Глава 2

Работа Психотерапевта С Пожилыми Пациентами, Страдающими Дементными Нарушениями

Майкл Даффи

ВВЕДЕНИЕ

Недавно, когда я посещал местный дом престарелых, я встретил социального работника, которая приходила домой и ухаживала за одной из моих предыдущих пожилых пациенток. Я справился о самочувствии моей пациентки, и она отметила, что та чувствует себя хорошо, и сказала что-то вроде: «я постоянно разговариваю с ней, и, мне кажется, она ценит мою заботу». Я признал простую очевидность её слов и поддержал её, сказав, что она делает именно то, что нужно пожилому пациенту с дементными нарушениями.

Этот пример пришёл мне на ум, когда я думал о том, как написать эту главу. Я спросил себя: «Если бы мне дали возможность дать только один совет терапевту в работе с пожилыми пациентами, страдающими деменцией, каким бы он был?» И я убеждён, что ответ был бы только один: тот самый, который дала мне социальный работник: «Просто продолжайте говорить с ними». Я убеждён, что этот простой, естественный рецепт, возможно, является самым важным компонентом в работе с пожилыми пациентами, страдающими дементными нарушениями. Процесс общения, диалога, эмоционального взаимодействия и обмена информацией- даже вопросы, на которые вы можете не получить чёткого ответа- всё это, безусловно, является эффективным методом поддержания здорового психологического взаимодействия с пожилым пациентом, даже несмотря на множественные глубокие когнитивные нарушения, сопровождающие деменцию. Этот подход во многом является алогичным; ведь нашей обычной реакцией на человека, который больше не способен логически рассуждать, является снижение общения как средства взаимодействия с ним и очень часто желание полностью отстраниться от него. Такая реакция абсолютно понятна; она отражает возникающее на интуитивном уровне предположение, что нет смысла продолжать общение, если утрачена способность чётко понимать предмет разговора. В действительности же, такая реакция при всей своей кажущейся естественности представляет смертельную угрозу для благополучия пожилых пациентов с деменцией и является опасной тенденцией как среди членов семей, так и среди профессиональных социальных работников. В доме престарелых довольно редко встретишь работника, даже с самыми лучшими побуждениями, который бы тратил своё время, общаясь с пациентами, страдающими деменцией. Как бы абсурдно это ни звучало, непрерывное общение- единственный и, пожалуй, самый эффективный рецепт для поддержания психологического и даже когнитивного благополучия пожилого человека, страдающего деменцией. Несмотря на то, что существует множество других эффективных методов, о которых мы ещё поговорим в этой главе, этот простой рецепт, исходя из моего личного опыта, является основой основ .

Непрерывное общение между взрослым человеком, осуществляющим уход, и пожилым человеком с деменцией очень напоминает очевидный эффект «бессмысленных» разговоров, которые ведут родитель и новорожденный. Во многом это раннее общение является иррациональным, и для него не характерна логическая упорядоченность языка, и всё же оно является ключевым фактором как для развития тесных эмоциональных связей, так и для интеллектуальной стимуляции и, как стало известно, общего физического развития мозга новорожденного. Этот пример не означает, что существует общность в развитии пожилых пациентов и грудных детей. Скорее, он призван продемонстрировать силу естественного человеческого общения и множество уровней его воздействия, смысла и целей, наряду с логической передачей мыслей. Нам также хорошо известно, что результатом психологического удаления от пожилого человека с деменцией часто становятся коморбидные аффективные расстройства (Олин и др., 2002 г.).

В этой главе представлено несколько подходов к работе психотерапевта с пожилыми пациентами, страдающими деменцией. Сначала мы рассмотрим ряд интерактивных методов психотерапии пациентов с деменцией. Мы также изучим логическую структуру терапевтических сеансов для пожилых, у которых диагностировали деменцию. Поэтому данный материал относится к обсуждению освоения и применения психотерапевтических «суррогатов» для закрепления и расширения такого психотерапевтического воздействия. Наконец, в этой главе будут рассмотрены несколько специфических методов лечения ряда симптомов, которые являются коморбидными когнитивным расстройствам, в том числе, терапию поведенческих расстройств, улучшение памяти и лечение депрессии.

Динамика взаимодействия в работе психотерапевта с пациентами, страдающими деменцией

В этом разделе подробно описаны способы взаимодействия, которые могут иметь место при работе с пожилыми пациентами, страдающими деменцией. Это даёт возможность некоторых психотерапевтических изменений, и она может быть упущена, если вы концентрируетесь исключительно на специфических способах взаимодействия, направленных на управление симптомами. Я надеюсь, мой читатель простит меня за то, что мой опыт в этой области я представил как ряд предписаний, которые, как я убедился, помогли повысить интенсивность и результативность моей собственной работы с пожилыми.

Побуждение к Психологическому Контакту

Как уже упоминалось ранее, нашей интуитивной реакцией на пациента, утратившего эмоциональную и когнитивную связь с нами, или страдающего расстройствами, является снижение побуждения к продолжению общения с ним. Такая модель очень распространена среди членов семей и даже профессиональных социальных работников. Ту же модель профессиональной отстранённости можно часто наблюдать в психиатрии взрослых пациентов, когда пациент с когнитивным расстройством оказывается выключенным из процесса, и персонал психиатрической клиники практически с ним не общается. Когда взаимодействие всё же имеет место, в нём чувствуется скрытое и унизительное предположение о том, что осмысленное взаимодействие или диалог невозможны. Признаками такого отношения служит скудное непосредственное общение, тривиальные темы разговора, а также скрытое, но всё же ощутимое отсутствие у социального работника уверенности в том, что до пациента можно достучаться. Такая модель эмоционального и когнитивного пренебрежения также очень распространена в наших домах престарелых, особенно по отношению к обитателям с когнитивными расстройствами, а также к пациентам, перенёсшим инсульт и имеющим нарушение речевой или когнитивной функции. Рецептом же является активное противостояние этой «естественной» модели поведения и стремления достичь осмысленного психологического контакта с каждым пациентом. Как часто мы, например, посещая обитателя дома престарелых , не сумели установить контакт с неразговорчивым и отстранённым, «внешне безумным» его соседом по комнате? Поставив скрытый «диагноз» и решив игнорировать соседа, наш пациент часто сообщает о его когнитивных расстройствах, многозначительно поднимая брови или молча крутя пальцем у виска (Даффи, 1988). Тенденция спокойно принимать эти обстоятельства вряд ли сослужит психотерапевту добрую службу в работе с пожилыми пациентами. В подавляющем большинстве случаев у соседа по комнате вообще нет когнитивных нарушений- просто он интраверт или находится в депрессии. Недавно, когда я проходил практику с докторантами в отделении для больных, страдающих деменцией, мы встретили несколько обитателей этого отделения ,которые сидели за столом в общей комнате. Нас поразило необычайное разнообразие, наблюдаемое среди пациентов с деменцией: от подобия лидера группы с кипучей, искромётной натурой , до пациентов в состоянии «овоща». Одна из обитательниц, которая, казалось, пребывала в состоянии овоща, оказалась очень интересным случаем в своём роде. Она молча сидела во главе стола в неуклюжей позе, глаза были плотно закрыты, и, казалось, не проявляла никакого внимания и интереса к еле теплящемуся разговору, который пытались поддерживать практиканты. Когда мы обратили внимание на эту молчаливую пациентку, вначале она совсем никак на нас не отреагировала. Однако, по мере того, как мы терпеливо и непрерывно побуждали её к общению, она открыла глаза и вступила в разговор с нами. Наше представление о динамике в группе полностью перевернулось. Разговорчивая пациентка с ярко выраженными лидерскими качествами имела, по-видимому, самые глубокие расстройства, а наш «овощ», как оказалось, лучше всего в группе сохранил когнитивную функцию. Такое случается чрезвычайно часто при работе с пожилыми пациентами, имеющими когнитивные расстройства. Было бы совершенно понятно и разумно, если бы мы предположили, что отсутствие взаимодействия и участия со стороны этой молчаливой обитательницы демонстрируют самую высокую степень когнитивных нарушений, хотя в действительности это совсем не так. Я понял, что побуждение к психологическому контакту является наиболее ценным опытом для терапевта и почти всегда служит средством повышения или поддержания нынешнего уровня когнитивных функций. Кроме того, при проведении психологической оценки внешность также может быть обманчива. Как часто мы обнаруживаем, что пожилой пациент с хорошими коммуникативными навыками и живым темпераментом проявляет значительные когнитивные нарушения при внимательном наблюдении. И это хороший переход к следующему разделу.

Исследование Динамики Личности

Как уже было показано в предыдущих примерах, тип личности пожилого человека, страдающего деменцией, становится важным фактором, помогающим психотерапевту понять его и найти оптимальный способ взаимодействия. Появляется всё больше доказательств, что в последние годы жизнь человека представляет собой некую целостную структуру (Нойгартен, Хэвигхёрст, и Тобин, 1968), также и при деменции, а также в том, что касается типа привязанности в последние годы жизни (Мэгай и Коуэн, 1988). Как ясно видно из упомянутого ранее разговора, который вели за столом пожилые люди с дементными нарушениями, личность и темперамент участников оказывали существенное влияние на процесс ухода за ними и терапевтическую работу. Многие психотерапевты признают, что естественные коммуникативные качества обитателей домов престарелых являются важнейшими факторами при выборе персонала для ухода и значительно повышают не только качество общения, но и решения бытовых задач. В моей собственной работе мне часто приходилось решать проблемы, связанные с равнодушием и пренебрежением со стороны персонала, не только обучая и консультируя работников, но и работая с обитателями дома престарелых и повышая их коммуникативные качества. Обитатели, которые контактируют с персоналом, очень часто создают вокруг себя более комфортную среду для межличностного общения, что одинаково хорошо как для них самих, так и для персонала. В качестве таких проявлений эмпатии, работа с обитателями может помочь им понять, насколько незавидна участь типичного работника дома престарелых: ему недоплачивают, его недооценивают, часто это тип тревожного родителя, живущего на одну зарплату. Эта способность к состраданию у престарелых демонстрирует определяющую роль личности при заботе о них, и это также является истиной в случае пациентов, страдающих деменцией.

Попытки понять тип личности или нарушений у пожилого человека является важнейшим компонентом при ведении психотерапевтической стратегии. Например, одной из составляющих темперамента, влияющих на эффективность работы терапевта, является предрасположенность личности к близким и тесным взаимоотношениям с определённым полом. Я принимаю это во внимание при подборе клиентов моим студентам, назначая терапевта определённого пола. Обычно это означает, что отношения психотерапевт- пациент будут более близкими и тесными, что это будет не просто вежливое, поверхностное общение. Прошу заметить, что это вовсе не связано с сексуальной ориентацией или возрастом, а является естественным свойством натуры человека. Вот ещё один пример: если социальный работник понимает, что на протяжении всей жизни пожилой пациент придерживался манипулятивной модели поведения, это поможет ему более точно понять суть терапевтической работы и повысить успешность воздействия. Если перед нами обитатель, переживающий длительную эмоциональную депривацию или даже издевательства, осмысление его вида привязанности и соответствующих психологических травм является полезным в формировании стратегии терапевтической работы, в особенности, самой оптимальной психологической «позы» по отношению к пациенту. Здесь отношения с терапевтом сами по себе становятся первичной движущей силой психологических изменений. Кэррол Мэгай (Мэгай и Коуэн, 1988), Изучая вид привязанности у пожилых людей, страдающих деменцией, обнаружила удивительную целостность вида привязанности в раннем детстве, который сохраняется на протяжении всего жизненного цикла и остаётся таковым даже при когнитивных нарушениях. Другой пример: выявление распространённого пассивно-зависимого типа личности, который может мешать хорошему уходу. Сначала социальному работнику даже нравится проявлять такую чрезмерную заботу, но со временем он начинает чувствовать раздражение из-за недостатка независимости у пожилого человека, даже если тот страдает когнитивными расстройствами. Во всех этих случаях понимание преобладающего типа личности и структуры личности , будь то на уровне особенностей характера или нарушения, является ключевым фактором в формировании тактики работы терапевта, а также при ведении межличностной терапии. Это также является верным, когда терапевт использует специфические приёмы, направленные на облегчение симптомов, таких как тревожность, депрессия или поведенческие проблемы. Осмысление преобладающей динамики личности пациента поможет повысить эффективность этих приёмов и избежать конфликта с пациентом.

Распознавание Когнитивных Нарушений

Большинство терапевтов признают, что когнитивные симптомы деменции могут быть результатом множества не связанных между собой расстройств, начиная от бредовых состояний после обширной хирургии и заканчивая запорами. Хотя мы знаем, что болезнь Альцгеймера и сосудистая деменция представляют собой значительный процент дементных нарушений у пожилых, мы также признаём, что различные когнитивные нарушения при деменции могут иметь множество различных значений. Например, проблемы с памятью являются признаками, которые не всегда сигнализируют о начале дегенеративных процессов. Нужно признать, что проблемы с памятью могут быть вызваны эмоциональными расстройствами, например, тревожностью или депрессией, или недостатком внимания, а также быть кратковременными или ситуативными. Точно так же, нарушения ориентировки в окружающих людях, на местности или во времени могут иметь различные значения, особенно в социальных учреждениях длительного пребывания. Неверно допущение о том, что проблемы с ориентированием являются недвусмысленными признаками дементного процесса. Находясь в абсолютно закрытом учреждении, многие пожилые люди испытывают трудности с определением времени, им сложно ориентироваться в лабиринтах коридоров дома престарелых, им трудно вспомнить свой адрес или номер телефона (часто у них просто нет телефона), а также текущие политические события. Подобно этому, афазия и проблемы с речью часто неоднозначны, а потому не являются прямыми признаками внутренних когнитивных расстройств. Это особенно актуально при пост-инсультной экспрессивной афазии. Я знаю ситуации, когда члены семей перенёсших инсульт вначале физически или эмоционально отвергали супруга или родственника, если тот после инсульта терял возможность общаться. Существует вполне естественное, но вместе с тем нелепое предположение, что экспрессивная афазия подразумевает утрату способности мыслить логически. Представьте себе, что жертва инсульта живёт в стеклянном ящике, где члены семьи и социальные работники физически присутствуют, но полностью отрезаны и изолированы от неё (Даффи, 1999). В действительности же, большинство перенёсших инсульт полностью сохранили способность связно и логически мыслить- они просто чувствуют себя покинутыми и опустошёнными. Конечно, существуют пост-инсультные когнитивные проблемы — например, проблемы с памятью — но это уже область, которая требует дальнейших клинических исследований и изучения (МакДауд, Филион, Поль, Ричардз, & Стайерз, 2003).

Вероятные признаки тяжёлых форм деменции можно выявить в ситуации общения. Исходя из моего опыта, первым из них является утрата логически связной речи, которая наблюдается на средней стадии деменции, в том числе, при болезни Альцгеймера. Это фаза логической непоследовательности, «бессмысленного разговора», которая часто является признаком самой глубокой стадии деменции. Однако, её следует отличать от состояния бреда или визуальных и слуховых галлюцинаций, которые могут характеризовать болезнь Альцгеймера или мультиинфарктную деменцию, но также часто являются результатом временных когнитивных расстройств, например, кратковременного постоперационного психоза или бреда. Произвольность патофизеологии деменции такова, что даже на средней или глубокой её стадии вдруг возникают вспышки когнитивной ясности. Эти моменты прояснения в сознании напоминают проблески солнца среди облаков, и это поразительно. Лично у меня был такой случай, когда я наблюдал женщину на средней стадии болезни Альцгеймера, которую я случайно видел только один раз за две недели до этого. Я был изумлён, когда услышал, что среди абсолютно бессвязной и лишённой логики беседы она вдруг правильно назвала меня по имени, вероятно, ухватившись за какое-то воспоминание. В другом недавнем случае, проходя практику с докторантами в местном доме престарелых, мы также наблюдали удивительный проблеск сознания у пациентки, у которой уже (точно) диагностировали болезнь Альцгеймера. Она всё время утверждала, что её покойный муж «просто уехал из города на работу и скоро должен вернуться», но в этот раз (единственный) она вдруг вспомнила, что на самом деле его уже нет в живых. Этот случай также примечателен тем, что из её памяти также были вытеснены воспоминания о недавней смерти её 55-летнего сына от сердечного приступа. Эти переживания также указывают на влияние психологических и эмоциональных процессов, которые остаются включёнными при когнитивных расстройствах. Нам кажется поразительным, что она «забыла» не только о смерти своего мужа, но и о безвременной смерти сына— утратах, которые обостряют осложнённое горе. Важно допустить и такую возможность, что её когнитивное поведение также являло собой присутствие горя, которому требовалось найти выход. Опять же, эта информация будет очень полезна в наших дальнейших изысканиях.

Поиск Чувств и Эмоциональных Тем

Сегодня исследователи и клиницисты хорошо понимают, что присутствие когнитивных нарушений, даже при деменции, не означает отсутствия у пожилого человека насыщенной эмоциональной жизни (Даффи, 1999; Фил, 1999). Терапевты всё чаще признают наличие незатронутой эмоциональной сферы во внутреннем мире пожилого человека с когнитивными нарушениями. Те, кто проводили психологическую оценку пожилых пациентов, признают, что пациенты на средней стадии болезни Альцгеймера испытывают неловкость, пытаясь справиться с когнитивными задачами, и явно демонстрируют, что осознают свою проблему. Очевидно, неловкость- это эмоция, и это лишь один пример того диапазона и глубины чувств, которые всё же существуют у пожилого человека даже на самой последней стадии деменции. Задача терапевта- внимательно слушать и пытаться отыскать эмоциональные темы или «ключи», среди слов, в которых часто отсутствует логика, среди бреда и даже галлюцинаций. В недавнем примере я имел дело с кратковременным реактивным психозом у одной пациентки, вероятно, вызванным каким-то заболеванием, нас поразили значимые эмоциональные качества «Боба», который фигурировал как основной персонаж в её системе бреда. Боб был знаком с нашей пожилой пациенткой до того, как у неё начался бред, и для неё казалось вполне разумным ассоциировать его с утешительным и влиятельным Джоном, её недавно умершим мужем. Поэтому даже в её бреду мы смогли расслышать важные эмоциональные темы, которые, как ни странно, были не так отчётливы до наступления психоза. Понятно, что эти эмоциональные темы не так просты и самоочевидны, но они могут быть важными компонентами в понимании динамики пожилого человека и дать направление терапевтическому дискурсу. В ранее рассмотренном примере эпизодическое воспоминание о смерти мужа и взрослого сына, при глубоком когнитивном расстройстве, очевидно, было тем «окном», приоткрыв которое, мы увидели глубокие незавершённые отношения , а также позицию пациентки на траектории горя. И хотя считали, что эта пациентка не страдает агнозией (забывание себя и знакомых), она всё же не узнала сына на семейном портрете, хотя точно узнала себя, супруга и дочь. Это явление предоставляет уникальную возможность для понимания эмоциональных характеристик глубокой деменции. Мы очень признательны социальному работнику Наоми Фил за её новаторскую работу, которая является описанием валидационной терапии (1999). И хотя точные процедуры, используемые в валидационной терапии, очень сложны и используют ограниченный набор традиционных исследовательских методов, многие практикующие клиницисты признают актуальность идей Фил и её подходы в работе с пациентами, страдающими деменцией. Результаты валидационной терапии Фил ясно демонстрируют улучшения у пациентов с деменцией, если обратиться к их эмоциональной сфере, и если вы утверждаете, нежели опровергаете, что внутренний мир пожилого человека значим сам по себе.

Работа с Эмоциональной Памятью

К вышеизложенному также относятся существенные терапевтические улучшения, которых можно достичь, если отыскать след эмоциональных воспоминаний у нашего пожилого пациента. Одним из самых разрушительных воздействий агнозии является ситуация, когда взрослый сын или дочь вдруг понимает, что родитель больше не помнит его имени или положения в семье. Однако, и здесь можно предложить некое утешение. На самом деле, в таких случаях, несмотря на то, что пациент не может узнать человека, обычно существуют прямые признаки эмоционального узнавания. Другими словами, хотя когнитивная способность вспомнить имя или родственную связь утрачена, есть ясное осознание эмоциональной значимости этого члена семьи. Примерно то же чувствует терапевт, когда он понимает, что пациент не помнит его или его сеансы из недели в неделю. Полагаясь на интуицию, мы можем предположить, что эти контакты не имеют никакого смысла, и у нас может возникнуть искушение прервать терапию. Однако, здесь работает алогичная реальность; присутствие и работа проверенного терапевта не становятся менее значимыми, если пациент не может узнать терапевта или вспомнить, что происходило на сеансе. Истинность этого утверждения часто можно наблюдать в естественном поведении пожилых пациентов с деменцией. Несмотря на то, что пожилой человек не узнаёт члена семьи или терапевта, есть ясное эмоциональное осознание присутствия человека, которое, как мы надеемся, утешает и успокаивает. И наоборот, этот след в эмоциональной памяти также помогает выявить реакцию страдающего деменцией на посетителя, который воспринимается как враждебный, нетерпимый или критический. В этом случае мы заметим подъём волнения и тревожности, или даже открытого гнева. Сегодня присутствие эмоциональной памяти часто определяется как функция среднего мозга (Ван Дер Колк и МакФарлин, 1996), и она также вносит вклад в формирование терапевтических мероприятий. Эти эмоциональные «ключи» очень часто помогают выстроить терапевтическую программу. И таким был случай, описанный в предыдущем примере, в котором эмоциональные «ключи» указывали на присутствие незавершённого горя, особенно из-за безвременной утраты взрослого сына.

СТРУКТУРА И ОБЕСПЕЧЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

Гибкое Время

Даже у опытных психотерапевтов умение продолжать беседу с человеком на средней или глубокой стадии деменции является приобретённым навыком. Для большинства из нас умение вести «бессмысленный разговор» идёт против интуиции. Общение с пациентом на средней стадии деменции отчасти напоминает нереальное состояние, если говорить о разобщённой и неуловимой когнитивной последовательности и содержании. Умение выносить и даже радоваться таким очевидно бессвязным разговорам, требует терпения, которое не так легко воспитать. Поэтому важно быть терпеливыми с самими собой, когда мы учимся использованию этого алогичного подхода. И хотя мы сделали выбор в пользу того, чтобы включиться в эту непростую терапевтическую беседу, и может быть полезным иногда раздвинуть эти ограничения и развить способность к такого рода беседам, важно не перенапрячься и остаться в своей зоне комфорта. Когда мы начинаем взаимодействовать с пожилым человеком с деменцией относительно короткое время, нас часто поражает когнитивное и эмоциональное воздействие этих первых попыток. Наш разговор всегда служит источником радости для пациентов, и хотя, возможно, они не смогут ясно вспомнить наше присутствие или разговор, при следующих посещениях мы чувствуем, что нас снова рады видеть. При последующих визитах мы часто замечаем, что их настроение существенно улучшается. Мы можем скептически относиться к таким быстрым изменениям в настроении нашего пожилого подопечного. Однако, если предположить, что наш сеанс является единственной возможностью тесного личного контакта за целую неделю, такая перемена вполне объяснима.

Использование Терапевтического монолога

Поскольку мы не можем ожидать логически осмысленного и обоюдного общения от пожилого пациента с деменцией, очень полезным может оказаться желание начать с ним монолог. Терапевтический монолог- техника, применяемая в некоторых типах бинарного взаимодействия, когда пациент не желает или не способен вступить в обоюдный диалог. При терапевтическом монологе терапевт представляет обе стороны диалога, используя невербальные и субвербальные ключи, а также сопутствующую информацию о пациенте. Например, он может иметь место при работе с 5-летним ребёнком, родители которого недавно умерли или собираются развестись, а ребёнок ещё не способен полноценно понимать или общаться. Его также можно использовать при работе с подростком, который обычно нарочито молчит во время клинического интервью или сеанса психотерапевта. Терапевтический монолог особенно актуален при работе с пациентами. Перенёсшими инсульт, у которых наблюдается экспрессивная афазия; Их когнитивная сфера обычно не затронута, но они не способны вступать в обоюдную беседу. Наконец, внутренний монолог может значительно помочь при работе с пожилыми людьми, имеющими дементные нарушения. Опять же, в терапевтическом монологе терапевт обычно представляет обе стороны диалога. Хотя словесный обмен отсутствует, есть множество невербальных и субвербальных сигналов, которые терапевт наблюдает у клиента, и которые в основном составляют другую сторону диалога. Терапевт пытается подстроиться и «обсудить» с клиентом самые значимые психологические и эмоциональные темы, хотя их не возможно выразить прямо или ясно. Когда терапевт хочет вступить в терапевтический монолог с пациентом, страдающим инсультом или деменцией, очень полезным будет поиск сопутствующей информации до и во время курса терапии. Достижению терапевтических целей также поможет выяснение в семье или у родственников преклинический тип личности пациента и те трудности, с которыми он сталкивался. Также очень полезны будут подробности и переживания из его жизни, а также характер и качество взаимоотношений с родителями и детьми, которые очень важны для построения терапевтической беседы.

Умение вести терапевтический монолог приобретается не сразу и требует терпения, желания мириться с долгим, неудобным молчанием, двусмысленностью в определении наиболее эмоционально значимых тем, и т.д. И всё же, во многих случаях это единственный способ продолжения беседы.

Использование Медленного, Спокойного Темпа

Молодые терапевты часто работают в гораздо более быстром темпе, чем их пожилые клиенты. Когда мы начинаем взаимодействовать с пожилым человеком, особенно страдающим деменцией, очень полезно намеренно «замедлиться», как физически, так и психологически. У большинства из нас есть значимый для нас образ, который является демонстрацией недавних переживаний. В моём случае, это произошло, когда я много лет назад ходил в торговый центр со своей 87-летней матерью. То, что я нашёл время для этого похода среди академической работы и клинической практики означало, что мой внутренний и внешний темп был намного быстрее темпа моего пожилого родителя. Я помню, какое нетерпение я чувствовал вначале из-за её неуклюжего шага, когда мы направлялись к торговому центру. После того, как несколько минут подряд я пытался заставить её идти хотя бы немного быстрее мне в голову вдруг пришёл вполне естественный вопрос: а чей же темп лучше? В этот момент (несомненно, это был пример «обучения налету») я признал всю несостоятельность предположения о том, что она должна ускориться до моего темпа. Это воспоминание оказало влияние на мою работу с пожилыми. Сегодня, когда я приближаюсь ко входу в дом престарелых, , это побуждает меня замедлить мой внешний и внутренний темп так, чтобы он соответствовал жизни и темпу дома престарелых и его обитателей. Этот личный и профессиональный опыт стал важной частью консультаций, которые я даю студентам-выпускникам, которые учатся работать с пожилыми людьми. Я предлагаю систематически использовать неформальные релаксационные техники, например, дыхание или замедленную ходьбу, когда мы готовимся к проведению терапии с пожилыми. Особенно это полезно при работе с людьми, страдающими деменцией. Этот подход позволяет погрузиться в задумчивое и созерцательное состояние, которое позволяет приобщиться к внутреннему миру нашего клиента так, чтобы это имело более высокий терапевтический эффект.

Использование Гибкой Структуры Сеанса

Работа в домах престарелых, особенно с пожилыми людьми, страдающими деменцией, не вполне согласуется со структурой типичной амбулаторной терапии в комнате 10 x 10 со стульями, столами и лампой, с рецепцией, где на сеанс отводится 50 минут. Работать в доме престарелых часто означает сталкиваться с путаницей, где мало частной жизни, личного пространства, или нет возможности работать в ограниченных временных рамках. Наш сеанс часто прерывают (или присоединяются к нему) другие пожилые, которые не вполне понимают, что идёт терапевтический сеанс и, например, охотно вступают в диалог и отвечают на вопросы, адресованные клиентом, которых мы наблюдаем! Или, например, «незваный гость» рад пройти сеанс вместе с нашим клиентом! Ещё одна особенность работы в доме престарелых- случайное присутствие членов семьи, которые могут либо мешать, либо помогать при проведении сеанса. Во всех этих ситуациях полезно применять гибкий подход, который предполагает наличие перерывов и вторжений. К тому же, всё это можно оценить и использовать как ценную сопутствующую информацию о межличностном взаимодействии нашего пожилого клиента, его взаимоотношениях с другими значимыми родственниками, а также динамику семьи, влияющую на терапевтическую работу. Вместо того, чтобы пытаться исключить подобные вмешательства, будет намного полезнее, по крайней мере, на начальных этапах, вовлечь другого человека в процесс. Конечно бывают случаи, когда требуется абсолютно закрытый сеанс, либо из-за конфиденциальности темы, либо для получения однозначных результатов теста. Однако, этого можно быстрее достичь, если сначала приветствовать эти неизбежные вмешательства, и только потом переходить к закрытому сеансу. Ещё одним аспектом гибкой структуры является место проведения сеанса или оценки. Очень часто в государственных учреждениях для престарелых у нашего клиента есть сосед по комнате, который не может двигаться или прикован к постели. В таких обстоятельствах иногда совершенно невозможно куда-нибудь выйти, поскольку наш клиент также может быть прикован к постели, и нам приходится выбирать: либо совсем не предоставлять услугу, либо использовать любые доступные средства для обеспечения приватности ,включая тон голоса и такие естественные средства как занавески. Когда наш клиент может передвигаться, мы можем взять и вывести его на открытое пространство или в пустую комнату. Однако, бывают случаи, особенно при работе с пациентами, страдающими деменцией, когда даже это не представляется возможным. Недавно меня попросили провести первоначальное интервью и дать психологическую оценку одной из пациенток с деменцией в сельском доме престарелых. Я обнаружил, что эта пациентка бродила по коридорам вверх и вниз по лестницам. Когда я мягко попросил её пройти со мной в кабинет, который был в моём распоряжении, она очень взволновалась и отказалась подчиниться. Казалось, что она чувствует угрозу, и в этой ситуации есть высокая вероятность проявления агрессии со стороны пожилого пациента с деменцией. И: здесь у нас есть возможность выбора: либо отказаться от оказания профессиональных услуг, либо обратить невыгодную ситуацию в свою пользу и всё-таки оказать услугу. В моём случае мне удалось отвести пациентку (используя скорее манящий, чем принуждающий жест) в достаточно тихий уголок общей комнаты, где она охотнее общалась со мной. Такая ситуация достаточно типична при работе с пожилыми, страдающими дементными нарушениями.

Обучение и применение психотерапевтических суррогатов

Как уже упоминалось в этой главе, один или два сеанса в неделю с профессиональным психотерапевтом могут оказать значительное воздействие как на настроение, так и на когнитивное состояние. Именно поэтому эффективным может быть вовлечение других в подобную работу с пожилыми людьми, тем самым повышая интенсивность и частоту такого взаимодействия в течение недели. Недавно, интенсивно работая с перенёсшим инсульт пациентом, который переживал типичную пост-инсультную депрессию, а также проблемы с памятью, я увидел, что его настроение и способность ориентироваться, концентрировать внимание и мыслить улучшаются, и , вероятно, будет полезно работать с ним чаще. Мне удалось договориться с директором по развитию и нанять волонтёра, который бы продолжал эту работу в течение всей недели. Я также обнаружил, что этот пациент, казалось, «расцветал», когда его выводили из дома престарелых, чтобы он наслаждался нашими сеансами на техасском солнце. Волонтёру удавалось повторять такую же терапевтическую работу в течение всей недели.

Вовлечение членов семьи

Члены семьи обычно испытывают затруднения при взаимодействии с родственниками, страдающими деменцией или инсультом. Полезно ознакомить членов семьи с природой когнитивных расстройств, объяснить возможные ограничения и направления поведения, которые уже обсуждались ранее. Члены семьи просто не знают, как общаться со своим пожилым родственником, и их можно включить (что часто является замечательной возможностью) в терапевтический сеанс, где для них можно смоделировать терапевтический монолог. Точно так же им можно помочь избежать назойливого поведения и негативной реакции на зависимое и симбиотическое поведение, которое иногда является результатом когнитивных нарушений.

Иногда члены семьи реагируют на деменцию слишком тревожно и зависимо. Терапевт может помочь им избежать такого поведения, а также помочь персоналу дома престарелых оценить, как такое реактивное поведение угрожает разрывом родственных отношений. Поэтому вовлечение членов семьи, так же как и терапевтические суррогаты, может иметь двойной эффект: помочь им более эффективно и благоприятно взаимодействовать с пожилым родителем и в то же время справиться с неизбежной борьбой с очевидной «утратой» родителя.

Формальные и неформальные консультации с профессиональными социальными работниками

Наша работа с пожилыми клиентами даёт возможность помочь профессиональному, но психологически не обученному персоналу понять уровень деменции у пожилых обитателей. В рубрике «послания» в наших клинических заметках, в неформальных консультациях в коридорах, и на формальных обучающих семинарах у нас есть возможность научить персонал чуткому, интерактивному поведению. Вопрос не в том, чтобы превратить медсестру в формального консультанта или психотерапевта, но помочь ей осознать, как много может значить, если она превратит свою рутинную работу по медицинскому уходу в возможность живительного терапевтического взаимодействия со своими подопечными. Кроме того, показано, что такая более интенсивная вовлечённость в жизнь обитателей не только благотворно влияет на них, но также может предотвратить потенциальное выгорание, которое быстро происходит у социальных работников, особенно при длительной работе. Когда мы активно включаемся в терапевтическое взаимодействие, происходит парадоксальная вещь. Хотя может показаться, что более глубокое взаимодействие с обитателями вызывает у социального работника большее эмоциональное напряжение, в действительности же, результат совершенно противоположный. На самом деле, выгорание происходит в ситуациях, где часто случаются контакты с минимальной близостью. Это очень важно; в более эмоционально значимых и близких взаимоотношениях работник не только отдаёт, но и получает, и это обоюдный процесс.

Подготовка Волонтёров и Специалистов со Средним Образованием

Ещё одним направлением по расширению нашего психотерапевтического влияния является вовлечение или подготовка волонтёров или специалистов со средним образованием. В одном из наших демонстрационных проектов мы вместе с коллегами разработали программу подготовки волонтёров, чтобы они могли выполнять определённую психотерапевтическую работу с пожилыми людьми в домах престарелых. В проекте «Оазис» (Кроуз, Даффи, Уоррен и Франклин, 1987) готовили волонтёров, обучая их среднему уровню навыков, необходимых в ряде клинических сценариев при работе с пожилыми, в том числе, страдающими депрессией, когнитивными расстройствами, а также с трудными клиентами. Такая волонтёрская работа довольно непростая, поэтому в неё нужно вовлекать только тех, у кого есть подходящие врождённые умения и темперамент, которые позволят им не сломаться при такой работе. Такая подготовка очень важна для практики и клинического наблюдения, и она может поднять волонтёра на очень высокий уровень терапевтических знаний. Используя недавно разработанные способы взаимодействия на программном уровне, специализированные учреждения по уходу за пациентами с деменцией (Дэвис, Слоун, Митчелл и др., 2000) восприняли многие подходы к взаимодействию с пожилыми, страдающими дементными нарушениями. В связи с растущей продолжительностью жизни пожилых людей, в сочетании с высоким уровнем деменции, которая заметно прогрессирует в возрасте 85 лет, домам престарелых и учреждениям сопровождаемого проживания стало совершенно необходимо разрабатывать программный подход к работе с пожилыми обитателями, страдающими дементными нарушениями. Отчасти, это позитивная тактическая перемена со стороны домов престарелых, а отчасти- вопрос выживания. Терапевты, знакомые с работой в домах престарелых, хорошо понимают, какое неблагоприятное и разрушительное воздействие оказывают деменция и страдающие ею пожилые люди на повседневную жизнь дома престарелых. Всё это привело к развитию инновационных и эффективных тактик в работе с пожилыми обитателями. Литература, посвящённая специализированным учреждениям по уходу за пациентами с деменцией, достаточно многообразна, и этот вопрос не будет здесь рассматриваться или обсуждаться. Многие предписания, которые я ранее давал в этой главе, по крайней мере, неформально были включены в практику учреждений по уходу за пациентами с деменцией . Например, все понимают, что в целом высокий уровень активности и участия в общественной жизни помогают снизить тревожность у пожилых людей с деменцией; особенно это наблюдается при постоянных и систематических попытках поддерживать как можно большее число родственных связей. Имеются также доказательства (Дэвис и др., 2000), что «домашний уют» и небольшие размеры учреждения связаны с меньшей дезориентацией, тревожностью и волнением среди обитателей. Небольшие дома/учреждения могут стать особой терапевтической моделью для деменции. Благодаря такому интересу к естественному дизайну, в сферу учреждений по уходу за пациентами с деменцией стало вовлекаться больше дизайнеров и архитекторов. Естественный дизайн домов престарелых изучали в равной степени психологи и архитекторы. Лотон (1999) предложил концепцию «соответствия среды и человека» в качестве модели психологического и архитектурного дизайна оптимального учреждения. Даффи, Бейли, Бек и Баркер (1986) исследовали перспективу предпочтительного дизайна учреждений с разных ракурсов. Были опрошены обитатели, администрация и архитекторы в отношении их предпочтений социальных аспектов дизайна дома престарелых. Интересно, что как администрация, так и архитекторы выбрали «казённый дизайн», который по своей сути является «социально ориентированным» — то есть, такой дизайн побуждает к социальному взаимодействию. Обитатели, напротив, предпочли дизайн «избегания общества» — дизайн, который предоставляет больше личного пространства. В этом нет ничего удивительного, особенно, если оглянуться назад, поскольку во многих учреждениях такого типа ощущается недостаток частной жизни. На самом же деле, дизайн таких учреждений должен давать возможность как для социальной активности, так и для частной жизни.

Взаимодействие по Управлению Симптомами Деменции

А теперь кратко рассмотрим огромное разнообразие специализированных приёмов, направленных на то, чтобы помочь справиться с различными симптомами, которые наблюдаются при деменции. Эти методы не имеют целью заменить описанные выше интерактивные техники- скорее, дополнить их— приёмы, которые поддерживают и повышают эффективность последующего специфического взаимодействия. В руках компетентного и чуткого клинициста обе эти сферы всегда присутствуют, по крайней мере, скрыто. Межличностный и интерактивный подходы требуют применение специфических приёмов при агрессивных проявлениях симптомов, особенно, таких тяжёлых как депрессия и тревожность. Специфические приёмы управления симптомами будут более эффективными, если к ним добавить больше межличностной восприимчивости и опыта. Поэтому «ручные» методы лечения в руках опытного терапевта скорее всего, превзойдут использование тех же методов новичком или негибким терапевтом.

Общепризнанным считается, что доступные когнитивные приёмы, эффективные при работе с более молодыми или не имеющими когнитивных нарушений людьми, часто менее эффективны при работе с пожилыми, страдающими дементными нарушениями (Терри и др., 2003). Чем глубже расстройство, тем меньше мы способны касаться и использовать когнитивные способности. Не удивительно, что по мере того как у пациента перестаёт функционировать кора головного мозга ввиду дегенеративных или сосудистых нарушений, взаимодействие, основанное на когнитивной функции, становится крайне ограниченным. Поэтому эффективность таких приёмов как когнитивное реструктурирование и воспоминания, которые построены на осмыслении и «проговаривании» негативных мыслей, будет неуклонно падать. И действительно, по мере того, как неврологический контроль пожилого человека становится более «примитивным», более традиционные поведенческие принципы, основанные на классической выработке условного рефлекса, становятся крайне уместными. К тому же, в нынешней теории и практике когнитивный и поведенческий подходы присутствуют практически в равной мере под названием «когнитивно-поведенческий». Но они быстро разъединяются при работе с пожилыми, страдающими деменцией. На самых последних и тяжёлых стадиях деменции, когда преобладают вегетативные функции (которые со временем также истощаются), самыми подходящими оказываются техники поведенческой терапии (Хассиан и Лоренс, 1987). Предполагается, что даже среди пациентов с меньшими нарушениями и в более молодом возрасте поведенческие приёмы имеют равную эффективность с когнитивными (Джейкобсон и Добсон, 1996; Левинсон, Антонуччио и Штайнмец, 1984). Обзор Гейтса (Гейтс и др., 1998) эмпирически обоснованных методов лечения пожилых отводит особое место работе с пациентами, страдающими деменцией, и здесь эффективными приёмами считаются в основном поведенческие.

Сейчас мы кратко рассмотрим приёмы работы с несколькими проблемами, связанными с деменцией. Среди них- проблемы с памятью и связанная с ними программа тренировки памяти, управление поведением в сложных коморбидных состояниях, а также подходы к лечению депрессии при деменции.

Тренировка Памяти

Камерон Кэмп (1998) подчёркивает, что работа с памятью с явным положительным воздействием на пожилых людей, часто оказывает незначительное влияние на пациентов, страдающих деменцией. Поэтому развитие функций памяти у пожилых с дементными нарушениями- очень трудоёмкий процесс. Кэмп рассматривает перспективу когнитивной реабилитации, при которой пожилой человек работает с когнитивным психологом, чтобы оптимизировать мыслительную функцию и облегчить когнитивные нарушения. Подход когнитивной реабилитации меньше концентрируется на простых измерениях нарушения, например, поражениях лобных долей, а больше на том, как нарушения проявляются в повседневных задачах, например, трудностях при выполнении заданий; забывании имён; а также проблемах в работе, быту и отдыхе. Всё это- ассоциированные природные и социальные аспекты нарушений памяти, и потому делаются попытки создать взаимодействие, ориентированное на когнитивную реабилитацию, при нарушениях памяти, связанных с деменцией. Эти практические приёмы могут включать поддержание режима дня, хранение часто используемых предметов на одном и том же месте, заметки с помощью календаря, использование напечатанных этикеток с названиями предметов, карточек с именами, поисковых подсказок, часов с большим циферблатом, больших наручных часов, доски для записи событий дня и меню, и т.д. Конечно, такой подход является проактивным и очень хорошо согласуется с интерактивными межличностными принципами, которые обсуждались ранее в этой главе. Чтобы использовать ещё больше технических приёмов, Кэмп предлагает применение поиска с интервалами, что даёт человеку возможность практиковаться, восстанавливая в памяти информацию, полученную за более долгие периоды времени. Используя эти принципы ежедневной тренировки памяти, Кэмп также разработала игру под названием «память бинго». Клиентам демонстрируют ряд карточек, на которых напечатаны слова, относящиеся к определённой категории. Ведущий достаёт карточку и просит клиента прочитать её вслух, а затем проверить, есть ли у него или у неё такая карточка. Если карта есть, клиент выигрывает раунд и получает бинго. Эти естественные методы тренировки памяти очень хорошо совместимы с повседневной жизнью, и применимы в учреждениях длительного проживания, где часто отсутствуют стимулы.

Традиционная техника воспоминаний также может предоставить ценную платформу для тренировки памяти. Кэсл-Гадли и Гейтс (2000) изучили данные о технике воспоминаний и обзора жизненных событий для пожилых людей и выяснили, что в ряде исследований имеются доказательства эффективности данного подхода. Природа воспоминаний и описания программ хорошо представлены и в других документах (Молинари, 1999). Эти авторы также предлагают ряд других методов, в том числе, группы поддержки, ориентирование в реальности, тренировку памяти и поведенческие подходы.

Управление поведением

Во многих случаях деменция сопровождается изменениями в поведении. Среди них- тревожность, неконтролируемые эмоциональные вспышки и агрессия. Хотя такое поведение не обязательно присутствует во всех случаях деменции, оно требует огромного напряжения со стороны социальных работников и других работников дома престарелых. Как уже упоминалось ранее, доказано, что поведенческие и даже строго бехевиоральные подходы к управлению сложным поведением более актуальны, чем рациональные. Очень большой вклад в эту область внёс Ричард Хассиан (который, к сожалению, безвременно ушёл из жизни) благодаря своей ранней и очень содержательной работе по адаптации бехевиоральных тактик для управления сложным поведением пациентов с деменцией. В своей продуктивной статье Хассиан и Лоренс (1987) описывают применение подхода выработки условного рефлекса при помощи раздражителей, который может помочь при работе со сложным поведением пожилых людей, страдающих деменцией. Он подробно описывает план работы с раздражителями, который даёт возможность контролировать такие проявления как блуждание, проникновение в другие комнаты, неуместное мочеиспускание и агрессия. Эти и другие подобные подходы оказывают неоценимую помощь персоналу домов престарелых и членам семей при уходе за пожилыми, страдающими деменцией, особенно на последних стадиях.

Депрессия при Деменции

Мы знаем, что традиционные методы лечения депрессии, например, когнитивные, межличностные или краткосрочная динамическая психотерапия, имеют ограниченное применение при работе с пожилыми, страдающими депрессией в сочетании с дементным синдромом. Проводилось очень мало контролируемых исследований, демонстрирующих эффективность некогнитивных взаимодействий, которые бы использовались изначально. Большой вклад внесла работа Линды Терри и её коллег, которые занимались исследованиями в этой области более 10 лет. Она провела ряд исследований с использованием творческого поведенческого подхода и подхода семейной терапии для снижения уровня депрессии у пожилых людей с деменцией. В исследовании 2003 года (Терри, Гиббонз, МакКари и др., 2003) Терри рассмотрела эффективность гимнастики вместе с управлением поведением для лечения депрессии у пожилых людей с деменцией. К тому же, оказалось, что гимнастика является перспективным методом лечения депрессии во всех возрастных группах. В других исследованиях учёные использовали такие приёмы как обучение социальных работников тактикам разрешения проблем, развитие коммуникативных навыков, структурированные программы, нацеленные на повышение социальной активности, а также программы, призванные модифицировать сенсорную стимуляцию и стимуляцию окружающей среды. В этих новейших методах высказывается предположение, что депрессию у пожилых клиентов с деменцией можно снизить, минимизировав сенсорные перегрузки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование психотерапевтических приёмов при работе с пожилыми пациентами с деменцией- очень сложная работа, но в то же время очень полезная. Она полезна тем, что мы признаём за пожилым человеком потенциал, который иначе был бы нам не известен , оставлен без внимания и утрачен. Поразительные скрытые ресурсы, которые всё же могут существовать несмотря на дементный процесс, иногда приятно удивляют терапевта. Такая работа требует гибкости и желания сдвинуть привычную парадигму, чтобы суметь ответить на совершенно иные условия, с которыми сталкивается терапевт при работе с деменцией. Эти подходы хорошо согласуются с использованием растущего числа специфических приёмов лечения, нацеленных на работу с коморбидными поведенческими расстройствами у пожилых пациентов с деменцией. Это действительно становится областью невероятного роста, который вызван исключительно потребностями этих пожилых пациентов.

ЛИТЕРАТУРА