

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ Р.А. Часнойть

30 января 2009 г.

Регистрационный № 205-1208

**МЕТОД КРАТКОСРОЧНОЙ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ
В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУ «Республиканский научно-практический
центр радиационной медицины и экологии человека»

АВТОРЫ: канд. мед. наук, доц. А.В. Рожко, д-р мед. наук, проф.
С.А. Игумнов, И.В. Григорьева

Гомель 2009

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ПРЕПАРАТОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

- персональный компьютер;
- шкала определения тревоги и депрессии;
- протокол по ДПДГ;
- помещение для проведения индивидуальных занятий.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Психокоррекционная помощь пациентам, прооперированным по поводу рака щитовидной железы, в процессе амбулаторного и стационарного этапов реабилитационной помощи.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Психотические состояния; эпилепсия; неспособность переносить высокий уровень тревоги.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА

Сущность предлагаемого метода заключается в том, что тяжелые психические травмы и стрессы могут блокировать деятельность адаптивной информационно-перерабатывающей системы. В этих случаях травматические воспоминания и связанные с ними представления, аффективные, соматовегетативные и поведенческие реакции не получают своего адаптивного разрешения, продолжая храниться в ЦНС в форме, обусловленной пережитым состоянием. Негативная информация как бы «замораживается» и длительное время сохраняется в своем первоначальном, непереработанном виде за счет изоляции нейронных сетей мозга, обеспечивающих доступ к этим воспоминаниям, от других ассоциативных сетей памяти. При этом не происходит нового обучения, так как соответствующая психокорректирующая информация не может ассоциативно связываться с изолированной информацией о травматическом событии.

В результате негативные эмоции, образы, ощущения и представления из прошлого проникают в настоящее, вызывая сильный душевный и физический дискомфорт. Известно, что движения, используемые при ДПДГ, запускают процессы, активирующие ускоренную переработку травматического опыта по аналогии с той, которая нормо происходит на стадии сна с быстрыми движениями глазных яблок (REM-фаза).

Использование в ходе проведения процедуры ДПДГ повторяющихся серий движений глаз приводит к разблокированию изолированной нейронной сети мозга, где хранится травматический опыт, который, в свою очередь, подвергается десенсибилизации и ускоренной когнитивной переработке. Воспоминания, имеющие высокий отрицательный эмоциональный заряд, переходят в более нейтральную форму, а соответствующие им представления и убеждения пациентов приобретают конструктивный характер.

Практические аспекты применения метода

1. Подготовка. Необходимо выявить травмирующие переживания, определить имеющиеся дисфункциональные поведенческие паттерны и болезненные симптомы, установить терапевтические отношения с пациентом, а также разъяснить ему сущность метода. Психотерапевт рассказывает клиенту о ДПДГ, исходя из его возраста, образовательного уровня и опыта, например: «После психической травмы вся информация о ней оказывается «заблокированной» в структурах мозга и может длительное время храниться в неизменном («законсервированном») виде, включая яркие зрительные воспоминания всей картины произошедшего травматического события, а также имевшихся в тот момент звуков, мыслей и чувств. Движения глаз, которые используются при ДПДГ, позволяют «разблокировать» этот участок мозга и переработать травматическую информацию. По современным данным, подобный процесс происходит в фазе быстрого сна, в которой мы видим сновидения, а спонтанно возникающие при этом движения глаз помогают переработать бессознательный материал. Важно помнить, что ваш собственный мозг вызывает процесс исцеления, который запускается через движения глаз, и вы сможете контролировать этот процесс в ходе сеанса». Далее даются конкретные инструкции: «Нам необходимо высвободить ваши переживания. Для этого мне нужно получать точную информацию обо всем, что происходит с вами в ходе сеанса. Иногда что-то будет изменяться, иногда — нет. Я буду спрашивать, как бы вы оценили свои чувства в баллах от 0 до 10, иногда эти чувства будут изменяться, а иногда не будут. Я могу спросить, происходит ли что-то еще (изменения образа событий, мыслей, звуков, ощущений или убеждений) — иногда это действительно будет происходить, а иногда нет. При этом не должно быть подобных ответов «Я предполагаю....» — просто давайте обратную связь в отношении происходящего, ничего не оценивая. Пусть происходит все, что происходит».

2. Определение предмета (цели) воздействия. Основная цель воздействия — хранящаяся в памяти информация о психотравмирующей ситуации. Вначале определяют конкретный эпизод, подлежащий переработке. Затем выясняют: «Какая картина представляет наиболее неприятную часть травматического события?».

3. Определение негативного самопредставления, т. е. существующего в настоящий момент отрицательного убеждения, отражающего представление пациента о себе, непосредственно связанные с психотравмой. Психотерапевт спрашивает: «Какие слова более всего соответствуют картине события и отражают ваше теперешнее представление о себе в той ситуации?». Пациент высказывает свои мысли в настоящем времени с использованием местоимения «я». Например: «я не могу защитить себя; я не контролирую себя; я в опасности; я беспомощен; я неудачник; я не могу доверять самому себе» и т. п.

4. Определение положительного самопредставления, т. е. того убеждения, которое пациент хотел бы иметь в отношении себя. Затем по шкале соответствия представлений (ШСП) определяют, в какой степени является для него правильным (на уровне чувств и интуиции) желаемое представление о

себе сейчас: «Когда вы вновь обращаетесь к этому болезненному для вас воспоминанию, насколько по внутреннему (интуитивному) ощущению кажется вам истинным положительное самопредставление — в баллах выражается от 1 до 7, где 1 — абсолютно не соответствует, а 7 — полностью соответствует». Если пациент определяет степень соответствия положительного представления о себе в 1 балл (т. е. он совершенно в него не верит), необходимо изменить самопредставление на то, которое могло бы быть им оценено хотя бы в 2 балла по ШСП.

5. *Определение выраженности негативного эмоционального реагирования и телесного дискомфорта.* Выраженность отрицательных эмоций определяют по шкале субъективного беспокойства (ШСБ), где за 0 баллов принимается полное спокойствие, за 10 баллов — крайняя степень тревоги, достигающая панического уровня.

6. *Десенсибилизация и переработка.* На этом этапе у пациента вызывают движения глаз от одного края визуального поля до другого. Такие полные двухсторонние движения глаз следует выполнять с максимально возможной скоростью, избегая при этом появления чувства дискомфорта. Ему предлагают следить глазами за двумя пальцами руки психотерапевта, которая ладонью обращена к пациенту и перемещается на расстоянии 30–35 см от его лица. Одна серия обычно состоит из 20–30 движений глаз (влево и вправо — одно движение). Движения глаз могут изменяться: горизонтальные, вертикальные, круговые, в виде восьмерки.

7. *Инсталляция.* Психотерапевт начинает с вопроса: «Остаются ли уместными слова (произносит положительное самопредставление) или вы чувствуете, что более подходящим является другое положительное высказывание?». Нередко после проведения десенсибилизации пациент начинает по-другому смотреть на события прошлого и изменяет эту фразу на более подходящую. Затем следует вопрос: «Подумайте о травматическом событии и об этих словах» (еще раз повторяет положительное самопредставление). Насколько истинными вам кажутся сейчас эти слова, от 1 балла — абсолютно не соответствуют, до 7 — полностью истинны.

8. *Сканирование тела.* На этом этапе пациенту предлагают закрыть глаза, и удерживая в сознании первоначальное воспоминание и положительное представление о себе, мысленно пройти по всему телу. Любое остаточное напряжение или телесный дискомфорт перерабатываются дополнительными сериями движений глаз до их устранения. Это своего рода результат переработки, поскольку при полной нейтрализации травматического воспоминания оно теряет не только отрицательный эмоциональный заряд, но и перестает вызывать связанные с ним дискомфортные ощущения.

9. *Завершение.* Если в ходе ДПДГ травматический материал полностью не переработан, перед окончанием сеанса пациента возвращают в состояние эмоционального равновесия и предлагают запомнить (записать) беспокоящие воспоминания, мысли и ситуации, которые могут возникнуть у него между психотерапевтическими сессиями.

Продолжительность одного сеанса составляет от 60 до 120 мин. Частота сеансов — 1–2 раза в неделю, при общем количестве от 2 до 5.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. После выполнения множества последовательных серий движений глаз у пациента может сохраняться высокий уровень беспокойства с повторяющимися отрицательными мыслями, эмоциями и образами. Переработка остается заблокированной даже после того, как были использованы вышеописанные дополнительные приемы.

2. Дефицит информации. Жизненный опыт пациента, его образовательный уровень не обеспечивают его информацией, необходимой для адекватной оценки имеющихся проблем.

Нами разработан протокол проведения ДПДГ, который позволяет структурировать полученную информацию в процессе терапевтической сессии и стать отчетным материалом для последующего анализа.

Протокол проведения ДПДГ (десенсибилизация психических травм посредством движения глаз)

Ф.И.О. _____

отделение _____

Дата проведения __. __. ____ г.

Инструкция пациенту:

1. Подумайте о своем травмирующем опыте (неприятности) и сосредоточьтесь на образе, который представляет либо весь этот опыт, либо наиболее травмирующую его часть. Желательно, чтобы в этом образе присутствовал полный ВАКД [т. е. полный набор модальностей: визуальных, аудиальных, кинестетических, дигитальных]. В 2–3 предложениях опишите ситуацию: _____

2. Определите или сформулируйте утверждения и чувства (не менее 3), характерные для вашего отрицательного самоопределения, т. е. той негативной мысли-самооценки, которая сопровождает этот травмирующий опыт (неприятность), например:

Чувство:

Чувство (тревоги) _____

Чувство (неуверенности) _____

Чувство (страха) _____

Суждения:

Я (бессилен) _____

Я (ничего не могу предпринять) _____

Я (не могу преуспеть) _____

Я (не достоин успеха) _____

И определите одним словом **состояние**, которое отражает данные психотравмирующего опыта (например: состояние шока, потери). _____

3. Создайте чувство и суждение, которое будет отражать ваше **положительное самоопределение** по поводу данной неприятности, т. е. то, что должно присутствовать в вашем сознании и бессознательном вместо негативной самооценки, в которой вы застряли. Например:

Чувство:

Чувство (доверия) _____

Чувство (уверенности) _____

Чувство (спокойствия) _____

Суждения:

Я (обладаю необходимыми ресурсами) _____

Я (могу многое сделать) _____

Я (человек, достойный уважения) _____

И определите одним словом **состояние**, которое отражает данные психотравмирующего опыта (например: состояние принятия и понимания, приобретения). _____

4. Оцените собственную веру в это новое **положительное самоопределение** по 7-балльной шкале, где 1 — «полностью не верю», а 7 — «полностью верю». Не удивляйтесь тому, что оценка ваша находится в пределах 1–2 баллов — так, увы, и должно пока быть. _____

5. Теперь уже по 10-балльной шкале оцените уровень своего собственного беспокойства по поводу исходной неприятности. Здесь 10 баллов будет соответствовать максимальному беспокойству, а 1 — минимальному. Опять-таки не удивляйтесь оценке в 8–9–10 баллов — иначе и быть не должно, ведь эта самая неприятность намертво застряла в вас и никуда не хочет уходить без посторонней помощи _____

6. Теперь давайте определим оптимальную скорость и амплитуду движения ваших глаз с помощью моей руки, в которой точкой фиксации взгляда будут выступать мои два сомкнутых пальца — указательный и средний. Это оценочное определение прodelьвается для:

- горизонтальных движений;
- большой восьмерки.

С него и мы начнем.

7. Вспомните VAKD своей неприятности и думая о ней и следя за моими пальцами, проделайте серию из 24 движений глаз, начните с горизонтальных. Окончив серию, освободитесь от психотравмирующего материала и сделайте глубокий вдох и выдох. После чего вернитесь к образу и исследуйте:

- то, что вы сейчас испытываете по поводу этого образа;
- то, что вы теперь думаете о своей неприятности.

А затем оцените уровень вашего беспокойства по 10-балльной шкале. Мы будем повторять все вышеописанное до тех пор, пока уровень вашего беспокойства по поводу неприятности не снизится до приемлемо для вас уровня (точных норм здесь нет, хотя достижение 2–3 баллов близко к достаточному) _____

8. Теперь сосредоточьтесь на представлении выбранного вами положительного самоопределения (просто думайте о нем) наряду (одновременно) с воспоминанием о вашем психотравмирующем опыте (неприятности) (ее образе) и продолжите серию следующих за моей рукой движений глаз по направлению большой восьмерки до тех пор, пока вера в положительное представление не достигнет приемлемого для вас уровня (обычно 5 и выше) _____

9. После того, как положительное самоопределение достаточно утвердится, удерживая и его, и образ неприятности, исследуйте, не осталось ли у вас где-то в теле неприятных ощущений или напряжений. Если таковые обнаружены, сфокусируйтесь на них, и мы вернемся к шагу № 7 и 8, до тех пор, пока вы не будете испытывать выбранного нового состояния.