

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра здравоохранения



В.В. Колбанов

14 сентября 2005 г.

Регистрационный № 13-0105

**ПРИМЕНЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ
ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ
(РЕКОНСТРУКТИВНОЙ) ПСИХОТЕРАПИИ
В ЛЕЧЕНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА**

Инструкция по применению

Учреждения-разработчики: Витебский государственный медицинский университет, Белорусская медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

Авторы: доц. М.С. Дроздова, доц. И.А. Байкова, д-р мед. наук, проф. А.П. Федоров

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Функциональные психосоматозы:

1. Функциональная диспепсия (В1 по Рим-II) [K30]: язвенноподобная (В1а), дискинетическая (В1b), неспецифическая (В1с).

2. Кишечные расстройства:

- синдром раздраженного кишечника (С1 по Рим-II) [K58];
- функциональное вздутие живота (С2 по Рим-II);
- функциональный запор (С3 по Рим-II) [K59.0];
- функциональная диарея (С4 по Рим-II) [K58.0];
- неспецифические функциональные кишечные расстройства (С5 по Рим-II).

3. Билиарные расстройства:

- дисфункция желчного пузыря (Е1 по Рим-II);
- дисфункция сфинктера Одди (Е2 по Рим-II).

Органные психосоматозы:

1. Язвенная болезнь желудка с частыми обострениями или рецидивами язвы у лиц с явлениями психосоматической дезадаптации (в стадии обострения, затухающего обострения, нестойкой ремиссии) [K25+F54].

2. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки с частыми обострениями или рецидивами язвы у лиц с явлениями психосоматической дезадаптации (в стадии обострения, затухающего обострения, нестойкой ремиссии) [K26+F54].

Индивидуальную личностно-ориентированную психотерапию рекомендуется использовать в работе с пациентами, страдающими расстройствами функции желудочно-кишечного тракта, сопровождающимися обилием жалоб и «жизненных неудобств» (урчание в животе, спастические боли по ходу кишечника, неконтролируемое отхождение газов, послабление стула при эмоционально значимых событиях), в результате которых больные вынуждены ограничивать свои контакты и социальное функционирование.

Индивидуальную личностно-ориентированную психотерапию (с согласия больного) проводит специально подготовленный врач-гастроэнтеролог (терапевт).

Перечень необходимого оборудования: отдельное помещение (кабинет) для конфиденциальной беседы с пациентом.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Процедура проведения индивидуальной патогенетической (личностно-ориентированной) психотерапии состоит из следующих этапов:

1. Выявление и осознание пациентом неадекватных отношений и реакций на жизненные ситуации и события.

Беседы терапевта с пациентом, нацеленные на выяснение биографических (анамнестических) данных, помогают ему выяснить особенности сформировавшихся у пациента отношений, которыми была обусловлена неправильная переработка внешних воздействий, послуживших толчком для развития заболевания. Получив эту информацию, терапевт помогает пациенту самому разобраться в причинах патогенных переживаний, возникших у него в результате неправильно сложившихся отношений, препятствовавших разрешению встретившихся трудностей. Необходимо помочь пациенту понять, что его заболевание было вызвано не только обстоятельствами жизни и внешними конфликтами, а внутренним конфликтом, в основе которого лежат неадекватные отношения, вследствие которых он не способен разрешить свои трудности. Конфликт же сопровождается эмоциональным напряжением, дезорганизующим сомато-нервно-психическое функционирование пациента и вызывающим тем самым соответствующую симптоматику.

Процесс осознания причин заболевания часто длительный, напряженный и мучительный для пациента, он требует пересмотра его жизненных позиций, установок, убеждений.

2. Реконструкция нарушенных отношений больного (в широком смысле — осознанное изменение своих жизненных позиций и установок) в процессе общения и совместной работы с терапевтом.

Осознание (инсайт) заключается в понимании пациентом истинных источников собственных невротических расстройств. Реконструкция системы отношений состоит в коррекции нарушенных и выработке пациентом новых, адаптивных отношений.

В процессе этого этапа решаются следующие задачи.

2.1. Преодоление неправильных представлений пациента о болезни.

Подавляющее большинство пациентов с признаками психосоматической дезадаптации убеждены в том, что их болезнь имеет органические причины. Это препятствует любому виду терапии, поэтому основная задача терапевта — объяснить пациенту (как это принято в рациональной терапии) результаты медицинского обследования (рентгенограмма, копроцитограмма, анализ на дисбактериоз, фиброколоноскопия и др.), исключая все сомнительные, неясные или чрезмерно сложные результаты. Кроме этого, обсуждается истинное патогенетическое значение результатов, указывающих на незначительные органические нарушения (нерезко выраженный поверхностный гастрит, нарушение кинетики желчевыводящих путей и пр.). При этом подчеркивается, что обнаруженные изменения никоим образом не могли стать причиной имеющихся сейчас жалоб на кишечные дисфункции. В качестве доказательства этого приводятся следующие аргументы:

- несовпадение во времени между появлением органических изменений и началом кишечных дисфункций;
- несоответствие между отсутствием динамики органических изменений и прогрессированием кишечных дисфункций;
- несоответствие между постоянством органических изменений и непостоянством жалоб;
- несоответствие между незначительной выраженностью органических изменений и интенсивностью жалоб.

2.2. Осознание психологических причин и механизмов болезни:

- объяснение понятий «функциональное» и «психогенное» расстройство;
- установление различий между поводами и причинами расстройств.

Отвергнув связь жалоб больного с органическими нарушениями, врач переходит к разъяснению объективно обнаруженных функциональных расстройств. Максимально избегая заявлений типа «Ничего страшного у Вас не найдено», «Вам это только кажется», необходимо доказать, что реальные ощущения и вызванные ими жалобы зависят не от внутренних причин, не от состояния желудка и кишечника как такового, а от внешних психогенных факторов.

На первом этапе врач подчеркивает, что все обнаруженные функциональные кишечные нарушения носят не постоянный и необратимый, а временный и устранимый характер. Доказательства этому врач вместе с пациентом находят в волнообразном течении заболевания.

На втором этапе необходимо добиться, чтобы больной понял, что имеющиеся у него кишечные нарушения и их пароксизмальные обострения часто обусловлены лишь проявлениями «страха за кишечник». Для этого врач на основе разрозненных фактов из истории болезни пациента приводит строгое логическое обоснование всех так называемых «обострений» болезни. Связь функциональных нарушений с психологическими причинами доказывается объективными и клиническими методами (например, при разговоре на различные темы или в ассоциативном эксперименте).

На третьем этапе до сознания больного доводится факт, что ведущей причиной его функционального кишечного расстройства является переживание им конфликтной жизненной ситуации. Для этого врачу достаточно напомнить пациенту им же самим приведенные описания тех ситуаций, в которых произошли самые первые желудочно-кишечные эксцессы.

После этого обычно со стороны пациента возникает вопрос: каким образом подобные переживания могут вызвать дискомфорт в желудке или кишечную дисфункцию? Учитывая частые затруднения больного в патофизиологическом понимании механизма «психосоматического переключения», лучше изложить этот механизм в психологическом плане, используя следующие моменты.

А. Желудок и кишечник являются такими органами, на деятельности которых легко отражаются самые различные переживания. При тревоге и ожидании неприятностей у человека «сжимается все внутри», возникает ощущение «бегания мурашек» и «дрожь в животе»; при страхе или сильном испуге «все холодеет», возможны проявления «медвежьей болезни»; при тоске возникает ощущение «пустоты», исчезает аппетит или чувство насыщаемости.

Б. Возникающие гастроинтестинальные нарушения становятся тем сильнее, чем больше человек скрывает переживания внутри себя. Именно при отсутствии внешней разрядки эмоции, накапли-

ваясь внутри, все чаще прорываются по обиходным, вегетативным путям к желудочно-кишечному тракту и, как пар под давлением в плотно закрытом сосуде, вырываются из него всеми возможными путями (отрыжка, урчание, отхождение газов).

В. Нарушение работы желудка и кишечника в конфликтной ситуации — один из способов самозащиты организма от гнетущего влияния тяжелых жизненных переживаний. Вызывая тревогу и тревожную фиксацию внимания на работе этих органов, подобные нарушения отвлекают человека от конфликтных переживаний, дают возможность «отгородиться» болезнью от жизненных невзгод. Таким образом, развивающиеся нарушения являются результатом приспособления организма к работе в новых, более тяжелых психологических условиях. Это достигается либо за счет учащения, урежения или неравномерности ритма работы органа, либо за счет усиления или расслабления тонуса его мышц и сосудов (боль).

Г. Неприятные ощущения рождаются не только и не столько в желудочно-кишечном тракте — они возникают в психике. Страх за желудок или кишечник резко обостряет восприятие именно их работы, и тогда самые незначительные изменения начинают ощущаться как чрезвычайно неприятные и болезненные. Так тревожные опасения ограбления делают невозможным спокойное пребывание некоторых людей в темной пустой квартире — каждый шорох, скрип, каждая небрежно брошенная вещь кажется им похожей на подстерегающего их грабителя.

2.3. Анализ конфликта:

- анализ требований и желаний пациента и его окружения;
- осознание конфликта.

Уяснив функциональную природу и психогенное происхождение желудочно-кишечных нарушений, можно перейти к анализу психологической взаимосвязи и патогенетической значимости многочисленных жизненных событий и вызванных ими переживаний, участвовавших в формировании психосоматического заболевания. В большинстве ситуаций пациент определяет их довольно легко (смерть близкого человека — дебют заболевания, далее «страх одиночества» — легкое недомогание — обострение заболевания; или: конфликт с руководством — дебют заболевания, далее «угро-

за увольнения» — очередное служебное совещание — обострение заболевания и пр.).

В более сложных ситуациях необходима помощь врача (работа с анамнезом). Терапевт убедительно просит больного обдумать и самокритично оценить роль объективных, не зависящих от его желаний и воли жизненных обстоятельств, а также его собственных неправильных отношений и поведения в развитии заболевания. Работая с компонентами конфликта пациента, врач может постепенно подвести его к осознанию своего вклада в возникновение заболевания.

Пациенту предлагается перечислить (в письменном виде) основные его претензии и недовольства к внешним обстоятельствам (лицам, с которыми он находится в конфликтных отношениях) и отметить степень их значимости. После этого пациента просят перечислить по степени субъективной важности всё то, чем он удовлетворен и доволен в своей судьбе (т. е. все «плюсы» его настоящей жизни) и попытаться определить, обладают ли какими-либо положительными качествами и достоинствами его оппоненты. Затем терапевт предлагает пациенту самокритично сформулировать и перечислить отрицательные и положительные качества своей собственной личности и оценить их роль в развитии патогенного конфликта.

Если в процессе индивидуальной психотерапии пациент активно сотрудничает с терапевтом, то уже по ходу сбора вышеназванных сведений он начинает сопоставлять их друг с другом, улавливать несоответствия между ними и постепенно приходит к выводу о роли качеств собственной личности и внешних влияний на развитие заболевания. Если же пациент активно сопротивляется проведению психотерапии, можно прибегнуть к так называемой конфронтации. Изложив свое понимание сильных и слабых сторон личности пациента и справедливости его требований к окружающим, терапевт указывает (обоснованно!) на несоответствие некоторых личностных характеристик и притязаний пациента реальному (объективному) положению: противоречия в поведении пациента; наблюдения близких родственников, сослуживцев; эпизоды из жизни пациента. В процессе объяснения полученных расхождений пациент обычно приходит к осознанию причин конфликтной ситуации.

2.4. Решение конфликта и реконструкция системы отношений.

Следующим этапом индивидуальной психотерапии является продуктивное разрешение патогенной ситуации (решение конфликта и реконструкция системы отношений). Эта работа начинается с постановки и обсуждения вопроса о том, какие из взаимных претензий пациента и его социального окружения являются объективно справедливыми (и в принципе должны быть удовлетворены), и какие — несправедливыми (должны быть отвергнуты). При этом терапевт при относительном своем нейтралитете должен руководствоваться только общепринятыми нормами и правилами жизни в обществе и реальными (и потенциальными) возможностями жить в рамках этих правил. После этого решается вопрос, какие из требований пациента к своему окружению могут быть реально удовлетворены. Далее пациент, критически взвесив все «за» и «против» в отношении каждого возможного варианта разрешения патогенной ситуации, выбирает наиболее оптимальный из них.

Длительность курса психотерапии может составлять 15–20 терапевтических сессий.

ВОЗМОЖНЫЕ ОШИБКИ И МЕТОДЫ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Отказ больного от продолжения сеансов индивидуальной психотерапии указывает на недостаточный терапевтический альянс между врачом или пациентом и/или выраженное сопротивление пациента в решении внутриличностных проблем. Ситуация требует индивидуального подхода к дальнейшей тактике ведения после попытки доверительной беседы с пациентом.

2. Ухудшение субъективного самочувствия больного (усиление изжоги, боли; нарушения аппетита, сна и пр.) не является основанием для отмены сеансов индивидуальной психотерапии, но указывает на необходимость коррекции медикаментозного лечения.

3. Признаки объективного ухудшения основной гастроэнтерологической симптоматики, подтвержденные дополнительными лабораторными и инструментальными методами (копроцитологическими, эндоскопическими, рентгенологическими), требуют временного прекращения психотерапевтической работы до угасания признаков выраженного обострения заболевания (с информированного согласия больного).

4. Появление признаков желудочно-кишечного кровотечения является показанием к отмене немедикаментозной психотерапии.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА

1. Кровотечения в анамнезе.
2. Психические заболевания.
3. Гипертонический криз.
4. Низкий уровень интеллекта.
5. Инфаркт миокарда в анамнезе за последний год.