

## ГЛАВА 2

### ПСИХОТЕРАПИЯ В НЕВРОЛОГИИ

Психотерапия является неременным элементом лечения больного человека, чем бы он не болел. Она адресована изначально к личности человека и направлена на изменение его реакции, отношения и установок, то есть, воздействуя на личность, мобилизует человека на борьбу с болезнью.

Психотерапия — это метод психологического воздействия на больного, которое строится с обязательным учетом особенностей его психической деятельности и в первую очередь свойств личности.

Психотерапия — это система речевого и действенного влияния на психику любого больного, воздействующая через психику на организм больного, устраняющая вредное влияние окружающей среды, оказывающая перевоспитательное воздействие на больного человека, его родных и окружающих.

В каждом конкретном случае при заболеваниях различных органов и систем используются различные виды психотерапевтического воздействия. Любой больной при любом заболевании ищет у врача моральной поддержки, ободряющего слова, и задачи врача любой специальности по оказанию лечебной помощи будут выполнены более успешно, если он будет активно использовать психотерапию в своей работе.

Психотерапевтическое воздействие начинается еще с того момента, когда больной только собирается обратиться к врачу. Уже тогда он чувствует доверие к тому или другому врачу по рассказам окружающих, из предшествующего собственного опыта общения с доктором. Врачу, которому больной доверяет, он расскажет больше, будет более откровенным. В этом случае, как показывает опыт, и лечение будет более успешным. Психотерапевтическое влияние на пациента еще более усиливается перед кабинетом врача в ожидании приема. Уже в связи с тем с каким выражением лица, с каким настроением выходят больные из врачебного кабинета, какими мнениями о враче обмени-

ваются в приемной другие посетители, спокойно или нервозно, с раздражением приглашает медсестра в кабинет очередного пациента, у больного возникает соответствующее настроение, соответствующие надежды на встречу с врачом. Поэтому очень важно в приемной врача создать благоприятную, спокойную обстановку, уют: положить на стол свежие газеты и журналы, вывесить 1–2 санбюллетеня или плакаты на актуальные темы по специальности врача, интересные для посетителей. Медсестра должна регулировать прием больных, мягко, тихо и вежливо говорить с ними. Желательно положить на пол коврики, заглушающие шум шагов. Свет в светильниках должен быть мягким, не ярким, стены лучше выкрасить в мягкие голубые или зеленоватые тона.

Оказывают положительное психотерапевтическое воздействие на больного аккуратность и чистота врачебного кабинета, внешний вид врача (выглаженная, скромная и чистая одежда), манера говорить (четко и ясно излагать свои мысли), доброжелательное отношение к пациенту. Особенно это относится к врачу-неврологу, психиатру. Обращаясь к врачам этих специальностей, больной понимает, что эти профессии сложные, требующие от врача больших знаний и умений, так как заболевания нервной системы не всегда легко диагностируются и лечатся. Поэтому больной рассчитывает на максимум внимания врача. Невролог должен с первых минут встречи уменьшить антисуггестивный барьер, который наблюдается у всех больных при первой встрече. Суебливость, многословие или чрезмерная молчаливость врача, перескакивание с одного вопроса на другой могут усугубить этот барьер. Врач-невролог должен быть приветливым, доброжелательным с больными. Аналогичная доброжелательная, спокойная обстановка должна быть и при поступлении больного в неврологическое отделение.

### **Неврозы**

Основная цель патогенетической психотерапии при неврозах — изменение нарушенной системы отношений больного, коррекция неадекватных эмоциональных реакций и форм поведения, необходимой предпосылкой которой является достижение больным понимания причинно-следственных зависимостей между особенностями его системы отношений и заболеванием. На первый план в психотерапевтическом лечении неврозов вы-

ходит не индивидуальная, а групповая психотерапия. Используются групповая дискуссия, пантомима, психогимнастика, проективный рисунок, музыкотерапия и другое. Психотерапия проводится в открытых и закрытых группах по 8–12 или 25–30 человек. Группы чаще организуются по общему этиопатогенетическому фактору в развитии невроза и реже — по общей симптоматике невроза. Не рекомендуется включение в одну группу более 2–3 больных с истерической акцентуацией характера, тяжелой обсессивной симптоматикой. Больным предлагается частота занятий от 1 раза в неделю до ежедневных и длительностью 1–1,5 часа. В процессе индивидуальной психотерапии врач получает информацию о больном субъективного и часто искаженного характера, так как пациент сознательно или неосознанно деформирует часть своих проблем и конфликтов. В условиях групповой психотерапии у врача появляются уникальные сведения, касающиеся реального поведения пациента в различных ситуациях, с различными людьми, в котором находят выражение его реальные установки, ценности, мотивы, а также особенности эмоционального реагирования.

Следует указать, что при неврозе сфера интересов больного сужена, внимание его сосредоточено на своей болезни. Жалобы больных весьма эмоционально окрашены, имеют личностные особенности. Больные обычно многословны, их воображение создает свои собственные представления о заболевании, которые могут быть не адекватны истинной сущности болезни. При остром развитии невроза его клиника связана с психотравмирующей ситуацией. При хроническом его течении эта связь не всегда сохраняется.

При выборе психотерапевтического метода лечения невроза важно учитывать ведущий клинический синдром, тип течения, личностные особенности больного и другое. При лечении неврозов от врача требуются огромное чувство такта, большой личный жизненный опыт, умение найти подход к данному больному.

*При невротической реакции* наиболее эффективны рациональная психотерапия и гипнотерапия по типу «гипноз-отдых», а при истерических невротических реакциях (блефароспазм, тик, мутизм, рвота и т.п.) — гипнотерапия.

*При невротических реакциях тревожно-фобического типа* применяются рассудочная психотерапия, гипнопсихотерапия, ауто-тренинг.

*При истерическом неврозе* рекомендуются внушение в гипнотическом состоянии и наяву, социотерапия, семейная психотерапия, обязательная групповая психотерапия, либропсихотерапия.

*При неврозе навязчивых состояний* эффективны рациональная психотерапия, аутогенная тренировка. Полезны групповая психотерапия, самовнушение. Рекомендуются также успокаивающая, отвлекающая психотерапия, активирующая психотерапия в бодрствующем состоянии, активная социальная деятельность больного.

*При неврозе развития* (ипохондрическом, истерическом, психастеническом, астеническом) психотерапия предполагает повторные курсы лечения (групповая психотерапия, активирующая психотерапия).

*Неврастения.* Психотерапия в лечении неврастении занимает ведущее место. Ее задачей является уменьшение астенических, аффективных нарушений. Рекомендуется щадящий лечебно-охранительный режим. Проводятся коллективная и индивидуальная психотерапия, аутогенная тренировка, которые должны быть не только направлены на лечение отдельных симптомов болезни, но и способствовать изменению реагирования больного на те или иные жизненные ситуации.

### **Гипертоническая болезнь**

В лечении гипертонической болезни психотерапия играет большую роль. Используют психотерапевтические методы, направленные на борьбу с раздражительностью, взрывчатостью, на более спокойное, адекватное отношение больного к раздражителям. По нашим наблюдениям, в этом русле следует строить психотерапевтические беседы. Целесообразно применять гипнотерапию, удлинненный гипноз-сон, аутогенную тренировку (лучше вечером, перед сном). При лечении неврозоподобных состояний у больных гипертонической болезнью особое внимание нужно уделять поддерживающей психотерапии, профилактике рецидивов и обострений, повышению устойчивости больных по отношению к стрессам.

Больной гипертонической болезнью должен в процессе психотерапевтического лечения изменить свое отношение к болезни, активно бороться с ней, не считать себя неизлечимо больным. По нашему мнению, этим во многом определяется успех от проводимой комплексной терапии таких больных.

### **Радикулиты, невралгии**

При радикулитах, невралгиях больного прежде всего беспокоят боли. Кроме того, нередко в связи с их затяжным характером течения у пациента возникает вторичная невротизация на основное заболевание, могут появиться ипохондрические, а при очень упорном течении, когда под угрозу ставятся социально-трудовая, профессиональная пригодность больного, и депрессивные наслоения. Все это может стать объектом психотерапевтического воздействия. Мы использовали в этих случаях рациональную психотерапию. В индивидуальных и коллективно-групповых (в палатах) беседах больным разъяснялась в понятной для них форме суть заболевания, указывалось, что все неприятные явления с течением времени пройдут. Использовалась методика лечебной перспективы: больные, наблюдая, как их соседи по палате с таким же заболеванием постепенно выздоравливали, убеждались в перспективности проводимого лечения.

Больным рекомендовалась аутогенная тренировка, направленная на успокаивание, мышечную релаксацию, умение принять антальгическую позу. Активно использовались методы косвенной потенцирующей психотерапии, либротерапии, в ряде случаев — гипнопсихотерапии. Наш опыт лечения большого числа больных, страдавших радикулярными синдромами, невралгиями, свидетельствует о целесообразности сочетания индивидуальной и групповой психотерапии, других видов психотерапевтического лечения. На больных с пояснично-крестцовыми радикулярными синдромами, как показали наши наблюдения, благоприятное влияние оказывает сочетание аутотренинга с методами ЛФК, массажа, физиотерапии. Перед этими процедурами (обычно за 1 час) больной с помощью специально подобранных словесных формул внушает себе получение эффекта от предстоящего лечения.

### **Острый и отдаленный периоды легкой закрытой черепно-мозговой травмы**

Помимо медикаментозных методов лечения пострадавших в остром периоде легкой закрытой черепно-мозговой травмы (ЛЗЧМТ) применяется методика рациональной психотерапии: больному разъясняются причины ухудшения его самочувствия,

доказывается ошибочность опасений за свою жизнь, подчеркивается, что постепенно на фоне лечения состояние его, несомненно улучшится и неприятные ощущения пройдут. Беседы проводятся в спокойном, уверенном тоне с аргументацией, понятной больному. Обращается внимание больного на то, что в подобных случаях всегда наступает улучшение, приводятся примеры из клинической практики. Наряду с этим используются также приемы многократной потенцирующей психотерапии: больному сообщается, что лекарство или эта комбинация лекарств окажут особо благоприятное действие на его нервную систему, будут способствовать скорейшему выздоровлению. Мы рекомендуем в лечении больных рассматриваемого контингента использовать также коллективно-групповую психотерапию в мини-коллективах по 3–5 человек 1–2 раза в неделю, где обращается внимание на уже выздоравливающих, в короткую беседу вовлекаются другие больные в палате, приводятся примеры улучшения состояния больного с более тяжелыми заболеваниями. Об ухудшении состояния больных говорится как о временном явлении. Следует указать, что элементы коллективно-групповой психотерапии используются обычно не сразу при поступлении больного в стационар, а тогда, когда у него уменьшаются головные боли, головокружения и т.д., когда проявляется явная тенденция к улучшению состояния. В первые дни нахождения больного в стационаре прежде всего необходимо успокоить его, внушить ему уверенность в выздоровлении. Психотерапевтическое лечение в остром периоде проводится ненавязчиво, кратковременно и так, чтобы не утомить больного. Имеются особенности психотерапевтического лечения больных с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ), хроническими соматическими заболеваниями внутренних органов. Так, у больных с ДЭ уже в остром периоде ЛЗЧМТ или через некоторое время после нее, по нашим данным, нередко наблюдается обострение хронической недостаточности мозгового кровообращения. В этих случаях самочувствие больных обычно длительно остается неудовлетворительным, наблюдается выраженный церебрастенический синдром, проявляются ипохондрические мысли, отмечается снижение фона настроения, иногда плаксивость, элементы депрессии. У больных с хроническим гепатохолеститом, язвенной болезнью желудка, стенокардией иногда наблюдаются обострения их соматических заболеваний. Наши

наблюдения показали, что больным с хроническими сопутствующими заболеваниями хорошо помогает спокойная, неторопливая психотерапевтическая беседа, рациональная психотерапия, многократная потенцирующая психотерапия.

При выписке больные ориентируются на дальнейшее улучшение состояния, однако не скрывается возможность появления тех или иных последствий ЛЗЧМТ, поэтому рекомендуется дальнейшее диспансерное наблюдение у врача-невролога и терапевта поликлиники, выполнение их рекомендаций. В отдаленном периоде ЛЗЧМТ, как и в остром периоде, проводится рациональная психотерапия, шире используются методы коллективно-групповой психотерапии в мини-коллективах по 3–5 человек, приемы психотерапевтического зеркала, лечебной перспективы, многократной потенцирующей психотерапии, либропсихотерапии.

В психотерапии больных с последствиями ЛЗЧМТ следует учитывать ведущий синдром, сопутствующие хронические неврологические и соматические заболевания.

Больные, перенесшие ЛЗЧМТ, страдающие ДЭ, часто «уходят в болезнь», у них может теряться вера в улучшение их состояния, меняться их социальный статус. В связи с этим психотерапия у этих больных, по нашему мнению, должна строиться на дезактуализации травматогенных событий в жизни больного, создании оптимистического настроения, выработке адекватных реакций на события в жизни пациента, обнадеживающие перспективы, ресоциализацию. У больных, перенесших ЛЗЧМТ, страдающих указанными выше хроническими соматическими заболеваниями, помимо описанных выше методов психотерапии, нами в ряде случаев с успехом было применено гипносуггестивное лечение, аутотренинг, обращается внимание на большие компенсаторные возможности нервной системы, пути преодоления болезни, приспособления к жизненным условиям. При необходимости проводится семейная психотерапия в виде разъяснительной работы с родственниками больного.

### **Острые и хронические нарушения мозгового кровообращения**

Профилактика и лечение цереброваскулярных заболеваний являются очень важной не только медицинской, но и социальной проблемой. Следует отметить, что у многих больных с це-

реброваскулярной недостаточностью нередко наблюдаются различные невротические реакции и неврозоподобные состояния. У многих наблюдаются раздражительность, плаксивость, беспокойный сон, состояние тревоги за свое здоровье.

Мы в своей работе при острых цереброваскулярных заболеваниях применяли (помимо медикаментозного лечения) методику рациональной психотерапии: больному разъясняется причина возникновения его заболевания, сущность его, доказывается ошибочность опасений больного о неизлечимости болезни. В ходе бесед с пациентом к его жалобам и тревогам проявляется сочувствие, в спокойном и уверенном тоне подчеркивается, что острые симптомы исчезнут, заболевание постепенно будет проходить и улучшение, несомненно, наступит. Беседы строятся на основе логических заключений, направленных на снятие «надстройки над болезнью», с аргументацией, понятной больному. Внимание вновь поступающих обращается на тот факт, что в подобных случаях, несомненно, возникает значительное улучшение. При контакте с соседями по палате больные убеждаются в справедливости этих слов. Это вселяет в них уверенность в выздоровлении.

Использовались также приемы многократной потенцирующей психотерапии. Элементы коллективно-групповой психотерапии в мини-коллективах по 3–5 человек 1–2 раза в неделю применялись у лиц с ДЭ, у которых уже отмечалось улучшение. В беседах многократно и всячески подчеркивались малейшие моменты улучшения. Об ухудшении здоровья врач должен говорить как о преходящих моментах, своеобразных «зигзагах» в течении болезни. Используются приемы психотерапевтического зеркала, лечебной перспективы, проводится психическая гимнастика.

У больных, страдающих ДЭ, после того, как обострение миновало, мы осторожно используем и методику либропсихотерапии. Необходимо отметить, что имеются определенные отличия в проведении психотерапии больных с ОНМК и ДЭ. Так, например, больным с ОНМК (имеются в виду больные в сознании, с достаточным уровнем мышления) можно ненавязчиво проводить рациональную психотерапию, многократную косвенную потенцирующую психотерапию. Однако коллективно-групповую психотерапию, либропсихотерапию больным с ОНМК мы не проводим, поскольку это может утомить пациентов, ухудшить их самочувствие. Мы стараемся прежде всего успокоить больных,



внушить им уверенность в успехе проводимого лечения, в улучшении их состояния. То же относится к больным с ДЭ в стадии обострения заболевания.

В связи с развитием неврологии достижения точных наук все более берутся на вооружение медициной. Больной постоянно слышит о результатах анализов, электрофизиологических, офтальмологических исследований, т.е. может стать как бы объектом тех или иных исследований, что может нанести ему психическую травму. Больного с тяжелым неврологическим заболеванием, когда он и так обеспокоен, подобное отношение может еще больше испугать, уменьшить веру в выздоровление. Психотерапия во всех случаях у больных неврологического профиля должна быть индивидуально направленной, учитывать не только особенности течения заболевания у данного больного, но и личностные особенности, семейные, производственные условия пациента. Она не должна вызывать утомление больного.

Проведенные исследования показали, что эффект от сочетанного проведения медикаментозного лечения, ЛФК, массажа и психотерапии возрастает. Особенно существенен эффект от сочетанного применения медикаментозного лечения и психотерапии у больных без параличей и парезов рук и ног, однако и при наличии их психотерапия в сочетании с другими методами лечения оказывает положительное влияние на течение заболевания.