страхов etc., наряду с этим, будут использоваться такие приемы гештальттерапии, трудотерапии и терапии занятости.

Также данная фаза включает в себя комбинации групповой и индивидуальной работы, что было описано выше.

Содержание терапии

- тренинг восприятия, с особым акцентом на восприятие себя и других;
- общение, где присутствуют оскорбительные реакции и болезненные ситуации;
- общение, где присутствует мания величия пациента;
- тренинг эмоционального восприятия, например, спорта и подобных активирующих мероприятий (вопрос: что происходит с моими эмоциями, когда я себя так веду?);
- тренинг эмоционального восприятия и выражения эмоций (вопрос: что вы чувствуете, когда вы ведете себя тем или иным образом, когда вас критикуют или просто обращаются к вам?).

В частности используются

Обязательно все пациенты, находящиеся в клинике, трижды в неделю принимают участие в интеракционной групповой терапии, методологическим основанием которой является концепция Граве. Число членов группы оставляет, в среднем, 8 человек. В группе, которую ведет соответствующий специалист (психотерапевт) совместно с ко-терапевтом/терапевтами, участвуют также пациенты с нарциссистическими личностными расстройствами. Здесь прорабатываются интеракционные конфликты, в части их когнитивной и эмоциональной составляющих. И, как нам кажется, основываясь на имеющемся опыте когнитивной психотерапии, наиболее адекватным будет здесь использование рационально-мотивной терапии в том варианте, который предложил Молтсби.

Сюда же можно отнести еженедельный, продолжительностью от 8 до 10 часов, тренинг уверенности в себе (базовый курс и курс для «продвинутых»), который завершается совместным in-vivo-упражнением. В этой программе участвуют пациенты нарциссистическими личностными расстройствами, причем оказывается, что у них снова выявляются трудности в стандартных ситуациях.

Перспективным поведенческим психотерапевтическим методом коррекции нарциссистических личностных расстройств, как показывает наша многолетняя практика, является поведенчески ориентированная групповая музыкальная терапия, которая может использоваться 1-2 раза в неделю. Определенное время мы проводили эксперименты с несколько более про-

стой формой музыкальной терапии – «барабанной группой». Данная форма групповой работы, вполне вероятно, предлагает нам подходящий дополнительный метод, в рамках мультимодальной терапии интеракционных и эмоциональных процессов.

Когнитивная терапия, преобладающая у нас в форме рационально-мотивной терапии по Молтсби, видится весьма действенным методом групповой и индивидуальной работы с дисфункциональными когнициями при нарциссистических расстройствах.

Как уже говорилось выше, как поведенческий анализ, так и психотерапия хоть и относятся к ежедневным терапевтическим процедурам, но идентификация специфически дисфункциональных нарциссистических когниций осуществляется в различных плоскостях общения в стационаре.

Следующая фаза когнитивной терапии, содержание которой составляют выработка альтернативных мыслительных и поведенческих стратегий, осуществляется в формах индивидуальной или групповой работы, а также в беседах с ко-терапевтами.

В заключение выполняются in-senso-упражнения, в ходе которых в уме проигрываются различные проблемные ситуации.

Затем пациенту предлагается «тест на реалистичность». Это значит, что он должен апробировать новую поведенческую стратегию в группе, в клинике, в экспозиционном упражнении и в некоторых других ситуациях.

Решение проблем мании величия, самооценки, беспомощности, идеализации, принятия себя и других также возможно в рамках когнитивной терапии.

Также когнитивно-поведенческая коррекция успешна при непереносимости критики пациентом: «Когда все люди играют на флейтах, критик высказывает свое мнение».

Во время пребывания в стационаре пациенты с нарциссистическими расстройствами с серьезными депрессивными реакциями, когда они скрывают кризисы самооценки, демонстрируют вспышки бешенства, их окружение, терапевты, команда и другие люди не имеют для них никакого значения. И эти депрессивные кризисы локализуются с помощью индивидуальных бесед в рамках когнитивной методологии.

Интервальная фаза при завершении стационарного лечения

Выходные дни и разнообразные контакты пациентов вне клиники, которые разрешены новыми правилами, на этой фазе пребывания в стационаре, предшествующей выходу из него, составляет центральное содержание этого этапа лечения.

Роль и задачи обслуживающего персонала в лечении нарциссистических личностных расстройств

Как это часто встречается в психиатрической практике, роль обслуживающего персонала сводится к ко-терапевтическим функциям. Для этого у нас существуют качественные 6-месячные курсы повышения квалификации младшего медперсонала в рамках поведенческой терапии в специализирующейся по поведенческой психотерапии лаборатории Гамбург-Эппендорф (профессор Ханд). Это обучение осуществляется в рамках модельной правитель-

ственной программы по психиатрии, равно как и многолетний проект повышения квалификации младшего медперсонала и обширная музыкально-терапевтическая образовательная программа двоих медицинских сестер и одного психолога из нашей клиники.

Значение квалифицированного обслуживающего персонала как ко-терапевтов при лечении личностных расстройств важна в том плане, что при личностных нарциссических кризах пациентов психотерапевт далеко не всегда может оказаться «под рукой». С другой стороны, младший медперсонал больше времени проводит вместе с пациентами, что вызывает, порой, трения и конфликты между обеими сторонами. Но, кроме того, в кризисных и конфликтных ситуациях медсестры и нянечки быстрее принимают меры по преодолению кризов. Предпосылкой этому, по нашему мнению, является большая значимость для пациентов в их излечении, именно ухаживающего персонала, а не терапевтов. Поэтому в рамках медиаторной концепции поведенческой психотерапии, младший медперсонал приобретает существеннейшее значение. Таким образом, ко-терапевт вдет не только некоторые элементы психотерапевтической коррекции, он незаменим при биографическом анализе поведения и в поиске главных дисфункциональных стратегий пациента, равно как и информирован о генеральном плане психотерапии. Для того же, чтобы все были информированы о планах и текущем состоянии пациентов, ежедневно проводятся терапевтические конференции.

Итоговые размышления

Некоторые основные положения, которые мы извлекли из нашей практики стационарного лечения нарциссических личностных расстройств:

При проведении анализа поведения, особенно чтобы распознать травмирующие жизненные события и их специфическую структуру и предпосылки, необходимо детально изучать временной его анамнез.

При биографическом анализе поведения и при индивидуальной терапевтической коррекции жизненных и учебной истории пациента, необходимо принимать во внимание и кажущиеся незначительными события, чтобы затем помочь пациенту в конкретных ситуациях применять адекватные стратегии преодоления и решения проблем.

Принцип постоянной рефлексии в интеракционном взаимодействии здесь и сейчас и

диалоге, или, иначе говоря, сохраняющая способность вести диалог, играет решающую роль, как для продвижения терапии, так и в терапевтических кризисных ситуациях.

Когнитивная проработка и определение проблемы в рамках рационально-эмотивной терапии имеет большое значение.

Необходимо быть чрезвычайно осторожным на первой фазе терапии с применением провокационных методов. Их использование может быть только тогда спешным, когда между пациентом и терапевтом установлен положительный эмоциональный контакт. Юмор до тех пор не будет понят пациентом, пока он сам не пошутит.

Терапевт и его команда представляют модель копинг-стратегий. Модель саморегуляции по Канферу может оказать помощь пациенту в самоорганизации.

Обслуживающий персонал приобретает особые ко-терапевтические функции.

Терапия личностных расстройств очень продолжительна, протекает очень неровно и весьма напряженно и эмоционально обременительна для терапевта и его команды.

Стационарные поведенческие терапевтические мероприятия индивидуальны, в том числе и во временном отношении. При стационарном лечении необходимо пройти многомесячный курс, зачастую необходимо и повторное помещение в клинику.

Литература

1. Döring, J. Biographisch orientierte Verhaltensanalyse//Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation.- 1988. – 3. – S. 220-226
2. Kanfer, F.H., Reinecker, H., Schmelzer, D. Selbstmanagement-Therapie. – Berlin: Springer-Verlag, 1990.
3. Kunze, H. Funktionswandel des psychiatrischen Krankenhauses//Thom, A., Wulff, E. (Hrsg.) Psychiatrie im Wandel. – Bonn, 1990.
4. Kunze, H. Das Psychiatrische Krankenhaus in der Entwicklung von der anstalts- zur gemeindezentrierten Versorgung//Borsi, G. (Hrsg.) Die Würde des Menschen im psychiatrischen Alltag, Göttingen, 1989.
5. Kunze, H. Das Psychiatrische Krankenhaus Merxhausen//Krankenhauspsychiatrie, - 1990. – 1. – S. 148-149.
6. Maultsby, M.C. Rational Behavior Therapy. Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, N.J., 1984.

STATIONARY BEHAVIOURAL ORIENTED PSYCHIATRIC THERAPY OF PERSONAL FRUSTRATION (on an example of narcissism)

P. Schüler (Marburg)

The summary: The people with heavy personal frustration (narcissism), frequently connected with other infringements, make today increasing percent of the patients of psychiatric clinics. The organization psychotherapeutic of the help on «community to an attribute» and reference in a multiprofessional clinic, where is and behavioural psychotherapists, is, frequently, only beginning of process of treatment. Social-psychiatric psychotherapeutic concept gives also opportunity of stationary treatment of multiple personal frustration, within the framework of which it is offered behavioural guided.(focused), dynamic stationary programs of correction.

Key words: narcissistical personal frustration, multiple mental frustration, popular psychiatric service, stationary behavioural therapy