

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Д.Л. Пиневиц

2018 г.

Регистрационный № 079-1017

**МЕТОД ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ
СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ**
инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ:

Учреждение «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ»,
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования»

АВТОРЫ:

О.А. Котова, к.м.н., доцент И.А. Байкова, к.м.н., доцент О.А. Теслова

Минск, 2018

В настоящей инструкции по применению (далее – инструкция) изложен метод психотерапии психических и поведенческих расстройств у пациентов с последствиями спинальной травмы (далее – СТ), который может быть использован в комплексе медицинских услуг, направленных на лечение данной категории пациентов.

Инструкция предназначена для врачей–специалистов, оказывающих медицинскую помощь пациентам с последствиями спинальной травмы.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Депрессивный эпизод (F32.0, F32.1), реакция на тяжелый стресс и адаптационные расстройства (F43.0, F43.1, F43.2) у пациентов с последствиями СТ.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

1. Органические психические расстройства (F00– F09).
2. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ (F10– F19).
3. Шизофрения, шизотипическое и бредовое расстройства (F20– F29).
4. Резко отрицательная установка пациента к психотерапии.

Противопоказание пункта 4 является относительным.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, МАТЕРИАЛОВ, ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И Т.Д.

Помещение для проведения психотерапии:

1. Для индивидуальной работы – помещение площадью не менее 14 м², изолированное от шума.
2. Для групповой работы – помещение площадью не менее 25

м², изолированное от шума.

3. Комплект опросников для исследования (Приложение 1).

СОДЕРЖАНИЕ МЕТОДА

Метод, изложенный в настоящей инструкции, выполняется поэтапно.

I этап включает проведение клинического интервью, выявление основных реакций и установок, связанных с травмой и заполнение специфических опросников (шкалы тревоги Тейлора, опросника депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS), определение уровня алекситимии по Торонтской Алекситимической Шкале (TAS). Оценка болевого синдрома осуществляется путем использования визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ) и опросника нейропатических болей DN4.

II этап заключается в создании доверительной атмосферы путем эмпатического выслушивания, сопереживания, участия в эмоциональной сфере пациента. Пациент с помощью врача-специалиста формулирует актуальную для себя проблему.

III этап состоит в информировании пациента о медико-психологических последствиях травмы, важности реабилитационных мероприятий, целях и возможностях психотерапии. Врач-специалист сообщает о сути метода, целях занятий, повышает интерес к психотерапевтическим занятиям.

IV этап включает выявление иррациональных установок, связанных с травмой и ее последствиями, переформулирование их в рациональные (Приложение 2), затем методами арт-терапии с использованием проекции внутренних представлений пациента о себе в форме изображения сплошного контура собственного тела (Приложение 3),

выполняют обсуждение реакций пациента на проекцию, достигают самораскрытия, по вербальным и невербальным проявлениям отслеживают снижение тревожно-депрессивных реакций. Далее проводят аутогенную тренировку, обучают самовнушению с использованием развернутых формул самовнушения для анестезии боли «представьте свои ноги замороженными,... как будто опущенными в холодную воду... в проруби» или самовнушения для «как будто вы сидите у костра... очень близко,... и языки пламени иногда касаются вашего тела...» (Приложение 4).

V этап. В завершении врач-специалист проводит определение тревожно-депрессивных и болевых реакций, уровня алекситимии путем повторного заполнения опросников.

Темы занятий и примерные вопросы для обсуждения представлены в Приложении 5.

Пример работы с пациентом представлен в Приложении 6.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ОШИБОК ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МЕТОДА И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Отказ пациента от продолжения сеансов психотерапии указывает на недостаточный терапевтический альянс между врачом-специалистом и пациентом. Индивидуальный подход и доверительная беседа с пациентом определит дальнейшую тактику ведения.

2. Ухудшение субъективного самочувствия пациента (возрастание уровня тревожной и депрессивной симптоматики) не является основанием для отмены сеансов психотерапии.

Приложение 1
к инструкции «Метод
психотерапии психических и
поведенческих расстройств у
пациентов с последствиями
спинальной травмы»

**Перечень опросников для исследования тревожно-депрессивных
реакций, уровня алекситимии и болевого синдрома:**

1. шкала тревоги Тейлора;
2. опросник депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS);
3. Торонтская Алекситимическая Шкала (TAS);
4. визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ);
5. опросник нейропатических болей DN4.

Приложение 2
к инструкции «Метод
психотерапии психических и
поведенческих расстройств у
пациентов с последствиями
спинальной травмы»

**Пример иррациональных и рациональных установок у пациентов с
последствиями спинальной травмы**

Иррациональные установки	Рациональные установки
«Мне никогда не станет лучше и никогда не смогу ходить»	«Я знаю о своей болезни и буду делать все, чтобы к ней адаптироваться»
«Я не в силах терпеть эту боль»	«Я готов и выполнять рекомендации лечащего врача и психотерапевта»
«Когда врач говорит, что я могу быть адаптироваться к последствиям травмы, то он просто меня успокаивает»	«Я прочту популярную медицинскую литературу о жизни с последствиями травмы позвоночника и буду общаться с такими же людьми как и я (на форумах, в социальных сетях)»
«Когда люди видят меня на коляске - они «Показывают на меня пальцем!»»	«Я отличаюсь от других тем, что передвигаюсь на коляске, но это не значит что я плохой человек»
«Я никогда не смогу наладить свою жизнь»	«Мое лечение может быть длительным»
«Я обуза для своих близких»	«Я нуждаюсь в помощи и я благодарен моим близким за то что не оставляют меня одного»
«Я не могу справиться с болезнью, значит, я пропавший человек»	«Я знаю, что могу быть успешен в работе (учебе, семье, в общении), и я буду справляться с болезнью»

Приложение 3
к инструкции «Метод
психотерапии психических и
поведенческих расстройств у
пациентов с последствиями
спинальной травмы»

**Пример проективной методики «изображения сплошного контура
собственного тела»**

В процессе занятия предлагается нарисовать «сплошной контур собственного тела», придумать метафору рисунка, описать свои эмоциональные реакции на эту метафору, предложить придумать другие метафоры. Выполняют обсуждение реакций пациента на проекцию, достигают самораскрытия, поддерживают схожие переживания, по вербальным и невербальным проявлениям отслеживают снижение тревожно-депрессивных реакций.

Приложение 4
к инструкции «Метод
психотерапии психических и
поведенческих расстройств у
пациентов с последствиями
спинальной травмы»

Пример аутогенной тренировки с внушением анестезии боли

Проводится предварительная беседа, в процессе которой уточняется самочувствие, настроение пациента, события предшествующих дней, врач-психотерапевт подробно объясняет сущность метода.

Проводится аутогенная тренировка, во время которой в течение 10-20 минут внушаются ощущения тяжести, расслабленности последовательно в разных частях тела - руках, ногах, во всем теле, затем – в мышцах лица, груди и в области солнечного сплетения.

По завершении пациенту предлагается обратить внимание на руки. Руки лучше положить так, чтобы контролировать, что в них будет происходить.

Формулы самовнушения:

«Устраивайтесь поудобнее... Вы можете сравнить ощущения двух рук... Руки хорошо все ощущают и Вы очень хорошо чувствуете Ваши руки... Вы чувствуете как они лежат, как они контактируют с тканью одежды...Вы можете сравнить ощущения правой и левой рук, чем отличаются ощущения в руках сейчас ...

Перенесите ваше внимание на ту руку или часть тела, которую вы можете почувствовать «замороженной»... Представьте что-то похожее на то ощущение, когда рука немеет... Представьте, что Вы как будто

опустили руки в холодную воду ...в проруби» Мысленно поболтайте пальцами в этой холодной воде и почувствуйте как эта прохлада становится сильнее... или... напротив..., как будто вы сидите у костра... очень близко... и языки пламени иногда касаются вашего тела...,но вам не страшно... и не больно...

Вспомните ощущение как будто отсидел свою собственную руку... Вам не страшно... и не больно... а даже немного приятно... Как будто по телу пробегают мурашки... или пузырьки воздуха, которые успокаивают ваше тело и приносят в него покой и легкость...Вы чувствуете, что Ваше тело становится еще более расслабленным и спокойным...

Сохраните эти ощущения...Запомните свое состояние, свои ощущения... Запомните образы, которые Вам представлялись... Возвратитесь в реальный мир этой комнаты».

Приложение 5
к инструкции «Метод
психотерапии психических и
поведенческих расстройств у
пациентов с последствиями
спинальной травмы»

**Темы занятий и примерные вопросы для обсуждения для пациентов с
последствиями спинальной травмы**

**1 занятие – «Физиология и медико-психологические
последствия спинальной травмы»**

На первой встрече проясняется цель занятий, сущность методики. Предлагается рассказать о себе, уточнить ожидания от психотерапии. После обсуждения последствий спинальной травмы. Физиология травмы, медицинские, социальные и психологические последствия. Обсуждение ограничений, связанных с последствиями травмы.

2 занятие – «Болевой синдром»

Обсуждение вопросов, связанных с болью: Когда возникла боль? Где вы ощущаете боль? При каких обстоятельствах появляется боль? Насколько интенсивна боль? Присутствует ли боль на протяжении всего дня? Влияют ли на боль изменения движения и позы? Какие факторы: ухудшают боль или облегчают боль? Какой эффект оказывают лекарства на вашу боль? Влияет ли боль на ваше настроение и влияет ли настроение на боль? Аутогенная тренировка с обучением самовнушению с использованием развернутых формул для анестезии боли (Приложение 4).

3 занятие – «Распознавание эмоций, понятие алекситимии»

Обсуждение возможности осознания своих проблемных зон и способности к вербализации своего эмоционального состояния. Акцент на невербальные способы общения, использование проективных техник, которые позволяют визуализировать части тела, метафорически взаимодействовать с ними. В частности путем проекции внутренних представлений пациента о себе в форме изображения сплошного контура собственного тела (Приложение 3).

4 занятие – «Утрата функции как травматический опыт. Отреагирование травматического опыта»

В качестве объекта утраты мы можем рассматривать не только утрату физической функции, а также утрату профессиональной либо семейной роли, жизненных планов. Признание таких чувств как душевная боль, обида, растерянность. «Прощание с прежним телом». Я никогда не буду таким как раньше.

5 занятие – «Принятие факта травмы. Включение последствий травмы в контекст жизненного опыта»

Принятие последствий (ограничений) после травмы. Поиск новых смыслов жизни. Ожидания от восстановительного лечения, планирование будущего, принятие изменения социальных ролей.

6 занятие – «Анализ феноменов беспомощности и безнадежности. Исследование сложных эмоциональных переживаний стыда и вины. Осознание и экстернализация агрессии»

«Я неполноценен. Никто не сможет мне помочь. Все безнадежно». Фиксированность на травме. Мышление по принципу «все или ничего» - «или ходить как раньше или все бессмысленно». Осознания точек соприкосновения надежды-безнадежности. Побуждать анализировать

ситуацию и находить способы решения, поддерживать реалистичные ожидания, поддерживать развития навыка просить о помощи.

Чувство вины в получении травмы, чувство вины перед близкими, в связи с необходимостью постоянного ухода. Идентификация стыдящей фигуры и адресация чувства стыда, обсуждение желаний в отношении третьих лиц, обсуждение внутренних ценностей и восстановление позитивного самоотношения (раскаяние при сохранении самопринятия).

Агрессия может быть явной – открытые обвинения со стороны родственников, либо носит скрытый характер и проявляется в форме проекции обвинения со стороны окружающих. Выработка внутренней позиции по отношению к обвинениям.

7 занятие – «Проработка сферы межличностных коммуникаций»

Потребность быть принятым другими людьми, потребность в близости и страх отвержения. Принятие ответственности за социальную изоляцию. Поиск людей со сходными интересами. Побуждение к организации системы социальных связей (общение на форумах, скайпу, группы поддержки). Помощь другим людям (поддержание других пациентов со СТ). Обозначение границ помощи, возможностей пациентов.

8 занятие – «Поиск копинг-ресурсов и завершение»

Смещение фокуса внимания с физического состояния на психологическое, обсуждение навыков организовывать свое время, понимать и формулировать проблемы, ставить краткосрочные и долгосрочные цели.

Приложение 6
к инструкции «Метод
психотерапии психических и
поведенческих расстройств у
пациентов с последствиями
спинальной травмы»

Пример работы с пациентом

Пациент В., 18 лет, поступил в отделение медицинской реабилитации пациентов травматологического профиля с жалобами на нарушение передвижения, боли в пояснице, онемение в ногах, ощущение ползания мурашек, слабость в руках. Диагностический блок: на консультацию врача-психотерапевта обратился самостоятельно с жалобами на чувство тревоги, беспокойства, повторяющиеся беспокойные сновидения, ощущение безнадежности и утрату смысла жизни. Пациент перенес травму позвоночника 5 месяцев назад в автомобильной аварии. Состояние алкогольного опьянения на момент получения травмы отрицает. Уровень повреждения позвоночника C5, тяжесть травмы по ASIA – C (неполное повреждение спинного мозга, двигательная функция ниже неврологического уровня сохранена, но более половины ключевых мышц ниже неврологического уровня имеют силу менее 3 баллов), форма повреждения позвоночника по Бабиченко – перелома-вывих позвонка, сопровождающийся смещением и деформацией позвоночного канала. В неврологическом статусе умеренный тетрапарез с нарушением функций тазовых органов. Психический статус: во время консультации пациент активно принимает участие в беседе, ориентирован полностью, мышление последовательное. Отмечает приступы раздражительности, сопровождающиеся конфликтами родителями, перепады настроения, чувство жалости к себе, нарушение сна, тревожные навязчивые мысли, связанные с состоянием здоровья, чувство неполноценности, ощущение безнадежности своего состояния. Данные психодиагностического тестирования: опросник

депрессии MADRS – 10 баллов, тест тревожности Тейлора – 25 баллов; TAS – 91 балл, ВАШ – 2 балла (20 мм), опросник нейропатических болей DN₄ – 3. Выставлен диагноз: Травматическая болезнь спинного мозга вследствие перелома С5-С6 позвонков с повреждением спинного мозга, умеренный тетрапарез. Состояние после оперативного лечения. НФТО. ФК 4. Посттравматическое стрессовое расстройство.

В рамках установочного этапа на этапе групповой КП пациенту была предоставлена информация о медицинских, социальных и психологических последствиях травмы позвоночника, возможностях реабилитации и психотерапии, способах и длительности лечения (информационный блок). В рамках коррекционного блока были выявлены иррациональные установки и проведены следующие терапевтические интервенции:

Пациент (П) – Я никогда не смогу выздороветь.

Врач-психотерапевт (В) – Разве Вы не видели в отделении других пациентов, которые справились с травмой и адаптировались к ней?

П. – Это не то, что я хочу. Я хочу передвигаться на своих ногах, а не в коляске!

В. – Мы не знаем, как будет дальше, но если Вы не будете тренироваться, точно ничего не изменится. Посмотрите на людей в группе... (пациент медленно осматривает группу), может быть, Вы хотите что-нибудь спросить у них?

П. медленно смотрит на людей и спрашивает участников группы: – «Расскажите, как было у вас?»

Пациентка Л. – Мне было очень сложно в первый год, я думала, что скоро мой муж уйдет от меня, и я останусь одна. Но он заставил меня начать заниматься и теперь я сама делаю всю работу по дому и даже сама занимаюсь огородом.

Пациент А. – Мне тоже было сложно, но я понял, что хочу жить с травмой не хуже, чем другие. У меня травма в шейном отделе, частые

спастические боли и плохо работают руки, но я заставляю себя все делать сам. Я полностью себя обслуживаю сам.

В. – Что Вы чувствуете, когда слышите эти истории?

П. – Я взволнован. У меня появляется много уважения к другим участникам группы. Да, возможно. Я попробую.

П. – «Я не в силах терпеть эту боль!»

В. предлагает описать максимальную боль, найти, где она локализуется в теле.

П. – Это больше похоже на дрожь. Она живет в моих ногах.

В. – Представьте себя своими ногами и побудьте ими немного.

П. – Мы ноги В. В нас живет онемение и дрожь. Мы как постоянный тренажер. Но, когда мы дрожим – это не всегда боль, это бывает и тревога.

В. – О чем?

П. – О том, что мы не справимся, мы не будем сильными.

В. – Когда Вы говорите о своей тревоге, что-нибудь меняется?

П. – Мне становится спокойнее.

П. – «Я не знаю, что мне с этим делать и мне кажется, что я не выпутаюсь из этих трудностей»

В. – Что Вы видите впереди?

П. – Я хочу ходить как раньше!

В. обращается к участникам группы: - «Может у вас есть, что сказать В.?»

Пациент А. – Ходить – это наша мечта, но моей травме уже 4 года и за это время я понял, что нужно научиться ставить более простые цели.

В. – Что Вы имеете в виду?

Пациент А. – Двигаться к выздоровлению постепенно. Маленькими шагами. Например, сначала научиться самостоятельно одеваться, потом самостоятельно принимать душ. И так далее.

В. – Как Вам такая идея?

П. – Меня она немного злит, я бы хотел быстро выздороветь и забыть о травме, как страшный сон. Но, похоже, вы правы.

Следующим этапом была проведена арт-терапия с использованием проекции внутренних представлений больного о себе. Пациентам было предложено нарисовать сплошной контур собственного тела. Рисунок пациента В.: на рисунке в верхней части вертикально расположенного листа, темно-синим карандашом изображен контур тела человека, штрихами обозначен песок, над телом человека нарисованы капли дождя, четко прорисована голова, корпус до пояса, руки, более слабо прорисованы ноги, контур тела не прерывается.

В. – Расскажите о своем рисунке.

П. – Это я, маленький, на мокром песке, под дождем.

В. – Почему Вы нарисовали дождь?

П. – Я не знаю.

В. – Покажем Ваш рисунок группе?

П. – Можно.

Участники группы рассматривают рисунок.

Пациентка Л. – Когда я смотрю на твой рисунок, я чувствую беспокойство и жалость. Этот человек мне кажется маленьким мальчиком, совершенно беззащитным.

Пациент А. – Я тоже чувствую тревогу. Как будто этот человек не знает, куда ему идти, что делать дальше. Какая – то растерянность.

П. – Я рисовал, как вы сказали, а сейчас я смотрю на него и вспоминаю, как однажды в детстве я провалился в яму. Я был летом в деревне и пошел один гулять на озеро. Оно больше напоминало болото. Я шел вдоль берега и не заметил лужу. Я наступил в нее и провалился выше колена. Эта была глубокая яма. Мне было 6 лет. Я подумал, что это болото меня сейчас засосет. Мне было очень страшно тогда. Сосед мне помог. В семье часто шутят над этой историей.

В. – Ваш страх сейчас похож на тот, в Вашем детстве?

П. – Да. Но я думаю, раз я справился тогда, получится и сейчас. Мне становится спокойнее.

На следующем занятии в группе пациентов, в которую входил пациент В., была проведена аутогенная тренировка, с обучением самовнушению с использованием развернутой формулы анестезии боли. При обсуждении пациент отметил приятные ощущения тяжести, расслабленности в теле. Как будто тело становилось «легким», «невесомым», уменьшались неприятные болевые ощущения. По завершении появилось ощущение прилива сил в теле, внутренне спокойствие.

Оценочный этап завершил курс психотерапии в группе пациентов, в которую входил пациент В., было проведено обобщение информации, принятие ответственности пациентом В. за качество жизни с последствиями травмы на себя. С участием врача-психотерапевта пациент В. выявил и осознал автоматические иррациональные мысли, смог критически оценить их и переформулировать проблему с позиции, противоположной её звучанию: «Я знаю о своей болезни, и буду делать все, чтобы с ней справиться». Пациент В. получил разъяснения, осознал, что эффективность реабилитации зависит от него самого, его психологического состояния и ответственности. Общий курс терапии пациента В. составил 8 занятий. По окончании курса психотерапии пациенту В. было проведено повторное психодиагностическое тестирование. По его данным было выявлено снижение уровня депрессии (опросник депрессии MADRS – 2 балла), тревоги (тест Тейлора – 9 баллов) и алекситимии (TAS – 84 балла), незначительное уменьшение субъективного восприятия боли (ВАШ- 1 балл (10 мм), DN4 -3). Через 12 месяцев после окончания курса психотерапии, и аналогичного повторного тестирования по шкалам у пациента В. было установлено: алекситимия (TAS) – 80 баллов, ВАШ – 1 балл (10 мм), DN4 -2 и незначительное увеличение депрессии, тревоги: так тест депрессии MADRS составил 12 баллов, тест тревожности Тейлора – 13 баллов, что свидетельствует о нестабильном характере ряда показателей. Отмеченные ухудшения некоторых показателей через год

свидетельствуют о необходимости повторного курса психотерапии через 12 месяцев. На сегодняшний день пациент способен передвигаться на незначительные расстояния при помощи трости, получил высшее образование, работает по специальности инженером.

Вывод: учитывая позитивные изменения в состоянии пациента, объективизированных результатами психологического тестирования, очевидна необходимость проведения психотерапии в комплексе мероприятий.