МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ УКРАИНЫ

ТАВРИЧЕСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ В.И.ВЕРНАДСКОГО

СЕВАСТОПОЛЬСКИЙ ЭКОНОМИКО-ГУМАНИТАРНЫЙ ИНСТИТУТ

КАФЕДРА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Реферат

По психосоматической коррекции

На тему: «ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ»

Выполнила: студ. Левицкая

Екатерина Владимировна

Специальность 7.01.0202

«Физическая реабилитация»

Курс 5, группа Р501

Проверил: Канд.мед.наук доцент

Кадомцев Георгий Михайлович

Севастополь 2007.

1. НА ЧТО НАПРАВЛЕНЫ КОРРЕКЦИОННЫЕ ПРОГРАММЫ

Психокоррекция ориентирована на психически здоровую личность. Акцент ценностей - есть вклад психолога в изменение поведения и развитие личности. Так как психологический фактор при психосоматических расстройствах выступает как один из этиологических, то его коррекция в значительной степени совпадает с содержанием психотерапии- одного из компонентов лечебного и реабилитационного процесса.[1] Коррекционные программы в основном должны быть направлены на:

коррекцию Я;

достижение объективности собственной оценки;

реабилитацию Я в собственных глазах и достижение уверенности в себе;

коррекцию системы ценностей, потребностей их иерархии, приведение притязаний в соответствие со своими психофизическими возможностями4

коррекцию отношения к другим; достижение способности к эмпатии и пониманию переживаемых другими состояний и их интересов;

приобретение навыков равноправного общения, способности к предотвращению и разрешению межличностных конфликтов;

коррекцию неадекватного образа жизни и подавленности.

2. О БОЛЕЗНИ

Различные психотерапевтические техники используются независимо от конкретного психосоматического заболевания направлены на: определение причин болезни, прояснение её смысла, оценку преимуществ болезни экологичным образом.

Существует 5 основных областей причин и смыслов болезней. Любая болезнь:

«даёт разрешение» уйти от неприятной ситуации или от решения сложной проблемы;

предоставляет возможность получить заботу, любовь, внимание окружающих;

«дарит» условия для того ,чтобы переориентировать необходимую для разрешения проблемы психическую энергию или пересмотреть своё понимание ситуации;

предоставляет стимул для переоценки себя как личности или изменения привычных стереотипов поведения ;

«убирает» необходимость соответствовать тем высочайшим требованиям, которые предоставляют к Вам окружающие и вы сами.

Необходимо уметь определить потребности, которые удовлетворены благодаря болезни и найти пути удовлетворения этих потребностей другим образом ( без участия болезни).

Рассмотрим наиболее распространённые терапевтические заболевания.

3. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ – БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА (БА)

Эмоциональное состояние человека определяет дыхание. Простое возбуждение как элементарная и ещё недифференцированная форма таких состояний, как страх, гнев, ярость и т.д. приводит к учащению дыхания. Уравновешенное и приятное настроение приводит к спокойному и гармоничному ритму вдоха, как и во сне. В состоянии ужаса, внезапного потрясения может наступить кратковременная остановка дыхания. Одним из заболеваний органов дыхания является бронхиальная астма. Она является классическим примером многофакторно обусловленной болезни, при которой взаимодействуют многочисленные компоненты, в основном психосоматические, инфекционные и аллергические. Эмоциональные факторы вряд ли сами по себе могут создать достаточные условия для развития болезни, но у биологически предрасположенного к ней человека, они могут привести в действие астматический процесс . Выделено 4 варианта нервно-психического механизма патогенеза БА [2]: неврастеноподобный, истероподобный, психастеноподобный и смешанный. Для каждого варианта свойственны свои внутри- и межличностные невротические конфликты.

При обострении неврастенического типа конфликта мы, как правило, имеем дело с больными со сниженной самооценкой, завышенными требованиями к себе, сознанием несамостоятельности, защитой от которых становится приступ бронхиальной астмы. Основной акцент в психотерапии пациентов с неврастеноподобным вариантом БА делается на формировании приемлемой, доброжелательной микросоциальной ситуации, которая предоставляет возможность для углублённого самопознания и стабилизации самооценки. Это создаёт условия для отказа больных от завышенных, непосильных требований и жизненных целей, способствует устранению тягостного сознания несостоятельности в осуществлении тех желаний, от которых прежде защищали астматические симптомы.

При истероподобном механизме больной притязателен к лицам его окружающим: семье, трудовому коллективу, медперсоналу. Пытаясь манипулировать окружающими, больной достигает желаемого результата с помощью приступа. Задачи психотерапии при истероподобном варианте БА: перенесение с окружающих на больного ответственности за разрешение его эмоциональных проблем и сознательное принятие её астматиком; формирование адекватного уровня требований к больному в зависимости от его актуального психологического и соматического состояния; создание условий для разумной, принимающей без гиперпротекции, реакции микросоциальной среды на астматические симптомы; санкционирование зрелых способов поведения и адаптации.

Пациенты со психастеноподобным вариантом бронхиальной астмы отличаются повышенной тревожностью, блокированием эмоций, несформированностью собственной ценностной системы, низкой способностью к самостоятельным решениям. Приступ может появиться перед необходимостью принятия ответственного решения из-за нарастания тревоги. В психотерапии основное внимание уделяют формированию собственной ценностной системы больного, его зрелости и способности к независимому поведению, умению принимать самостоятельные решения в отношении своих личных проблем.

При смешанном (или «шунтовом»- от англ. Shunt- шунтировать, переводить на запасной путь) типе наблюдается манипулирование окружением и перекладывание ответственности, как при истероподобном и сложность выражения своего эмоционального состояния, как при психастеноподобном варианте. Психотерапевтическая тактика у больных с шунтовым вариантом БА состоит в провокации на первых этапах кризиса, когда взаимодействие членов семьи организуется таким образом, что они вынуждены иметь дело с всплывающими конфликтами, конфронтация с которыми раньше избегалась. При этом мы устраняем из конфликтной ситуации астматика. Необходимо отчётливо отразить содержание кризиса, способствуя развитию такой ситуации, в которой возникает возможность и необходимость развития членами семьи новых отношений и коммуникативных стереотипов. Скрываемые проблемы всплывают и становятся доступными воздействию на них.

Психотерапевтическое лечение бронхиальной астмы направлено на повышение жизненных возможностей, способности брать на себя ответственность за свою жизнь. Психотерапия БА не бывает кратковременной. Необходимо совместное участие психотерапевта, врача-пульманолога и пациента. Целью психотерапии больных является также коррекция эмоциональных расстройств и неадекватных форм поведения. Достигают это путём перестройки значимых отношений больного. Целью психотерапии больных БА является также коррекция эмоциональных расстройств и неадекватных форм поведения. Достигают это путём перестройки значимых отношений больного. Для психотерапевтической коррекции на личностном и микросоциальном уровнях необходимо объяснить субъективное значение факторов, подкрепляющих патологическую адаптацию пациентов к конфликтным ситуациям, и восприятие астматических симптомов как самим больным, так и значимыми лицами его окружения. Сдвиги на социальном уровне тесно взаимосвязаны с позитивной динамикой на личностном уровне. [2]

Психотерапия особенно показана:

1.Больным, у которых этот механизм патогенеза является одним из ведущих.

2.Больным с сопутствующими нервно-психическими расстройствами и неадекватными реакциями личности (в том числе на болезнь), затрудняющими их полную реабилитацию.

3.Больным БА без выраженного нервно-психического компонента, находящимся в состоянии психологического кризиса, когда вероятность формирования этого механизма патогенеза возрастает (личностные и микросоциальные факторы риска, неразумные стили воспитания и реакции на заболевание членов семьи, наличие у родственников психосоматических моделей адаптации к стрессам).

Общение больного и психотерапевта начинается с:

1.При консультировании больного психотерапевтом, психологом или психиатром собирается тщательный психологический анамнез, который должен содержать данные о нервно-психических заболеваниях родителей больного (фактор наследственности и одновременно экология микросоциальной группы), о психосоматических заболеваниях членов семьи, данные о периоде беременности и взаимоотношениях в семье в этот период, а также о родах и взаимоотношениях в это время. Эти сведения позволяют сформулировать представления о наличии моделей психосоматического реагирования в семьях, об отношении к беременности и формировании отношений матери к будущему ребёнку, о характере той среды, в которой он должен появиться. Далее подробно уточняются условия его раннего развития, наличие в детстве нервно-психических заболеваний. Исследуются характерные периоды развития пациента, успеваемость в школе, взаимоотношения с учителями и сверстниками. Особое внимание уделяется эпизодам нервно-психических нарушений, психотравмирующих обстоятельств и влияния их на личность пациента. Внимательно изучаются все факторы, оказывающие влияние на соматическую сферу, изучается индивидуально-личностный смысл астматических симптомов, их субъективное восприятие.

2.Анамнестические данные должны быть подтверждены и уточнены данными психологического обследования: особенности личности, характера, эмоций а также микросоциального окружения. Для исследования личности существует множество тестов.

3.Психотерапевт анализирует информацию, полученную анамнестическими, клинико-психологическими и экспериментально-психологическими методами. Формируется представление об особенностях, способствующих формированию личностных конфликтов, созданию неадекватного Я.

4. Понимание этих важных моментов объясняет индивидуально- личностный смысл конфликтогенного симптома бронхоспазма у больного и даёт ключ к построению терапевтического вмешательства.[3]

Для лечения БА существуют различные направления психотерапии: гипнотерапия, аутогенная тренировка в сочетании с дыхательной терапией, нейролингвистическое программирование (использование речевой тактики), гештальт-терапия (индивидуальная и групповая), семейная психотерапия, телесно-ориентированная психотерапия.

4. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ГИПЕРТОНИЯ, ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА (ИБС), ИНФАРКТ МИОКАРДА

Психосоматический компонент в первую очередь характерен для следующих заболеваний сердечно-сосудистой системы:

Эссенциальная артериальная гипертония,

Ишемическая болезнь сердца,

Нарушение сердечного ритма,

Сердечный невроз страха.

Сердце и сосуды участвуют во всех формах жизнедеятельности. Несмотря на то, что изменения в работе сердца проявляются и при положительных, и при отрицательных чувствах, патологические нарушения в сердечнососудистой системе связаны со страхом, гневом, яростью, тоской и другими отрицательными эмоциями.[2]

Обследования гипертоников выявило некоторые определённые черты личности: трудолюбие, ответственность, общительность. В связи с этим у них возникают внутренние и внешние конфликты, от которых они не могут эмоционально отстраниться. В своей специфической установке на скромность они отказываются от своих потребностей в пользу других, желая получить от них одобрение и не провоцировать агрессию или неприязнь. Психотерапия в начальной и средней стадиях гипертонической болезни играет большую роль, в тяжёлой- действует облегчающее и поэтому должна быть обязательным элементом в комплексе лечения.

Существуют различные психотерапевтические методики. Эмоционально- волевые формы должны применяться очень осторожно, только с целью выработки положительных эмоций и без больших «волевых нажимов». Особенно показана гипнопсихотерапия, в частности удлинённый гипносон (2-4 часа). Содержание внушений должно быть направлено на выработку нового отношения к явлениям по типу дезактуализации раздражителей, борьбу со взрывчатостью, общим плохим самочувствием. Очень важно отрегулировать сон и выработать правильный режим дня. Помимо гипнотерапии можно применять и аутогенную тренировку перед или после сна. Рекомендуется сочетание медикаментозного лечения с психотерапевтическим опосредованием и потенцированием средств, снижающих артериальное давление. Очень полезно действие веществ, регулирующих артериальное давление, сочетать с нейтральными раздражителями, используя их вид, цвет, запах, вкус. Впоследствии нейтральные вещества можно будет применять, как гипотензивные средства.[4]

Для поддерживающего лечения рекомендуется раннее вовлечение социального поля, недирективное отношение психотерапевта к больному, не активирующее конфликт агрессивности/зависимости, активное сообщение психотерапевтом информации, усиление собственной ответственности и самостоятельности, а также самовосприятия (например, за счёт самостоятельного измерения давления). Пациенты должны понять, какие ситуации, трудности, конфликты приводят к повышению артериального давления, научиться контролировать свои успехи и неудачи. Могут использоваться методы арттерапии, креативной визуализации, транзактного анализа, семейной психотерапии.

К коронарным заболеваниям предрасполагают определённые типы поведения. Например, при неуспехе некоторые склонны к навязчивым раздумьям, нарастающему внутреннему напряжению. Есть люди замкнутые, сдержанные, они редко выходят из себя, но если уж разойдутся, то долго не успокаиваются. Другие хорошо прячут свои чувства, но очень нервные изнутри. Третьи бурно выражают своё отношение ко всему, общительны, жестикулируют, громко говорят. Они часто срываются, сердятся, начинают ругаться, но тут же забывают причину своей злости. Традиционно считалось, что враждебно настроенные люди чаще болеют ИБС. Стресс и атеросклероз являются факторами, определяющими риск инфаркта. На усиление этих факторов влияет питание, алкоголь, курение, гиподинамия, а также состояние страха, напряжения, агрессивности, измотанности. К факторам риска относятся напряжённый жизненный ритм, стремление к успеху и социальной значимости, чувство цейтнота и ответственности.

Трудности лечения больных с коронарными заболеваниями обусловлены структурой их личности. В зависимости от истории развития личности и актуальной ситуации возможны три основных направления лечения:[2]

Индивидуальное консультирование, сообщение информации о здоровом образе жизни с особенным учётом когнитивных процессов.

Обучающие, ориентированные на симптом методики (аутотренинг, функциональная релаксация), которые вовлекают тело в терапевтический процесс, избегая работы с сопротивлением.

Психотерапия, работающая с сопротивлением и переносом.

При лечении ИБС психотерапия имеет большое значение. В остром периоде психотерапия действенна как в состоянии бодрствования, так и ( особенно) гипноза. Она направлена на: 1.снятие психоэмоциональных структур, продуцирующих растерянность, страх, панику; 2.мобилизацию личности, на борьбу с болью и вегетодискомфортными явлениями; 3. уравновешивание вегетомоторных явлений ( пароксизмальные явления, бради- и тахикардия, сосудистые спазмы, дыхательные пароксизмы и т.д.); 4. опосредование и потенцирование назначений врача; 5. снятие тормозных факторов при отправлении физиологических функций в присутствии других больных; 6. снятие дискомфортных ощущений от вынужденных поз покоя; 7. стимулирование хорошего сна; 8. снятие других преходящих явлений (головная боль и т.д.) 9. уравновешивание реакции на возникающие эмоционально-неприятные ситуации.[4]

Для больных, перенесших инфаркт миокарда , особенно важна психотерапия в период реконвалесцензии и реабилитации. Она начинается непременно с этапа индивидуальной (персональной) психотерапии, содержательно определяемой с учётом личностной характеристики больного, диапазона его тревоги и опасений или имеющихся анозогнозических или гипернозогнозических тенденций. В содержательной части психотерапии обязательно учитывается клиническая симптоматика и «внутренняя картина болезни», т. с. вся сумма ощущений, переживаний, тревог и внешних проявлений вегетоневроза (потливость, изменение сосудистого тонуса, тахи- и брадикардия и т. п.), учитывается и наличие ипохондрических переработок. Все это подвергается психотерапевтической дезактуализации и, прежде всего, в индивидуальных, прицельных психотерапевтических воздействиях в состоянии, как бодрствования, так и гипноза, а также при использовании приемов длительного «сна-отдыха».

Уже в стационаре применяют методику коллективно-групповой психотерапии. Когда больной возвращается в домашние условия, но еще не включается в активную трудовую деятельность, проводится психотерапевтическая работа по активному переключению больного на самообслуживание и переход к дозированной активности в поведении (выход на улицу, прогулка и т. д.). Далее следует этап полного перевода больного на спокойную личностную активность в быту и труде при воспитании полного владения своими эмоциями и т. п.

Последний этап реабилитации — полное освобождение пациента от мысли, что он болен, и внушение уверенности в том, что он полностью здоров, может и должен работать. Вместе с кардиологом психотерапевт учитывает границы трудовой и социальной реадаптации и производит ориентировку больного либо на полноценный профессиональный труд, либо на необходимость перехода к новым формам труда.

В период реабилитации и широком аспекте применяется активирующая и стимулирующая психотерапия с элементами гимнастики и т. д. В этот период очень полезны и методы игровой психотерапии. На этом этапе настойчиво прививается идея не только о возможности, по и обязательной полноценной жизни в быту и труде с выполнением полного круга обязанностей. Но одновременно воспитываются и позиции общегигиенического режима и требования психоэмоциональной гигиены, уравновешенного отношения в общении с окружающими и в реакциях на жизненные события. Больного учат чередовать труд и отдых, покой и активный отдых в виде прогулок. .[4]

5. ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ЯЗВА ЖЕЛУДКА

Связь между психическим состоянием человека и процессом поглощения –выделения приводит к тому, что эмоциональное состояние человека при принятии пищи оказывает влияние на дальнейший процесс переваривания. Такие переживания как агрессия, опасение, страх, депрессия, тормозят функции желудка и кишечника, нарушают моторику и как следствие приводят сначала к функциональным, а при прогрессировании процесса — к органическим изменениям структуры желудочно-кишечного тракта. Агрессия, опасение, страх — биологически эти переживания связаны с функцией сокращения мышечных клеток. При опасности или агрессии возникает рефлекторный спазм, напряжение. Ни одно живое существо, кроме человека, не будет принимать пищу, находясь в этих состояниях. Человек не только способен есть в состоянии подавленности, агрессии или страха, но и прибегает к поглощению большого количества пищи как к средству «успокоить нервы». В результате пища попадает в спазмированный, зажатый от стресса пищевод, желудок, кишечник. Следствием этого является широчайший спектр желудочно-кишечных расстройств, начиная от гастрита и заканчивая прободными язвами. Личностная, характерологическая акцентуация у больных является результатом обратных висцеро-кортикальных нейродинампческих связей, восходящих к кортикально-субкортикальным и ретикулярным аппаратам нервной системы. В связи с лабильностью вегетативной нервной системы и ее способностью быстро фиксировать патогенные условные связи после ликвидации острой стадии процесса часто остается множество вегето-висцеральных застойных и следовых явлений. Это явления дискомфорта, например, неприятный привкус во рту, поташнивание, периодическая рвота, а также болевые приступы, особенно в ночное и предутреннее время. Это создает и общий фон плохого самочувствия—раздражительность, взрывчатость, желчность, страх, подавленное настроение и т. п. Наблюдаются случаи, когда после курса медикаментозного, физиотерапевтического и диетического лечения на рентгенограмме констатируют исчезновение язвы, ниши, а между тем клиника язвенной болезни остается и иногда даже возникают рецидивы в связи с волнениями, психотравмами или ннтеркуррентными легкими заболеваниями и т. д. Для успешного лечения и получения стойких результатов, профилактики рецидивов у таких больных необходимо не только строгое соблюдение диеты, но и серьезная курсовая психотерапия. По мнению крупнейшего советского гастроэнтеролога Л. Л. Гордона, язвенную болезнь можно лечить без медикаментов, физиотерапии и минеральных вод, но ее абсолютно нельзя лечить без диеты и психотерапии. Именно внедрение психотерапии в комплекс полноценного и общего лечения названных заболеваний дает гораздо больший эффект, чем лечение всеми указанными классическими и обязательными методами без нее. При этом психотерапия никогда не должна быть изолирована от других методов лечения. Тактика здесь состоит в непременном и неотрывном единстве психотерапии со всем комплексом лечения, в облигатном опосредовании и потенцировании всего комплекса проводимого лечения, назначенного режима и диеты. Большое значение имеет психотерапевтическое изменение вкусового стереотипа, по И. 3. Вельвовскому, которое осуществляется вызыванием отвращения к недозволенному и аппетита к ранее нелюбимым, но полезным блюдам. Большое значение имеют закрепление диетического и общегигиенического режима в быту, выполнение утренней зарядки, воспитание отвращения к алкогольным напиткам и курению.

В типологии язвенных больных предлагается следующее разделение:

1.Психически «здоровый» язвенный больной. Личности с хорошей функцией Я и стабильными объектными отношениями, которые при массивной неспецифической или специфической (идущей из сферы оральных переживаний) нагрузке при сильной регрессии Я, ресоматизации и определенной предрасположенности желудка заболевают язвой в качестве единой психосоматической реакции.

2. Язвенный больной с неврозом характера, формированием псевдонезависимых реакций или обсессивно-депрессивными чертами с оральными конфликтами, заметными окружающим (например, руководящий работник, распространяющий вокруг себя агрессивное напряжение). Конфликт декомпенсируется при хроническом течении вследствие особых переживаний обиды, неудачи, любовной потери после двухфазного вытеснения.

3. Социопатический язвенный больной. Пассивно-зависимые больные со слабым Я, чрезмерной зависимостью от объектов, склонные к прорыву инстинктов или параноидно-кверулятивным типам поведения, внешне - «асоциальные больные» (например, больные язвой алкоголики, рентные невротики), заболевают уже при мелких внешних отказах в любви и обращении к себе.

4. «Психосоматический» язвенный больной. Невыразительные личности с бедной фантазией, с чувством полной пустоты отношений. Они в состоянии видеть в окружающих лишь самих себя и при специфических нагрузках и кризисах (часто — в связи с потерей объекта) привычно психосоматически реагируют. Часто наряду с язвенной болезнью наблюдаются и другие психосоматические нарушения, такие как лихорадка, сердечные симптомы, ревматизм и т. д..

5. «Нормопатический» язвенный больной, чрезмерно ориентированный на нормальность поведения, чрезмерно адаптивный, с отчетливыми ограничениями Я на основе выраженной тенденции отрицания (например, реальности собственного состояния истощения и физического самочувствия).

Специфика психотерапии пациентов с пищеварительными расстройствами заключается в воздействии на нервно-психические составляющие этиопатогенеза заболевания, а также в выявлении и коррекции системы факторов «агрессии» и «защиты», действующих на психологическом уровне. При этом расстройство системы пищеварения рассматривается как интегральная характеристика нарушений в системе свойств личности, неироэндокринной регуляции и исполнительной висцеральной системы органов пищеварения[5], имеющая онтогенетическую природу. Основными задачами психотерапевтического воздействия является коррекция и предупреждение психологических нарушений, психологическая адаптация к условиям внешней среды, обучение здоровому образу жизни и навыкам преодоления стресса. Большое значение имеет, как нежелание психосоматического пациента признавать проблемы в психической сфере, так и страх перед психотерапевтом. Преодоление сопротивления выявлению психотравмирующих событий — серьезная задача, которая включает в себя несколько этапов: установление раппорта с пациентом, определение его основных трудностей, преодоление этих трудностей с целью ослабления накопившихся отрицательных эмоций и восстановления позитивной перспективы. Одной из задач терапии психосоматического больного является освобождение его от жестких когнитивных установок, связывающих запретов, порожденных особенностями социально-психологических стрессоров, форм психологической защиты и компенсации, облегчение выхода эмоций через альтернативные каналы, которые не приводят к напряжению самого пациента и приемлемы для общества.

Мишенями психотерапевтической работы могут являться:

• высокий уровень тревожности как показатель неуспешности переработки психологического конфликта;

• интегрированный комплекс отношений к болезни, свидетельствующий об относительности социально-психологической адаптации больных;

• дисгармонично организованные связи психологических характеристик личности, облегчающие и потенцирующие срыв адаптационно-компенсаторного психосоматического процесса;

• узость «спектра» используемых защитных механизмов и неадекватные поведенческие стратегии.

В данном случае психотерапия направлена, прежде всего, на осознание невозможности одновременно реализовать противоположные желания, а значит, это работа с выбором и приспособлением, ресурсами, семейной историей и многими другими составляющими человеческой жизни. Работа психотерапевта ориентирована на личностный рост, взросление пациента.

В острой фазе с больным не следует вести беседы, направленные на вскрытие конфликтов, но надо использовать все возможности для обсуждения необходимых изменений в поведении и быту. Лишь со временем в ходе психотерапии можно пытаться воздействовать на соматические функции, участвующие в патогенезе язвы. Для отношений с больным полезно, если лечащий врач сначала определит, к какому типу относится данный пациент. Пассивный тип язвенника ищет защиты в общении с врачом, в то время как с гиперактивным типом показана другая тактика: следует иметь в виду раздвоенность больного между его стремлением к независимости и одновременной потребностью в пассивной зависимости.

У язвенных больных хорошо зарекомендовал себя аутотренинг. Как и при многих других психосоматических состояниях, групповой тренинг дает больше преимуществ по сравнению с индивидуальным. В особенности гиперактивному типу важно узнать, что можно быть активным и в расслабленном состоянии. Положительный перенос на терапевта также дает преимущества при этой форме терапии. Прежде всего, следует обратить внимание на то, чтобы больной получал помощь, в которой он бессознательно нуждается. Это требует от врача понимания смысла симптома и правильного истолкования.

Успешно используются методы семейной психотерапии, гештальт-терапии, транзактного анализа, арт-терапии, психодраммы, телесно-ориентированной терапии, когнитивной психотерапии.

6. ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

Диабет является тем неизлечимым заболеванием, наличие которого не скрывают от больного. Поэтому в первую очередь любой врач, должен убедить больного в том, что хотя диабет и неизлечим, он не ведет к обязательной инвалидности и развитию тяжелой симптоматики. Именно лечащий врач должен сразу же веско и настойчиво развить у больного мысль, что при наличии диабета можно нормально жить и трудиться.

Врач-психотерапевт должен непременно ознакомиться с особенностями личности больного, его установками в отношении своего заболевания и его жизненным прогнозом и связи с диагнозом диабета.

У больных, впервые узнавших о наличии у них диабета (что нередко бывает неожиданным), можно выделить четыре типа личностных реакций:

удивления, но сдержанности, внешне больные уравновешены, но спокойны;

состояние оглушенности, растерянности, испуга.

тяжелая невротическая реакция (типичный невротический срыв);

эйфорически-анозогнозичсская реакция, определяющая полный отказ изменить образ жизни и питания.

Во всех случаях психотерапия должна быть сразу же включена в комплекс лечения.

Ошибочно думать, что первый тип реакции, т. е. позиция внешней уравновешенности, сдержанности в поведении, не требует включения психотерапевтического воздействия. Поведение больного далеко не всегда отражает так называемую внутреннюю картину болезни. Почти нет больных, которые восприняли бы абсолютно безразлично, хотя бы в подсознании, обнаружение у них диабета. Психогенная реакция вначале у многих больных переходит в анозогнозически-эйфорическое состояние. У сдержанных и внешне уравновешенных больных часто в дальнейшем развиваются тяжелые вегетативные расстройства: зуд, трофические нарушения, сыпь, изменения в сосудистой системе и т. п. У таких лиц нередки тяжелые формы диабета с патологией зрительного нерва и сетчатки. Именно такие «сдержанные» пациенты требуют особого внимания. Это прежде всего методы психотерапии в состоянии бодрствования, чаше косвенная, опосредующая или рассудочная. Гипнотерапия, которая нужна и для психопрофилактики осложнений, у них также возможна.

Больные второй и особенно третьей группы нуждаются в активной психотерапевтической помощи. Здесь необходима как рассудочная, так и гипносуггестивная психотерапия. В начальных стадиях (как и вообще при диабете) противопоказаны стрессовые методы, нецелесообразен аутотренинг, так как у этих больных предпочтительнее развить успокоение и уравновешенность, а не концентрацию внимания на своих ощущениях.

Больные с эйфорически-анозогнозической реакцией личности, конечно, не нуждаются в скорой психотерапевтической помощи. Но и этих больных нужно настроить па правильное отношение к своей болезни и лечению. Здесь следует перестроить легкомысленное отношение и добиться, не пугая больного, серьезного его отношения к лечению, особенно к диете. Для всех больных диабетом, но особенно для этой группы нужна настойчивость психотерапевта в «переделке вкусового стереотипа».

Диета при диабете — это основа хорошего самочувствия и профилактики осложнений и коматозных состояний. При этом роль психотерапевта особенно велика. И.3.Вельвовский разработал содержательную методику «переделки вкусного стереотипа и тяги к пище» (термин его). Весьма важным является развитие у больного чувства полного насыщения от необильной, адекватной диеты.

Некоторые диабетологи полагают, что большинство больных диабетом привыкают к диете. Однако это абсолютно не так. Тяга к недозволенной пище (сладкому, лакомствам) остается. Такие больные думают и даже мечтают о сладком. У них возникают соответствующие сновидения, которые могут привести к гипогликемии. Они часто нарушают диету. Среди них есть такие, которые согласны на систематические инъекции, лишь бы иметь возможность съесть запретное и желаемое. Больные, которые сдерживают себя, все время находятся в состоянии фрустрации, мечтаний, что вызывает отрицательные переживания. Кроме того, многим больным необходимо значительно снизить массу тела. Психотерапевт должен приложить все усилия, чтобы переделать вкусовой стереотип и изжить у больного привычку обильно есть и пить.

Переделать стереотип—это значит не только отучить больного употреблять недозволенное, а сделать так, чтобы лечебная диета стала для больного желанной, вкусной, доставляющей удовольствие.

Тактика психотерапевтического внушения состоит в том, чтобы сначала выработать безразличие к влекущему, а затем уже и неприязнь к нему. И на этом фоне далее приемлемость ранее нелюбимой пищи, а затем влечение к ней и удовольствие. При этом воспитывается сначала отказ от чрезмерного количества, а затем чувство удовлетворения при недоедании. Психотерапевт должен добиться, чтобы чувство насыщения наступало при минимально допустимом количестве пищи, это количество создавало максимальное удовольствие; чтобы необходимые диетические блюда были приятны, а излишество в еде и недозволенные продукты питания во всех случаях вызывали активную анверсию.

Проходя лечение больных диабетом, психотерапевт никогда не должен забывать, что ведущими являются назначения эндокринолога, т. е. психотерапия должна быть построена так, чтобы она непременно поддерживала, опосредовала и потенцировала весь комплекс лечения, назначенный эндокринологом.

Таким образом, специальными задачами психотерапии при диабете являются снятие тревоги и страха у больных перед диагнозом и фактом неизлечимости болезни; выработка у больного сознания необходимости соблюдать определенный режим в труде и быту; создание у него чувства необходимости следить за уровнем сахара и систематически осуществлять лабораторный контроль; выработка безразличия к ограничению в диете.

Содержательной стороной всех психотерапевтических внушений является, во-первых, мысль, что хотя диабет и необратим, но он при правильном отношении больного к режиму, поддерживающему лечению и диете не приводит к инвалидности и преждевременной смерти. Наоборот, следует подчеркивать, что строгая диета увеличивает возможность длительной жизни. Во-вторых, прочно должна воспитываться установка, что диабет не нарушает основ труда и быта. В-третьих, следует так отрабатывать все назначения и инструкции врача-эндокринолога, чтобы они стали непременными для больного.

Основными психотерапевтическими методами являются гипносугестия и аутогенная тренировка.

Для вовлечения человека в психологическую работу (а он может выполнять ее с большой неохотой или даже проявлять враждебность) очень важны сочувствие и такт; следует избегать грубоватой конфронтации. Во время обследования следует выяснять значимые психосоциальные факторы и заниматься ими. Затем устанавливают связь между периодами ухудшения регулирования содержания глюкозы в крови и эмоциональным дистрессом или трудностями социального характера. Конфронтация не всегда полезна: признаком успеха является сдерживание прогрессирования заболевания и стабилизация процесса с обязательным устранением психологических нарушений, улучшенное регулирование содержания глюкозы в крови и, в перспективе, сокращение случаев госпитализации.

Успешно используются методы транзактного анализа, арт-терапии, креативной визуализации, терапии, фокусированной на решении, психосинтеза.

Литература

1.Пушкарёв А.Л, Доморацкий В.А.,Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство.-М.:Изд-во Ин-та психотерапии,2000г.

2. Малкина-Пых И.Г.Психосоматика:Справочник практического психолога.-М.:Изд-во Эксмо,2005г,992с.

3. Федосеев Г.Б. Бронхиальная астма.-СПб.: Медицинское информационное агентство,1996г.

4.Е.М.Багамет, В.Н.Сухоруков, И.З.Вельвовский, Н.К.Липгарт. Психотерапия в клинической практике.-К.: Здоровье,1984г,160с.

5. Ю.М.Губачёв, Стабровский Е.М.Клиникофизиологические основы психосоматических соотношений.-Л.: Медицина,1981,216с.