

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Шемят В.А., Карпюк В.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Под эмоциональным интеллектом, в соответствии с моделью Дж.Мэйера, П.Сэловея и Д.Карузо (2002), понимают способность перерабатывать информацию, содержащуюся в эмоциях: определять значение эмоций, их связи друг с другом, использовать эту информацию в качестве основы для мышления и принятия решений [1]. Эмоциональный интеллект является составной частью социального интеллекта. Понимание и выражение собственных эмоций, правильное определение, понимание и переработка собственных эмоций и эмоций других людей является важным социальным навыком, который нарушен у пациентов с шизофренией и приводит к снижению социального функционирования [2]. Для пациентов с шизофренией характерны дефицит регуляции эмоций, их выраженная реактивность. Высокая чувствительность к эмоциональному стрессу связана с преобладанием авersive эмоциональных состояний и тенденцией к снижению позитивных эмоций. Дефицит эмоционального процессинга при шизофрении является фактором, ограничивающим психосоциальное функционирование, играющим главную роль в формировании уязвимости к стрессу. Коррекция эмоционального дефицита способствует профилактике обострений.

С целью коррекции эмоциональных нарушений разработан тренинг эмоционального интеллекта для пациентов с шизофренией.

Задачами коррекции нарушений эмоционального интеллекта являются:

- обучение воспринимать и идентифицировать свои и чужие эмоции;
- совладание с негативными эмоциями;
- использование эмоций для межличностного общения;
- развитие способностей к удержанию положительных эмоциональных состояний;

- к эмоциональной фасилитации мышления;
- развитие навыков управления эмоциями.

В терапии используется когнитивно-поведенческий подход, наиболее структурированный вид психотерапевтического воздействия, предполагающий активное взаимодействие с пациентами, повышающий готовность пациентов к реабилитации и оптимизации социального функционирования. Применялись техники шкалирования, метод угрожающих последствий, исследование альтернатив мыслей и действий.

Материалы и методы исследования. Разработанная нами с учетом выявленных особенностей эмоционального интеллекта у пациентов с шизофренией психокоррекционная программа была реализована в процессе оказания стационарной и полустационарной помощи в учреждении здравоохранения «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-Наркология» в 2011–2012 гг. Критерии включения: диагноз «шизофрения», удовлетворяющий исследовательским диагностическим критериям МКБ-10, отсутствие выраженных психотических и негативных симптомов, возраст от 18 лет, информированное согласие на участие в психокоррекционной программе. Критерии исключения: коморбидные психические и поведенческие расстройства, нарушения когнитивных процессов, сопутствующие хронические соматические заболевания в фазе обострения.

Полностью психотерапевтическую программу коррекции нарушений эмоционального интеллекта прошли 35 человек (12 мужчин, 23 женщины). Программа проведена в 6 группах с численным составом 5-7 человек с кратностью проведения занятий 3 раза в неделю, продолжительностью каждого занятия 60-80 мин. Занятия проводились еженедельно, 3 раза в неделю, всего 16 сессий на протяжении 6 недель. Возраст участников 18-59 лет. По длительности установления диагноза: до года – 10 человек, от 1 до 5 лет – 11 человек, от 5 до 10 лет – 4 человека, продолжительность выставления диагноза более 10 лет имели 10 человек. 19 пациентов имели регоспитализации в течение года на момент включения в группу. Не имели группу инвалидности по психическому заболеванию 22 человека, трое имели третью группу инвалидности, 10 – имели вторую группу инвалидности

по психическому заболеванию. По формам шизофрении пациенты распределились следующим образом: параноидная – 25 человек, кататоническая – 5 человек, простая – 4 человека, гебефренная – 1 человек.

Перед включением пациента в группу проводилась предварительная беседа с целью формирования мотивации к групповым занятиям.

Тренинг состоял из 16 сессий на протяжении 8 недель. По две сессии в неделю продолжительностью 60-80 минут в группе из 5-7 пациентов. В ходе каждой сессии осуществлялось развитие базовых компонентов эмоционального интеллекта: способности к восприятию и самовосприятию эмоций, пониманию эмоций, рефлексивной регуляции эмоций.

Занятия проходили по следующему плану: первая сессия была посвящена установлению психотерапевтического контакта, разъяснению правил работы в группе, целей и задач тренинга, формированию запроса у участников. Обсуждалась роль эмоций в жизни человека. 2-10 встречи были посвящены работе с негативными аффективными состояниями (депрессия, тревога, агрессия). Начиная с четвертой сессии, обязательным являлось ведение дневника как формы самоотчета. В последующем, прорабатывались положительные эмоции, их превентивная роль. С 14-го занятия происходило закрепление выработанных индивидуальных копинг-стратегий. Постепенно наблюдалось замещение предлагаемых ведущим социальных ситуаций (потери, утраты, горя, угрозы, удовольствия) на личностно значимые для участников из реальной жизни. Инструкции к упражнениям формулировались предельно четко. Соблюдался принцип поэтапного введения нового материала и перехода к более сложным целям и задачам, постоянное повторение и отработка предшествующих блоков. Обязательным являлся мониторинг эмоционального состояния каждого из участников.

Каждая сессия состояла из двух частей. В первой части формировались навыки восприятия и интерпретации эмоциональной информации. Во второй части сессии внимание фокусировалось на управлении эмоциями, в том числе на развитии способности к саморегуляции эмоций, совладанию с такими негативными аффективными состояниями, как депрессия,

тревога. Обозначались социально приемлемые способы выражения агрессии. Обсуждалась роль негативных эмоций как дестабилизирующего фактора, протективная роль позитивных эмоций.

Работа велась в направлении выработки специфических стратегий позитивных эмоциональных состояний. Развивались заинтересованность и инициатива, эффективные способы социального реагирования в аффектогенных социальных ситуациях. С каждым пациентом обсуждались индивидуальные триггеры негативных эмоций, обозначались стимулы, вызывающие эмоциональный ответ. Определялись ситуации, являющиеся для пациента стрессовыми. Отдельная сессия была посвящена замещению таких дисфункциональных копинг-стратегий как злоупотребление алкоголем и лекарствами, уход от социальных контактов. Здесь использовались релаксационные техники, идентификация и удаление дисфункциональных мыслей.

В итоге, разработанная программа тренинга эмоционального интеллекта позволила пациентам научиться классифицировать и распознавать свои эмоции и эмоции других людей через речь, внешний вид, выражение лица и поведение, интерпретировать значение эмоций, касающихся взаимоотношений, более точно выражать эмоции и потребности, связанные с определенными чувствами, дифференцировать сложные эмоциональные состояния, понимать амбивалентные чувства. В результате тренинга, обогатился опыт проявления личных чувств с использованием эмоциональных знаний в коммуникациях. Были получены навыки релаксации, выработаны и закреплены индивидуальные копинг-стратегии социального функционирования.

Проведение тренинговых программ, нацеленных на устранение эмоционального дефицита, является не только целесообразным, но и необходимым звеном в комплексной программе восстановительного лечения больных шизофренией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сергиенко, Е.А. Тест Дж. Мэйера, П. Сэловея и Д.Карузо «Эмоциональный интеллект» (MSCEIT v. 2.0) руководство / Е.А. Сергиенко, И.И. Ветрова. – Москва: «Институт психологии РАН», 2010. – 175 с.

2. Социальный и эмоциональный интеллект: от процессов к измерениям / под ред. Д.В. Люсина, Д.В. Ушакова.- М.: Институт психологии РАН., 2009. – 351 с.

ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ ПСХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Шишкина О.А.

*УЗ « Витебский областной клинический центр психиатрии и
наркологии»*

Психологическое сопровождение реабилитации пациента с химической зависимостью является одной из важных составляющих качественной помощи, которое усиливает эффект наркологического лечения и нацелено на создание устойчивой мотивации к соблюдению трезвости, предотвращение «срыва», обеспечение выхода в стойкую ремиссию.

Главной задачей психологического консультирования в рамках психологического сопровождения является возвращение «целостности» личности пациента. Основными целями психологического консультирования являются развитие автономии личности и возможностей саморегуляции, повышение стрессоустойчивости, помощь в осознании истинных возрастных потребностей и развитие способностей к их удовлетворению, поиски смыслов, направлений приложения сил, перспектив, нахождение своего места в жизни и др., что в целом способствует личностному росту.

Образно говоря, если врач-нарколог занимается лечением пациентов с алкогольной зависимостью, то задача психолога – оказание помощи в исцелении, т.е. возвращении целостности личности. Личность человека, имеющего химическую зависимость, «расщепляется» - теряется единство мотивов, целей, желаний, способов их удовлетворения. Помимо истинного «Я» формируется «НЕ Я», которое иначе чувствует, мыслит, действует. Единственная значимая цель «НЕ Я» - удовлетворение