

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХОТЕРАПИИ ВЗРОСЛЫХ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

А.П. Агарков, А.К. Баскурян (Томск)

Аннотация. Эффективная психиатрическая помощь оказывается с первых лет работы психиатрической лечебницы по настоящее время. Психокоррекция и психотерапия пациентам диспансерного отделения осуществляется клиническим психологом и направлена на механизмы личностного реагирования, которые предопределили личностную дезадаптацию. Основные программы помощи показаны пациентам при невротических и соматоформных расстройствах, больным с расстройством адаптации с затяжным течением, а также пациентам с психическими нарушениями в стадии ремиссии.

Ключевые слова: амбулаторное комплексное лечение, психотерапия пациентов невротического и психотического уровня нарушений, психокоррекция и психотерапия клинического психолога.

Диспансерное отделение Томской областной клинической психиатрической больницы (ТОКПБ) является одним из звеньев комплекса по восстановлению психического здоровья и социальной адаптации пациентов. В настоящее время в отделении амбулаторно проводится комплексная терапия больных с участием врачей-психиатров и клинических (медицинских) психологов.

В современных условиях при коренной ломке общественного сознания и жизненных перспектив у части населения страны наблюдается массовое проявление психоэмоционального напряжения и психической дезадаптации. Значимыми факторами возникновения и развития психических заболеваний являются психотравмы и личностные характерологические особенности граждан. Важными социально-стрессовыми факторами, особенно при пограничных психических расстройствах, являются отсутствие уверенности в завтрашнем дне, экономическое неблагополучие и многие другие, снижающие уровень психической адаптации.

Существующая в течение многих десятилетий достаточно эффективная система психиатрической помощи в нашей стране была ориентирована главным образом на пациентов с психотической симптоматикой. Амбулаторную помощь оказывали диспансеры, где ограниченное время, отпущенное на пациента, позволяло врачу осуществить медикаментозную терапию и рациональную психотерапию.

В Томске психиатрическая помощь имеет солидный опыт разработки и апробации новых технологий не только в психиатрии. «Колыбелью» терапевтической науки в Сибири считают открытый в 1888 г. Императорский Томский университет. Исторический опыт свидетельствует, что уже с первых лет работы психиатрической лечебницы оказание психиатрической, психологической и психотерапевтической помощи больным осуществлялась на высоком уровне. Еще в 1930-е гг. заведующим психотерапевтическим кабинетом Томского нервно-психиатрического диспансера А.Г. Ципесом была выпущена книга «Элементарная техника психотерапии и гипноза». Автор видит основную роль психоанализа в установлении психогенеза заболевания, а также тех психологических механизмов,

которые легли в основу психического состояния. А.Г. Ципес так оценивает психогенез некоторых пограничных состояний: «тяжелая болезнь, нужда, страх за жизнь, неподходящий труд, оскорбленное самолюбие и неудовлетворенная сексуальность» могут служить тяжелым бременем для индивида, «пронизывая красной нитью все его настроение и уродуя его поведение» [5]. Описываются и пути выхода из затруднительного положения: одни «бегут в болезнь», пытаются спасти свое положение возбуждением состояния, в других случаях комплексы с сексуальностью подвергаются вытеснению в сферу подсознательного и искажению, иногда происходит «перенесение» аффективного напряжения или же замена психического проявления физическим (конверсия). Автор также уделяет внимание особенностям психотерапевтической личности, т.к. важен открытый контакт с пациентом, ибо «больная личность особенно чутка к искренности» и работа с ней будет всегда полезной. Как отмечает В.Я. Семке, с учетом вклада А.Г. Ципеса в проблему психотерапевтической науки он по праву может претендовать на звание «первого сибирского врача-психоаналитика» [1].

Среди психотерапевтов этого времени можно упомянуть И.Л. Кулева. Пациенты высоко оценивали его лечебные сеансы, его умение вникнуть в сложные психотравмирующие ситуации, дать ненавязчивый совет, после которого наступала столь необходимая душевная свобода и ясность [1].

На современном этапе развития психотерапевтической науки можно отметить вклад в развитие психоаналитического направления в Томске конца 1990-х гг. доктора медицинских наук Е.М. Райзмана. Исследовались пациенты стационарных отделений ТОКПБ, находившиеся на лечении в 1998–1999 гг. Впервые предложена и обоснована концепция субъективного телесного опыта как целостного и интегрированного феномена, лежащего в основе соматоформных расстройств. Полученные им результаты применяются в клинической практике ТОКПБ, используются преподавателями на кафедре психиатрии и медицинской психологии СибГМУ [2, 3].

Особенности сегодняшней ситуации в стране таковы, что необходимо создание новых форм preven-

тивной и реабилитационной помощи больным. Для эффективной помощи необходим набор профилактических мероприятий – психокоррекция и психотерапия, фармакотерапия. Такой комплексный подход будет способствовать более быстрой и эффективной ресоциализации, что снижает и предотвращает хронизацию болезни.

С этой целью еще в 1990-е гг. был открыт кабинет психотерапии в диспансерном отделении ТОКПБ. По данным Т.Ф. Скороходовой, в 1993–1997 гг. в кабинете психотерапии прошли курс лечения 138 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет с психогенной депрессией, развившейся вследствие утраты близких. Автором предлагается модель психотерапии в условиях психиатрического учреждения. Предложены когнитивно-поведенческие подходы, являющиеся структурированными процедурами и применяемые в условиях ограниченного времени лечения в государственных лечебных учреждениях. Терапия ориентирует пациента на активное сотрудничество с врачом и самостоятельные усилия в решении конкретных жизненных проблем [4].

В настоящее время осуществляется прием пациентов медицинским психологом в тесной связи с врачами диспансерного отделения и с врачами общесоматического профиля, работающих в поликлиниках города. Осуществляется прием диспансерных больных, состоящих на консультативном учете. В ряде случаев пациенты обращаются на прием к медицинскому психологу самостоятельно, минуя врача-психиатра. На психокоррекцию и психотерапию пациенты направляются врачами после проведения курса фармакотерапии острых состояний. Данные пациенты, как правило, нуждаются в психокоррекционном и психотерапевтическом сопровождении. Психокоррекция при некоторых непсихотических расстройствах может применяться как самостоятельно, так и в комплексе с другими лечебными воздействиями.

Основные принципы работы

В основу используемых в диспансерном отделении ТОКПБ подходов к оказанию помощи пациентам с непсихотическими формами нарушения психического здоровья заложены принципы:

1) комплексность – психотерапия и фармакотерапия;

2) дифференцированность, т.е. лечение зависит от характера клинических проявлений, ведущей психопатологической симптоматики, клинической стадии заболевания.

Применяемые методы являются синтетическими, т.к. не отражают концепции каких-либо определенных психотерапевтических школ. Переходы от одного метода к другому использовались по принципу «польза пациенту». Психотерапия направлена на те механизмы личностного реагирования, которые предопределили личностную дезадаптацию.

Используемые методы можно объединить в три основные программы помощи.

1. Релаксирующая программа с элементами телесно ориентированной терапии (ТОТ): аутотренинг, дыхательные техники, релаксационные технологии. Этот комплекс направлен на расслабление «мышечного напряжения» (метод Э. Джекобсона), который использовался как «интенсивная форма отдыха», или «прогрессирующая релаксация». Метод ТОТ позволяет не только улучшить физическое здоровье, но и изменить психическое функционирование человека, более точно распознать и вербализовать эмоции, пережить заново прошлый эмоциональный опыт, расширить сферы самосознания, сформировать благоприятное отношение к себе.

Данные методы показаны большинству пациентов, за исключением больных с истерическими расстройствами личности и психотическими нарушениями.

2. Краткосрочная психодинамическая терапия, направленная на осознание пациентом его внутриличностных проблем, разрешение актуальной травмирующей либо конфликтной ситуации в межличностном взаимодействии.

Данная программа показана лицам с субклиническими расстройствами, расстройством адаптации и постстрессовыми расстройствами. Терапия ориентирована на изменение отношения личности к текущей неблагоприятной социальной ситуации и изменение неоптимальной когнитивно-поведенческой и эмоциональной модели травматического события, что предполагает формирование новой формы адаптации.

3. Психодинамическая (психоаналитическая) терапия, ориентированная на выявление и осознание внутриличностного конфликта, психологических защит и сопротивлений. Важными аспектами динамической терапии являются регресс, отреагирование, динамика, особенности речи, когнитивные стратегии, инсайты. Важным методом является психодинамическая интерпретация переживаний пациентов.

Данная терапия показана пациентам при невротических и соматоформных расстройствах, расстройствах адаптации с затяжным течением, а также пациентам с психотическими нарушениями в стадии ремиссии.

Результаты работы и их анализ

Амбулаторное лечение большей частью носит комплексный характер. Совместно с ведущим врачом-психиатром обсуждаются статус пациента, оценка динамики и эффективности выбранной тактики психотерапии. Один или два раза в неделю проводятся консультативные приемы больных, где используются методы психотерапии (позитивный, поведенческий, аналитический, релаксационный).

Сравнительный анализ динамики общего числа посещений (табл. 1) кабинета психотерапии позволил выявить рост обращений за психотерапевтической помощью (в 2003 г. на 62 посещения больше, чем в 2002 г.).

Если в 2001 г. после первичной встречи 38,2% пациентов прекращали психотерапию, то в 2003 г. их доля составила 14,3%. Увеличилось число повторных встреч (от 2 до 10 раз) по сравнению с 2001 г. на 14,7% (табл. 2).

Если в 2001 г. долгосрочная терапия отсутствовала, то уже в 2002 и 2003 гг. она составляла 2,3–11,2%. Рост числа пациентов и появление долгосрочной терапии, вероятно, связаны с обращаемостью населения за психотерапевтической помощью в традиционные государственные учреждения, потребностью населения в психотерапии, в получении комплексных реабилитационных мероприятий.

Необходимо отметить, что у подавляющего числа пациентов период болезни приходится на 20–50 лет (79%), т.е. больные относились к наиболее активному в трудовом отношении возрасту.

Патологии, с которыми обращаются пациенты в диспансерное отделение, многообразны и сложны. Даже там, где речь идет о неврозах, это большей частью пациенты со значительным сроком страданий, с предшествующим опытом лечения нетрадиционными методами, а порой и традиционными, но не всегда с успешным результатом.

Основная часть пациентов, которые обращаются за психотерапевтической помощью, это больные с непсихотическими формами психопатологии, которые по МКБ-10 могут быть отнесены к разделу F 4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (табл. 3).

Клиническая структура пограничных психических расстройств была представлена невротическими рас-

стройствами: тревожно-фобическими, тревожно-депрессивными, расстройствами адаптации после тяжелого стресса.

Вторая группа пациентов из раздела по МКБ-10 квалифицируются как F3 «Аффективные расстройства». В основном речь идет о депрессивных больных, лишь несколько человек в год направлялись с биполярным расстройством.

Следующая группа – больные с расстройствами зрелой личности (F6 по МКБ-10), включая расстройство поведения у взрослых. Их было принято по несколько человек в год. В последние годы, особенно в 2002 г. (0,7% от общего числа посещений) и 2003 г. (1,9%), это больные с психическими расстройствами (раздел F2 по МКБ-10 – шизофрения).

Клиническая картина психических расстройств включала следующие симптомы: тревожность, раздражительность, навязчивость, вегетативная дисфункция, подавленность, расстройства всех фаз сна. Указанные симптомы занимают особое место у пациентов диспансерного отделения. Раздел «Аффективные расстройства» представлен пациентами со смешанными тревожными и депрессивными расстройствами, а также с расстройством адаптации в виде кратковременной депрессивной реакции.

Болезнь значительного числа пациентов связана с психотравмирующими ситуациями и психосоциальным дистрессом (конфликты в семье и на работе). Все чаще пациенты с психосоматическим неблагополучием обращаются за психотерапевтической помощью самостоятельно или по направлению врачей общесоматического профиля.

Результатом комплексной психотерапии было значительное снижение тревожной симптоматики (тревоги, страхи, нарушение настроения, сна, поведенческих расстройств) и появление уверенности, нормализация сна и эмоциональной сферы. Паци-

Таблица 1

Структура методов психотерапии за 2001–2003 гг., %

Формы работы	Общее число посещений		
	2001 г.	2002 г.	2003 г.
Индивидуальная	718	746	780
Семейная	24	39	67
Групповая	182		
Всего в год	924	785	847

Таблица 2

Структура длительности терапии за 2001–2003 гг., %

Длительность встреч	2001г.	2002 г.	2003 г.
Единичное посещение	38,2	32,4	20,3
Краткосрочная (от 2–10 встреч) терапия	61,8	65,3	76,5
Долгосрочная терапия	–	2,3	11,2

Нозологическая структура пациентов, получавших помощь в 2001–2003 гг., %

Шифр	Нозология	2001 г.	2002 г.	2003 г.
F 4	Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства	89,5	89,0	87,4
F 3	(Аффективные) расстройства настроения	5,5	4,9	7,8
F 6	Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых	5,0	6,0	7,4
F 2	Шизофрения и шизотипическое расстройство	–	0,7	1,9

енты становятся более эффективными в когнитивной сфере, в коммуникации в микро- и социальной группе, меняется отношение к себе, своему «Я», повышаются психологический и физический тонус, устойчивость к стрессам и нагрузкам, вырабатываются новые адаптивные способы реагирования в ключевых сферах жизнедеятельности.

В настоящее время длительную терапию проходят больные с эндогенным заболеванием без параноидной симптоматики: с шизоактивными расстройствами в сочетании с наркозависимостью, шизотипическим расстройством в рамках шизофрении, параноидной шизофренией в стадии ремиссии.

Необходимо отметить, что терапия больных шизофренией, шизотипическим и пограничным расстройствами различна. Психодинамические особенности больных шизофренией отличаются неустойчивостью границ между сознательным и бессознательным, нарушением тестирования реальности, отсутствием вытеснения, фантастичностью объектных отношений, выраженным регрессом, вызванным страхом вторгающегося отношения и тревогой перед внутренними разрушительными импульсами. Психодинамические особенности при пограничном расстройстве отличаются нестабильностью Эго, колебаниями между поглощающей симптоматикой, привязанностью, стремлением нарушать границы, неустойчивостью объектных отношений, примитивным переносом с фиксацией на соперничестве и доминировании.

Психодинамическая терапия больных строится с учетом основных параметров терапевтического процесса (сетинг, работа с переносом и сопротивлением). При работе с больными шизофренией сетинг был ориентирован на уменьшение регресса, укрепление внутренних границ, связи с реальностью, обсуждение ситуации «здесь и сейчас», сохранение дистанции и поддержку (совет, разъяснение).

При пограничном расстройстве сетинг ориентирован на интерпритации, прояснения, контейнирование агрессии.

Опыт работы в индивидуальной терапии позволяет снизить уровень повторных госпитализаций. Если до комплексного лечения пациенты в течение

года несколько раз находились на стационарном лечении, то после совместной терапии в течение года их состояние было стабильным. В этой группе у пациентов удалось сохранить трудоспособность, они стали более коммуникабельными.

Краткосрочная терапия невротических пациентов (самая представленная группа) позволяла за несколько встреч редуцировать психопатологическую симптоматику (тревога, страхи, нарушение настроения, сна, поведенческие расстройства).

В целом за 2004 г. отмечено улучшение в 68% случаев при непсихотических формах нервно-психических расстройств. В 18% случаев пациенты были направлены или к другому специалисту (психотерапевту), или на стационарное лечение в первое отделение ТОКПБ и НИИПЗ.

Индивидуальная психотерапия направлена на когнитивную, эмоциональную и поведенческую сферы больного. В результате терапии улучшается самочувствие и настроение пациента, повышаются самооценка, уверенность. В социальной сфере пациенты лучше справляются с конфликтами, возникающими в семье, на работе или в отношениях со значимыми людьми, избавляются от патологических способов реагирования на ситуацию, вырабатывают более конструктивные выходы из психотравмирующей ситуации. Психотерапия помогает им повысить социальную адаптацию, увеличить время ремиссии и стабилизировать состояние.

Эффективность проведенной работы отслеживалась по изменению жалоб, субъективной оценке своего самочувствия, оценке состояния пациента врачом-психиатром, улучшению показателей социализации и динамики семейных отношений, снижению дозировок, а в некоторых случаях отмене фармакотерапии или качественному ее изменению, удлинению времени ремиссии и стабилизации состояния пациента.

Таким образом, психотерапевтическая помощь пациентам – это адекватная форма помощи при психических расстройствах. Как показывает практика, диспансерное отделение – это полезное звено в системе психиатрической помощи.

Литература

1. Семке В.Я. К истории развития психиатрической мысли в Сибири // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2003. № 4. С. 7–13.
2. Райzman Е.М., Семин И.Р., Мучник М.М. Телесные симптомы и телесный опыт при психических расстройствах // Российский психиатрический журнал. 2003. № 3–4. С. 26–30.
3. Райzman Е.М., Семин И.Р., Мучник М.М. К вопросу о субъективном телесном опыте при ипохондрии и соматоформных расстройствах // Клиника нервных и психических заболеваний. 2003. № 8–9. С. 18–22.
4. Скороходова Т.Ф., Райzman Е.М., Рыжков С.А. Психотерапия в базовой психиатрической помощи // Реабилитация в психиатрии. Томск, 1998. С. 174.
5. Ципес А.Г. Элементарная техника психотерапии и гипноза. Томск, 1930. 79 с.

HISTORY OF DEVELOPMENT OF ADULTS' PSYCHOTHERAPY IN TOMSK CLINICAL PSYCHIATRIC HOSPITAL
A.P. Agarcov, A.K. Baskurian (Tomsk)

Summary. The effective system of psychiatric aid in Tomsk Clinical Mental Hospital is rendered from the first years of the work of psychiatric hospital up to the present time. The psychocorrection and psychotherapy for patients of dispensary department of TCMH is conducted by clinical psychologist and directed to those mechanisms of personal reaction, which predetermined personal dezadaptation. The main programs of aid are indicated to patients with neurotic and somatoformal disorders, to patients with disorder of adaptation with lingering course, and also to patients with psychotic disorders in the stage of remissions.

Key words: dispensary complex treatment, psychotherapy of patients of neurotic and psychotical level of disorders, psychocorrection and psychotherapy of clinical psychologist.

АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ УЧАСТНИКОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Т.Ю. Артюхова (Лесосибирск)

Аннотация. Рассматривается феномен психологического здоровья участников образовательного процесса в вузе. Определены некоторые параметры рассмотрения психологического здоровья и описаны результаты исследования. Показана взаимосвязь адаптационных возможностей с показателями психологического здоровья.

Ключевые слова: адаптация, адаптационные возможности, психологическое здоровье.

Современная Российская образовательная реформа поставила перед системой профессионального образования целый комплекс задач. Усложнение характера и условий труда предполагает разностороннее совершенствование процесса профессиональной подготовки кадров различного уровня на всех этапах. Назрела необходимость разработки и внедрения в практику научно обоснованных методов профессионального психологического сопровождения процесса становления и развития подростков и юношей на начальном этапе профессионального обучения в довузовских образовательных учреждениях и при поступлении в вуз.

За последнее десятилетие сознание человека изменилось очень сильно, мир его чувств – значительно меньше. Разрыв между интеллектуальным и эмоциональным уровнем (Л.С. Выготский) ведет к постановке непосильных требований, неадекватной оценке происходящих событий [1].

Научно-технический прогресс требует от современного человека высокого уровня мобилизации всех внутренних процессов, быстрой адаптации к постоянно изменяющимся условиям внешней среды, ускоряющемуся темпу жизни, увеличению потока информации, постоянному дефициту времени, усилению активности межличностных отношений и многим другим факторам, которые так или иначе влияют на психологическое здоровье личности [3, 12, 13].

В разработке понятия «психологическое здоровье» принимают участие отечественные и зарубежные психологи и философы: И.В. Дубровина, А.В. Петровский, А.В. Лосев, М.Г. Ярошевский, А. Маслоу, В. Франкл и др.

В «Малой медицинской энциклопедии» здоровье трактуется как «...качество жизнедеятельности человека, характеризующееся совершенной адаптацией к воздействию на организм факторов окружающей среды обитания, способностью к деторождению с учётом возраста и адекватностью психического развития, обеспечиваемое нормальным функционированием всех органов и физических систем организма при отсутствии прогрессирующих нарушений структуры органов и проявляющееся состоянием физического и духовного благополучия индивидуума при различных видах его активной, в частности, трудовой деятельности» [6. С. 224].

Как видно из определения, здоровье – это физическое и духовное благополучие человека, но для медицины первостепенное значение имеет физическое состояние. Достаточно широкий диапазон состояний, объединяемых понятием «практически здоров», отражает объективную реальность: между здоровьем и болезнью нет чёткой границы, они находятся в сложной взаимосвязи, зависят от множества факторов, включая индивидуальные особенности реакций на патогенное воздействие и совокупность условий окружающей среды (социальных, экономических, экологических и др.).

Нельзя уделять внимание только физическому аспекту, необходимо учитывать и психическое состояние человека, его духовное благополучие.

Анализируя определение, данное в «Популярной медицинской энциклопедии», мы убеждаемся, что в преамбуле Устава Всемирной организации здравоохранения здоровье толкуется как «...состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» [8. С. 225].

Эта дефиниция перекликается с некоторыми (в большей части) характеристиками здоровья, приведенными в медицинском словаре, но авторы второго определения вносят, на наш взгляд, весьма существенные добавления о том, что здоровье индивидуума и здоровье населения в целом определяются комплексом показателей: рождаемость, смертность, заболеваемость, уровень физического развития людей, средняя продолжительность жизни и др. Здоровье населения зависит от социальной среды и условий жизни. Определяют его следующие факторы: величина реальной заработной платы, продолжительность рабочего дня, условия труда, уровень питания, жилищные условия, уровень развития здравоохранения и многие другие. Однозначного критерия, по которому можно судить о состоянии здоровья населения, не существует. Медицина как наука опирается на психологические, социологические, статистические критерии понятия «здоровье».

Обратимся к определению данного понятия в психологии. Термин «психическое здоровье» в «Словаре практического психолога» толкуется так: «Состояние душевного благополучия, характерное отсут-