

В. Ю. Приходько

V. Y. Prychodko

**Новий ноотропний препарат Ноопепт
в клінічній практиці***Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П. Л. Шупика МОЗ України (м. Київ)*

Враховуючи зростаючу поширеність захворювань, що приводять до погіршення когнітивних функцій, в сучасній клінічній практиці все ширше використовуються ноотропи. Ноотропний препарат Ноопепт, синтезований в НДІ Фармакології РАМН, має пептидну природу. Його основний метаболіт ідентичний ендogenousму дипептиду з ноотропною активністю. У експериментальних і клінічних дослідженнях була продемонстрована ноотропна, анксиолітична, нейропротекторна, антиоксидантна та імуномодельюча активність Ноопепта.

**Noopept, the innovated nootropic good
in the clinical practice***National medical Academy of Postgraduate Education named after
P. L. Shupik of the Ministry of Health of Ukraine (Kyiv)*

Taking into account the increasing prevalence of diseases causing cognitive dysfunction in up-to-date clinical practice, nootropic medications are widely used. New nootropic drug Noopept synthesized in Research Institute of Pharmacology of RAMS has peptide nature. Its basic metabolite is identified to endogenous dipeptide with nootropic activity. Noopept's nootropic, anxiolytic, neuroprotective, antioxidative and immunomodulative activity has been demonstrated in the experimental and clinical studies.

УДК 615.851.3.2.

*П. А. Цай, канд. мед. наук, О. А. Алексеєва**Харьковская медицинская академия последипломного образования
(г. Харьков)***НЕДИРЕКТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ШИЗОФРЕНИИ ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОИДНОЙ ФОРМЫ
МЕТОДОМ СИМВОЛ-ДРАМЫ**

В отечественной психиатрии лечение психотических расстройств методами психотерапии относят к классу противопоказаний. На современном этапе развития психиатрической науки и практики основным лечебным фактором является фармакотерапия, где психотерапии отведена второстепенная роль [1]. Однако за рубежом имеются литературные источники, в которых представлены фактические материалы с катamnестическим исследованием, свидетельствующие о том, что с помощью психоаналитической психотерапии удалось добиться улучшения состояния почти у половины больных, лечащихся в отделении психиатрической клиники [2].

Трудности психотерапевтической реконструкции личностных параметров обусловлены неспособностью больных на эмоциональном уровне сотрудничать с врачом и достигать понимания своего аберрантного поведения, а также из-за возникающей сложности, вызванной наложением восприятия реальности внешнего мира на виртуальную реальность внутреннего образа, обусловленного бредовой фантазией с утратой тестовой обратной связи. На современном этапе эволюции психиатрии случаи лечения с ее помощью психотических состояний находятся на ступени экспериментально-технических разработок, а примеры положительных результатов психотерапии являются достижением отдельных авторов и относятся скорее к искусству врачевания, поэтому разработка научно-обоснованных технологических приемов клинической психотерапии недирективного подхода представляется нам актуальной темой.

Целью нашего научного поиска является разработка систем психотерапевтических подходов на основе развития кататимного образа и, в процессе имажинирования, определение фактора эффективности лечения психотиков через раскрытие ресурсов бессознательного.

Объектом нашего исследования была пациентка 25 лет, имеющая шизофренические нарушения, обратившаяся за помощью в июле 2001 года с жалобами на полную потерю слуха и преследование «голосами», которые ее оскорбляют и пытаются подчинить себе ее волю. «Голоса» слышит и днем и ночью, разделяет их на «женские» и «мужские». Также пациентка утверждала,

что какие-то люди не только преследуют ее, но и причиняют физическую боль — толкают, щиплют, после чего на теле остаются следы в виде красных пятен. Кроме того, пациентка жаловалась на сложные отношения с матерью, которая оскорбляла ее и упрекала в том, что дочь сидит у нее с отцом на шее.

Соматические жалобы состояли в ощущении общей слабости, плохом сне, спазмах кишечника, внутренней дрожи. Пациентка была очень напряжена, возбуждена, настроена крайне агрессивно и враждебно. Слух у нее был снижен с раннего детства. Это затрудняло ее общение со сверстниками, так как свой дефект она пыталась скрыть. После окончания школы по совету врачей сделала две операции, но обе оказались неудачными и слух пропал совсем. Ей пришлось приобрести слуховой аппарат. Поступив в институт, она испытывала трудности с запоминанием, перестала успевать в учебе, начало расти внутреннее напряжение, что привело к полной и стойкой бессоннице. Через неделю появился бред преследования, и это вынудило ее оставить учебу. Находилась на лечении в стационаре, где ей был поставлен диагноз: «шизофрения, галлюцинаторно-параноидный синдром». У пациентки отсутствовало чувство времени. Реальная картина мира изменилась в соответствии с собственными страхами и представлениями. Ее мортидо было реализовано в фантазиях и галлюцинаторных переживаниях: «они следят за мной, читают мои мысли, хотят меня уничтожить». Такое параноидальное состояние соответствовало психотическому уровню структурной организации личности.

За 3,5 года было проведено 94 сеанса, которые проходили 2—3 раза в неделю короткими курсами 5—10 сеансов, с перерывами в 2—4 месяца. Техника работы с пациенткой заключалась в соблюдении правила «свободноплавающего внимания», где субъективная история жизни и заболевания, жалобы, воспоминания, отношения, симптомы, фантазии оформлялись по ходу беседы в осмысленные зрительные образы, возникающие у врача, а у пациентки — в определенную картину, отражающую сложный смысл вербальных и невербальных проявлений [3]. Для понимания бессознательного пациентки терапевтом используется доступ к своим

собственным подсознательным процессам восприятия и мышления, которые открываются в символическом виде в сознании врача-психотерапевта [4]. В терапевтическом процессе используется своеобразная символическая образная метафора, позволяющая на довербальном уровне, используя ассоциации, отразить в психосемантическом пространстве бессознательное пациентки. Принятое решение об использовании бесконфликтных мотивов основной ступени символ-драмы преследовало цель усилить Эго-структуру за счет усиления защитных механизмов и свободного выхода содержания бессознательного для снятия напряжения [5]. В ходе обсуждения с пациенткой была определена цель психотерапии — добиться исчезновения преследующих «голосов». Для изучения возможности работы с образами врачом использован тест-мотив «Цветок». Эта проба показала, что пациентка способна к представлению образов. Ее цветок был ярко-желтого цвета, неким средним между розой и ромашкой, с гладким тонким стеблем. Пациентка описала его, как маленький, хрупкий, нежный и беззащитный. Она крепко прижимала его к себе, словно это было то единственное, что у нее осталось, ей хотелось его закрыть, защитить. Потом она увидела, как лепестки цветка потемнели, поднялись вверх и закрылись. В описании этого мотива пациентка говорила о не покидающем ее чувстве тревоги за себя с цветком, ей было безумно жаль его, хотелось поухаживать за ним, попросить защиты и поддержки у высших сил. Этот образ пациентки с паранойальным состоянием дает представление о процессах символической репрезентации при психозах. И цвет лепестков, и фантастичность цветка, и его хрупкость отражают специфику состояния пациентки, особенность ее «я». Психодинамику сюжета в мотиве — лепестки потемнели, поднялись вверх и закрылись — можно рассматривать как отображение на уровне сознания пациентки психотической регрессии в рациональной части ее психики, затопления Эго «безумной» тревогой. Как защиту от этого переживания терапевт вводит архетипическую фигуру «Бога». В ходе дальнейшей трансформации у пациентки обнаружились трудности в представлении и разворачивании образов. Они оставались бледными, фрагментированными, размытыми и статичными. Поэтому изменение акцента психотерапевтической тактики со значительным использованием суггестивного компонента позволило стимулировать некоторую активность пациентки в развитии сюжетов образных представлений, при которых образы создавались совместно, представляя продукт взаимодействия и сознания и бессознательного терапевта и больной.

Следующий мотив, предложенный пациентке, был «Луг». Стоя посреди луга, больная почувствовала спокойствие, которое вызвало у нее удивление. С правой стороны луга обнаружила глинистый обрыв и ручей. Спустившись вниз к ручью, она разделась и поплыла. Однако в воде активизировался ее страх, и поэтому терапевт предложила ей выйти на берег. На берегу ей было предложено лечь на землю, почувствовать ее опору и поддержку. После этого терапевт попросила пациентку сфокусировать свое внимание на том месте в теле, где она ощущает напряжение. Это был низ живота, и там жил ее страх. Ощущая свое слияние с землей и ее опорой, она смогла начать отпускать свой страх. Через некоторое время врач снова предложила пациентке войти в воду. Пациентка сделала это и спокойно стояла в воде по грудь. Терапевтическое вмешательство заключалось

в фиксации у пациентки ощущений спокойствия и доверия воде. В этом образе активизация страха при плавании отражает привычную реакцию пациентки на столкновение с окружающим миром, что повторялось и на последующих сеансах, на которых неоднократно использовались мотивы «Ручей», «Источник», «Опушка леса», «Дом», «Строительство дома», «Гора», «Место, где мне было хорошо» [6]. Для создания у пациентки чувства защищенности врач в мотиве «Опушка леса» ввел фигуру проводника — молодого человека, который защищает и поддерживает пациентку, являясь отражением фигуры терапевта. Проводник направляет активность пациентки в образе, пытается создать ощущение безопасности при активизации у нее тревоги. При повторном прохождении мотива «Опушка леса» врач попросила пациентку представить себе все негативное в ее жизни в виде какого-нибудь образа. Ей представлялся «черный осьминог», с которым пациентке было предложено взаимодействовать с использованием техники «примирения и кормления», однако существо на этом сеансе отказалось взаимодействовать. В ходе двух сеансов, на которых были использованы бесконфликтные мотивы, врач делает попытку конфронтировать пациентку с «людьми», голоса которых та слышит, и теперь уже это взаимодействие удалось осуществить, хотя оно и остается достаточно формальным, не вызывающим изменения во враждебных фигурах. В ходе первых 10 сеансов поведение пациентки становится другим: враждебная, недоверчивая, агрессивная в начале терапии, она начинает все больше доверять терапевту, принимая все, что та предлагает, и проявляя все больший интерес к терапии. Воспринимая свои фантазии как реальность, пациентка неоднократно интересовалась у врача, что хотят от нее «голоса», которые пациентка слышит, или что хочет от нее «черный осьминог», появившийся у нее в образе.

В связи с тем, что самостоятельное разворачивание мотивов сюжета в образах продолжает оставаться затрудненным, терапевт сама активно участвует в создании образов в бессознательном пациентки [7]. Но после реализации пациенткой каких-либо действий в образах, у нее все еще продолжают появляться тревога, чувство безысходности и тоски, продолжает происходить отреагирование негативных переживаний.

После перерыва, который составлял 2 месяца, пациентка выглядела более спокойной, внимательной, доброжелательной. «Голоса» на время пропала, но потом появились снова. Теперь она говорила о них более спокойно. Изменился смысл обращений этих «голосов» к ней: они перешли от оскорблений и угроз уничтожения к другой форме — подавлению ее воли. Теперь они говорили ей о том, что ее мозг подключен к «их» компьютеру и они управляют ее мыслями и поступками, что она никогда не сможет выйти из-под их власти, и что те сеансы, на которые она ходит, получают на самом деле они, и именно им они и предназначены. Это выводило ее из равновесия, она начинала яростно возмущаться и спрашивала на каждом сеансе: «Что им от меня нужно?». Она продолжала утверждать, что они причиняют ей физическую боль. В содержании жалоб пациентки отразилась значимость для нее взаимодействия с терапевтом и его доверия к ней.

После перерыва на первом сеансе был использован мотив «Путешествие к устью ручья». Образы, возникшие в этом мотиве у пациентки, проявили некоторые изменения в ее состоянии: представив себя, по

предложению врача, капитаном яхты, она предчувствует впереди много счастливых и спокойных дней. В беседе пациентка говорила о том, что у нее иногда появляются состояния, когда все меняется, она прекрасно себя чувствует, понимает, что люди к ней относятся вполне нормально. Налаживаются отношения с матерью. Она видит все цвета по-особому ярко, и это ее очень впечатляет. Свое эмоциональное состояние она описывает, как ощущение подъема, счастья, легкости. Ее тянет к людям, она чувствует себя интересной и привлекательной, отмечает, что несколько улучшился слух. Изменения в состоянии пациентки проявляются и в ряде последующих сеансов, на которых использовались бесконфликтные мотивы. В ее образах впервые начинают проявляться фигуры людей, в компании которых она хорошо себя чувствует. Однако, несмотря на то, что терапевтом уделяется много внимания развитию чувства реальности пациентки, ее восприятие продолжает отражать спроецированные ею ненависть и страх, а ее активность в реальной жизни все еще очень ограничена. Поскольку пациентка остается орально пассивной, ее инстинкты выражаются лишь в фантазиях: наблюдаемые в ее состояниях сдвиги можно рассматривать не только как определенный терапевтический успех, но и как смену фазы процессуального заболевания, которая связана с тем, что на месте заполняющего весь мир мортито появляется либидо, обращенное на себя и весь мир с переживанием своей привлекательности и чувства подъема. Это состояние не только сохранилось, но и усилилось после вынужденного четырехмесячного перерыва терапии. Но в то же время пациентка продолжала слышать голоса, которые уже не так навязчиво, без оскорблений пытаются внушить ей бесполезность ее попыток от них освободиться. В этой ситуации терапевт переживает сильные контрпереносные чувства злости и отчаянной беспомощности, на фоне которых в бессознательном врача разворачивается образ, отражающий отношение терапевта к пациентке. Негативные импульсы, доминирующие над позитивными, представились ей в виде маленьких человечков, которых было очень много. Они не были агрессивны, но занимали выжидательную позицию и были готовы с врачом сразиться! Они затаились за каждым поворотом лабиринта психики пациентки и наблюдали за терапевтом, и ей представилось, что уничтожение одного будет порождать их множество. Данный образ можно рассматривать не только как контрперенос, отражающий внутреннее состояние пациентки, но и как непосредственную проекцию на символический уровень конкретной ситуации в ходе терапевтического процесса с апробацией терапевтических действий на уровне фантазии, что позволило терапевту найти решение проблемы дальнейшего терапевтического воздействия. Возникший далее у терапевта образ отражал креативное решение вопроса о способе взаимодействия со спроецированными страхами пациентки с использованием режиссерских принципов примирения и кормления. Это был образ окончания войны, заключения перемирия, когда воюющие стороны складывают оружие. Эта тема была предложена пациентке, и та представила, что воины складывают оружие в большой деревянный ящик. Чтобы подчеркнуть это согласие на мир с обеих сторон, терапевт предложила, чтобы пациентка и «воины» пожали друг другу руки, после чего угостила их пирожками, бутербродами и соками.

После очередного 2-месячного перерыва для врачей-интернов высших медицинских пациентка

рассказала о тех изменениях, которые с ней произошли. Улучшился слух, звуки стали более точными, пациентка даже общается с родными без слухового аппарата. Стала более спокойной. Почувствовала себя способной справиться с «голосами». Она продолжает их еще слышать, но редко, и теперь они не обращаются к ней напрямую, а говорят о ней между собой, комментируя ее действия. Пациентка говорит о «голосах», как о чем-то незначительном, не имеющем особого значения для нее. Считает, что сама должна измениться. Стала понимать смысл теле- и радиопередач. Говорит, что родители оставили ее, наконец, в покое, перестали упрекать. И ей хочется что-то делать по дому, с удовольствием готовит, занимается уборкой, ходит за продуктами. «Родители любят меня и заботятся обо мне», — говорит она. В зеркале стала видеть свое нормальное отражение, а не какую-то старуху, как прежде.

На последнем сеансе для исследования непосредственной проекции изменений, произошедших с ней, пациентке был повторно предложен мотив «Цветок». Теперь это был красный цветок, похожий на мак. У него 15 распушенных лепестков и в центре черные тычинки. Он растет на лугу, обогрет солнцем, и пациентка говорит, что восхищается им. На этом сеансе впервые шло четкое цветовое и образное представление, разворачивание образов шло легко, и этот процесс доставлял пациентке большое удовольствие. Выйдя из транса, пациентка восхищенно рассказывала о своих переживаниях.

Таким образом, результаты проведенного лечения позволяют сделать следующие выводы.

Изменения в статусе пациентки, достигнутые к 94 сеансу, следует рассматривать как свидетельство выхода ее из психотического состояния, несмотря на то, что еще сохраняются остаточные явления галлюцинаторно-параноидных переживаний. Кроме того, непсихотического слоя ее психики, усиление эго-структуры и развитие способности к идентификации, укрепление мотивов самостоятельно взаимодействовать с окружающими, что является проявлением позитивной динамики в рамках психотического синдрома.

В перспективе данный клинический пример создает прецедент возможности невербального взаимодействия на символическом или дологическом уровне и на основе позитивного фактора аналитического переноса позволяет более уверенно подходить к лечению психотически организованных пациентов.

Список литературы

1. Михайлов Б. В., Табачников С. Н., Витенко И. С., Чугунов В. В. Психотерапия: Учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III—IV уровней аккредитации. — Х.: ОКО, 2002. — 755 с.
2. Лейнер Х. Кататимное переживание образов. — М., 1996. — 253 с.
3. Энциклопедия глубинной психологии. Т. 1 / Под общ. ред. А. М. Боковикова. — М., 1998. — 800 с.
4. Хайгл-Эверс, Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. Базисное руководство по психотерапии. — СПб., 2001. — 784 с.
5. Паттерсон С., Уоткинс Э. Теории психотерапии; 5-е изд. — СПб.: Питер, 2003. — 544 с.
6. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Новейший справочник. М., — ЭКСМО, 2003.— 926 с.
7. Менегетти А. Онтопсихология: практика и метафизика психотерапии. Пер. с итал. ННБО «Онтопсихология». М.: ННБО «Онтопсихология», 2003.— 318 с.

Надійшла до редакції 30.03.2009 р.

П. А. Цай, О. А. Алексеева

**Недирективна психотерапія шизофренії
галюцинаторно-параноїдної форми
методом символ-драми**

*Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків)*

Описані стратегія і тактика недирективної психотерапії шизофренії галюцинаторно-параноїдної форми методом символ-драми. Успіх лікування під час використання метода «кататимного переживання образу» був зумовлений імагінаційними здібностями і особистісною креативною інтенціональністю психотерапевта. Тому успіх не завжди можливий, існує небезпека невдалої транзакції під час невмілого використання трансової технології в ході пропрацьовування глибинних психотичних матеріалів.

P. A. Tsai, O. A. Alekseeva

**Non-directive psychotherapy of schizophrenia
hallucinatory paranoid form by symbol drama method**

*Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education
(Kharkiv)*

Strategy and tactics described of non-directive psychotherapy of schizophrenia hallucinatory paranoid form by symbol drama method. Successive treatment using "image catatymous experience" was due to imagination abilities and personal creative intentionality of the psychotherapist. Therefore, success is not always possible, transaction may fail due to erroneous evaluation of patient's transformation capacities and clumsy application of trance technology in exploration of deep psychotic materials.