

Психотерапевтические техники в наркологии — прогрессивная мышечная релаксация

ШЕВЦОВ А.В.

к.м.н., врач-психотерапевт, КДК №1 ФГУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова Росздрави», Москва

В наркологии по-прежнему высока потребность в простых, доступных и эффективных методиках для работы с зависимыми пациентами. Наши пациенты все так же неуравновешенны, пессимистичны и неуспешны. Низкая самооценка, быстрая истощаемость, частые неудачи и актуализация патологического влечения к алкоголю вновь и вновь толкают их на поиски веществ, которые могут сделать ситуацию хотя бы временно терпимой.

Этот порочный круг не разрывается запретительными методиками и может быть лишь немного приглушен приемом психотропных лекарств. К моменту обращения к врачу у наркологических больных имеется привычный способ реагирования на любой конфликт или проблему. Этот способ оттачивается годами, а чаще десятилетиями. Поначалу это только адаптация к новым нагрузкам на новой работе, изменившимся отношениям в семье, постоянно приходящим мыслям о неостребованности, накапливающейся тревоге о недопустимости ошибок в новом обществе. На первых порах (для наших пациентов до 10—15 лет) алкоголь действительно становится универсальным и действительно помогающим транквилизатором. Его свойства:

- низкая стоимость (по затратам времени и денег);
- эффективность;
- всеобщая доступность;
- психологическая понятность (алкогольные традиции).

С вступлением в действие определенных биологических механизмов (развитие зависимости) к этим эффектам прибавляются и другие:

- вторичное патологическое влечение к алкоголю;
- эмоциональная лабильность;
- неустойчивость к стрессовым воздействиям как негативного, так и позитивного характера;
- элементарная автоматическая привычка по поводу и без повода приобретать и употреблять спиртные напитки;
- собственно психотропное хроническое воздействие алкоголя, которое включает в себя осознание того, что изменить свое психическое состояние без спиртного невозможно.

На наш взгляд, без изменения этих жизнеобеспечивающих факторов (а мы привели далеко не все) не стоит ожидать сколько-нибудь серьезных ремиссий. Часто современные наркологи подходят к этому комплексу проблем, имея в арсенале только методики запугивания (пусть и довольно разнообразные, но все же имеющие лишь одно направление). В этом случае они должны отдавать себе отчет, что получить хоть какую-то эффективность можно, только переложив ответственность на пациента. Но даже этот результат будет лишь полной заслугой пациента, часто вопреки стараниям врача. Сделать это очень просто. Любому наркологу не раз приходилось слышать, а иногда и произносить, формулировки: «он должен захотеть сам», «мы вылечим только физическую зависимость, а дальше уж сам», «мы не волшебники», «чудес не бывает», и пр. Подобным образом врач полностью пере-

кладывает ответственность за результат лечения на больного. Он может это делать сознательно или неосознанно.

Выход из этой непростой ситуации давно нашли многие практики наркологии. Либо через дополнительное психологическое и психотерапевтическое образование либо используя свой многолетний личный опыт, они пришли к довольно стандартизированным личным методикам. Внешние признаки такой работы — длительность, индивидуальность, качество. Очень часто эти методы имеют прямое отношение к рациональной психотерапии.

Так что же происходит на 1,5—2-часовых консультациях? О чем говорят врачи своим пациентам? Как они добиваются результатов, отличных от общестатистических?

По нашему глубокому убеждению, многие ответы на поставленные вопросы может дать психотерапия. Личные предпочтения, вкус и личностные особенности каждого врача помогут ему разобраться в предлагаемых методиках, и решить, что именно и как он будет использовать. На суд уважаемых коллег предлагаем методы из личной практики, давшие результаты не в одном десятке случаев.

Но сначала нам придется несколько углубиться в терминологию используемых понятий.

В отечественной наркологической литературе часто встречается термин *рациональная психотерапия*. Действительно, рациональная психотерапия является самым распространенным психотерапевтическим методом [3]. Многие врачи-наркологи уверены, что при любом контакте с пациентом (от сбора анамнеза, объяснения характера и осложнений алкоголизма до проведения запретительной методики) они используют элементы рациональной психотерапии. Провести четкие границы между отдельными видами психотерапии невозможно потому, что оценка влияния, которое один человек (тем более врач) оказывает на психику другого, крайне сложна и включает в себя целый ряд элементов. Однако очень часто здесь смешиваются два разных понятия, два разных вида психотерапии — рациональная и разъяснительная. Здесь обнаруживается, прежде всего, незнание самих врачей, путающих многие приемы психотерапии [2].

Совершенно по-другому расценивают этот термин врачи психотерапевты. Более того, и в психотерапии имеется несколько значений этого понятия.

Как известно, количество различных методов в настоящее время в психотерапии превысило 700. Многие авторы подразделяют это количество на методы, проводящиеся в особых состояниях сознания (гипноз, символдрама, психосинтез и др.), и методы рациональные, т.е. все остальные, которые проводятся в ясном сознании, например в виде бесед, консультаций, сессий, групповой терапии.

Собственно метод рациональной психотерапии предложил еще в начале прошлого века швейцарский невропатолог Дюбуа. Он полагал, что многие нервно-психические расстройства, в частности неврозы, являются следствием неправильных представлений, ошибочных умозаключений, а поэтому излечиваются преимущественно посредством логических доказательств и переубеждений больного.

«Рациональной психотерапией, — писал Дюбуа, — я называю ту, которая имеет своей целью действовать на мир представлений пациента непосредственно, а именно путем убедительной диалектики».

Современный человек получает массу разрозненных знаний о своей болезни как из медицинских, так и из других источников. Смешиваясь с житейскими и социальными понятиями, эти знания порождают ложные суждения, которые нередко создают у человека основу неправильной оценки своей болезни или ее мнимых признаков. Как в случае переоценки, так и недооценки своей болезни, человек нуждается в психотерапевтической коррекции, которую следует именовать *разъяснительной*. Роль разъяснительной психотерапии в свое время высоко оценивал В.М. Бехтерев (1911 г.). Это беседы, лекции с пациентами о сущности их заболевания. Она предполагает активность пациента и носит дидактическую направленность (*didaktikos* — греч. *поучительный*, цит. по [5]).

В случае, когда больной по тем или иным причинам не соглашается с врачом в вопросах, связанных с болезнью или причинами ее возникновения, применяется рациональная психотерапия (цит. по [2]).

Нас же интересуют простые, не требующие дополнительного образования от врача психотерапевтические методики, которые можно использовать в условиях наркологического стационара или диспансера. В наркологическую практику прочно введено понятие *рациональная психотерапия*, и мы не видим большого смысла во введении новых терминов. Для пояснения авторской позиции по изложенному вопросу уточним, что под рациональной психотерапией понимаем психотерапевтические техники, проводимые в обычном (ясном) состоянии сознания. Мы полагаем, что именно разработка и предложение подобных методик входит в основные цели научной наркологии и психотерапии. Требования, предъявляемые нами к методам психотерапевтического воздействия:

- эффективность;
- простота и доступность;
- возможность проведения в обычном состоянии бодрствования;
- возможность сочетанного применения с методами фармакологического, физиотерапевтического и психотерапевтического воздействия.

Всем этим требованиям отвечает метод прогрессивной мышечной релаксации (ПМР), несколько упрощенный нами. Метод как вариант аутогенной тренировки предложен чикагским врачом Эдмундом Джекобсоном в 1922 г. Следует отметить, что в 20—30-е годы методы Джекобсона и Шульца (наиболее известный способ аутогенных тренировок) не разделялись и рассматривались как варианты «лечения посредством деконтракции» (т.е. с помощью постепенного расслабления) [9].

С нашей точки зрения, метод позволяет справляться с эмоциональным напряжением без дополнительной лекарственной нагрузки. Под эмоциональным напряжением мы понимаем состояние постоянной и даже чрезмерной активности у пациентов таких переживаний, как тревога, чувства вины и стыда, а также влечение к приему психотропных средств. Оно наблюдается у наших пациентов начиная с последнего приема психоактивного средства вплоть до становления ремиссии, а также в периоды обострения патологического влечения к алкоголю.

Джекобсон исходил из общеизвестного факта, что эмоциональное напряжение сопровождается напряжени-

ем поперечно-полосатой мускулатуры, а успокоение — их релаксацией. Естественно было предположить, что расслабление мускулатуры должно сопровождаться снижением нервно-мышечного напряжения.

Под релаксацией Джекобсон понимал не только релаксацию мышц, но и состояние, противоположное психической (эмоциональной) активности.

В разработке данной техники мы использовали также методические рекомендации А.В. Алексева (1995 г.), с успехом применявшиеся в спортивной медицине [1].

Опишем технику лечения. Лечение начинается с беседы с больным, в процессе которой врач объясняет механизмы лечебного воздействия мышечной релаксации. На этом этапе можно применить некоторые суггестивные механизмы. Например, рассказать о том, что восстановление организма, активация его внутренних ресурсов гораздо активнее происходит в состоянии релаксации. Роль больного здесь — научиться самостоятельно расслаблению, научиться «отпускать» свой организм. В рассказе необходимо отметить связь релаксации мышечной и эмоциональной. У расслабленного эмоционально человека, например спящего, расслаблены все мышцы. И наоборот, человек, достигший мышечного расслабления, расслабится и психически.

Далее пациента просят в положении лежа (можно сидя) напрячь мышцы рук, а затем резко расслабить. Основная цель напряжения — почувствовать активизированные мышцы, почувствовать, как их много, «поиграть» ими. Необходимо заострить внимание пациента на том, что в покое и активности телесные ощущения сильно различаются, контрастны. Даже после двукратного упражнения пациент отметит необычные тепловые ощущения в конечностях. Врач может отметить физиологическую понятность этих ощущений: тепловая волна — это теплая артериальная кровь, поступающая в расширенные после резкого расслабления сосуды. Здесь необходимо разъяснить пациенту важность ощущения этой волны, так как это и есть главный признак релаксации и наиболее необходимый момент для восстановления всего организма.

Все мышцы тела условно делим на пять групп — руки, ноги, туловище, шея, лицо. В этой же последовательности продолжаем чередовать состояния активности и расслабления, обращая внимание на контраст в телесных ощущениях. Упражнения с ногами лучше делать поочередно. После двукратного напряжения и расслабления в правой ноге нужно предложить пациенту сравнить ощущения в разных ногах. Ощущения в правой ноге будут заметно отличаться от ощущений в левой ноге, еще не участвовавшей в упражнении.

Напрягать мышцы туловища можно следующим образом. Принимается положение «стойки смирно»: живот втянуть, грудь вперед, слегка меняя положение корпуса с основной целью активизировать и почувствовать как можно больше мышц. Расслабление рекомендуется осуществлять резко, «как выдернуть веревку», «сдуться», внимательно ощущая контраст впечатлений.

Следующая группа — мышцы шеи. Исследования психической усталости у студентов и педагогов в МГУ им. Ломоносова в начале 70-х годов показали, что при умственном утомлении наиболее напряженными становятся мышцы шеи. Таким образом, расслабляя и согревая их, мы как бы «открываем канал, по которому утомление начинает уходить из головного мозга». Можно предложить медленно подтянуть плечи к ушам так, чтобы хорошо ощутить напряжение под подбородком и в затылочной области, не-

много покачать головой, а затем мгновенно сбросить его. Прислушаться к ощущению растекающегося расслабления, которое возникнет в силу контраста с только что предложенным напряжением, хорошо его запомнить.

Далее — мышцы лица. Напрягаются они просто — нужно нахмуриться, зажмуриться, плотно сжать губы и зубы, построить гримасы. Как и с другими группами мышц, напряжение длится несколько секунд на глубине вдоха, затем мгновенно сбрасывается на фоне спокойного выдоха. С каждой группой мышц мы обычно упражняемся 2–3 раза. Таким образом, общая длительность упражнения не превысит 5–10 мин.

Обычно пациенты с большим удовольствием делают эти упражнения, часто с удивлением наблюдая самостоятельный контроль неких телесных переживаний. Обычно под конец упражнения они полностью сосредоточены на проприоцептивных ощущениях. В этот момент особенно важно сделать акцент на том, что полученное состояние и есть состояние и мышечной, и психической релаксации.

Если пациент затрудняется описать разницу в ощущениях покоя и активности, можно предложить напрячь дважды одну ногу и предложить сравнение со второй. Напряжение рекомендуется в полсилы или чуть больше. Непосредственно перед расслаблением можно рекомендовать немного усилить напряжение. Акцент в этом состоянии следует перемещать на то, чтобы пациент ощутил как можно большее количество мышц, и, особо, на контраст активности и покоя.

Таким образом, собственно самовнушения, предложенного Джекобсоном, в данной технике осталось немного. Но эта потеря с лихвой окупается тем, что пациенты с удовольствием применяют этот метод самостоятельно, по нескольку раз в день. Главная цель, достигаемая этим элементарным упражнением, состоит в отвлечении пациента от собственных эмоциональных переживаний и получении им навыков самоконтроля. Парадоксально, но одним из основных достижений данной техники стало существенное повышение доверия пациента к лечащему врачу, особенно если впервые это упражнение врач проведет вместе с больным.

Косвенным образом техника взаимодействует с патологическим влечением к психоактивным средствам, усиливая и дополняя собственные механизмы сопротивления заболеванию. Врач может рекомендовать ПМР для 3–5-кратного применения в день. Например, при пробуждении, при засыпании, при перерывах в работе (для амбулаторных пациентов), в транспорте (не все группы мышц). Упражнение может служить первоначальным фоном как для активности, так и для более длительного расслабления, например для сна или сеанса психотерапии. В дни обострения патологического влечения к алкоголю упражнение рекомендуется выполнять чаще — до 10 раз в день.

Более всего этот метод подходил пациентам с выраженной ориентацией на телесные ощущения (бывшие спортсмены, личности с эпилептоидной акцентуацией,

лица с криминальным анамнезом и др.), т.е. тем, кто с большим недоверием относится к вербальным воздействиям, считает объяснения врачей словоблудием [8].

По мнению Джекобсона, снимая посредством произвольного самовнушения напряженность определенной группы мышц («дифференцированная релаксация»), можно избирательно влиять на отрицательные эмоции. Например, тревожность характеризуется очагом напряженности в мышцах, имеющих отношение к артикуляции. Целенаправленно добиваясь релаксации в определенной группе мышц, пациент может получить возможность «симптоматического самолечения». Поэтому метод называется *прогрессивной релаксацией*.

При подключении аутогенной тренировки с определенными формулами внушения эффект от подобных упражнений только повышается. В нашей стране такими работами активно занимались А.В. Алексеев (1995 г.), А.Т. Филатов (1979 г., 1985 г.), А.М. Свядош (1982 г.) и многие другие [1, 4, 6]. Заинтересовавшихся отсылаем к этим многочисленным исследованиям.

Уважаемые коллеги, особенно начинающие доктора! Больным всегда лучше заниматься, чем не заниматься, это известно давно. Потратив свое время на подобные упражнения с пациентом, Вы неизменно выиграете в эффективности. В настоящей статье приведена основа техники. Применив ее на практике несколько раз, Вы обязательно найдете какие-либо интересные решения и дополнения. Она дешева, проста, элементарна и, несомненно, может разнообразить Ваш арсенал практических воздействий на пациентов.

В завершение хотелось бы обратиться к редакции этого уважаемого издания с просьбой о введении дополнительной рубрики, например «Практические техники в наркологии». В этом разделе читатель мог бы регулярно пополнять свой арсенал практических техник, методик, приемов. Ведь именно таких публикаций с нетерпением ожидают в регионах от тех, кто занимается наукой. Сеем надеяться, что практические врачи поддержат эту идею и поделятся какими-либо техниками с коллегами.

Список литературы

1. Алексеев А.В. Система АГИМ. — М., 1995.
2. Егоров Б.Е. Рациональная психотерапия: теория и практика: Методические рекомендации. — М., 2003.
3. Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А. Общая психотерапия. — М., 2003.
4. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. — М., 2000.
5. Панков Д.В. Рациональная и разъяснительная психотерапия: Руководство по психотерапии. — Ташкент, 1985.
6. Свядош А.М. Неврозы. — М., 1982.
7. Филатов А.Т. Аутогенная тренировка. — Киев, 1979.
8. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации у подростков. — Л., 1983.
9. Jacobson E. You must relax. — New York, 1976.

PSYCHOTHERAPEUTIC ENGINEERING IN A NARCOLOGY — PROGRESSIVE MUSCULAR RELAXATION SHEVCOV A.V.

The brief analysis of psychotherapeutic approaches in narcology (addictology) is contained in this article. Is emphasized on rational methods. The engineering of a progressive muscular relaxation is given. Exercise gives elements of self regulation (coping-behaviour).