



ЛЕКЦИЯ 27. ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОЗОВ.

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|----|
| Психоз | 2 |
| Признаки психозов | 2 |
| На психологическом (внутреннем) уровне: 2 | |
| На клиническом уровне («во вне»): 2 | |
| Примеры психозов..... | 3 |
| Структура психоза | 3 |
| История | 4 |
| Поль Федерн и Сильное Эго..... | 4 |
| Фрустрированные потребности и Родительство по типу Плюшевого Мишки | 5 |
| Другие типы Родительства: шизофреногенная мать | 5 |
| 3 стадии психодинамической психотерапии психозов (Тэжке В.,2001) | 6 |
| Психотерапия шизофрении: КБТ | 6 |
| Эффективность упрощенных подходов? 7 | |
| Мало информации о ПТ7 | |
| Комплаенс-терапия больных шизофренией. Практическое руководство (КБТ) | 7 |
| Лечение большой депрессии в рамках БАР | 8 |
| Тактика лечения тяжелых депрессий..... | 8 |
| Антидепрессанты и риск самоубийства при депрессиях | 9 |
| Принципы лечения тяжелой депрессии | 9 |
| Что значит уметь работать в рамках взаимоотношений | 10 |
| Терапия пустого усилия..... | 11 |
| Приемы mindfulness – созерцания и невмешательства в работе с большими депрессиями (Бурно А.М., 2015, с. 222-227) | 11 |
| Н. Мак-Вильямс. Психодинамическая диагностика. -М.:Класс, 2003.- с. 309-310.. | 12 |



ПСИХОЗ

Психоз – психическое расстройство, при котором теряется связь с внешней (наблюдаемой) реальностью и клиент ошибочно проецирует свой внутренний мир на внешний. Клиенты страдают от бредовых идей (фальшивых убеждений) в отношении себя и других, также как нарушения восприятия мира выражается в галлюцинациях (например, слышат то, чего нет в реальности). ... Люди с психозом не могут катектировать Взрослого для контакта с реальностью. Бред и галлюцинации идут из Ребенка и Родителя без участия Взрослого. Традиционный ТА не работает с такими людьми, поскольку Взрослый не сотрудничает и не может полноценно участвовать в контрактировании. Школа Шиффов развивала методы использования ТА с психотиками и добивалась высокого уровня успеха. [Тони Тилни. Словарь ТА (2001)]

ПРИЗНАКИ ПСИХОЗОВ

НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ (ВНУТРЕННЕМ) УРОВНЕ:

1. Чувство небезопасности, ужас выживания
2. Психологическая неразделенность с матерью
3. Проблемы с чувством «Я» (схизис, сплиттинг, диссоциация) «Кто Я? Где Я»
4. Невозможность различать внешний и внутренний мир
5. Проблемы идентичности (использования конкретных, поверхностных описаний себя; затруднения при описании собственной личности; далеки от общепринятых культуральных представления; не уверены в собственном существовании; опустошенность; бредовые стремления к самоубийству и убийству; дезорганизованность; остатки магических представлений; нарушений способности трактовать высказывания других людей и содержание пословиц; невразумительные искажающие описания себя)

НА КЛИНИЧЕСКОМ УРОВНЕ («ВО ВНЕ»):

1. Возбуждение (маниакальное или хаотическое).
2. Высказывают бредовые (нелепые) идеи.
3. Слышат галлюцинации внутри головы или во вне

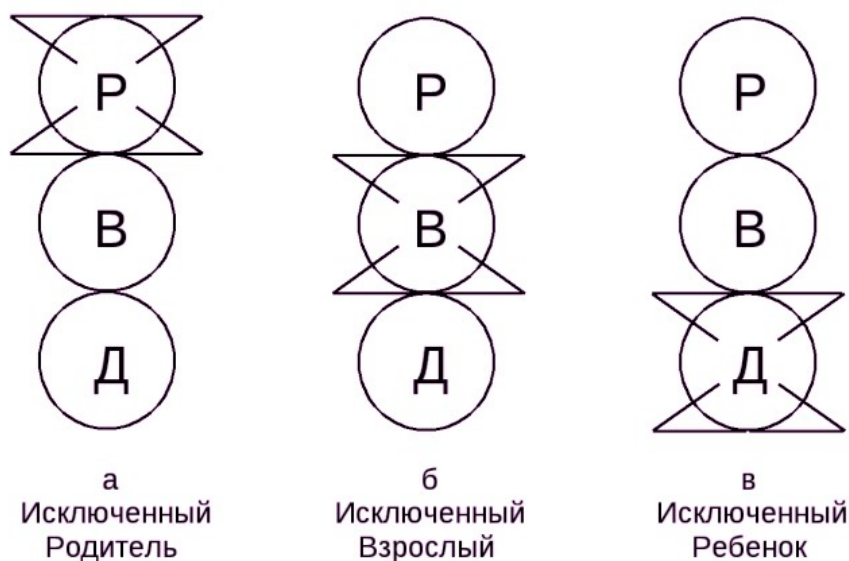


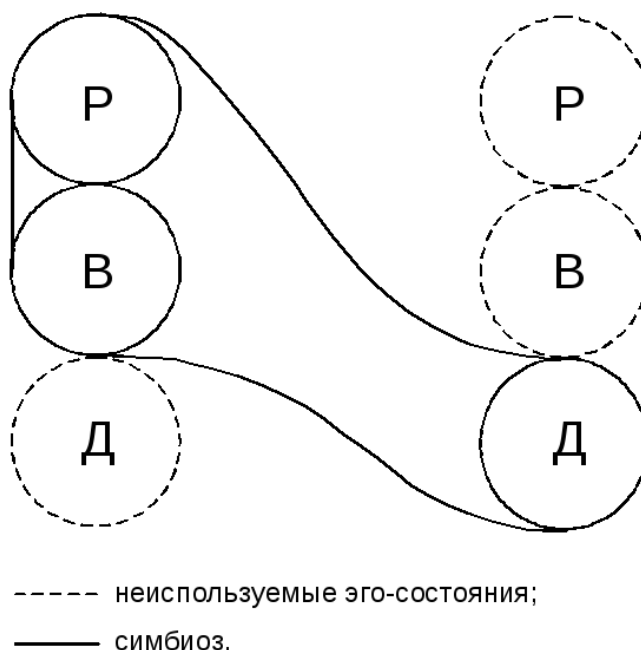
4. Чувствуют, что ими управляют с помощью волн, магии, гипноза и т.п.
5. Испытывают тяжелую депрессию с убежденностью в собственной вине, могут убить маленьких детей «из благих побуждений».
6. Демонстрируют тяжелые расстройства памяти на текущие или прошлые события.
7. Говорят, что у них неправильно устроено тело или органы (чаще половые и выделительные).
8. Постоянная дурашливость, детскость, гримасничанье и т.д.

ПРИМЕРЫ ПСИХОЗОВ

| Причина | Примеры |
|--------------------------|---|
| Наследственные: | Шизофрения и аффективные психозы (биполярное аффективное расстройство) |
| Приобретенные: | Интоксикационные («белая горячка пьяниц»), посттравматические, опухолевые, сосудистые и пр. |
| Инволюционного возраста: | Болезнь Альцгеймера (старческое слабоумие), болезнь Паркинсона (дрожательный паралич) и пр. |
| Реактивные психозы: | Тюремные психозы (синдром Ганзера) |

СТРУКТУРА ПСИХОЗА





ИСТОРИЯ

Фрейд был против ПТ психозов из-за неспособности психотиков формировать перенос и терапевтический альянс

Юнг рассматривал психоз как массивный прорыв бессознательного, затопляющего сознание, с которым личность пытается справиться посредством проекции в галлюцинации и бредовые идеи

ПОЛЬ ФЕДЕРН И СИЛЬНОЕ ЭГО

Федерн: Шизофрения – это болезнь Я, связанная с недостатком энергии либидо в Я. Я имеет внешние и внутренние границы, которые при шизофрении утрачиваются, что ведет к болезненному переживанию деперсонализации и исчезновению Я. ПТ шизофрении должна быть направлена на восстановление границ Я. Выраженная слабость Я требует изменения нейтральной позиции психотерапевта на поддерживающую и более близкую и отказа от технических приемов, усугубляющих регрессию.

Леопольд Беллак считал решающей «силу» Я, он считал, что одно и то же болезненное представление в зависимости от силы Я, может быть выражено невротически или психотически.

Силу Я мы можем понимать как функции В эго-состояния.

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 26. Психотерапия пограничной личности.

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ
2019 год.



ФРУСТРИРОВАННЫЕ ПОТРЕБНОСТИ И РОДИТЕЛЬСТВОВАНИЕ ПО ТИПУ ПЛЮШЕВОГО МИШКИ

Маргарет Сеше (1994) – фрустрация оральных потребностей (отказ матери кормить ребенка=отказ в праве жить). Психотерапевт должен предоставлять шизофренику переживания, аналогичные тем, которые происходят в здоровом симбиозе между матерью и ее младенцем. Однако, предоставление этих функций в прямом смысле (как Джеки Шифф-Д.Ш.) чаще приводит к отрицательному результату, усилению негативизма и аутизации, так как повторяет прошлую симбиотическую неудачу, от которой психотик защищается регрессией и уходом. То есть психотерапевт не должен пытаться выступить в роли нового и лучшего родителя для пациента. Напротив, ПТ требует длительного времени и неоднократного повторения терапевтической процедуры, что ведет к постепенному росту доверия и прохождению больным всех стадий развития Я – от оральной до генитальной.

Михаил Балинт: «Психотерапевт должен быть рядом, он должен быть очень уступчивым, не оказывать чрезмерного сопротивления, должен быть «неуничтожимым» (как первичный объект) и должен дать возможность пациентам жить с ним в состоянии некоего гармоничного сочетания».

Ш. Роут (2002) сравнивает успешных психотерапевтов с мягкой игрушкой – большим плюшевым мишкой, их можно мысленно обнять, потискать, потрепать, погладить, какое-то время использовать, а затем выбросить, когда потребность в них отпадает ... речь идет о доступности переходного объекта в личности терапевта. У невротиков, в отличие от психотиков, есть свой собственный Плюшевый Мишка.

ДРУГИЕ ТИПЫ РОДИТЕЛЬСТВОВАНИЯ: ШИЗОФРЕНОГЕННАЯ МАТЬ

Дж. Розен утверждает, что «терапевт играет роль «приемного родителя», делая вид, что обладает «материнским» всемогуществом и всеведением, берет на себя ответственность за принятие и перевоспитание пациента». Близкий контакт возможен на этом этапе возможен на психотической основе через прямые интерпретации

Фрида Фромм-Рейхман – концепция «Шизофреногенной матери»: Психотерапия психотика - это процесс восстановления доверия (обсуждение генетических условий появления симптомов психоза, эмоций и телесных сентанций) и установления новых

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 26. Психотерапия пограничной личности.

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ



взаимоотношений за час сеанса и при наблюдении за ним в течение «других 23 часов» в стационарных условиях.

3 СТАДИИ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХОЗОВ (ТЭХКЕ В., 2001)

1. Восстановление различия между Я пациента и терапевта. Терапевт должен стать в представлении пациента новым хорошим внутренним объектом – для чего нужно установить терапевтические симбиотические отношения. Речь идет не об отношении к больному как к младенцу, а об избегании всякой ролевой игры и притворства. Холдинг Винникота. Также Федерн говорил, что когда мы лечим шизофреника, мы имеем одновременно дело с несколькими детьми разных возрастов, но при этом важно не забывать, что больной на самом деле взрослый человек.

2. Цель этой стадии поддержание, защита и усиление вновь созданной дифференцированности пациента. Стабильность и регулярность сеттинга, полная доступность и интерес со стороны терапевта, толерантность и способность переносить агрессивные проявления пациента и научить его справляться с ними без разрушения Я.

3. Улучшение структуры психики и предоставление не фрустрирующего контакта с терапевтом.

ПСИХОТЕРАПИЯ ШИЗОФРЕНИИ: КБТ

Формат когнитивно-поведенческой терапии шизофрении выглядит теперь принципиально иначе. Ее приемы гораздо более тактически диверсифицированы. Первоначальный акцент на идентификации и коррекции базисных дисфункциональных когнитивных ошибок, не оставляемый в индивидуальной работе с больным, сменился стратегическим переходом к выявлению и коррекции сложных дефицитарных шаблонов проблемно-решающего поведения в социальной среде, также применительно к индивидуальным нуждам больного. Вот почему она теперь называется не просто когнитивной, а когнитивно-поведенческой терапией.

Вид В.Д, Лутова НБ (2018) DOI : 10.31363/2313-7053-2018-4-12-16

Если в основе депрессии лежит поведение беспомощности, то в основе шизофрении – нарушение мотивации и ПОРАЖЕНЧЕСКИЕ НАСТРОЕНИЯ (ААРОН БЕК)



ЭФФЕКТИВНОСТЬ УПРОЩЕННЫХ ПОДХОДОВ?

Показано, что даже в исполнении психиатров общего профиля, не имеющих психотерапевтической подготовки, кратковременные курсы когнитивно-поведенческой терапии оказываются достаточными, чтобы в работе с больными психозами продемонстрировать достоверное преимущество в купировании уровня острой симптоматики и сокращении срока госпитализации

МАЛО ИНФОРМАЦИИ О ПТ

В проведенном исследовании выяснилось, что психиатрическое сообщество США недостаточно информировано о результатах доказательных исследований эффективности когнитивно-поведенческой терапии психозов, в силу чего лишь 50% руководителей центров психиатрического образования и 40% руководителей психологического образования США считают ее эффективной. Лишь 10% психиатрическим и 30% психологическим руководителям образования известно, что доказательность эффективности фармакопсихотерапии подтверждена мета-анализами

КОМПЛАЕНС-ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ. ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО (КБТ)

Методика комплаенс-терапии базируется на когнитивно-поведенческой модели психотерапии и использует принципы и подходы мотивационного интервьюирования и концепции готовности к изменениям. Основная цель метода комплаенс-терапии – улучшение соблюдения лечебных рекомендаций у больных шизофренией на этапе формирования ремиссии, что позволяет значительно увеличить эффективность и качество проводимого лечения, обеспечивает сокращение сроков пребывания в стационаре, уменьшение частоты повторных госпитализаций, повышение качества жизни пациентов данной нозологической группы, способствует формированию процесса восстановления.



ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬШОЙ ДЕПРЕССИИ В РАМКАХ БАР

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ДЕПРЕССИЙ

Лечение больных с тяжелым депрессивным эпизодом проводят в условиях стационара. Для максимально быстрого достижения эффекта необходимо преимущественное использование внутримышечного и/или в/в капельного способа введения антидепрессантов. Психотерапия на первых этапах лечения такой депрессии, как правило, неэффективна. Имеются определенные доказательства несколько большей эффективности кломипрамина, амитриптилина и венлафаксина по сравнению с СИОЗС при тяжелых депрессиях с меланхолическими чертами (DUAG, 1999; Anderson I.M., 2001 и др.) Больные с высоким суицидальным риском требуют особо тщательного надзора и специальной психологической коррекции, следует иметь в виду вероятность передозировки антидепрессанта вследствие приема большого количества препарата с суицидальной целью (по сравнению с СИОЗС более тяжелые последствия в этом случае наблюдаются при приеме ТЦА, венлафаксина и миртазапина). При сохраняющихся суицидальных намерениях необходимо рассматривать возможность быстрого проведения ЭСТ.

Лечение тяжелого депрессивного эпизода с психотическими симптомами (бредовая депрессия) проводят в условиях стационара. Терапевтическая тактика направлена на быстрое достижение «обрыва» психоза. Такие больные заметно лучше реагируют на комбинированную терапию антидепрессантом с антипсихотиком, чем на терапию с использованием препаратов лишь одной из упомянутых групп (Farahani A., Correll C.U., 2012 и др.), поэтому с первых дней назначают преимущественно мощные антидепрессанты в сочетании с атипичными антипсихотиками (ВЗ). Если прием препарата per os затруднен в связи с психическим состоянием больного, возможно в/м применение нейролептиков. В случае хорошей переносимости дозы препаратов быстро доводят до максимальных.



АНТИДЕПРЕССАНТЫ И РИСК САМОУБИЙСТВА ПРИ ДЕПРЕССИЯХ

(Courtet P., Lopez-Castroman J. // World Psychiatry 16:3, October 2017).

Риск суицидальных идей и попыток самоубийства у молодых пациентов, принимающих антидепрессанты, удваивается (4% v 2%) по сравнению с теми, кто принимал плацебо (Brent, 2016) – По данным РКИ (рандомизированных клинических исследований). Вероятно в юности сильнее связь употребления ПАВ и импульсивной агрессии с депрессией

У пожилых пациентов с депрессией антидепрессанты снижали этот риск (Stone et al., 2009)

По данным фармакоэпидемиологических исследований антидепрессанты снижали этот риск. По данным аутопсий суициды совершали чаще больные депрессией, не принимающие антидепрессанты (Isacsson, Rich, 2008)

Начало лечения с высоких (выше рекомендуемых) доз антидепрессантов повышает риск суицидальных идей и попыток

Клинический ответ на лечение антидепрессантами хуже у пациентов с суицидальными идеями или суицидальными попытками в анамнезе, вне зависимости от сопутствующих факторов или типа антидепрессанта (Lopez-Castroman et al., 2016)

Новые виды лечения

- комбинация лития или антипсихотиков с антидепрессантами
- мгновенный и радикальный антисуицидальный эффект низких доз кетамина
- сверхмалая доза бупренорфина (агонист мю-опиоидных рецепторов) сублингвально ослабляет суицидальные идеи эффективнее плацебо (Olie, Courtet // JAMA, 2016, 316, 656-7), поскольку имеется связь (скаффолдинг-Д.Ш.) между физической болью и болью социальной отверженности).

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ДЕПРЕССИИ

1. Взять социальный контроль (чтобы клиенты не убили себя намеренно или ненамеренно), содействовать восстановлению функционирования, поднять с кровати и прописать физический труд (натирать паркет!)
2. Осторожно увеличить банк поглаживаний, начиная с физических (касания, «горячий чай» – тепло внутри)

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 26. Психотерапия пограничной личности.

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ

2019 год.

9



3. Установить контракт на «заботу о себе»; продвигать другие стоп-контракты (конфронтировать убежание, суицид, гомицид, психоз)
4. Интервенции по изменению негативных убеждений о себе (оценить суицидальный риск на этом этапе!), работать с негативными интроектами (если возможно) по принципу «Не поддерживайте Эго, а атакуйте СуперЭго!». Следует поддерживать идеализацию терапевта (избегая самораскрытий), чтобы у клиента не было возможности закончить терапию, сказав: «Он такой же, как и я». Приглашайте клиента к долгосрочной терапии.
5. Параллельно с п.4 приглашать во взаимоотношения (см. след слайд), в том числе, иницируя трансфер, ожидая и считая положительным когда клиент начинает переносить критику и гнев (ранее направленные на себя) на терапевта (терпеть!), а затем и на экстериоризированный (вынесенный из Я или Эго-дистонный) реальный объект из прошлого или настоящего клиента

ЧТО ЗНАЧИТ УМЕТЬ РАБОТАТЬ В РАМКАХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ

Терапевт должен ясно представлять все характеристики терапевтических взаимоотношений

Терапевт нуждается в оценке собственных способностей работать с этой категорией клиентов

Терапевт показывает открытость, подлинность и позитивное отношение без осуждения. Он работает над созданием эмпатической связи с клиентом, рассматривая мир так, как клиент видит его

Терапевт открывает потребности клиентов в отзеркаливании, признании, оценке и идеализации как опыта, с которым необходимо работать и понимать без игнорирования

Терапевт распознает общий опыт разочарования как часть депрессии

Терапевт создает безопасное и содержательное пространство, в котором клиент может рассказать свою историю. Он также дает клиенту время и пространство для исследования его проблем, так что клиент может вновь открыть себя. Использует Сократический диалог

Терапевт поощряет клиента рисковать; переработать прошлые потери и сформировать новые осознания и новые концептуализации. Терапевт и клиент вместе

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 26. Психотерапия пограничной личности.

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ

2019 год.

10



формируют достижимые цели. Многие мыслительные конструкты и стили, ассоциирующиеся с депрессией, были взяты из взаимоотношений с родителями в детстве; из особенностей привязанности

ТЕРАПИЯ ПУСТОГО УСИЛИЯ

«Люди попадают в ситуации **пустого усилия**, тогда, когда волевой самоконтроль кажется им наиболее кратким и эффективным путем к цели (в широком смысле к достижению большей безопасности).

Речь идет о стремлении прямым волевым усилием «сбросить с себя болезненное состояние», «прийти в себя», «собраться», «не думать о плохом».

Практически каждый раз, начиная лечить эндогенно-депрессивного пациента, мы наблюдаем, как одна только психотерапевтическая нейтрализация **пустого усилия** резко уменьшает уровень страдания, зримо улучшая самочувствие больного».

ПРИЕМЫ MINDFULNESS – СОЗЕРЦАНИЯ И НЕВМЕШАТЕЛЬСТВА В РАБОТЕ С БОЛЬШИМИ ДЕПРЕССИЯМИ (БУРНО А.М., 2015, С. 222-227)

1. Вообразить отсутствие собственного Я («нужно смотреть вокруг, представляя, что вас еще или уже нет» или «нужно смотреть вокруг, представляя, что у вас нет головы»)
2. Вообразить другое Я. Вообразить себя в роли существа, свободного от пустых усилий в принципе.
3. Вообразить «духовно нищее Я». Нужно представить, что ваши страхи о своем ужасном моральном облике – правда. И есть Высшая Сила, готовая прийти к вам на помощь и изменить вас. Но она не может вступить с вами во взаимодействие, пока вы надеетесь на свои силы»
4. Вообразить, что все на свете – единое целое, единая энергия и имеет связи (перераспределение внимания или отвлечение энергии от пустых усилий)
5. Пребывать «здесь и сейчас», концентрируя внимание на настоящем моменте (отвлечение энергии от пустых усилий) на фоне инструкции «делать все чуть медленнее» (требует хоть какой-то моторной активности)
6. Прямая инструкция «не улучшать свои эмоции», разрешая себе «оставлять все, как есть», не вмешиваясь в природу мира и самого себя.



Н. МАК-ВИЛЬЯМС. ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА. -М.:КЛАСС, 2003.-
С. 309-310

«Современная психофармакология позволяет нам работать с людьми на всех уровнях нарушений ... и дает возможность проанализировать депрессивную динамику даже у психотических пациентов. До открытия свойств лития и других химических веществ, многие пациенты с пограничной и психотической структурой были убеждены в собственных отрицательных качествах и настолько уверены в неизбежной ненависти со стороны терапевтов, что не могли вынести боли привязанности. Иногда они совершали суицид после нескольких лет лечения, потому что не могли вынести проявления чувства надежды и, следовательно, риска возможного опустошающего разочарования...

...лекарства необходимы, чтобы снизить интенсивность их депрессивных переживаний...

При использовании медикаментозной терапии состояние неумолимой и безжалостной ненависти к себе, которому подвержены пограничные и психотические пациенты, наступает не так уж часто – как если бы их депрессивная динамика была бы химическим путем сделана Эго-дистонной (чуждой Я пациента). С признаками ненависти к себе, остающимися после ... медикаментозного лечения, можно обращаться также, как если бы вы анализировали патологические интроекты пациентов невротического уровня»