

ТЕРАПИЯ ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ БОЛЬНЫХ ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Гузель Ринатовна Мухаметзянова

*Кафедра психотерапии, медицинской психологии и сексологии (зав. – проф. В.В. Макаров)
Российской медицинской академии последипломного образования, г. Москва, наркологический диспансер
(главврач – канд. мед. наук А.С. Аитов) Туймазинского района Республики Башкортостан,
e-mail: guz_tmz@mail.ru*

Реферат

Разработан стандарт психотерапевтической помощи пациентам с шизотипическим расстройством, осложненным алкогольной зависимостью. Пациенты основной группы получали адекватное традиционное медикаментозное лечение, дифференцированную симптоматическую психотерапевтическую помощь. Статистическая обработка полученных результатов позволила установить достоверность терапевтической эффективности указанного нового клинко-психотерапевтического стандарта терапии в сравнении с терапевтической эффективностью лечебных воздействий без терапии творческим самовыражением.

Ключевые слова: шизотипическое расстройство, алкогольная зависимость, психотерапия шизотипического расстройства.

Последние десятилетия в психиатрии усиливается интерес к проблеме коморбидности. В частности, это относится и к проблеме сочетания шизофрении с алкоголизмом, которая привлекает к себе большое внимание как в научно-теоретическом, так и в практическом аспектах. Такие пациенты встречаются довольно часто и их лечить весьма трудно. По нашим наблюдениям, они составляют третью часть больных, обращающихся в наркологический диспансер и, как известно, мало похожи и на типичных больных шизофренией, и на типичных больных алкоголизмом. Диспансеры даже выделили особую группу «микст»-больных, у которых психическое заболевание (прежде всего шизофрения) сочетается с алкоголизмом или с хронической алкогольной интоксикацией [8].

С. Г. Жислин [9, 10] не соглашался с основоположником учения о смещении шизофрении с алкоголизмом К. Graeter [20] в том, что в таком случае происходят суммирование, усиление сходных симптомов и взаимное ослабление противоположных. «Здесь, – полагал Жислин, –

имеют место качественные изменения течения шизофренического процесса, обусловленные алкоголизмом» [10]. Именно этим, вероятно, объясняется, например, нередкое отсутствие типичных выраженных алкогольных изменений личности у «микстов». Последнее имеет прямое отношение и к шизотипическому расстройству – малопрогредиентной шизофрении с неврозоподобными и психопатоподобными проявлениями (по МКБ-9), родственной шизофрении (по МКБ-10).

Клиника и фармакотерапия шизотипического расстройства, осложненного алкоголизмом, достаточно подробно описаны рядом авторов [6, 7, 8, 14, 16, 19]. К основным психопатологическим особенностям этих пациентов, важным для клинко-психотерапевтической работы с ними, относятся, во-первых, обусловленная блейлеровской расщепленностью душевная разлаженность с нередкой редукцией энергетического потенциала, вялая напряженность, беспомощность, глубинное переживание одиночества среди людей, отсутствие алкогольных изменений личности, типичной алкогольной грубоватости, личностной «потертости» и неожиданное присутствие порою философической тонкости [5, 18]. Все это у пациента в соединении с выраженным похмельным абстинентным синдромом и истинными запоями делает его личностно непохожим на больного алкоголизмом. Во-вторых, здесь, как правило, обнаруживаются расщепленно-сложные аффективные колебания, побуждающие к пьянству. При этом характерно, что даже при эпизодическом злоупотреблении алкоголем такой пациент считает себя тяжелым, деградированным алкоголиком, не обнаруживая типичного оживления

в разговоре о подробностях выпивки. В-третьих, такой пациент, в отличие от обычного больного алкоголизмом, часто способен в аффективные (депрессивные) периоды жизни пить понемногу, без тяги, с эстетическим удовольствием, не впадая в запой. В-четвертых, для указанных пациентов характерны импульсивные (мимовольные) выпивки, даже в самой неподходящей обстановке, и аутоагрессивные тенденции (например, с намеренным отравлением себя большими дозами спиртного). Все это свидетельствует о том, что перед нами больной прежде всего с шизотипическим (мягко-шизофреническим) расстройством и, следовательно, рациональные беседы, гипносуггестивная и поведенческая, условно-рефлекторная психотерапия вряд ли будут эффективными. Многие из них дефензивы (с тягостным переживанием своей неполноценности). Как и в других шизофренических (шизотипических) случаях, здесь необходим особый эмоциональный психотерапевтический контакт, без которого мы «не войдем в душу» такого пациента, не поможем ему обрести вдохновение, к которому он обычно подспудно стремится, смысл и цель жизни.

Работ о клинико-психотерапевтической помощи указанным пациентам довольно мало [12, 13, 21]. В доступной нам литературе не удалось найти каких-либо разработанных комплексных клинико-психотерапевтических методов, в которых разнообразные психотерапевтические воздействия были бы тесно связаны с особенностями «микстовой» клиники, личностными переживаниями больных и дифференцированно учитывали варианты шизотипически-алкогольного расстройства. Между тем эти больные не находят себе места между психиатром, наркологом и психотерапевтом, обычно не получая квалифицированной помощи. В связи с этим мы предприняли попытку разработать в дополнение к традиционному лечению таких больных вариант отечественного метода — «терапию творческим самовыражением». Настоящий отечественный метод с терапевтическим выразительным эффектом применялся и при лечении пациентов с шизотипическим расстройством [4, 5, 15, 17]. Все эти пациенты отличались дефен-

зивными переживаниями, как и отобранные нами для исследования «миксты».

Нами были обследованы две группы больных шизофренией, осложненной алкогольной зависимостью, — основная и контрольная. В основную группу вошли 60 больных: 12 женщин и 48 мужчин (средний возраст — 38,8—44,5 года). Контрольная группа состояла из 60 человек с аналогичным диагнозом, того же возраста и пола. Обследование и лечение проводились в условиях реабилитационного отделения в режиме дневного стационара наркологического диспансера, куда их направляли врачи-психиатры, психиатры-наркологи. Большинство пациентов имели высшее образование и стремились к изучению своих душевных трудностей. Часть из них наблюдалась у врачей-психиатров, часть же обращалась за помощью непосредственно к врачам-наркологам по поводу развития зависимости от алкоголя.

Пациентов обследовали до лечения, в процессе и по окончании его экспериментально-психологическим путем (общепсихологическое исследование, методика Розенцвейга, пошкалам Гамильтона и Цунга для оценки степени депрессии и тревоги, тесту Люшера, ММРІ по Л.Н.Собчик — краткий вариант, краткий характерологический опросник М.Бурно). Пациенты основной и контрольной групп получали адекватное традиционное медикаментозное лечение (в основном анксиолитики и антидепрессанты), дифференцированную симптоматическую психотерапевтическую помощь (индивидуальные рациональные беседы, противоалкогольные гипносуггестивные сеансы [5], обучение приемам самовнушения). Контрольная группа отличалась от основной только тем, что не получала разработанного нами группового краткосрочного курса — варианта терапии творческим самовыражением по М. Е. Бурно (ТТСБ). Целью последней было обретение творческого оптимистического мироощущения, смысла, цели жизни, для смягчения вялой аффективной напряженности, предрасполагающей к алкоголизации. Этот курс давал возможность пациенту обрести свое, свойственное его душе вдохновение, встречу со своим «Я», найти собственную одухотворенную жизненную дорогу. Терапевтический эффект оценивался путем использования клинико-терапев-

тических (клиническое изучение больных в процессе терапии, изучение с помощью регистрационной карты), а также экспериментально-психологических (общее психологическое исследование, шкалы Гамильтона и Цунга для оценки степени депрессии и тревоги, адаптированный нами опросник для выявления терапевтической эффективности ТТС) методов [18].

Суть нашего варианта ТТСБ (как и всей ТТСБ) заключалась в лечебном преподавании пациентам элементов характеристики, клинической психиатрии, психотерапии в разнообразном творческом самовыражении с посильным поиском своей вдохновенно-творческой жизненной дороги. Все пациенты основной группы получали 4 этапа психотерапевтической помощи. Первый начальный этап включал клиническую диагностику, заполнение регистрационной карты, установление доверительных отношений, формирование эмоционального контакта, выбор фармакологической терапии, патопсихологическое исследование. В процессе второго этапа — первичной психотерапевтической помощи (индивидуальные встречи) у пациента формировалось элементарное грамотное представление о своем заболевании, алкогольной зависимости, своих расстройствах настроения. На этом этапе проводилось клинико-психопатологическое и патопсихологическое исследования. Третий этап проводился только в основной группе (краткий курс ТТСБ: групповые занятия — 2 раза в неделю по 3 часа в сочетании с домашней работой в течение трех месяцев, всего 20 занятий). Четвертый этап являлся заключительным.

В работе с пациентами применялись следующие методики терапии творчеством: 1) создание собственных произведений (рассказы, эссе, рисунки, фотографии); 2) творческое общение с литературой, искусством (поиск созвучного восприятия в произведениях духовной культуры); 3) творческое общение с природой (поиск созвучного эффектам в природе — растения, животные, ландшафты); 4) проникновенно-творческое погружение в прошлое (с поиском созвучного себе в прошлом своей семьи, страны); 5) ведение дневника и записных книжек; 6) творческие путешествия.

На первых занятиях пациенты полу-

чали представление о большей или меньшей предрасположенности разных людей в соответствии с их природой к материалистическому (реалистическому — в духе «здорового смысла») и идеалистическому (аутистическому — в широком общечеловеческом понимании Э. Блейлера) [1] мироощущениям. В доброжелательной уютной обстановке пациенты, например, сравнивали на экране творчество реалистов и идеалистов. Символически выполненные картины Модильяни, Матисса сопоставляли с реалистическими картинами Ренуара, Репина, стихи синтонного Пушкина и замкнуто-углубленного Лермонтова, прозу тревожно-сомневающегося Чехова и замкнуто-углубленного Гессе. Рассматривали, стараясь почувствовать и понять характеры этих творцов, обнаруживающиеся в их творчестве, пытались ощутить и осознать характерологическое созвучие или несозвучие с этими и другими известными художниками, писателями, композиторами, учеными и, следовательно, глубже почувствовать и понять себя среди других. В дальнейшем пациенты также в творческом самовыражении (слайды, музыка, собственное творчество) знакомились (с предварительным домашним чтением литературы о характерах) с синтонным, авторитарно-напряженным, тревожно-сомневающимся, застенчиво-раздражительным, демонстративным, замкнуто-углубленным характерами в соответствии с нашим «учебником для пациентов». В беседах с шизотипическими пациентами мы называем их характер — «полифонический» [2, 3, 17]. В этой номинации различные радикалы (психастенический, циклоидный, шизоидный, демонстративный, epileптоидный и др.) сосуществуют в разнообразных пропорциях и как бы растворены друг в друге, что подчеркивалось на каждом занятии, как и особая творческая сила таких полифонических художников, писателей (Сезанн, Джойс, К. Васильев и др.). Со временем пациенты сами делали сообщения о конкретном характере изученного художника, писателя, отмечая, что им близко в каждом из этих творцов и в каком духе самим хочется попробовать творить. Начиная с пятого занятия, многие пациенты сообщали, что испытывают после занятия «особую свежесть чувств», вдохновение, «ин-

терес к своему внутреннему миру», к природе, стремление изучать себя и других. Отмечали и иное, «более философское» отношение к своим душевным трудностям. Убеждались в том, что от творческого изучения себя и мира вокруг «слабеет тягостная душевная напряженность, а с ней уходит желание выпить». Начиная с десятого занятия, в том числе на индивидуальных встречах, пациенты стали знакомить психотерапевта со своим творчеством; в этих случаях важно напоминать им, что не стоит стесняться, акцентируя внимание на том, что все они делают сообразно своему характеру. Так, пациент Б., 42 лет, принес свой небольшой сборник стихов, написанный от руки, заявив, «наконец-то мне что-то захотелось сделать». Многие пациенты с увлечением писали рассказы, вели дневники, вспоминали свое детство. На одном занятии, например, пациент принес фотографии, сделанные в лесу, и затем мы обсуждали со всей группой особенности мироощущения, вдохновения автора, его творческого стиля соответственно его характерологическим особенностям. Пациенты предполагали вслух, как можно было бы еще попробовать автору выразить себя по-своему, сообразно своей природе. Аффективные переживания отступали на задний план, тем самым слабела симптоматика, побуждающая к употреблению алкоголя.

На заключительном, четвертом этапе пациенты вновь проходили клинико-психопатологическое, включая анализ регистрационной карты, и патопсихологическое исследования. Достоверность различий между основной группой и контрольной по исследуемым показателям (тревога, депрессия) оценивали с помощью статистических функций программы Microsoft Excel.

В конце нашего варианта-курса ТТСБ и в последующем у большинства пациентов клинически и экспериментально отмечалось снижение уровня тревоги, более адекватной становилась самооценка. Отступало чувство беспомощности, тягостного напряжения, одиночества, смягчалась симптоматика, предрасполагавшая к алкоголизации, увеличивалось количество дней в году, когда больные не прибегали к алкоголю. После окончания курса лечения пациенты основной группы все реже обращались за медицинской помощью.

В результате статистической обработки некоторых предварительных результатов исследования выяснилось следующее:

1. Количество дней в календарном году, когда больные не употребляли алкогольные напитки до начала лечения в основной и контрольной группах составляло в среднем 144 дня, после лечения — соответственно 325 дней и 254 дня.

2. Обнаружилось статистически достоверное снижение выраженности депрессивных и тревожных расстройств. Средний балл депрессии по шкале Гамильтона снизился с 19,7 до 9 ($t=11,9$; $p<0,01$), средний балл тревоги по шкале Гамильтона — с 24,9 до 12,1 ($t=14,2$; $p<0,01$), а их выраженность в процессе лечения — с 3 до 2,4 балла ($t=4,3$; $p<0,01$).

3. В результате лечения выраженность психастеноподобных расстройств снизилась с 3 до 2,4 балла ($t=4,3$; $p<0,01$), психопатоподобных расстройств — с 2,7 до 0,7 балла ($t=7,1$; $p<0,01$).

Катамнестические наблюдения (до одного года) показали, что большинство пациентов (95,8%) отмечали у себя светлую заинтересованность жизнью и ослабление внутреннего душевного напряжения, провоцирующего тягу к алкоголю. Многие пациенты были убеждены, что именно наши групповые творческие занятия дали им силы для дальнейшей трезвой жизни. Основным приобретенным в групповых занятиях опытом являлось развитие умения вдохновенно-творчески (по-своему) жить, общаться, заниматься делами. Пациенты дорожили обретенным «ценным качеством», встречались друг с другом, обсуждали свои душевные трудности, изучали биографии, характеры созвучных им известных людей, в том числе знаменитых «микстов», которым удалось выбраться из ямы губельного для них пьянства. Некоторые значительно расширили свои интересы, стали больше читать, посещать библиотеки, жить более или менее полноценной духовной жизнью, осмысленно-творчески подходить к любому делу с подготовкой, дневником, путешествовать.

Проведенное исследование дает основание полагать, что в стандарт психотерапевтической помощи дефензивным пациентам, страдающим шизотипическим расстройством, осложненным алкогольной

зависимостью, в стандарт вообще лечебной помощи таким пациентам целесообразно включить разработанный нами курс — вариант краткосрочной ТТСБ. Особенностью этого варианта, подчеркиваем, является лечебное, достаточно углубленное преподавание элементов в творческом самовыражении элементов не только характерологии, но и клиники шизотипического расстройства алкогольной зависимости и совместное изучение с пациентами в творческом самовыражении того, как выполнение всякого дела творчески (по-своему) смягчает, снимает тягостную душевную характерологическую напряженность, позволяет обрести более или менее стойкую ремиссию с вдохновенно-творческим стилем жизни, целью жизни, что препятствует алкоголизации. В результате лечения данным методом удлиняются алкогольные ремиссии, смягчаются их душевные (шизотипические) страдания, повышается качество их жизни, уменьшается частота употребления пациентами психотропных препаратов в связи с обретением своей более или менее одухотворенной, творческой, осмысленной дороги в жизни, повышается работоспособность пациентов, уменьшается количество дней пребывания на больничном листе, упорядочивается поведение в быту, общение с близкими и сослуживцами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блейлер Э. Руководство по психиатрии. — М.: Изд-во Независим. психиатр. ассоциат, 1993.
2. Бурно М.Е. О «Шизофреническом характере», о «здоровом шизофренике» в терапии творческим самовыражением // Москов. психотер. журн. — 2005. — № 1. — С. 89—109.
3. Бурно М.Е. О характерах людей. — М.: Академический проект, 2005.
4. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. Изд. 3-е. — М.: Академический проект, 2006.
5. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. Изд. 2-е. — М.: Академический проект, Деловая книга, 2006.
6. Гиляровский В.А., Богданович Л.А. Алкоголизм и шизофрения // Пробл. судеб. психиатр. — М., 1961. — Вып. 9. — С. 335—360.
7. Гофман А.Г., Малков К.Д., Яшкина И.В., Кожина Т.А. Шизофрения и заболевания шизофренического спектра, сочетающиеся с хронической алкогольной интоксикацией или алкоголизмом // Наркология. — 2003. — № 5. — С. 35—39.
8. Гофман А.Г., Паничева Е.В. К вопросу об организации психиатрической помощи больным эндогенными заболеваниями, сочетающимися с алкоголизмом // Соц. и клин. психиатр. — 1998. — Т.8. — С. 95—99.

9. Жислин С.Г. Об алкогольных расстройствах. — Воронеж, 1935.
10. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. — М.: Медицина, 1965.
11. Консторум С.И. Опыт практической психотерапии. Изд. 2-е. — М., 1962. — 224 с.
12. Казаковцев Б.А., Карвассарский Б.Д., Назыров Р.К., Чехлатый Е.И. Психотерапия зависимости: состояние и направления развития // Наркология. — 2003. — № 11. — С.22—26.
13. Красильников Г.Т., Дресвянников В.Л., Бохан Н.А. Коморбидные аддиктивные расстройства у больных шизофренией. // Наркология. — 2002. — № 6. — С. 24—30.
14. Малков К.Д., Паничева Е.В. Особенности синдромальной динамики шизотипического расстройства, сочетанного с алкоголизмом // Вопр. наркол. — 1999. — № 4. — С.23—29.
15. Некрасова С. В. Краткосрочная терапия творческим самовыражением больных с шизотипическим расстройством и дефензивными проявлениями: Автореф. дисс.... канд. мед. наук. — М., 1999.
16. Павлова И.В. Клинические особенности шизофрении, осложненной хроническим алкоголизмом. Сб. диссертат. работ: Вопросы клиники, патогенеза и лечения шизофрении / Под ред. В.Н. Банщикова. — М., 1957. — С.147—170.
17. Полифонический «характер» и терапия творческим самовыражением / Практическое руководство терапии творческим самовыражением / Под ред. М. Е. Бурно и Е. А. Добролюбовой. — М.: Академический проект, ОППЛ, 2003.— С. 308—333.
18. Терапия (профилактика) творческим самовыражением в психотерапевтических амбулаториях, поликлиниках, диспансерах, стационарах. /Метод. реком. МЗ СССР. Сост. М. Е. Бурно. — М., 1988.
19. Шейнин Л.М. Шизофрения, сочетающаяся с алкоголизмом: Автореф. дисс....канд. мед. наук. — М., 1984.
20. Graeter K. Dementia praecox mit alcoholismus chronicus. — Leipzig, 1909.
21. Soyka M. Alcoholism and schizophrenia // Addiction. — 2000. — Vol. 95, № 11.— P.1613—1618.

Поступила 14.04.09.

A THERAPY BY CREATIVE SELF-EXPRESSION OF PATIENTS WITH SCHIZOTYPIC DISORDERS COMPLICATED BY ALCOHOL DEPENDENCE

G.R. Muhametzyanova

Summary

Developed was a standard of psychotherapeutic care for patients with schizotypic disorders complicated by alcohol dependence. Patients in the main group received adequate traditional drug therapy (mainly anxiolytics and antidepressants) as well as differentiated symptomatic psychological treatment (individual rational conversation, antialcoholic hypno-suggestive sessions, self-suggestion techniques training). Statistical analysis of the obtained results made it possible to establish the significance of therapeutic efficacy of this new clinical-psychotherapeutic standard of therapy compared with the efficacy of medical therapy without the treatment by creative self-expression.

Key words: schizotypic disorder, alcohol dependency, psychotherapy of schizotypic disorders.