

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ. В.М.БЕХТЕРЕВА

Психотерапия в работе врача общей практики

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2011

Аннотация

В методических рекомендациях описываются методы психотерапии, рекомендованные врачам общей практики (семейным врачам) (ВОП) для использования в своей практической деятельности.

Это группа краткосрочных, относительно легко выполнимых психотерапевтических методов, которые помогут ВОП оказывать помощь своим пациентам до обращения к специалисту врачу-психотерапевту. Таким образом, деятельность ВОП рассматривается как один из этапов психотерапевтической помощи, в отличие от традиционного участкового врача-терапевта, который такой возможности не имел.

Методические рекомендации предназначены ВОП, а также, в известной мере, врачам-специалистам территориальных поликлиник, которые в переходном периоде продолжают оказывать помощь больным первичного медицинского звена.

Организация-разработчик: Санкт-Петербургский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3

Авторы: доктор медицинских наук, профессор В.А. Абабков, младший научный сотрудник Т.С. Вьюнова, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Т.А. Караваева, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации Б.Д. Карвасарский, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник С.В. Полторак, врач-психотерапевт С.П. Семенов, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник Е.И. Чехлатый.

Введение

В последнее десятилетие в здравоохранении нашей страны происходят значительные изменения, направленные, с одной стороны, на улучшение качества медицинской помощи, с другой — на повышение ее экономической эффективности и рентабельности. Суть этих изменений состоит в создании новой модели оказания медицинской помощи, предполагающей разделение всего здравоохранения на два уровня — общей медицинской практики и специализированной медицинской помощи.

К задачам общей медицинской практики (которые еще уточняются в процессе реформ) сегодня уже можно отнести осуществление комплекса медико-санитарных задач, направленных на помощь пациенту и его семье в разные периоды их жизни и течения болезни. Предпринимается попытка создания условий для оказания медицинской помощи на этом этапе одним врачом с семьей работает ВОП или семейный врач.

В будущем уровень специализированной медицинской помощи будет обеспечиваться профильными региональными медицинскими центрами. Их задача — помощь ВОП в тех случаях, когда его ресурса окажется недостаточно без привлечения специалистов и при необходимости специализированного лечения.

В новой модели здравоохранения ВОП отводится особая роль. Исход реформы здравоохранения во многом будет определяться тем, сможет ли ВОП стать подлинным семейным врачом, способным оказывать помощь всей семье, практически взять на себя функции территориальной поликлиники прошлого, наладить конструктивное сотрудничество с региональными специализированными центрами и социальными службами.

Поэтому подготовке ВОП отводится значительное место в проводимых реформах здравоохранения. Учитывая, что ВОП будет обеспечивать первичный контакт с населением, он должен обладать знаниями по всем узким медицинским специальностям.

Это относится и к области охраны психического здоровья и к психотерапии, прежде всего, потому, что именно психотерапия разрабатывает для медицины технологии профессионального общения. Здравоохранение получает специалиста как включенного в мир жизненных отношений пациента, так и, при наличии специальной подготовки, способного провести целостную диагностику с учетом многообразия биологических, психологических и социаль-

ных факторов, участвующих в формировании и поддержании заболевания, и осуществить лечебно-реабилитационные цели с привлечением ближайшего социального окружения.

Поскольку современная медицина рассматривает расстройства с позиции биопсихосоциальной модели болезни и лечения, подготовка ВОП в области психического здоровья и психотерапии позволит осуществить прорыв в медицинском обслуживании населения и оказать серьезное влияние на повышение уровня диагностики, лечения, профилактики и качества жизни больных.

В условиях все большего признания в медицине и здравоохранении биопсихосоциальной парадигмы болезни впервые квалифицированно решается вопрос об использовании ВОП методов психотерапии. В качестве основных принципов отбора психотерапевтических методов учитывались их краткосрочность, эффективность и экономическая рентабельность. Этим целям в наибольшей степени отвечают методы релаксации, когнитивно-поведенческой и гипносуггестивной психотерапии.

Понятие краткосрочности относительно: так, например, то, что краткосрочно для психоаналитической терапии, может представляться крайне долгосрочным для некоторых видов гештальт-терапии и, тем более, для терапии, опирающейся на гипносуггестию. Применительно к практике ВОП краткосрочной допустимо считать такую психотерапию, при которой основной лечебный эффект может быть получен в пределах от одного до полутора-двух десятков врачебных сеансов продолжительностью от получаса до часа и с частотой не реже одного раза в неделю.

Критериями для отбора пациентов на краткосрочную психотерапию может служить набор условий, которые можно выделить уже в ходе первой беседы. Прежде всего, это высокая мотивация на психотерапию, помимо этого, достаточный уровень интеллекта, наличие значимых отношений на протяжении жизни индивида, наличие психогенных расстройств, эмоциональный кризис, способность говорить о своих чувствах, мотивация на интенсивную работу во время психотерапии, желание понять и изменить себя.

Необходимо, чтобы пациент и психотерапевт достигли соглашения относительно цели терапии: психотерапия всегда представляется пациенту как совместное предприятие, где пациент обучается разрешению проблем. Если достигается соглашение от-

носителем сферы конфликтных отношений, то возможно дальнейшее проведение психотерапии.

Что касается противопоказаний к краткосрочной психотерапии, то пациенты, имеющие множество взаимосвязанных проблем или же испытывающие выраженную тревогу и беспокойство — не самые адекватные кандидаты для такого лечения, как и те, кто убеждён в физической природе своего страдания или же скептически относятся к психотерапии. Такие пациенты нуждаются в долговременной психотерапии.

Методы психотерапии, рекомендуемые для общей врачебной практики Методы релаксации

Релаксация (лат. *relaxatio* — расслабление). В основе эффективности этих методов лежит известная связь между напряжением мышц и нервно-психическим напряжением. Они образуют две группы: аутогенная релаксация (вызываемая пациентом самостоятельно) и интерактивная релаксация (возникающая при взаимодействии с врачом, компьютером или специальным устройством, обеспечивающим биологическую обратную связь). Деление на аутогенные и интерактивные релаксации весьма относительно, так как, во-первых, самостоятельным занятиям аутогенной релаксацией всегда предшествуют занятия с врачом, сеансы гетеротренинга; во-вторых, эффективность самостоятельных занятий во многом определена характером взаимодействия, сложившегося между врачом и пациентом. Относить методы релаксации к краткосрочной психотерапии можно лишь с учётом того, что большую часть тренировок пациенты могут осуществлять самостоятельно.

Аутогенная релаксация

К ней относятся: аутогенная тренировка, прогрессирующая мышечная релаксация по Джекобсону, контроль дыхания. Всё это достаточно эффективные средства не только сглаживания и ликвидации клинических проявлений стресса, но и их профилактики. Последовательное освоение пациентом общих навыков релаксации имеет терапевтическое значение при стрессовых состояниях по нескольким причинам. 1) С физиологической точки зрения релаксация является полной противоположностью симпатической

стрессовой реакции и на определенное время может вызвать состояние, характеризующееся общим понижением психофизиологической активности. Такой эффект опосредован парасимпатической нервной системой. 2) Применение релаксации может вести к понижению активности лимбической и гипоталамической областей. Этим, видимо, объясняется то, что пациенты, занимающиеся релаксацией регулярно, сообщают об уменьшении у них общей тревожности.

Аутогенная тренировка. Основными слагаемыми являются: тренировка мышечной релаксации, самовнушение и самовоспитание (аутодидактика).

В классической аутогенной тренировке пациента обучают релаксации с помощью упражнений, направленных на вызывание ощущений тяжести, тепла, на овладение ритмом сердечной деятельности и дыхания.

Перед началом тренировок с пациентом проводится беседа, разъясняющая физиологические механизмы воздействия аутогенной тренировки на организм. Подчеркивается, что формулы самовнушения следует повторять спокойно, без излишней концентрации внимания и эмоционального напряжения. Необходимо также сформировать у больного представление о перспективе овладения методом. Полный курс аутогенной тренировки рассчитан на 2 – 3 мес. На протяжении всего этого срока необходим постоянный врачебный контроль. Его удобно осуществлять в виде сеансов индивидуальной и групповой тренировки, которые проводятся 1 раз в неделю. Самостоятельно самовнушение осуществляют 3 раза в день (утром, после пробуждения от сна, днём и вечером, перед сном). Первые недели длительность каждого занятия не превышает нескольких мин.

Низшую ступень аутогенной тренировки составляют 6 стандартных упражнений, на освоение каждого из которых требуется 10 – 15 дней. Эти упражнения выполняются в одной из 3-х поз: 1) положение сидя, «поза кучера» — тренирующийся сидит на стуле со слегка опущенной вперед головой, кисти и предплечья лежат свободно на передней поверхности бедер, ноги расставлены; 2) положение лежа — тренирующийся лежит на спине, голова покоится на низкой подушке, руки, несколько согнутые в локтевом суставе, свободно лежат вдоль туловища ладонями вниз; 3) положение полулежа — тренирующийся свободно сидит в кресле,

облокотившись на спинку, руки на передней поверхности бедер или на подлокотниках, ноги расставлены. Во всех 3-х положениях достигается полная расслабленность, для лучшей сосредоточенности глаза закрыты.

Упражнения выполняются путем мысленного повторения (5 — 6 раз) соответствующих формул самовнушения. Каждое из стандартных упражнений предваряется формулой «Я спокоен» и заканчивается формулой: «Я совершенно спокоен».

Первое упражнение. Вызывание ощущения тяжести. Начинать следует с доминирующей руки. При этом формула может быть такой: «Моя правая/левая рука тяжелая». Через несколько дней, когда ощущение тяжести в руке уже вполне отчетливо, формула становится такой: «Обе руки совершенно тяжелые». Далее таким же образом чувство тяжести вызывается последовательно в обеих ногах и во всем теле.

Второе упражнение. Вызывание ощущения тепла. Формулы: «Я спокоен» (1 раз); «тело тяжелое» (1 раз); «моя правая /левая рука теплая» (6 раз). В последующем переходят к формуле: «Обе руки теплые... обе ноги теплые... все тело теплое». Завершающая формула может быть краткой: «Всё тело тяжёлое и тёплое». Упражнение освоено, когда генерализованное ощущение тяжести и тепла в теле появляется уже после однократного воспроизводства этой формулы.

Третье упражнение. Регуляция ритма сердечных сокращений. Формула: «Я спокоен» (1 раз); «всё тело тяжёлое и тёплое» (1 раз); затем, положив правую руку на область сердца, мысленно повторяют (6 раз) «Мое сердце бьется спокойно и ритмично». Упражнение считается освоенным, когда удается влиять на ритм сердечной деятельности.

Четвертое упражнение. Нормализация и регуляция дыхательного ритма. Целевая формула, дополняющая предыдущие: «Моё дыхание совершенно спокойно» (6 раз).

Пятое упражнение. Вызывание ощущения тепла в области солнечного сплетения. Перед тренировкой больному надо разъяснить местоположение и роль солнечного сплетения в регуляции функций внутренних органов. Целевая формула: «Моё солнечное сплетение излучает тепло» (6 раз).

Шестое упражнение. Вызывание ощущения прохлады в области лба. Целевая формула: «Мой лоб приятно прохладен».

Завершение каждого занятия предполагает процедуру пробуждения, выхода из «погружения». Для этого достаточно сначала дать себе соответствующую мысленную команду, а после совершить несколько сгибательно-разгибательных движений в локтевых суставах, глубоко вдохнуть, и на вдохе открыть глаза.

Прогрессирующая мышечная релаксация по Джекобсону.

Она исходит из того факта, что психоэмоциональное напряжение сопровождается мышечным напряжением; при разных типах отрицательных эмоций напряжение наблюдается в различных группах мышц. Основываясь на этом наблюдении и на представлении о замкнутости церебронейромышечных связей, предполагается путём «дифференцированной релаксации» осуществлять коррекцию эмоционального состояния. При этом для овладения навыками произвольной релаксации используется концентрация внимания на ощущениях расслабления, которое возникает в мышцах после их краткосрочного сильного напряжения.

В оригинальном виде прогрессирующая мышечная релаксация требует 1 часового занятия в день при самостоятельном выполнении тренировок и от 1 до 3 сеансов часовой продолжительности в неделю при проведении с ВОП. Обучение различным аспектам релаксации может продолжаться длительное время. В начале обучение проводится в положении лёжа. На первом этапе пациент обучается деконтракции рук. Для этого существует ряд длительных упражнений. Одно из них — лёжа на спине, с закрытыми глазами, пациент старается оставаться неподвижным в течение всего упражнения (30 – 50 мин). Другое: лёжа на спине, с закрытыми глазами, пациент приподнимает и вытягивает руку на 1 – 2 мин, наблюдая за ощущениями напряжения в запястье, пальцах и предплечье; после этого позволяет ей упасть. В течение 30 – 50 мин это проделывается всего 2 – 3 раза. Третье упражнение повторяет первое, но проводится с обеими руками. Важным компонентом является осознание напряжений в различных группах мышц, а также связывание этих ощущений с дыханием: с выдохом связывается представление о том, что напряжения как бы утекают из тела. Следующий этап — обучение расслаблению ног. В течение 50-минутного упражнения пациент дважды вытягивает и напрягает ноги, наблюдая за ощущениями напряжения в стопах и пальцах ног, после чего резко расслабляет их. На этом и дальнейших этапах пациент должен уже осознавать, что расслабление ног со-

проводается расслаблением рук, то есть чувствовать генерализацию расслабления.

Научившись расслаблению рук и ног, пациент переходит к обучению расслаблению мышц туловища, затылка, и, наконец, области лба, глаз, шеи. Так, в упражнении для глаз пациент вначале заводит глаза максимально вправо, а затем расслабляет их, возвращая в исходное положение; далее влево, вверх, вниз. Это обучение проводится в позиции лёжа под контролем ВОП. Постепенно пациент переходит к выполнению упражнений в положении сидя.

Особый этап — расслабление вокальной сферы. Первое упражнение: громко считая до десяти, пациент должен при этом осознавать напряжение в языке, в губах, нижней челюсти. Далее он прекращает считать и расслабляет эти мускулы (2 раза). В следующем упражнении он снова считает, но уже тихим голосом, а далее шёпотом. В третьем упражнении, считая уже про себя, пациент должен осознавать напряжение и расслабление вокальной сферы.

Следующий уровень занятий — это так называемая дифференцированная релаксация. Она заключается в том, чтобы, выполняя любые действия, обходиться минимумом мышечных напряжений, так чтобы мышцы, не занятые действием, оставались расслабленными. Далее — так называемая ситуативная релаксация. Это распространение упражнений релаксации на повседневную жизнь.

Обычно прогрессирующая релаксация сводится к последовательному напряжению разных мышечных групп в течение 5 – 10 сек, сопровождаемому расслаблением в течение 15 – 20 сек с концентрацией внимания на чувстве расслабленности. Предложено 16 мышечных групп для базовой тренировки:

1. Доминантная кисть и предплечье. Выполняя упражнение, необходимо максимально сильно сжать кулак и согнуть кисть в любом направлении.
2. Доминантное плечо (согнуть руку в локте и сильно надавить локтем себе в корпус или на ближайшую поверхность — кровать, подлокотник).
3. Недоминантная кисть и предплечье.
4. Недоминантное плечо.
5. Мышцы верхней трети лица (поднять брови как можно выше и широко открыть рот).
6. Мышцы средней трети лица (сильно зажмуриться, намуриться и наморщить нос).
7. Мышцы нижней трети лица (сильно сжать челюсти и отвести уголки рта назад, к ушам).
8. Мышцы шеи (притя-

нуть плечевые суставы высоко к ушам и в таком положении наклонить подбородок к груди). 9. Мышцы груди и диафрагма (сделать глубокий вдох, свести локти перед собой и сжать их). 10. Мышцы спины и живота (напрячь мышцы брюшного пресса, свести лопатки и выгнуть спину). 11. Доминантное бедро (напрячь передние и задние мышцы бедра, держа колено в напряжённом полусогнутом положении). 12. Доминантная голень (максимально потянуть на себя ступню и разогнуть пальцы ступни). 13. Доминантная ступня (вытянуть голеностопный сустав и сжать пальцы ступни). 14. Недоминантное бедро. 15. Недоминантная голень. 16. Недоминантная ступня.

Вся тренировка может занимать до 30 мин. С приобретением опыта время упражнений сокращается до 15 – 20 мин. Рекомендуется выполнять всю последовательность один раз в день.

Известна также упрощённая версия. Она сокращена до 6 мышечных групп:

1. Обе руки. 2. Лоб и глаза. 3. Нижняя челюсть. 4. Шея и плечи. 5. Грудная клетка, живот и спина. 6. Бёдра, голени и стопы.

Контроль дыхания. Применяется для снятия эмоционального напряжения. В разных модификациях используются различные психофизиологические механизмы, обеспечивающие этот эффект. Однако, по-видимому, среди них одним из общих и основных является способность диафрагмального дыхания усиливать тонус парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и ингибировать активность симпатического отдела. Поэтому наиболее эффективными способами достижения психофизиологической релаксации являются упражнения, обращённые к диафрагмальному дыханию. Одно из них предназначено для ускоренного вызывания релаксации. Оно ликвидирует мышечное напряжение и субъективное ощущение тревоги, а также приводит к снижению частоты сердечных сокращений.

Ниже представлены 4 этапа этого метода.

Этап 1: «Займите удобное положение. Положите левую руку (ладонью вниз) на живот, точнее на пупок. Теперь положите правую руку так, чтобы вам было удобно, на левую. Глаза могут оставаться открытыми, однако с закрытыми глазами будет легче выполнять второй этап упражнения».

Этап 2: «Вообразите себе пустую бутылку или мешок, находящийся внутри вас — там, где лежат ваши руки. На вдохе пред-

ставляйте себе, что воздух входит через нос, идет вниз и наполняет этот внутренний мешок. По мере заполнения мешка воздухом ваши руки будут подниматься. Продолжая вдох, представляйте, что мешок целиком заполняется воздухом. Волнообразное движение, начавшееся в области живота, переходит в среднюю и верхнюю части грудной клетки. Полная продолжительность вдоха для первой и второй недели занятий должна составлять 2 сек, затем, по мере совершенствования навыка, ее можно увеличить до 2,5 – 3 сек».

Этап 3: «Задержите дыхание. Сохраняйте воздух внутри мешка. Повторяйте про себя фразу: «Мое тело спокойно». Этот этап не должен длиться более 2 сек».

Этап 4: «Медленно начните выдыхать — опустошать мешок. По мере того как вы делаете это, повторяйте про себя фразу: «Мое тело спокойно». С выдохом ощущайте, как опускаются приподнятые ранее живот и грудная клетка. Этот этап не должен длиться меньше двух предыдущих, а спустя 1 – 2 недели занятий его можно увеличить на 1 сек. Этап 1 необходим только в течение примерно первой недели, пока вы обучаетесь глубокому дыханию. Когда вы овладеете этим навыком, то сможете его пропускать. Повторите это четырехступенчатое упражнение подряд только 3 – 5 раз. Если у вас появится головокружение, остановитесь. Если при последующих занятиях головокружение возобновляется, просто сократите продолжительность вдоха и (или) число выполняемых подряд четырехступенчатых циклов. Поскольку этот вариант релаксации носит характер навыка, можно практиковать его по меньшей мере 10 – 20 раз в день. Превратите его в ваш утренний, дневной и вечерний ритуалы, а также используйте в стрессовых ситуациях. Поначалу вы можете не заметить никакой немедленной релаксации. Однако после 1 – 2 недель регулярных занятий вы будете способны на время расслабляться «моментально». Помните, что, если вы хотите овладеть этим навыком, то должны заниматься систематически. Регулярное последовательное выполнение упражнений, в конечном счете, сформирует у вас более спокойное и мягкое отношение, своего рода антистрессовую установку, и когда вы будете попадать в стрессовые ситуации, то вы будете переживать их гораздо менее интенсивно».

Когнитивно-поведенческая психотерапия

Согласно теории когнитивно-поведенческой психотерапии, не столько внешние обстоятельства и события определяют характер эмоциональной реакции и связанного с ним поведения, сколько когниции (англ. cognition), то есть установки, мнения, представления, отношения к этим обстоятельствам и событиям самого человека. Следовательно, распространённая формула «это вызвало у меня такую-то эмоцию, переживания и т. д.» фактически не верна, так как это же могло вызвать и совершенно другие эмоции, переживания, другое поведение — при другом отношении к этому. Если в поведенческой терапии коррекция проблемного поведения достигается путём воздействия на само поведение или подкрепляющие его факторы, то здесь та же цель достигается в основном путём воздействия на когниции. На практике в работе ВОП реализуемы такие простые методы как рациональная психотерапия, моделирующая терапия, контроль стимула, остановка мыслей.

Для того чтобы сориентироваться в когнитивно-поведенческих методах, ВОП должен иметь представление, во-первых, о его сущности; во-вторых, об основных этапах лечебного процесса. Поскольку в теории и практике когнитивно-поведенческой психотерапии любая психогенно-обусловленная патологическая проблема понимается как следствие существования ошибочных когниций, постольку мишенью психотерапевтического воздействия должны быть именно они. Цель состоит в том, чтобы научить человека реагировать адекватно. Сам по себе такой путь психотерапевтического влияния подходит только для пациентов, которые способны к самонаблюдению и самоконтролю. Если это условие не соблюдается, когнитивно-поведенческая психотерапия практически невозможна, и надо использовать другой подход. Что касается основных этапов когнитивно-поведенческой психотерапии, то они сводятся к проработке следующих положений: 1) Прежде всего, необходимо показать пациенту на примерах справедливость того фундаментального положения теории когнитивно-поведенческой психотерапии, что не события сами по себе вызывают те или иные болезненные переживания, а их индивидуальное восприятие, то есть индивидуальные когнитивные особенности. Должно быть показано, что болезнетворные когниции могут быть изменены.

2) Как правило, жалоба, с которой пациент обращается за медико-психологической помощью, является одним из частных

симптомов существования некой общей проблемы. Чтобы увидеть саму эту проблему, нужно сначала исследовать актуальную проблемную ситуацию, а после — поведение человека в различных жизненных условиях, чтобы обнаружить воспроизводящиеся особенности реагирования. В лучшем случае следует установить и происхождение этого болезненного стереотипа. Он может быть результатом неадекватных взаимоотношений с родителями, когда болезнетворное поведение закрепилось под влиянием отца, матери или других авторитетов путём бессознательной имитации. Он может быть следствием перенесённой психотравмы.

3) Установив характер патогенной проблемы и её происхождение, далее нужно тщательным образом определить, что именно в когнитивной сфере не так: ошибочные (иррациональные) установки, неадекватные шаблоны восприятия или ошибочные сведения.

4) Обнаруженные когнитивные особенности нужно вывести в сознание пациента и предложить ему соответствующие коррекционные средства.

5) Этап освоения пациентом адаптивных когниций и нового поведения — это ряд сессий, во время которых ВОП анализирует ход оздоровительного процесса, вносит необходимые уточнения и детали в предложенное поведение, даёт домашние задания.

6) Этап закрепления достигнутых результатов.

Ниже представлено несколько частных методов когнитивно-поведенческой психотерапии, элементы которых могут в том или ином объёме использоваться ВОП.

Рациональная психотерапия. Возникнув как альтернатива терапии внушением, этот метод опирался прежде всего на разум, мышление пациента (лат. ratio — разум, рассудок).

Основными этапами рациональной психотерапии являются:

1) Объяснение (разъяснение). Они включают истолкование сущности заболевания, причин его возникновения с учетом возможных психосоматических связей, до этого, как правило, игнорируемых больным и не включаемых во «внутреннюю картину болезни». В результате реализации этого этапа достигается ясность относительно природы болезни, снимающая дополнительные источники тревоги и открывающая возможности более активного контроля над болезнью самим пациентом.

2) Убеждение. Коррекция не только познавательного, но и эмоционального компонента отношения к болезни, способствующая

щих переходу к изменению отношения личности больного, послуживших источником нервного срыва.

3) Переориентация. Достижение более стабильных перемен в системе отношений больного, прежде всего в его отношении к болезни, связанное с изменениями в системе его ценностей, выходящее за пределы болезни.

4) Психагогика. Переориентация более широкого плана, создающая положительные перспективы для пациента вне болезни. Успех рациональной психотерапии зависит от учета индивидуальных установок больного, его возможностей, последовательной работы с ним.

Рациональная психотерапия, если и не в клиническом его выражении, то в отдельных плоскостях широко используется врачами разных специальностей, в том числе ВОП, выполняя важную функцию психотерапевтического опосредования и потенцирования самых различных лечебных воздействий.

Моделирующая психотерапия. Реализует естественную возможность научения адаптивному поведению посредством имитации, то есть подражания. Она сложилась в рамках поведенческого направления. Однако осуществляя моделирующую психотерапию, врач в ходе лечебной коммуникации обязательно обращается к когнитивной сфере. Само по себе восприятие модели или её формирование — это в значительной мере когнитивный процесс. Модели, эталоны, образцы всегда использовались для передачи опыта и знаний. Однако в лечебных целях эта форма обучения стала широко применяться лишь в последнее время.

Врач, исходя из проблемы пациента и его наличных установок, предлагает ему подходящую модель. Пациент стремится подражать модели, то есть воспроизвести указанные стереотипы поведения, а психотерапевт оценивает результат и вносит необходимые коррективы. Постепенно, шаг за шагом, пациент приближается к эталону. По мере приобретения необходимые стереотипы репетиции переносятся в реальную жизнь с усложнением заданий. Пациент оказывается способным к адаптивному поведению в ситуациях, аналогичных исходной, проблемной. Используя моделирующую психотерапию, врач должен исходить из того, что человек свободно имитирует модель только тогда, когда он свободен, имеет выбор. Поэтому в лучшем случае пациенту надо предлагать ряд моделей. Поскольку же человеку проще всего воспринимать моде-

ли, имеющие с ним сходство, одним из наиболее эффективных способов динамического моделирования является использование видеозаписей поведения самого пациента. Они значительно облегчают и психотерапевтический анализ проведённой игры. Моделирующая психотерапия подходит не только для выработки новых стереотипов, для расширения репертуара поведенческих навыков, но также для растормаживания стереотипов, угнётённых страхом. Используется наблюдение за моделью в проблемной ситуации, которое убеждает пациента на уровне механизмов имитации, что реальной угрозы не существует. Его страх уменьшается и адекватное поведение становится возможным. В ряде случаев дефицит адекватных социальных навыков обусловлен недостаточной развитостью базисной способности к имитации. Прежде чем ставить задачу приобретения новых или укрепления слабых стереотипов, необходимо развить саму способность к имитации. Поскольку решение этой задачи весьма трудоёмко и долгосрочно, ВОП следует передать такого пациента для дальнейшего ведения врачу-психотерапевту. Вообще же моделирующая психотерапия является одним из наиболее эффективных краткосрочных методов обучения адаптивному поведению. Он прост в реализации и может с успехом использоваться ВОП.

Контроль стимула. Имеется ввиду контроль обстоятельств, условий обнаружения поведения-мишени. Они могут быть представлены в виде трёх следующих групп: обстоятельства, запускающие поведение в силу их однозначного соответствия ему; обстоятельства, способствующие усилению поведения; обстоятельства, усиливающие эмоциональный эффект данного поведения. Поскольку связь между стимулом и реакцией на него (стереотипом) зачастую является довольно жёсткой, одним из реальных путей к торможению нежелательного стереотипа может быть физическое избегание стимула. Врач обнаруживает для пациента связь, указывает возможности избегания стимула, а пациент обучается контролировать ситуацию и следовать избранной стратегии избегания. Так, например, при злоупотреблении алкоголем риск глубокого опьянения значительно выше, если человек пользуется крепкими спиртными напитками. Такому пациенту можно рекомендовать не держать их у себя дома. Можно рекомендовать также поручить контроль за соблюдением данного условия кому-либо из членов семьи. Контроль стимула открывает ещё одну воз-

возможность: научившись различать стимул, человек может связать с ним какой-нибудь новый навык, препятствующий реализации болезненного стереотипа. Так, например, при склонности к перееданию в условиях стресса, можно рекомендовать пациенту выработать привычку при тех же условиях, во-первых, заниматься релаксацией, во-вторых, всегда «иметь под рукой» низкокалорийные продукты (на основе сахарозаменителей и т. п.). К категории предшествующих условий относятся не только условия внешней реальности, но также внутренние установки. В таком случае предполагается сначала их идентификация, а после — реформирование по правилам когнитивно-поведенческой психотерапии.

Остановка мыслей. Метод предназначен для прекращения негативных мыслей, а также для остановки нежелательных визуальных представлений, воспоминаний. Реализуется в два этапа: на первом этапе задача заключается в устранении негативной мысли, на втором — в заполнении образовавшегося ментального пробела адаптивной мыслью, несовместимой с имевшейся ранее. Работа начинается с составления списка мыслей и образов, подлежащих остановке. Затем врач предлагает больному сосредоточиться на одной из мыслей-мишеней, заранее условившись с ним, что, когда мысль будет представлена в сознании наиболее чётко, он невербально (движением руки, пальца) даст знать об этом врачу. В момент появления условного знака врач громко произносит: «Стоп!». Обычно пациент сообщает, что мысль исчезла. В таком виде процедуру повторяют несколько раз, после чего пациенту предлагается произносить «Стоп!» самостоятельно: сначала громко вслух, а потом энергично про себя. Когда результат достигнут, то есть негативная мысль больше не появляется, переходят к следующему этапу. На втором этапе врач побуждает пациента сформулировать и проговаривать мысль, альтернативную имевшейся ранее. Если актуализация негативных мыслей была связана с некой проблемной ситуацией, альтернативная мысль должна быть сформулирована сначала в спокойном состоянии, а после — в воображаемой ситуации, приближенной к проблемной.

Гипносуггестивная психотерапия

Суггестия (лат. suggestio – внушение) — подача информации, воспринимаемой без критической оценки и оказывающей влияние на течение нервно-психических и соматических процес-

сов. Путем внушения вызываются ощущения, представления, эмоциональные состояния и волевые побуждения, а также оказывается воздействие на вегетативные функции без активного участия личности, без логической переработки воспринимаемого. Основным средством суггестии является слово, речь суггестора (человека, производящего внушение). Неречевые факторы (жесты, мимика, действия) обычно оказывают дополнительное влияние. Внушение может быть прямым, директивным и косвенным, недирективным, когда необходимая информация подаётся пациенту в контексте лечебной коммуникации незаметным для него образом. В медицинской практике чаще всего используются приемы суггестии в бодрствующем состоянии и в состоянии гипноза. Суггестия в состоянии бодрствования в какой-то степени присутствует в каждой беседе врача с больным, но может проводиться и в виде особой психотерапевтической процедуры. В таком случае пациенту должны быть даны разъяснения о природе внушения и ожидаемого результата. Степень внушаемости определяется в основном особенностями личности пациента, но она зависит и от характера установившегося контакта с врачом: чем более психологически конгруэнтны их отношения, тем выше доверие к врачу, тем действеннее внушение. Суггестия, осуществляемая в состоянии гипноза, как правило, более эффективна, хотя это отнюдь не всегда так.

Распространение гипноза отражает его лечебную эффективность при различных заболеваниях.

Планируя лечение гипнотерапией, целесообразно заранее определить меру общей внушаемости пациента. Для этого используют приёмы, множество которых описано в различных руководствах по гипнотерапии. К таким приёмам относятся, например, прием с падением назад или вперед (когда врач внушает появление силы, нарушающей равновесие); приём сцепленных пальцев рук (когда врач внушает невозможность разомкнуть сцепленные и поднятые над головой руки); определение внушенных запахов (когда врач предлагает определить по запаху различие между несколькими одинаковыми объектами, которые якобы имеют следы различных ароматических средств). Существуют также различные приемы, позволяющие измерить подверженность гипнозу: стэнфордские шкалы и гарвардская классификационная шкала восприимчивости к гипнозу. Гипнотизация проводится в комфортных для пациента условиях, так чтобы он мог спокойно расслабиться.

Должны быть заранее устранены все отвлекающие факторы, в том числе физиологические.

Способ гипнотизации. Большинство из них построено на вызывании сонливости путём сочетания утомляющего воздействия на тот или иной анализатор и соответствующего внушения. При использовании пробы фиксации взора гипнотизируемому предлагают фиксировать свой взор на какой-либо одной точке, например на блестящем металлическом шарике. Возникшее естественное утомление глаз и желание закрыть их способствуют наступлению сна. Прием фасцинации является разновидностью предыдущего. Пациента просят смотреть в глаза гипнотизирующему не мигая, гипнотизер при этом смотрит на переносицу пациента. При другом способе используется усыпляющее действие монотонных звуков: метронома, морского прибора, падающих капель воды. Техника пассив — гипнотизирующий проводит несколько раз ладонью с широко расставленными пальцами вдоль лица и туловища гипнотизируемого, не касаясь его, по направлению от головы к ногам. Техника сближения рук — пациента просят закрыть глаза, согнуть руки в локтевых суставах под углом в 90° и медленно сближать кончики пальцев обеих рук, говоря ему: «Ваши пальцы будут медленно сближаться, Когда кончики их сойдутся, вы сделаете глубокий вдох и будете спать крепким сном». Существуют другие способы гипнотизации. В ряде приемов влияние оказывается одновременно на несколько анализаторов. Внушение, сопровождающее воздействие на анализаторы, осуществляют в формулировках ощущений, которые испытывает засыпающий человек: «Расслабьте мышцы. Лежите совершенно спокойно. Старайтесь ни о чем не думать. Внимательно слушайте то, что я вам буду говорить. У вас появляется желание спать. Ваши веки тяжелеют и постепенно опускаются. По всему телу распространяется чувство приятной теплоты. Все больше и больше расслабляются мышцы рук, ног, всего тела. Расслабляются мышцы лица, мышцы шеи, голова глубже уходит в подушку. Вам хочется спать. Сейчас я начну считать, и по мере того, как я буду проводить этот счет, приближаясь к десяти, желание спать будет нарастать все больше и больше, все сильнее и сильнее. Когда я назову цифру десять — вы заснете». Примерно такие фразы врач повторяет по несколько раз спокойным, ровным голосом, часто подкрепляя их прямым внушением: «Спать! Спать!» Говорить лучше негромко, спокойно, но в то же время уве-

ренно, короткими, понятными фразами. Состояние гипноза может достигаться и одним словесным воздействием (вербальный метод).

Абсолютными противопоказаниями к применению гипно-суггестии являются бредовые формы психозов и гипноманические установки истерических личностей. Перед началом гипнотерапии необходимо провести беседу для выяснения отношения больного к этому методу лечения и устранения возможных опасений с его стороны.

После введения пациента в состояние гипноза тем или иным способом произносятся формулы собственно лечебных внушений. Фразы должны быть короткими, понятными, наполненными смыслом и исключающими ятрогенное воздействие. Продолжительность одного сеанса гипнотерапии обычно не превышает 30 мин. Количество сеансов колеблется от 1 до 15, что определяется характером болезненного состояния и терапевтической эффективностью гипнотерапии. Частота сеансов — от ежедневных до проводимых 1 раз в неделю. Иногда возникает необходимость повторного курса гипнотерапии спустя несколько недель или месяцев. Гипнотерапия может проводиться индивидуально или с группой пациентов.

Длительность сеанса гипноза определяется лечебными задачами. Перед выведением из гипнотического состояния загипнотизированного предупреждают об этом, например, следующим образом: «Через полминуты я выведу вас из гипнотического сна. Сейчас я сосчитаю до трех. На цифру три вы проснетесь. Раз — освобождаются от сковывающего действия руки, два — освобождаются ноги и все тело, три — вы проснулись, откройте глаза! Настроение и самочувствие хорошее. Вы хорошо отдохнули. Вам приятно и спокойно». При дегипнотизации следует помнить, что быстрое пробуждение может повлечь за собой жалобы на общую слабость, недомогание, сердцебиение, головную боль и др.

Различные авторы предлагают разное деление гипноза на стадии; одни выделяют 3 стадии, другие — 4, 6, 9 или 12. В практической работе можно ориентироваться на 3 стадии: сонливость, гипотаксию и сомнамбулизм. Первая стадия (сонливости) характеризуется легкой мышечной слабостью и дремотой. На ней гипнотизируемый еще может при некотором усилии противостоять внушению, открыть глаза. Вторая стадия (гипотаксия) отличается

глубокой мышечной слабостью и пациент уже не может произвольно открыть глаза. На этой стадии у гипнотизируемого можно вызвать внушенную катаlepsию (восковидную гибкость мышц), которая иногда возникает и спонтанно. Третья стадия (сомнамбулизм) характеризуется амнезией и открывает возможность к осуществлению не только гипнотических, но и постгипнотических внушений. Сомнамбулизм может возникать, минуя первые две стадии.

Осложнения, встречающиеся при гипнотизации, — потеря раппорта, истерические припадки, спонтанный сомнамбулизм, переход глубокого сомнамбулического гипноза в гипнотическую летаргию и другие. Все эти явления при спокойном поведении врача, понимании характера заболевания и знании техники гипноза не приводят к сколько-либо серьезным последствиям.

Участие ВОП в целенаправленном лечении различных заболеваний требует дополнительной их подготовки. Поскольку не существует единой программы подготовки ВОП в области психиатрии и психотерапии, необходимо более тесное сотрудничество учреждений общесоматической сети с психиатрическими и психотерапевтическими лечебными, учебными и научными центрами.