Когнитивно-бихевиоральная терапия в лечении

больных рассеянным склерозом

Дипломная работа

Введение

Актуальность данной дипломной работы обусловлена тем, что заболевание рассеянный склероз в последние годы XX и в начале XXI века имеет неуклонную тенденцию к росту. По данным ВОЗ всего в мире насчитывается 2,5 млн. больных, число новых случаев – 105 тыс., число случаев длительной инвалидизации – 750 тыс. Заболевание поражает преимущественно лиц молодого трудоспособного возраста, что приводит к выпадению из социальной жизни самой продуктивной части популяции – в возрасте от 15 до 45 лет – преимущественно женщин (до 70% всех заболевших), а так же их близких и родственников, для которых изменяется весь образ жизни, психологический и материальный фон(6,12).

Рассеянный склероз (в дальнейшем РС) является хроническим прогрессирующим заболеванием, при котором наблюдаются множественные очаги поражения в белом веществе (миелиновой оболочке) центральной нервной системы. Клинически заболевание проявляется неврологической симптоматикой с вовлечением нескольких функциональных систем, что приводит к ранней инвалидизации больных. Заболевание относится к группе самых тяжелых. Прогрессирующее развитие приводит к полному обездвижению и слепоте. Человек медленно мумиифицируется на фоне относительной сохранности сознания и ежедневно, ежечасно осознает свои мучения.

Вопросы этиологии, а соответственно и этиотропного лечения этого заболевания остаются открытыми в течение вот уже двух столетий. В последние годы все большее распространение получила мультифакторная теория этиологии РС, исходя из которой основная роль отводится внешним воздействиям на генетически предрасположенных индивидуумов, что предопределяет индивидуальное своеобразие патогенеза и клинического течения заболевания не изучены, нет методов эффективной психологической коррекции.

В связи с чем целью настоящей работы явилось изучение эффектов гетеросуггестивной психомышечной релаксации на психологический статус больных рассеянным склерозом.

Ценность нашей работы заключается в том, что, используя метод гетеросуггестивной психомышечной релаксации, мы отслеживаем, как она воздействует на следующие динамические характеристики психологической деятельности больных: отвлекаемость, истощаемость, утомляемость и снижение темпа деятельности, тревожность (10) и личностную сферу.

Для этого мы использовали следующие методики:

1. «10 слов»;
2. «Таблицы Шульте»;
3. «Счет по Крепелину»;
4. Методика выявления реактивной и личностной тревожности по Спилбергеру;
5. Тест СМИЛ.

##### Наша гипотеза заключается в том, что проведение сеансов гетеросуггестивной психомышечной релаксации положительно воздействует на психологический статус больных рассеянным склерозом.

##### Задачи исследования:

##### 1) исследовать психологический статус пациента с рассеянным склерозом для выявления наличия показаний к гетеросуггестивной психомышечной релаксации;

1. изучить влияние гетеросуггестивной психомышечной релаксации на психологические особенности, выявленные у больных рассеянным склерозом.

Объект: психологический статус больных рассеянным склерозом в процессе гетеросуггестивной психомышечной релаксации.

Предмет: изменения психологических особенностей больных в процессе гетеросуггестивной психомышечной релаксации.

Глава 1 . Литературный обзор

1.1 Заболевание «рассеянный склероз»

Рассеянный склероз – это хроническое воспалительное заболевание ЦНС, возникающее в спинном и головном мозге. В ходе болезни элементы иммунной системы атакуют миелиновую оболочку, покрывающую волокна ЦНС, оставляя на ней бляшки или повреждения. Название “рассеянный” (или множественный) указывает на большое количество участков рубцовых тканей, появляющихся на нервных волокнах. Среди наиболее частых симптомов наблюдается усталость, слабость, потеря чувствительности конечностей, трудности при ходьбе, нарушение работы зрения, покалывание, жжение, нарушение работы мочевого пузыря и кишечника, на так же рассеянность и ослабление мыслительных способностей.

После травм рассеяный склероз – самая распространенная причина инвалидности в молодом и среднем возрасте, наступающая из-за неврологических нарушений.

Субстрат.

Нервная система подразделяется на центральную нервную систему и периферическую нервную систему.

Центральная нервная система (ЦНС) состоит из спинного и головного мозга. Головной мозг в свою очередь состоит из коры больших полушарий головного мозга, мозжечка и ствола мозга. Периферическая нервная система представляет собой нервные волокна и узлы, отходящие от ЦНС и распространяющиеся по всему организму. При этом по чувствительным нервным волокнам импульсы возбуждения поступают в исполняющий орган мышцу, сосуд, суставы и т. д. Ощущения, которые возникают при возбуждении органов чувств при воздействии на кожу, мышцы, суставы, так же передаются по нервным волокнам в ЦНС, где они сознательно или бессознательно фиксируются.

В головном и спинном мозге различают так называемое серое и белое вещество. В сером веществе расположены клеточные тела нейронов. Основная функция нейронов – восприятие раздражения, его переработка, передача этой информации и формы ответной реакции. От тела каждой нервной клетки отходит длинный отросток – аксон, – по которому нервные импульсы идут от тела клетки к иннервируемым органам и другим нервным клеткам. Аксоны покрыты миелиновой (мякотной) оболочкой, толщина которой зависит от функции нерва. Миелиновая оболочка состоит из белково-липидного комплекса (миелина) белого цвета. Совокупность нервных волокон головного и спинного мозга называется белым веществом ЦНС.

Миелиновая оболочка.

При рассеянном склерозе повреждается именно миелиновая оболочка нервных волокон. Миелиновая оболочка служит для быстрой передачи электрического нервного импульса. В нервных волокнах импульс распространяется довольно медленно. Миелиновая оболочка является изолятором, предотвращает рассеивание нервных импульсов и их переход на другие нервные волокна. Миелиновое покрытие по длине волокна имеет сегментарную структуру: на границе двух сегментов имеются участки безмиелиновых перетяжек – так называемые узлы нервного волокна или перехваты Ранвье. За счет этого импульсы распространяются скачками, что значительно ускоряет их прохождение. Если в результате болезни какой-то участок миелиновой оболочки повреждается, скорость прохождения нервных импульсов меняется, замедляется, а значит, функции на этом нервном пути осуществляются медленнее и в измененном виде.

Тела нейронов и нервные проводники – аксоны – окружают глиальные клетки, которые выполняют в ЦНС опорную функцию, а так же участвуют в метаболизме нервных клеток. Они отличаются высоким уровнем белкового и нуклеинового обмена и ответственны за транспорт веществ в нейроны.

Глиальные клетки участвуют в образовании миелиновых оболочек аксонов.

Миелин включает в свой состав протеины, липиды, жиры и содержащие сахар белки.

Функции в ЦНС строго локализованы. Отдельные нервные пучки выполняют вполне определенные задачи и связаны с восприятием информации от определенных органов чувств. Разные функции органов регулируются различными частями НС. Каждая совокупность нервных клеток отвечает за восприятие одного вида чувствительности. И если одна совокупность ведает регуляцией вегетативных реакций, то двигательные импульсы передает другая совокупность нервных клеток. Причем, скажем, двигательные импульсы, соответствующие конкретному движению, передаются нервными волокнами с определенного участка коры головного мозга в любой доле мозга отдельно для движений, осуществляемых правой и левой половиной тела. Эти нервные волокна объединяются в так называемый пирамидный путь. Он ответственен за передачу соответственной импульсации исполнительному органу – определенным мышцам. И если в результате болезни часть нервных волокон в таком пучке повреждена, то он утрачивает способность выполнять свои функции, т. е. происходит ограничение физических возможностей больного человека. И если пучок нервных волокон поврежден целиком, то функция утрачивается полностью, как это происходит, например, при поперечном параличе в результате несчастного случая.

Кроме нервных путей, осуществляющих прямую передачу импульсов, как, например, пирамидный путь, в ЦНС имеются многочисленные нервные пути, которые регулируют осуществление отдельных движений или восприятие определенных ощущений. Так становятся возможными сложные двигательные акты, требующие четкой координации и тонкой дифференцированности. При этом восприятие ощущений, передаваемых через один орган чувств, становится доминирующим, а восприятие ощущений через другой орган чувств – второстепенным, или важные впечатления могут быть отделены от незначительных.

Вспомним, что нервная система осуществляет регулирующее влияние на обменные процессы в тканях, деятельность сердечной мышцы и системы кровообращения, дыхательную функцию, работу мочевого пузыря, желудочно-кишечного тракта, на образование гормонов. Это все обусловливает состояние относительного равновесия внутренней среды организма.

В ЦНС существует несколько переходящих одна в другую полостей, совокупность которых образует систему – своего рода жидкостную ось мозга. Она включает в себя две полости в больших полушариях мозга, по одной в центральной части мозга и между продолговатым мозгом и мозжечком, а так же центральный канал спинного мозга. В желудочках мозга, в субарахноидальном пространстве и в центральном канале спинного мозга циркулирует ликвор – спинномозговая жидкость, которая участвует в обмене веществ между кровеносной и нервной системами.

Между кровеносными сосудами нервной системы и самой нервной тканью существует барьер, именуемый гематоэнцефалическим барьером, защищающим ЦНС от проникновения чужеродных веществ или продуктов нарушенного обмена веществ, вызывающих болезнь. Но в небольшой концентрации вещества, вызывающие болезнь, все же могут проникнуть в нервную ткань. С другой стороны, многие вещества, которые образуются в результате заболевания нервной системы, хоть и попадают в ликвор, не обнаруживаются в крови. Особенно важно это учитывать при патологических изменениях вызванных воспалительными процессами в нервной системе. Поэтому при установлении диагноза “рассеянный склероз” такое большое значение имеет исследование спинномозговой жидкости.

Четыре основные формы рассеянного склероза.

1. Ремиттирующая. Это классическая форма заболевания, которая в 70 80% случаев явно сказывается на здоровье человека уже с первым появлением симптомов. Рецидивы, или обострения, сменяются периодами ремиссии, во время которой симптомы исчезают частично или полностью. Между рецидивами не наблюдается признаков прогрессирования заболевания.
2. Вторично прогрессирующая. Приблизительно у 70% больных, у которых вначале была ремиттирующая форма болезни, развивается вторично прогрессирующая. Помимо периодических рецидивов, у больных прогрессируют неврологические нарушения.
3. Прогрессирующе-ремиттирующая. Встречается у 10% пациентов. Эта форма характеризуется постепенным ухудшением по сравнению с первоначальным состоянием. У больных бывают острые рецидивы, после которых улучшение может наступать, а может не наступать. В отличие от ремиттирующей формы, в промежутках между рецидивами болезнь прогрессирует.
4. Первично прогрессирующая. Она встречается у 10-15% больных. С самого начала она прогрессирует почти постоянно без отчетливых рецидивов и ремиссий. Однако скорость прогрессии может быть разной в разные промежутки времени, так же могут наблюдаться временные незначительные улучшения. Чаще встречается у людей, у которых рассеянный склероз проявился в возрасте 40 лет.

Причины возникновения рассеянного склероза.

Говоря о причинах, следует различать некоторые аспекты проблемы:

* возникновение болезни в целом, т. е. собственно причины, провоцирующие развитие болезни;
* формирование характерных очагов поражения (бляшек) в нервной системе, т. е. непосредственная причина болезни.

Для того, чтобы полностью вылечивать рассеянный склероз или по возможности уметь предотвращать его возникновение, необходимо знать причины, вызывающие этот недуг. На сегодняшний день они неизвестны. Но для того, чтобы лечить вспышки болезни, т. е. проявления ее симптомов, необходимо знать, как происходит процесс образования бляшек.

На основании самых разных наблюдений, сначала по результатам исследования головного и спинного мозга умерших больных, страдавших этим заболеванием, затем дополнительно с помощью более совершенных методов исследования, в том числе ликвора и крови, были разработаны теории, обосновывающие возможные причины возникновения болезни:

* врожденное или приобретенное в результате хронических воздействий нарушение развития миелиновых оболочек нервов, которое объясняет их повышенную ранимость;
* повреждение миелиновых оболочек в результате нарушения кровоснабжения и образование сгустков крови в мелких венах центральной системы;
* воспаление миелиновых оболочек.

Последняя теория чаще всего является предметом обсуждения, поскольку в мозге больных рассеянным склерозом обращают на себя внимание самые заметные изменения именно миелиновых оболочек, произошедшие в результате воспалительного процесса.

Кроме того, воспаление может быть дополнительным объяснением других теорий, так как возбудитель при проникновении в центральную нервную систему может вызвать как нарушение развития миелиновых оболочек, так и повреждение вен. В основе перечисленных теорий лежат наблюдения за больными, страдающими склерозом в течение многих лет, поэтому трудно установить, действительно ли они имеют прямую связь с причинами возникновения рассеянного склероза или являются отдаленными последствиями длительного патологического процесса.

В процессе экспериментов на животных было установлено, что при вызываемом у животного экспериментальном аллергическом энцефаломиелите его иммунная система воспринимает вводимый собственный миелин как чужеродный. Это объясняется тем, что он во время развития животного в утробе матери никогда не вступал в контакт с клетками иммунной системы, лимфоцитами, поэтому у лимфоцитов не могла сформироваться по отношению к нему иммунологическая толерантность. Эта толерантность возникает только по отношению к тем веществам, с которыми контактировали лимфоциты. Вещества, воспринимаемые иммунной системой как чужие, называются антигенами; обычно ими являются возбудители различных заболеваний или иные вещества, проникающие в организм извне. Присутствие антигенов заставляет иммунную систему защищаться, мобилизуя клетки, которые, приняв участие в ряде реакций, удаляют антигены.

Если белки и клетки собственных тканей, как, например, введенный белок миелина при экспериментальном аллергическом энцефаломиелите, воспринимаются иммунной системой как чужие, и она реагирует на них как на аутоаллергены, возникает аутоиммунная реакция. Болезни, выражающиеся в очевидных поражениях тканей и изменениях в организме, возникающих в результате аутоиммунной реакции, называют аутоиммунными. Т. о. экспериментальный аллергический энцефаломиелит является искусственно вызванной аутоиммунной болезнью.

Однако это условия эксперимента. Остается не вполне понятным, почему у человека в определенный момент жизни без наличия какого-либо провоцирующего фактора иммунная система начинает воспринимать миелин как чужой. Поэтому нельзя считать причиной возникновения рассеянного склероза саму по себе аутоиммунную реакцию (без провоцирующего фактора).

В ходе экспериментальных исследований было установлено, что таким провоцирующим фактором может быть возбудитель какой - либо инфекционной болезни. Однако, не смотря на многочисленные поиски и гипотезы, общий для всех больных рассеянным склерозом возбудитель так и не был найден. Возможно, речь идет не об одном возбудителе, а о целом ряде таковых, которые при определенных условиях провоцирует развитие болезни.

В результате открытия в 70-ые годы болезней ЦНС, вызываемых медленными вирусами, которые скрыто поражали ее, пребывая в организме и только годы спустя приводя к болезни, теория о существовании возбудителя рассеянного склероза стала вызывать все больший интерес исследователей по сравнению с теорией о возникновении болезни только в результате аутоиммунной реакции. Инфекционная болезнь, образующаяся в результате действия “медленного вируса” поражает ЦНС, не вызывая сразу острого воспаления мозговой оболочки или острого проявления других симптомов неврологического характера. Такая инфекция приводит к медленно прогрессирующему неврологическому заболеванию только после инкубационного периода, который может длиться многие месяцы и годы. Но изменения в мозге при “медленном вирусе” значительно отличаются от тех изменений, которые возникают при рассеянном склерозе. Вследствие новейших наблюдений теория “медленной инфекции” утратила свою актуальность.

Исследование причин возникновения заболевания.

Эпидемиологическое исследование

Цель эпидемиологического исследования – накопление, систематизация и анализ сведений о наличии определенной болезни, о факторах, которые приводят к ее возникновению у определенных людей или групп людей или влияют на ее возникновение и течение. Для этого выясняется количество заболевших в разных районах земного шара, в отдельных странах и местностях. Определяется частота возникновения болезни в определенные годы, периоды и сезоны; у больших групп населения выясняется, какие болезни они перенесли ранее, какими болезнями страдали их ближайшие родственники, какими были ранее и на момент проявления болезни условия их жизни, включающие в себя место их проживания, социальные и психологические особенности существования, бытовые привычки, профессиональные занятия и условия труда. Исследуются также взаимосвязи между расовыми, климатическими, сезонными, экологическими и сугубо бытовыми факторами и возникновением возможных эпидемий других болезней. Приведем результаты и выводы, на основе которых можно сделать определенные предположения относительно возможных причин возникновения рассеянного склероза.

Женщины болеют в два раза чаще, чем мужчины. Очевидно, это объясняется разницей в деятельности иммунной системы, которая делает женщин более подверженными аллергии и аутоиммунным заболеваниям, при чем не только поражающими нервную систему. Вероятно, причина в гормональных различиях. Наблюдения и предположения такого рода вызвали необходимость появления отдельного направления в научно-исследовательской медицине, которое изучает взаимосвязи между деятельностью гормонов и состоянием иммунной системы и называется иммуноэндокринологией (6).

Высокий уровень заболеваемости в районах, расположенных на данной географической широте. По географическому положению районы, в которых наблюдается высокий уровень заболеваемости, расположены примерно на 40-60° в северном полушарии и 30-40° в южном полушарии, в Австралии и Новой Зеландии. Такое распределение может объясняться тремя факторами.

1. Расовыми, а значит и генетическими влияниями, т. к. районы распространения рассеянного склероза населяют преимущественно представители белой расы.
2. Климатическими влияниями, которые проявляются в том, что в умеренном климате возбудители болезни ведут себя иначе, чем в зонах, где очень холодно или жарко.
3. Влияния, обусловленные уровнем развития цивилизации, который определяет, например, санитарно-гигиенические нормы и отражается на степени распространения инфекционного начала и на среднем возрасте человека, впервые сталкивающегося с возбудителями определенных болезней.

Рассеянный склероз чаще встречается у жителей стран с высоким уровнем санитарно-гигиенических норм и больше у представителей среднего и высшего социальных слоев, имеющих лучшие возможности в отношении гигиены. С одной стороны, это приводит к тому, что иммунная система у детей формируется медленнее, из-за чего после перенесенного ими острого инфекционного заболевания в организме сохраняются остатки возбудителей (наличие персистирующей инфекции). Возможно, оставшиеся в организме возбудители и являются провоцирующим фактором развития рассеянного склероза. С другой стороны, благодаря высокому уровню санитарно-гигиенических условий дети относительно поздно заболевают обычными инфекционными детскими болезнями. Результаты исследований свидетельствуют о том, что риск возникновения рассеянного склероза возрастает у людей, которые поздно (т. е. в возрасте между 12 и 15 годами) переболели корью, свинкой, краснухой.

В свете всего вышеозначенного можно предположить, что на возникновение болезни влияет и экологический фактор, проявляясь в виде нарушения развития миелина, происходящего в результате загрязнения окружающей среды. Однако достоверно подтвердить это пока невозможно.

Роль привычек в еде в развитии рассеянного склероза не ясна. Например, употребление мясных и молочных продуктов в большом количестве входит в рацион жителей стран с высоким уровнем заболеваемости (12).

Генетическое исследование.

Рассеянный склероз нельзя полноправно отнести к генетическим заболеваниям. Но результаты наблюдений указывают на определенную наследственность, что основывается в частности на результатах эпидемиологических исследований, согласно которым рассеянный склероз поражает главным образом людей с белым цветом кожи, о чем свидетельствуют не только данные о распространении болезни по географическому принципу, но и разница в частоте заболеваний между представителями белого и черного населения в странах Америки и Южной Африки.

Рассеянный склероз можно узнать по определенным факторам HLA.

На поверхности клеток крови и клеток тела существуют вещества, обладающие сродством к антигенам групповой специфической системы, передающей наследственные признаки крови, называющиеся тканеспецифическими факторами или факторами главного комплекса гистосовместимости человека (HLA). Они образуются у каждого человека благодаря наследственному образцу, представленному 10 – 15 генами HLA. Дополнительно существуют наследственные типы различных тканеспецифических факторов для иммунных реакций на Т-лимфоциты (которые играют большую роль при поражении организма вирусными инфекциями и рассеянным склерозом). У больных рассеянным склерозом нет единого наследственного образца, однако у них часто встречаются определенные факторы HLA. Существуют данные, свидетельствующие о том, что факторы HLA не только определяют предрасположенность к рассеянному склерозу, но и влияют на течение болезни. У таких больных чаще выявляются антигены А3, В7, DW2, DR2. В семьях больных наличие этих антигенов достоверно выше, чем в контрольной группе. Риск заболеть, если кто-то из близкий родственников (родители, братья, сестры) болен рассеянным склерозом, в 4 раза выше, чем в семьях, где нет больных. Степень риска заболеть, оценивающаяся в обычных условиях в 0,5%, в подобных случаях повышается до 2%, но в целом все равно не велика. Она значительно выше у однояйцовых близнецов: в 75% случаев больны оба близнеца. Однако степень наследственной предрасположенности к рассеянному склерозу в целом невелика, и только этой причины недостаточно, чтобы возникло заболевание. Очевидно, определенную роль играют инфекционные болезни, перенесенные на определенной стадии развития иммунной системы. Говоря иначе, рассеянный склероз развивается в том случае, если провоцирующий развитие болезни возбудитель поражает предрасположенного к этому заболеванию человека в нужный момент в детстве.

Иммунологическое исследование.

Поскольку рассеянный склероз является хроническим воспалением, исследователи давно заинтересовались тем, как происходит защитная реакция (иммунный ответ) при этом заболевании, т. к. защитные процессы происходят при любом воспалении.

Рассмотрим, как обычно действуют защитные силы организма. Когда в организм попадают чужеродные вещества, так называемые антигены, происходит активизация защитных сил организма, выражающаяся в возникновении цепи различных реакций, в ходе которых многие виды клеток начинают разрушать и устранять антигены. Макрофаги пытаются самостоятельно воздействовать на них и поглощают часть антигенов. Одновременно они выделяют вещества (цитокины), которые оказывают активирующее действие на другие клетки, участвующие в иммунном ответе. Лимфоциты, начиная активно действовать, сами вырабатывают цитокины и выполняют защитные функции, точно ориентированные на ликвидацию антигенов. Существуют различные подгруппы цитокинов – интерлейкины, интерфероны и факторы некроза опухоли.

Таким образом, защитные реакции функционируют в тесном взаимодействии друг с другом и оказывают друг на друга взаимное стимулирующее действие, все больше связывая, изолируя антигены, расщепляя их на более мелкие части и добиваясь их полного разрушения. В результате защитная реакция прекращается, как только все антигены оказываются обезвреженными. Остается еще одна группа (клон) не проявляющих активность лимфоцитов, так называемые «клетки иммунологической памяти», которые кодируют и надолго сохраняют информацию об имевшей место защитной реакции на вторжение специфических антигенов (например, возбудителей той или иной болезни). Если в организм вновь проникнут такие же антигены, клетки иммунологической памяти, активируясь, могут сразу же нейтрализовать антигены (вот почему многими инфекционными болезнями, например, корью, краснухой, и др. мы болеем только один раз в жизни, т. к. после этих инфекций остаются клетки памяти, обладающие сильным действием).

При проникновении в организм новых, других антигенов образуются новые клоны лимфоцитов и клеток иммунологической памяти. Характерная особенность иммунной системы проявляется в том, что в подобной ситуации уже имеющиеся долгоживущие В-лимфоциты, обеспечивающие долговременную память, так же проявляют активность в ходе защитного процесса, даже если не используются. Этот факт имеет большое значение для рассеянного склероза, т. к. подобные сопутствующие реакции могут вызывать вспышку воспалительного процесса, если под действием того или иного фактора (например, инфекции) иммунная система активируется, т. е. можно сказать, что рассеянный склероз – следствие защитной реакции организма, протекающей с отклонением от нормы.

Как возникает хроническое воспаление.

Условия.

1. Если возбудители на стадии острого воспаления уничтожены не полностью:

* Т.к. в результате нарушения функции иммунной системы не проявились соответствующие защитные реакции,
* Т.к. возбудитель скрылся в тканях и попытался таким образом избежать воздействия защитных сил.

2. Если иммунная система реагирует на белки и клетки собственных тканей, которые присутствуют постоянно и обладают способностью воспроизводиться, в результате чего происходит аутоиммунная реакция.

Это может произойти:

* Если в результате нарушения функций иммунной системы не проявляется естественная иммунологическая толерантность к белкам и клеткам собственных тканей,
* Если компоненты чужеродных агентов настолько схожи с белками и клетками собственных тканей, что иммунная система утрачивает способность отличать «свое» от «чужого» и в результате так называемой «перекрестной реакции» продолжает атаковать собственные ткани, даже если чужеродный агент уже разрушен и не присутствует в организме.
* Если в результате нарушения регулирования процесса защитных реакций защитные процессы по окончании острой фазы воспаления не прекращаются полностью, как должно быть в нормальных условиях.

Возвратимся к результатам иммунологических исследований.

В ходе исследований было выявлено, что в организме больного происходит локальное образование антител, воздействующих на миелин (прежде всего на основной белок миелина) т. е. так называемых аутоантител. Проявления болезни вызывают непосредственно аутоагрессивные лимфоциты. Обнаружено, что у людей существует прямая связь между наличием подобных клеток и формированием бляшек. Как уже упоминалось, бляшки располагаются в ЦНС вокруг мелких вен. Этот факт свидетельствует о том, что вены являются «входными воротами» для заболевания. В неактивном состоянии аутоагрессивные лимфоциты находятся в селезенке и в лимфатических узлах в форме иммунологических «клеток памяти». При раздражении защитного механизма организма, например, при проникновении в него инфекции, но порой и без видимой причины эти клетки активизируются, то есть проявляют готовность оказывать воздействие. Он попадают в кровь, а затем в ЦНС. Впрочем, процесс проникновения миелин-реактивных клеток в нервную систему достаточно сложен, поскольку сначала им надо преодолеть гематоэнцефалический барьер: пришедшие в активное состояние Т-лимфоциты посылают химические «сигналы», которые принимают эндотелиальные клетки вен нервной системы. При этом образуются мельчайшие тромбы, которые разъединяют эндотелиальные клетки, что дает возможность клеткам и жидкости проникать в ткани. Происходит воспалительное припухание (отек) и расщепление миелина: клетки попадают в миелин и разрушают его. Кусочки миелина активизируют другие защитные клетки. Только благодаря одновременному внедрению и активному действию Т-лимфоцитов–супрессоров эта цепная реакция сдерживается. Чем больше защитных клеток, образовавшихся в результате прежних обострений или продолжительного предпорогового периода болезни, уже находится в нервной системе, тем с большим трудом может быть полностью прекращена цепная реакция активного защитного процесса. И таким образом, болезнь превращается в хроническую.

Но до сих пор не ясно, поражает ли сначала инфекция центры в ЦНС, ответственные за регулирование иммунных реакций, и таким образом создает условия для возникновения аутоиммунных реакций, или сначала возникают аутоиммунные реакции, которые одновременно нарушают деятельность центров, регулирующих иммунные реакции, что не позволяет аутоиммунным реакциям прекращаться.

Для больных важно, что в настоящее время лечение этого заболевания, дающее положительные результаты, заключается в оказании влияния на проявление аутоиммунных реакций.

Для того, чтобы как можно раньше остановить эту цепную реакцию защитных процессов и предотвратить дальнейшее разрушение миелина следует сразу же по мере обострения начать лечение.

Диагностика и лечение рассеянного склероза.

В настоящее время используется три основных метода диагностики рассеянного склероза:

* Магнитно-резонансная томография (МРТ) – один из наиболее эффективных методов визуализации, позволяющий получить детальное изображение тканей мозга. С помощью этих изображений можно выявить наличие признаков рассеянного склероза или, по крайней мере, исключить другие заболевания у таких больных.
* Анализ спинномозговой жидкости (СМЖ) – СМЖ берут из позвоночника. Врач определяет, не повышен ли уровень определенных веществ иммунной системы, а также есть ли вещества, образующиеся в результате разрушения миелина.
* Метод вызванных потенциалов – при помощи компьютерного оборудования измеряется среднее время, необходимое для прохода нервных сигналов по нервным путям. Аномалии в реакции наблюдаются у 80–90% больных рассеянным склерозом.

В зависимости от фазы развития болезни и ее течения применяют два вида терапии: лечение, назначаемое в период обострения болезни, и длительное или интервальное лечение (1).

Цель лечения назначаемого в период обострения – сократить продолжительность обострения и за счет этого добиться как можно более раннего улучшения состояния больного. В настоящее время для этого используют препараты, содержащие кортикостероиды, которые обладают серьезными побочными действиями. Таким образом, встает вопрос об альтернативных методах лечения (10).

Выбирая альтернативный способ лечения важно преследовать такие цели:

* использовать надо такие методы, которые активизируют душевные силы и способствуют «самоисцелению;
* необходимо добиваться биологического равновесия за счет естественных способов оздоровления и приемов очищения организмов от ядов;
* при банальных заболеваниях следует использовать природные лечебные средства, чтобы не создавать для организма излишнюю нагрузку, благодаря этому, лечение рассеянного склероза «химией» окажется более эффективным и больному окажется легче его перенести;
* релаксация любого рода полезна во всех случаях. Сюда входят биологическая обратная связь, приемы постепенной релаксации, йога, шиацу, дыхательная гимнастика, арома-, музыко-, цветотерапия, лечение цветочными настоями по Баху и другие. Акупунктура нежелательна.

Методы реабилитации больного.

Если постоянно не прилагать усилия по восстановлению нарушенных функций или, по крайней мере, по сохранению имеющихся, используя все возможности восстановительного лечения в рамках нейрореабилитации, то поврежденная нервная система постепенно будет утрачивать свои способности, даже если у больного не возникают обострения болезни. Нервная система функционирует таким образом, что импульсы, поступающие извне, т.е. от мышц, сухожилий, суставов, кожи, любых органов и тканей, стимулируют клеточный обмен веществ на соответствующих участках ЦНС (которые по причине болезни оказываются поврежденными), в результате чего начинают активнее работать центры, ответственные за осуществление движение, чувствительности, вегетативные функции и т.д. Разработаны комплексы реабилитационных мер в виде ряда упражнений для разных групп мышц (10).

1.2 Принципы когнитивно-бихевиоральной психотерапии в контексте гетегосуггестивной психомышечной релаксации

Когнитивно-бихевиоральное направление психотерапии относится к одному из трех главных направлений психотерапии в наше время. Этот краткосрочный (что имеет свое положительное экономическое значение) метод интегрирует когнитивные, поведенческие и эмоциональные стратегии для изменений личности; подчеркивает влияние когниций и поведения на эмоциональную сферу и функционирование организма в широком социальном контексте. Термин «когнитивный» используется потому, что обнаружение специфических нарушений эмоций и поведения нередко зависит от ошибок в познавательном процессе, дефицита в мышлении. В «когниции» входят убеждения, установки, информация о личности в среде, прогнозирование и оценка будущих событий. Пациенты могут неправильно интерпретировать жизненные стрессы, судить себя слишком строго, придти к неправильным выводам, иметь о себе негативные представления. Когнитивно-бихевиорально настроенный психотерапевт, работая с пациентом, применяет и использует логические приемы и поведенческие техники для решения проблем совместными усилиями психотерапевта и пациента.

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия нашла свое широкое применение при лечении невротических и психосоматических расстройств, аддиктивного и агрессивного поведения, нервной анорексии (4).

Рассматриваемая нами психотерапия базируется на внутренних процессах переработки информации, является обучающим процессом, обеспечивающим пациента новым опытом для формирования стратегии адаптивного поведения. Обоснование гетеросуггестивного тренинга как метода психотерапии в когнитивно-бихевиоральном подходе мы рассмотрим следующим образом.

Рассмотрим принципы и методы когнитивно-бихевиоральной терапии, реализуемые в методике гетеросеггестивной психомышечной релаксации.

1.2.1 Традиционные процедуры оперантного обусловливания

Суть оперантного обусловливания можно отразить следующим образом: поведение контролируется (закрепляется) его результатами и последствиями. Поведение, которое приводит к достижению положительного результата, закрепляется, и наоборот, не приводящее к нему ослабляется или угасает (положительное и отрицательное подкрепление). Состояние релаксации всегда сопровождается положительными эмоциональными переживаниями, ощущением покоя и физического комфорта, что уже является положительным подкреплением. Поведение клиента изменяется в соответствии с теми установками, которые внушает ему психотерапевт, и которые внутренне согласуются с его положительными пожеланиями, и это приводит к соответственным изменениям в жизни клиента, в общении с окружающими, что тоже играет роль позитивного подкрепления.

1.2.2 Процедуры клинического обусловливания

Классическое или павловское обусловливание показало, что формирование условной реакции подчиняется закону – совпадению по времени индифферентного и безусловного раздражителей. Так же классическое обусловливание заключено в формуле: “стимул – реакция”. В данном случае стимулом будет вербальное воздействие, а реакцией – соответствующие внушениям изменения в организме пациента. Например, мы внушаем пациенту ощущение тепла во всем теле и в ответ тело пациента согревается.

1.2.3 Метод прогрессивной мышечной релаксации.

Эмоциональные переживания сопровождаются различной степенью напряжения мышц. При страхе тревоге, гневе мышцы сильно напряжены, а при положительных эмоциях расслаблены. Во время гетеросуггестивного тренинга достигается полное расслабление мышц, за счет чего повышается эмоциональный фон, достигается состояние покоя, а это, в свою очередь, приводит к снятию напряжения, достижению оптимального психофизиологического состояния.

1.2.4 Тренинг позитивного мышления

Пациентам внушается уверенность в себе, повышение мотивации на выздоровление.

1.2.5 Процедуры социального научения и самоконтроля.

Объединяют три подхода: прикладной бихевиоральный анализ, необихевиористский подход и когнитивную теорию. Этот тандем позволяет при систематическом применении гетеросуггестивного тренинга психомышечной релаксации запускать в организме человека процессы выздоровления, делать возможным (пробивать дорогу) ему самостоятельно достигать оптимального состояния, выходить из “тупика”, обуславливающего невротические расстройства и настраивающего на болезнь системы его организма.

1.2.6 Имитация и моделирование.

Моделирование поведения – метод, легко применимый в амбулаторных условиях. Он ориентирован на проблему и именно его часто называют обучением. По мере овладения он стимулирует к самостоятельному решению проблем, что очень важно для больных с пограничными расстройствами, в основе которых лежит инфантилизм, а так же для неврологических больных.

1.2.7 Когнитивные процедуры.

Когнитивная коррекция поведения включает субъективное восприятие человека, интерпретацию собственного поведения, мыслительные паттерны, самовосприятие в релаксации и когнитивные стратегии. Проводится диагностика когнитивных процессов, которые лежат в основе проблемы, их коррекция, изменение, что меняет и связанные с ними шаблоны поведения и переживаний.

1.2.8 Биологическая обратная связь и аутогенная тренировка.

В период времени, когда пациент проходит курс гетеросуггестивного тренинга, он научается самостоятельно достигать состояния релаксации, которое может самовоспроизводиться в любой обстановке по желанию клиента.

Гетеросуггестивный тренинг психомышечной релаксации с позитивной эмоциональной эмажинацией на выздоровление (ГСПМР) (Кожевников В.Н. 1985 г.) является модификацией популярного ментального тренинга, разработанного шведским профессором Унесталем Л.Э. (1981г.). Эта программа сознательного самопрограммирования на достижение успеха, имеющая в своей основе метод релаксации, легла в основу данной модификации.

Ментальный тренинг как информационно-кодословный метод лечения разрабатывался шведским профессором Ларсом-Эриком Унесталем с 1975 года и показал, что в процессе ментального тренинга происходит реализация следующих задач: мышечная релаксация, психическая релаксация, самогипноз, тренировка формирования образов, идеомоторная тренировка, концентрация внимания, десенсибилизация, психическая устойчивость, тренировка в создании установок. Ментальный тренинг в данном контексте – это научение, в результате которого формируется положительное подкрепление на здоровый образ жизни, поведения на всех уровнях организма. Можно сказать, что ментальный тренинг учит правильно функционировать (2).

Так как в основе любого поведения лежат внутренние процессы, известно, что релаксация, являясь средством природной медицины, не только защищает организм человека от вредного воздействия стрессогенных факторов, но и способствует дальнейшему оздоровлению организма. Влияние релаксации на физиологические процессы проявляется в более низком уровне активации физиологических функций. Об этом свидетельствуют урежение пульса, уменьшение частоты и увеличение глубины дыхания, понижение кровяного давления.

В состоянии глубокой релаксации, когда мышцы постепенно расслабляются, мышечные рецепторы перестают посылать сигналы в кору головного мозга, и это может создать чувство невесомости или даже бестелесности. Одновременно с этим появляется чувство свободы, независимости, расширение границ своего “Я” и т. п. Формируется так называемое альтернативное состояние сознания (АСС).

На основе вызванного внушением АСС путем вербального гетеросуггестивного программирования происходит формирование оптимального функционального психофизического состояния и формирование мотивации человека на выздоровление, общее эмоциональное благополучие, что позволяет в дальнейшем ему самостоятельно использовать наработанные в процессе тренинга, полученные и закрепленные в долговременной памяти навыки психологической и физиологической самооптимизации с использованием новых когнитивно-поведенческих паттернов.(8)

Вербальные гетеросуггетивные воздействия представляют собой особый состав специальных слов в определенном сочетании (коде), информационно относящихся к тому или иному органу человека, всему организму или его болезни. Повторяя в течение 15 минут информационно-кодовые слова, психотерапевт добивается расслабления, раскрепощения иммунноактивности организма, что вызывает восстановление функций всех органов и систем. Это сопровождается выздоровлением и обеспечивает профилактику психосоматической патологии. Необходимо отметить, что весь организм, все органы человека представляют собой автогенераторы колебательно-частотных процессов. Точно так же как каждый орган имеет свою структуру, форму, размер, так и каждый имеет свою, отличную от других частоту автоколебаний, синхронизируемых в единый автоколебательный информационно-частотный процесс всего организма. Воздействие усиленных электрических, магнитных, звуковых и других частот одного человека на другого вызывает увеличение или ослабление частоты органа, той или иной железы внутренней секреции, что может привести к улучшению или к ухудшению его состояния. Изменение частоты автоколебаний можно вызвать информационно-кодословным воздействием на самого себя (аутогенная тренировка) или на лечащегося (ментальный тренинг, гипноз и т.д.). Нужно так же знать, что каждый человек живет со своей строго фиксированной частотой, находящейся в пределах человеческого диапазона (полосы) частот (9).

Дальнейшее развитие метода Унесталя нашло свое продолжение в работах Кожевникова В.Н. (1987-1999гг.), предложившего авторскую методику психотерапии, названную “Гетеросуггестивный тренинг психомышечной релаксации (ГСПМР) с позитивной эмоциональной эмажинацией на выздоровление”.

Методика позволяет решать несколько задач. За счет гетеросуггестивных формул пациент учится психической и мышечной релаксации. На фоне этого состояния пациенту даются установки на позитивные переживания своей болезни, воспроизводится состояние оптимального или здорового самочувствия, больной адресуется к своему прошлому позитивному опыту и при этом ему даются установки на то, как он должен чувствовать себя после курса. У пациента формируется триггер, благодаря которому он может самостоятельно, в последующем целенаправленно формировать у себя состояние релаксации и воспроизведение того оптимального функционального эмоционального состояния, которое для него является позитивным, т. е. стабильное хорошее настроение, уверенность в себе, установка на хороший сон; при этом у него формируется позитивная установка, что несомненно очень важно для выздоровления.

Различия между методом Унесталя Л.Э. и модификацией Кожевникова В.Н. выявляются в нижеследующем. Ментальный тренинг Унесталя направлен на формирование здорового образа жизни и записывается на аудио- и видеокассетах в виде разных программ. Освоение метода происходит пошагово: пациентов учат расслаблять мышцы, затем психику, затем формируется собственный подход, индивидуальный стиль.

Эти программы нацелены на формирование здорового образа жизни и ориентированы на самостоятельное изучение и реализацию. Негативным моментом здесь является отсутствие контроля со стороны психотерапевта или психолога; результат использования программ невозможно отследить и проконтролировать. Нет обратной связи. Таким образом, процесс освоения программ ментального тренинга неконтролируем, неоцениеваем, непрогнозируем. Пациент может делать упражнения, а может не делать, все базируется на самодисциплине.

Гетеросуггестивный метод психомышечной релаксации направлен не только на формирование здорового образа жизни, но в первую очередь на восстановление здоровья, на выздоравливание, самооптимизацию.

Эта методика более сконцентрирована, более целенаправленна, в ней присутствуют все лучшие наработки Унесталя, а именно – мышечная релаксация, психическая релаксация, самогипноз, тренировка формирования образов, идеомоторная тренировка, концентрация внимания, десенсибилизация, формирование психической устойчивости, внутреннее решение проблем, тренировка в формировании установок, коммуникационный тренинг, повышение удовлетворенностью жизнью.

При этом методика скомпонована таким образом, что в одном сеансе могут решаться большинство из вышеописанных программ.

Методика Унесталя подразумевает аутотренинг, т. е. самостоятельное использование программы человеком, “тренинг изнутри”, в то время как гетеросуггестивное воздействие подразумевает обязательное присутствие психотерапевта, т. е. отмечено такими факторами как контроль, оценка и прогноз процесса лечения. Необходимость присутствия психотерапевта можно считать и определенным недостатком методики, но в условиях лечения больного этот фактор необходим.

Ментальный тренинг корректирует когнитивные процессы и связанные с ними шаблоны переживаний и поведения. ГСПМР делает это на осознаваемо-подсознательном уровне.

При ГСПМР имеет место подкрепление за счет формирования релаксационного состояния, т. е. психофизиологического оптимума с положительными эмоциональными переживаниями (внутренняя свобода, умиротворение, покой, т. п.) и приятными телесными ощущениями себя, своего тела, сохраняющимися после сеанса и самовоспроизводящимися в любой обстановке по желанию клиента.

ГСПМР вписывается в медицинскую и психологическую модель психотерапии, т. к. воздействует на психическое и физическое состояние организма и приводит в действие процесс научения, реконструируя жизненный опыт. Методика работает при наличии установки, контекста, скрытого или явного смысла. Данная методика приемлема для лечебных целей, поскольку обладает всеми позитивными качествами, отличающими ментальный тренинг и когнитивно-бихевиоральный подход в психотерапии.

Глава 2. Методы исследования

При выборе методик мы руководствовались следующими факторами:

1. Особенности жалоб больных (динамические характеристики).

2. Особенности болезни (насколько сохранны зоны, интересующие нас при про ведении гетеросуггестивной психомышечной релаксации).

3. Особенности аппарата, воспринимающего информацию (адекватное принятие текста).

Методика «10 слов»

Используется для исследования объема кратковременной памяти, в частности ее динамических компонентов.

Инструкция. После предъявления испытуемому 10 слов фиксируется порядок и количество воспроизведенных им слов. Обычно в норме 10 слов запоминается после 3-4 повторений. Результаты пробы на запоминание могут быть отображены графически. При истощаемости мнестической функции кривая запоминания носит зигзагообразный характер. При сужении объема внимания испытуемый заменяет предъявляемые слова новыми, созвучными словами. Это же говорит об отвлекаемости, о дефицитарности объема актуальной информации, которая должна быть удержана. При недостатке переключаемости наблюдается застревание на некоторых словах, трудности переключения с одного слова на другое. Объем кратковременной памяти – это работа стволовых отделов мозга (I блок по Лурия (5)), энергетический показатель.(3)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1.Мел |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2.Сор |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3.Конь |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4.Шкаф |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5.Звук |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 6.Стул |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 7.Рот |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 8.Лен |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 9.Игла |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 10.Тень |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Образец бланка методики

Методика «Таблицы Шульте»

Направлена на определение равномерности распределения активного внимания, скорости его переключения и динамики работоспособности. Так же показывает темп сенсомоторных реакций (ускорение при хорошей и замедление при плохой врабатываемости).

Испытуемому поочередно предлагается пять таблиц, на которых в произвольном порядке расположены числа от 1 до 25. Испытуемый отыскивает, показывает и называет числа в порядке их возрастания. Проба повторяется с пятью разными таблицами.

Основной показатель – время выполнения, а также количество ошибок отдельно по каждой таблице. По результатам выполнения каждой таблицы может быть построена «кривая истощаемости (утомляемости)», отражающая устойчивость внимания и работоспособность в динамике. С помощью этого теста можно вычислить так же такие показатели, как эффективность работы (ЭР), степень врабатываемости (ВР), психическая устойчивость (ПУ), которые предложены А.Ю. Козыревой.

ЭР = Т1+Т2 +Т3+Т4+Т5

где Т1 – время работы с первой таблицей;

5 Т2 – со второй;

Т3 – с третьей;

Т4 – с четвертой;

Т5 – с пятой.

Оценка ЭР (в секундах) производится с учетом возраста испытуемого.

Степень врабатываемости вычисляется по формуле:

ВР = Т1ЭР

Результат меньше 1,0 – показатель хорошей врабатываемости, соответственно, Чем выше данный показатель, тем больше испытуемому требуется подготовка к основной работе.

Психическая устойчивость (выносливость) вычисляется по формуле:

ПУ = Т4 ЭР

Показатель результата меньше 1,0 говорит о хорошей психической устойчивости, соответственно, чем выше данный показатель, тем хуже психическая устойчивость испытуемого к выполнению заданной работы.(7)

Методика «Счет по Крепелину»

В 1895г. Э. Крепелин предложил методику, представляющую собой таблицу, на которой в две строки напечатаны цифры, подлежащие сложению. Методика предназначалась для исследования волевых усилий, упражняемости и утомляемости. В настоящее время она приобрела более щирокое применение: ее можно использовать для изучения внимания (устойчивость, переключаемость и объем активного внимания), умственной работоспособности и психического темпа. Так же по этой методике можно посмотреть такую динамическую характеристику как длительность сосредоточения.

Порядок работы. Обследуемому дают бланк таблицы Крепелина со следующей инструкцией: «складывайте пары однозначных цифр, напечатанных одна под другой, и под ними записывайте результат сложения. Работайте быстро, старайтесь не допускать ошибок». Больного предупреждают, что он должен производить сложения в каждой строчке до тех пор, пока экспериментатор не скажет: «Стоп! Переходите к следующей строчке». Экспериментатор дает такой сигнал через каждые 20 секунд.

График работоспособности. Методика позволяет получить коэффициент работоспособности (Краб.) как отношение суммы правильно выполненных сложений последних четырех строк (S2) к сумме правильно выполненных сложений первых четырех строк (S1), т.е. Краб.=S2/S1. Если отношение стремится к единице, то это означает, что утомление практически не происходит.

Особенности выполнения таблиц Крепелина.

* При органических заболеваниях мозга – невысокая продуктивность, истощаемость внимания, низкая работоспособность при небольших нагрузках, наличие ошибок.
* При неврозах – выполнение имеет неравномерный, пикообразный характер, ошибок допускается мало, продуктивность может быть достаточная, но с тенденцией к истощению. Об истощаемости и снижении работоспособности свидетельствуют неравномерный темп выполнения, но тенденция к истощаемости не так выражена как у больных органическими заболеваниями головного мозга.

Методика реактивной и личностной тревожности по Спилбергеру

Тревожность - как состояние – возникает в ситуациях неопределенности, когда характер или время угрозы не поддаются предсказанию. Она проявляется как неясное непонятное человеку чувство растущей опасности. Носит ситуативный характер.

Тревожность - как свойство личности – обусловливает готовность человека к тревожным реакциям, проявляющаяся в постоянном беспокойстве и неуверенности в будущем. Для исследования тревожности как состояния (ситуативной тревожности) и тревожности как свойства (личностной тревожности) используется опросник Спилбергера, адаптированный Ханиным.

Оснащение. Бланк шкал опросника самооценки Спилбергера, включающий в себя инструкции и 40 вопросов-суждений, 20 из которых предназначены для оценки уровня ситуативной тревожности (СТ.) и 20 – для оценки уровня личностной тревожности (ЛТ).

Испытуемым раздаются бланки и предлагается ответить на вопросы шкал, согласно инструкции, помещенной в опроснике.

Текст опросника Спилбергера

Шкала ситуативной тревожности (СТ)

Инструкция испытуемому. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений. Зачеркните цифру в соответствующей графе справа, в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, так как правильных или неправильных ответов нет.

Шкала личностной тревожности (ЛТ)

Инструкция испытуемому.Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений. Зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами не задумывайтесь, так как правильных и неправильных ответов нет.

Обработка и интерпретация результатов. Подсчитать сумму баллов по всем ответа в соответствии с таблицей. При интерпритации показателей можно применить следующие шкалы:

* До 30 баллов – низкая тревожность или отсутствие таковой.
* 31-44 балла – умеренная тревожность.
* 43 и более баллов – высокая тревожность. (3)

Личностный опросник «СМИЛ»

Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ представляет собой модификацию теста MMPI,созданного в 1942-1949гг. в целях профессионального отбора летчиков во время Второй мировой выйны. Авторы – американские психологи И. Маккинли и С. Хатэуэй. Это квантифицированный (количественный) метод оценки личности, который, благодаря автоматизированному способу обработки результатов обследования, исключает зависимость получаемых данных от субъективности и опыта экспериментатора (при этом имеется в виду обсчет, а не сама интерпретация, корректность которой тем выше, чем лучше обучен и более опытен психолог). Высокая надежность методики, наличие шкал достоверности и полифакторный характер интерпретации создали базу для широкой популярности этой методики в разных странах мира.

Адаптация и рестандартизация MMPI в отечественных условиях производилась Собчик Л.Н. в течение 1968-1984гг.

В нашей работе мы использовали вариацию опросника СМИЛ-минимульт 71 вопрос.

Интерпретация профилей СМИЛ базируется на разработанной автором данного руководства теории ведущих тенденций и лежащей в ее основе типологии индивидуально – личностных свойств.

Профиль СМИЛ – это та ломаная линия, которая соединяет между собой количественные показатели 11 базисных шкал. Первые три из них названы шкалами достоверности, определяющими надежность полученных данных и установку испытуемых в отношении процедуры обследования. Это шкала лжи L, шкала достоверности F и шкала коррекции K.

1 шкала соответственно заложенному в ней ведущему, стержневому признаку обозначена как шкала невротического сверхконтроля;

2 шкала пессимистичности;

3 шкала эмоциональной лабильности;

4 шкала импульсивности;

6 шкала ригидности;

7 шкала тревожности;

8 шкала индивидуалистичности;

9 шкала оптимистичности.

рассеянный склероз когнитивный бихевиоральный терапия

Глава 3. Исследование

3.1 Нейрофизиологические и психические особенности больных рассеянным склерозом по данным исследования

Всего в рамках данной работы было проведено два исследования: предварительное и постпсихотерапевтическое. Целью предварительного исследования явилось изучение психологических особенностей больных рассеянным склерозом для выявления показаний метода гетеросуггестивного воздействия по методу Кожевникова В. Н. в терапии этого заболевания.

Экспериментально-психологическое исследование проводилось на базе нервного отделения Красноярской краевой клинической больницы №1 в период с января по март 2004-2005 годов. В общей сложности было обследовано десять человек, имеющих в анамнезе диагноз “рассеянный склероз”. Больные в возрасте от 17 до 49 лет. Предварительно была проведена клиническая беседа, в результате которой был собран предварительный катамнез, а со стороны обследуемых появилось положительное отношение к проведению исследования и психотерапии в виде гетеросуггестивной психомышечной релаксации.

Исходя из жалоб, мы предполагаем проблемы восприятия схемы собственного тела, снижение активационного фона психической деятельности, снижение динамических характеристик психической деятельности, что является показанием для релаксационной терапии.

3.1.2 Результаты исследования

Обследование больных по методике “10 слов” выявило у всех больных снижение объема кратковременной механической памяти, такое изменение динамических характеристик как отвлекаемость, истощаемость, недостаток переключаемости, что нашло свое выражение в снижении продуктивности запоминания, привнесении новых слов, застревании на некоторых словах.

Данные по методике “Таблицы Шульте” неоднозначны. Эффективность работы колеблется от 45 до 115 сек., что говорит о неравномерности распределения активного внимания, врабатываемость от 0,8 до 1,3, психическая выносливость от 1,0 до 1,4. В результате обследования выявлено, что 60% опрошенных требуется подготовка к работе, что коррелирует с хорошей психической выносливостью, а у 40% наоборот, хорошая врабатываемость при низкой психической выносливости, что делает их работу непродолжительной.

Методика “Счет по Крепелину”, показала, что у подавляющего большинства обследованных наблюдается быстрая истощаемость мнестических процессов, а именно снижение объема активного внимания. Так же общий уровень работоспособности был недостаточен. При выполнении методики становится очевидным снижение переключения внимания с одного стимула на другой.

* При этом было отмечено две тенденции:
* 1 - как при органических заболеваниях мозга – невысокая продуктивность, истощаемость внимания, низкая работоспособность при небольших нагрузках, наличие ошибок;
* 2 – как при неврозах – выполнение имеет неравномерный, пикообразный характер, ошибок допускается мало, продуктивность может быть достаточная, но с тенденцией к истощению. Об истощаемости и снижении работоспособности свидетельствуют неравномерный темп выполнения, но тенденция к истощаемости не так выражена, как в первом случае.

Результаты методики реактивной и личностной тревожности Спилбергера таковы: у 80% испытуемых личностная тревожность завышена, тогда как реактивная тревожность в норме.

Было показано, что у пациентов с рассеянным склерозом, согласно данным личностного опросника СМИЛ, имеются следующие особенности психологического статуса: профиль в среднем нормативный пикообразный двухфазный, шкалы достоверности в норме.

Первый пик по 6 шкале – шкале ригидности, что говорит об устойчивости интересов, упорстве в отстаивании собственного мнения, пристрастном неравнодушном отношении к явлениям окружающей жизни, наличии своего субъективного мнения об организованности и порядке. Этим людям тяжело перестраиваться под изменяющиеся физиологические показатели. Они пытаются самостоятельно найти выход, не особенно доверяя авторитету других.

Второй пик – шкала пессимистичности. Ведущая мотивационная направленность – избегание неудач. Стиль межличностного общения проявляется чертами зависимости (особенно при контактах с авторитарными личностями). Высокая аффилиативная потребность. При этом одновременно могут звучать дистантность и болезненно заостренное чувство собственного достоинства. Вербальный стиль мышления. В стрессе склонность к стоп-реакциям, т. е. блокировка активности или ведомое поведение. Судьбореализующая тенденция несет на себе отпечаток пассивности, обстоятельства довлеют над ними.

Понижение по 9 шкале выявляет снижение уровня оптимизма, жизнелюбия и активности. Так как по 2 шкале имеется пик, то это отражает депрессивную окраску настроения. Повышенная утомляемость, астения, апатия.

Низкая четвертая шкала свидетельствует о снижении мотивации достижения, отсутствии спонтанности, непосредственности поведения, о хорошем самоконтроле. «Самость» блокирована болезнью. Меняется стратегия поведения, направленная на достижение цели, осуществляется выжидательная политика.

Для подавляющего большинства опрошенных характерна внутренняя напряженность, имеют место нарушения деятельности, связанной с общением. Личность сохранна во всех случаях. Все больные осознают всю степень тяжести их заболевания.

3.2 Применение когнитивно-бихевиоральной терапии при рассеянном склерозе

По данным предварительного исследования наличествуют прямые показания для метода ГСПМР. А именно:

* отвлекаемость, утомляемость, истощаемость психических функций;
* снижение темпа психической деятельности;
* высокий уровень личностной тревожности;
* депрессия;
* изменения в ощущениях схемы собственного тела.

В ходе проведения гетеросуггестивной психомышечной релаксации было отмечено, что все без исключения обследуемые погружаются в гипнотическое сновидное состояние с первых же сеансов, отмечают субъективное улучшение собственного состояния, характеризуемое как «успокоение, облегчение», улучшение ощущения собственного тела. В посттерапевтических интервью половина пациенток отметила субъективное ощущение тепла в тех местах своего тела, которые в связи с болезнью отличаются наименьшей чувствительностью.

Повторное исследование выявило изменения по следующим параметрам.

По методике «10 слов» увеличение объема непосредственного запоминания и повышение внимания, снижение истощаемости работоспособности.

По методике «Таблицы Шульте» выявлено, что у больных, показавших хорошую психическую выносливость, уменьшается время подготовки к работе, а у группы с хорошей врабатываемостью при слабой психической выносливости увеличивается продолжительность деятельности.

По методике «Таблицы Крепелина» у подавляющего большинства удержание работы на более высоком уровне, что может говорить о включении новых компенсаторных механизмов, но заметного повышения переключаемости внимания не наблюдается.

По методике реактивной и личностной тревожности реактивная тревожность без изменений в пределах нормы, а личностная тревожность заметно снижена (до 50% опрошенных дают высокие положительные результаты).

В психологической сфере в личностном опроснике СМИЛ заметных изменений не наблюдалось.

3.3 Обсуждение результатов

В результате повторного исследования выяснилось, что метод гетеросуггестивной психомышечной релаксации оказывает неоднозначное влияние на психологический статус больных рассеянным склерозом.

Так по методике СМИЛ для подавляющего большинства опрошенных по прежнему характерна внутренняя напряженность, нарушения деятельности, связанной с общением, апатия. Больные очень хорошо понимают тяжесть своего заболевания. Депрессия, возникающая от невозможности соответствовать социальным требованиям возраста, быть хорошей матерью, женой, дочерью, по субъективным высказываниям больных является частью их существования. Имеются невротические симптомы, выражающиеся в разнонаправленных стремлениях (например, сохранение независимости и высокая аффилиативная потребность). Личность сохранна во всех случаях.

Результаты методики реактивной и личностной тревожности Спилбергера – снижение личностной тревожности у половины испытуемых в результате сеансов гетеросуггестивной психомышечной релаксации может говорить о нормализации внутреннего состояния, благоприятствующей восстановлению некоторых исследуемых психологических функций. Данные методик «10 слов», «Таблицы Шульте», «Счет по Крепелину» убедительно показывают повышение работоспособности, снижение истощаемости, отвлекаемости и повышение объема непосредственного запоминания.

Глава 4

4.1 Заключение

В целом гипотеза о положительном влиянии гетеросуггестивной психомышечной релаксации на состояние больных рассеянным склерозом подтверждается. Мы наблюдаем повышение данных по динамическим характеристикам психологической сферы, которые обслуживаются стволовыми структурами мозга, поражаемыми при рассеянном склерозе. А именно снижение личностной тревожности, повышение продуктивности непосредственного запоминания, повышение работоспособности, снижение истощаемости и отвлекаемости при выполнении заданий.

Тем не менее, показатели по личностной сфере по опроснику СМИЛ остались без убедительных изменений: депрессивное и невротическое состояние, характерные для больных рассеянным склерозом, являются показательными во всех ретестах, что может говорить о недостаточности количества проведенных сеансов.

При интерпретации результатов исследования необходимо учитывать, что нахождение пациентов в стационаре осложняло проверку устойчивости положительного эффекта именно от релаксации, по этой же причине не было возможно проведение большего количества сеансов гетеросуггестивной психомышечной релаксации, что, возможно, укрепило бы достигнутые положительные результаты на более глубоком нейрофизиологическом и психологическом уровне. Данные переписки с некоторыми больными говорят о неустойчивости положительного эффекта во времени.

Тем не менее, анализируя полученные данные, мы можем предполагать, что при правильно подобранной кодовой формулировке (используя уже возникшие спонтанные адаптационные механизмы организма) проведение гетеросуггестивной психомышечной релаксации позволяет поддерживать произвольность в ощущениях схемы собственного тела у пациентов с диагнозом рассеянный склероз, повышает психическую активность организма, что находит свое отражение в данных по состоянию динамических характеристик психической деятельности больных (повышение объема активного внимания и кратковременной механической памяти, нивелирование истощаемости, утомляемости и отвлекаемости).

Метод гетеросуггестивной психомышечной релаксации по Кожевникову В.Н. может быть использован в терапии больных рассеянным склерозом наравне с другими релаксационными методиками.

##### 4.2 Выводы

1. В ходе проведенного исследования мы выяснили, что психологический статус больных рассеянным склерозом характеризуется внутренним конфликтом между желанием контролировать свою жизнь, отстаивать свое мнение и зависимостью от других. Ведущая мотивационная направленность – избегание неудач, высокая потребность в аффилиации. Снижение уровня оптимизма, жизнелюбия и активности. Повышенная утомляемость, астения. Наблюдается отсутствие спонтанности, непосредственности поведения. В стратегии поведения, направленной на достижение цели, преобладает выжидательная позиция. Высокая личностная тревожность.

Результаты исследования динамических характеристик процесса психической деятельности указывают на их дефицитарность.

2. После проведения сеансов гетеросуггестивной психомышечной релаксации отмечалась активация энергетических процессов, что проявило себя в повышении продуктивности непосредственного механического запоминания, снижении истощаемости и отвлекаемости при выполнении заданий.

Со слов испытуемых так же отмечается нормализация процессов сна и бодрствования, увеличение общей активности, устойчивости работоспособности, уменьшение астенизации.

Список использованой литературы

1. Алаев Б.Н. Уманский К.Г. “Рассеяный склероз”- Ростов-на-Дону 1996г. 326с.

2. Варшавский К.М. “Гипносуггестивная терапия” – М. 1999г. 166с.

3. Зейгарник Б.В. «Патопсихология» Учебное пособие для ВУЗов М.: Издательский центр «Академия» 1999г. 208с.

4. Карвасарский Д.Б. “Психотерапия” - С-Пб. Изд. «Питер», 2000г. – 544с.

5.Лурия А.Р. «Высшие корковые функции и их нарушение при локальных нарушениях мозга» 3-е изд. М. Академический проект 2000г.505с.

6. Майда Ева “Справочник по рассеянному склерозу”/ пер. с нем. Н.А. Врублевской 1999г. 272с.

7. Практикум по общей экспериментальной и прикладной психологии под общей редакцией Крылова А.А. и Маничева С.А. изд. 2-ое, доп. перераб. С-Пб. 2000г. 560с.

8. Ромен А.С. ”Самовнушение и его влияние на организм человека” Алма-Ата, «Казахстан» 1970г. 199с. с илл.

9. Варлакова Я.В. “Исследование психофизиологических механизмов психотерапии при невротической депрессии методом динамической омегаметрии”. Диплом КГУ 2001г.

10. Скоромец А.А. Заславский Л.Г. “Тревожность как один из факторов, определяющих скорость прогрессирования рассеянного склероза” Оригинальные статьи С-ПбМУ им. Павлова

11. Матвеева Т.В. Менделевич В.Д. Речаник Д.П. “Эмоциональные нарушения больных с различными клиническими вариациями рассеянного склероза и их корреляции с данными МРТ-исследования” Оригинальные статьи Казанский ГМУ

12. Татаринова М.Ю. Смирнова Н.Ф. Бойко А.Н. “Взаимосвязь между показателями качества жизни, особенностями питания и клиническими проявлениями заболевания у больных рассеянным склерозом” РГМУ.

Приложение

Данные клинической беседы

1. Больная П., 1965г.р., цереброспинальная форма заболевания, диагноз рассеянный склероз с 32 лет. Потеря чувствительности кожных покровов, двоение в глазах. Жалобы на невнимательность, невозможность сосредоточиться, плохую память, на «нервы».

«10 слов» - данные первого предъявления (нижний график) говорят об истощаемости, отвлекаемости (привнесение новых слов - лед, стук) и о дефицитарности объема актуальной информации, которая должна быть удержана.



Данные после проведения психотерапии (верхний график) говорят о снижении дефицитарности, устранении отвлекаемости.

Методика СМИЛ.

По данным первичного исследования смешанный тип реагирования. Шкалы достоверности в норме – 2:1:3,- сниженный уровень мотивации достижения (что подтверждается низкой 4 шкалой), вялость реакций, суженный диапазон интересов.

Ведущая 6 шкала при низко расположенном профиле – самоконтроль, настороженность и недоверчивость.

Низкая 9 шкала – снижение уровня оптимизма, жизнелюбия, активности.

Низкий показатель тревожности по 7 шкале в данном профиле может говорить о рационализации психологического конфликта, вызывающего тревогу, внешнеобвиняющей позиции, снимающей с личности ответственность за сложившуюся кризисную ситуацию (механизм защиты личности от избыточной тревоги).

Низкая 1 шкала говорит об эмоциональной сдержанности, подчеркнутой скромности в поведении.

Умеренный подъем по 2 шкале – благодатная почва для психотерапии.

После проведения психотерапии данные значимо не изменялись.





Методика “Счет по Крепелину”. Низкий объем активного внимания, его неустойчивость. После проведения психотерапии повышение объема активного внимания при неустойчивости оного.

Методика “Таблицы Шульте” – время работы с таблицами при первичном исследовании от 50 до 115сек., при повторном – от 40 до 65сек. Изменение темпа сенсомоторных реакций в сторону ускорения, что говорит о повышении врабатываемости, повышение скорости переключения внимания, неравномерность распределения активного внимания без изменений.

Методика реактивной и личностной тревожности по Спилбергеру:

1 исследование - реактивная тревожность –32 балла; личностная тревожность – 48 баллов.

2 исследование - реактивная тревожность –30 баллов; личностная тревожность – 41 балл.

2.Больная Ч., 32 года, больна с 2000г. Цереброспинальная форма заболевания. Потеря чувствительности ног. Жалобы на «тупость», «дерганность», мечтательность – «думаю, все пройдет, сижу, мечтаю, ничего не делаю».

«10 слов» - данные первичного исследования говорят о об истощаемости, недостаточности переключаемости при переходе с одного стимула на другой, снижении объема кратковременной памяти, высокой отвлекаемости (больная повторялась 2-4 раза в трех предъявлениях из пяти). Данные исследования после психотерапии – повышение исходного объема кратковременной памяти, уменьшение отвлекаемости (1 повтор), отсутствует истощаемость.



График методики “10 слов”.

Методика СМИЛ. Смешанный тип реагирования. Профиль достоверен 1:2:3. Пассивное отношение к конфликту(1 шкала выше 3), уход от решения проблем, эгоцентричность, защитный механизм по типу “бегство в болезнь” (снижает уровень свободно плавающей тревоги), ведущая 6 шкала –настороженность, недоверчивость; небольшое повышение по 8 шкале – склонность к раздумьям превалирует над чувствами и действенной активностью. Защитный механизм – уход в фантазии. Низкая 3 шкала – снижение чувствительности к средовым воздействиям с относительно низкой откликаемостью на проблемы социального микроклимата. В поведении менее гибкий стиль межличностного взаимодействиия. Низкая 9 шкала – снижение уровня активности и оптимизма; низкая 7 шкала – рационализация конфликтов, снятие с себя ответственности за сложившуюся кризисную ситуацию.



Методика ”Счет по Крепелину” показывает недостаточный объем активного внимания, неустойчивость внимания, истощаемость. После проведения психотерапи и повышение объема внимания, устойчивости, снижение истощаемости.



Методика “Таблицы Шульте” (время работы – 45-75сек.) показывает неравномерность распределения активного внимания, недостаточную скорость переключения и снижение темпа сенсомоторных реакций до психотерапии, и улучшение этих показателей после психотерапии (время работы – 45-50сек.).

Методика реактивной и личностной тревожности по Спилбергеру показывает

1 исследование - реактивная тревожность –27 баллов; личностная тревожность – 46 баллов.

2 исследование - реактивная тревожность –30 баллов; личностная тревожность – 38 баллов.

3. Больная Л., 40 лет, цереброспинальная форма заболевания, диагноз с 1997г. Плохо ощущает правую руку, онемение правой стороны тела. Жалобы на раздражительность, угнетенное состояние, плохую память.

“10 слов” – первичное исследование: низкий объем кратковременной памяти, недостаток переключаемости внимания в виде застревания, отвлекаемость. После проведения психотерапии: повышение объема кратковременной памяти, снижение застревания и отвлекаемости.



График «10 слов»

Методика СМИЛ. Профиль нормативный, достоверный – 5:4:2, выявляется усиление нормативного поведения (L=55). В качестве ведущего пика в профиле выступает 2 шкала (77Т), что показывает депрессивную реакцию в рамках адаптационного синдрома, обусловленную заболеванием. В частности неуверенность в себе, пассивность. Незначительное повышение по 6 шкале отражает наличие подавляемой (заниженная 1 шкала) раздражительности, враждебности. Общая биологическая и психологическая тенденция противодействия чему-то инородному, чужому как для духовного мира личности, так и для физиологического мира организма. Значительных изменений после психотерапии не выявлено.



График СМИЛ

Методика “Таблицы Шульте”. Время выполнения колеблется от 65до80 сек. до психотерапии; при чем динамика работоспособности низкая, скорость переключения внимания низкая, замедление темпа сенсомоторных реакций - плохая врабатываемость. И 50-65сек. после психотерапии,а так же улучшение выше означенных показателей.

Методика “Счет по Крепелину”. Первое исследование: низкий объем активного внимания, низкая устойчивость, низкая скорость переключения внимания, истощаемость. И при этом ни одного верно выполненного задания. Второе исследование: повышение устойчивости внимания, повышение объема, скорости переключения, истощаемости. Ошибки в первом, третьем и шестом предъявлении (2,1 и 2 соответственно).

Методика реактивной и личностной тревожности по Спилбергеру показывает исследование - реактивная тревожность –20 баллов; личностная тревожность – 46 баллов.

2 исследование - реактивная тревожность –20 баллов; личностная тревожность – 35 баллов.



4. Больная К., 1987г.р., цереброспинальная форма заболевания, диагноз с 2004г. Крайне медлительна в речах и действиях, все перепроверяет и все равно путается. Жалобы: «Какая-то я непонятливая, это из-за болезни, да? Все у меня из рук валится. За чем пошла – не помню». Тревоги при этом нет.

Наблюдается вялость, апатия.

Методика ”10 слов” в первичном исследовании показывает низкий объем кратковременной памяти, слабую переключаемость, отвлекаемость(привнесение новых слов и повторы), снижение темпа психической деятельности. Исследование после психотерапии выявляет повышение объема кратковременной памяти, нивелирование истощаемости и частично отвлекаемости.



Данные СМИЛ показывают, что профиль утопленый. Шкалы достоверности 1:2:8. Пики по 7 и 2 шкалам - гипостенические черты.





Снижение по 9 шкале говорит об особенно глубокой депрессивной окраске настроения. Повышение на общем фоне профиля 6 и 8 шкал может говорить о неявно выраженной агрессии по отношению к окружающим, обвинительной позиции, в то время как позиция других незначима. После проведения психотерапии наблюдается повышение профиля по 6 и 8 шкалам, в целом незначительные.



В методике «Счет по Крепелину» выявлены низкий объем активного внимания, истощаемость, низкая устойчивость активного внимания. После проведения психотерапии наблюдается повышение устойчивости и объема активного внимания.

Методика «Счет по Крепелину»

По данным методики реактивной и личностной тревожности реактивная тревожность до психотерапии по верхней границе нормы – 45, а личностная завышена – 48, после – реактивная тревожность – 40, личностная 40.

По таблицам Шульте время выполнения колеблется от 60 до 115сек. (110, 107, 60, 115, 69). Снижение темпа сенсомоторных реакций при плохой врабатываемости, неравномерность распределения активного внимания, скорости его переключения. После проведения психотерапии стабилизация распределения активного внимания, выполнение колеблется от 90 до 60сек. с тенденцией к уменьшению.

5. Больная Т. 28 лет, руброспинальная форма заболевания. Больна уже 5 лет. Заболевание неуклонно прогрессирует. Не встает с постели, за ней ухаживает мать. Речь трудно разобрать из-за пареза лицевого нерва. Исследование до конца не проведено по причине жалоб больной на усталость.

«10 слов» - в первичном исследовании выявлена дефицитарность объема актуальной информации, которая должна быть усвоена, очень низкий объем кратковременной памяти, истощаемость, отвлекаемость. Во вторичном исследовании повышение объема кратковременной памяти с сохранением предыдущих тенденций.



Методика «10 слов»

Данные по методике СМИЛ. Достоверность на грани нормы – 4:7:3. Высокая К (70Т) говорит о сниженной работоспособности в связи с переутомлением и болезненным состоянием. Эмоциональная напряженность. 2 шкала, определяющая профиль, говорит о депрессивном типе реагирования, пассивности, пессимистичной оценке своих возможностей, неуверенности в себе, фатализме.

График по методике СМИЛ



6. Больная Ф. 45лет, цереброспинальная форма заболевания, диагноз с 2000г., передвигается с трудом из-за потери чувствительности в ногах. Настроение при проведении беседы приподнятое. Охотно и много говорит, часто соскальзывает с темы собственного состояния на взаимоотношения в семье, рассказывает, какие у нее замечательные дети, зовет заходить в гости и после исследования. Жалобы на быструю утомляемость, оторванность от жизни. Страхи о будущем – «стану совсем неподвижной, как смогу помогать близким? Не хочу быть бревном. Пока что-то делаю – живая». По ее словам много читает о своем заболевании, ищет «возможность сосуществования с ним».

«10 слов» - первичное исследование выявляет недостаточность переключаемости, отвлекаемость, истощаемость и недостаточный объем кратковременной памяти при его устойчивости. Исследование после психотерапии говорит о незначительном повышении кратковременной памяти.



Методика СМИЛ. Профиль нормативен. Шкалы достоверности – 0:3:1. Определяющий пик - 9 шкала: завышенная самооценка, высокий уровень жизнелюбия, высокая мотивация достижения, ориентация на речевую сверхактивность, а не на конкретные цели. Инфантилизм. 2 шкала при повышении 9 отражает склонность к перепадам настроения, циклотимный вариант личности. Низкая 1 шкала - вытеснение озабоченности своим здоровьем, либо невозможность охарактеризовать свое состояние.



Психотерапия не приводит к значимому изменению профиля.

Методика «Счет по Крепелину» показывает дефицитарность объема активного внимания, его неустойчивость, истощаемость. После проведения психотерапии отмечается значительное повышение объема активного внимания и памяти, снижение неустойчивости и истощаемости.



По методике «Таблицы Шульте» время выполнения колеблется от 45 до 60сек. Неравномерность распределения активного внимания, скорости его переключения. После проведения психотерапии стабилизация распределения активного внимания, выполнение колеблется от 40 до 60сек. с тенденцией к уменьшению.

По данным методики реактивной и личностной тревожности реактивная тревожность до психотерапии - 38, а личностная завышена – 50, после – реактивная тревожность – 38, личностная - 38.

7. Больная Г. 1971г.р. Цереброспинальная форма заболевания. Диагноз с 2002г. Трудности с походкой и чувством расположения тела в пространстве. Жалобы на депрессию, невозможность жить дальше, «надо быть сильной, у меня ребенок в школу пошел, а я не могу, расстраиваюсь, плачу».

«10 слов» - первичное исследование показывает недостаток переключаемости, отвлекаемость, снижение продуктивности запоминания. Исследование после психотерапии показывает снижение вышеобозначенных факторов и повышение объема актуальной информации, подлежащей запоминанию.



Методика СМИЛ показывает смешанный тип реагирования, профиль нормативен, шкалы достоверности в норме – 2:1:6. Сочетание подъема по 1 и 2, так же по 7 шкале выявляют усиление невротического самоконтроля , соматизацию тревоги, осознание психологических проблем и вынужденный отказ от реализации своих намерений, что сопровождается снижением настроения.



Методика «Счет по Крепелину» показывает неравномерность распределения активного внимания, недостаточный уровень объема внимания и памяти и неустойчивость этих психодинамичеких характеристик. После психотерапии явно отмечается повышение устойчивости и объема активного внимания.



Методика «Счет по Крепелину»

При проведении методики «Таблицы Шульте» » время выполнения колеблется от 60 до 180сек. Неравномерность распределения активного внимания, скорости его переключения. После проведения психотерапии стабилизация распределения активного внимания, выполнение колеблется от 60 до 90сек. с тенденцией к уменьшению.

По данным методики реактивной и личностной тревожности по Спилбергеру реактивная тревожность до психотерапии - 44, а личностная завышена – 48, после – реактивная тревожность – 40, личностная - 39.

8. Больная В. 1974г.р. Цереброспинальная форма заболевания. Диагноз уточнен в 2004г. Ничего о физиологических проблемах сказать не может. Нет проблем. Находит изменения в общении с окружающими: «Не могут они меня понять, как мне тяжело. Душа болит, что ли».

«10 слов» - недостаток переключаемости. После проведения психотерапии – повышение скорости достижения оптимального объема кратковременной памяти.



Методика «10 слов»



Методика СМИЛ в первом исследовании показывает нормативный профиль, шкалы достоверности – 0:2:7. Пики профиля 2 и 7, что говорит о пассивной личностной позиции, ведущей мотивационной направленности на избегание неудач, депрессивный тип реагирования, отказ от реализации своих намерений и снижение настроения.

Методика «Счет по Крепелину» показывает нестабильность повышения объема кратковременной памяти и активного внимания, истощаемость, неустойчивость. После проведения психотерапии повышение устойчивости , нивелирование истощаемости, повышение объема внимания и памяти.



По методике «Таблицы Шульте» время выполнения колеблется от 60 до 75сек. Снижение темпа работоспособности на последних числах (от 20 до 25). Плохая врабатываемость, скорость переключения внимания. После проведения психотерапии стабилизация распределения активного внимания, выполнение составляет 60сек., темп работоспособности стабильный.

По данным методики реактивной и личностной тревожности по Спилбергеру реактивная тревожность до психотерапии 25, а личностная завышена – 50, после – реактивная тревожность – 20, личностная - 42.

9. Больная Б. 1975г.р. Цереброспинальная форма. Онемение и покалывание в ногах. За три дня резкое снижение чувствительности ног, двоение в глазах. При госпитализации не хотела жить, сейчас состояние лучше, появилась надежда, что вылечат. Жалобы на резкую смену настроения, тоску.



Методика «10 слов»

Методика «10 слов» - первичное предъявление: отвлекаемость, истощаемость, недостаток переключаемости. Вторичное предъявление: все вышеобозначенные симптомы нивелировались.

Данные проведения методики СМИЛ до психотерапии показывают, что профиль нормативный, шкалы достоверности – 2:4:2, имеются два пика по 6 и 2 шкалам, что показывает настороженность, недоверчивость больной, пассивную личностную позицию, пессимистический тип реагирования на трудности, низкие 4 и 9 шкалы – снижение жизненной активности, оптимизма, глубокую депрессивную окраску. После проведения психотерапии значительных изменений не выявлено.



Методика СМИЛ

В методике «Счет по Крепелину» обращает на себя внимание низкий объем активного внимания и памяти, истощаемость и недостаточная устойчивость этих параметров до психотерапии. После проведения гетеросуггестивной психомышечной релаксации отмечается неоднозначное повышение объема активного внимания и памяти, их устойчивости и снижение истощаемости.



Методика «Счет по Крепелину»

По методике «Таблицы Шульте» время выполнения колеблется от 80 до 90сек. Помогает себе повторением вслух чисел, на которые уже указала. Низкая врабатываемость, скорость переключения внимания приблизительно на одном уровне. После проведения психотерапии повышается врабатываемость, больная перестает повторяться, выполнение составляет 60 - 65сек.

По данным методики реактивной и личностной тревожности по Спилбергеру реактивная тревожность до психотерапии 40, а личностная завышена – 48, после – реактивная тревожность – 25, личностная - 30.

10. Больная Д. 1983г.р. Цереброспинальная форма. Нарушения походки, чувствительности в ногах. «Земля не носит». Много шутит, суетится, спешит. «Надо везде попробовать, где получится, там и буду себя упражнять. Здесь главное – самой понять, что могу, что не могу.» Жалобы на плохую память, бессилие.

По графикам методики «10 слов» мы видим дефицитарность объема кратковременной памяти, истощаемость и недостаток переключаемости при первом исследовании и после проведения психотерапии эти параметры практически без изменений.



Методика «10 слов»

Данные по методике СМИЛ. Профиль нормативен, шкалы достоверности в пределах нормы – 1:6:4. Сдвоенный пик 2-3, пик по 6 шкале, что может говорить о конфликтном сочетании разнонаправленных тенденций в поведенческой стратегии, попытке подстроиться под изменения, бороться с ними, искать помощи у других, руководствоваться только своими предположениями и выводами, что приводит к дезадаптации, снижению мотивации достижения – низкая 4 шкала, утрате жизнелюбия и активности – низкая 9 шкала.



График СМИЛ

Методика «Счет по Крепелину» показывает весьма низкий объем активного внимания, низкую устойчивость активного внимания, истощаемость. После проведения психотерапии повышение объема активного внимания и нивелирование истощаемости.



Методика «Счет по Крепелину»

По методике «Таблицы Шульте» время выполнения колеблется от 80 до 90сек., наблюдается неравномерность распределения и скорости переключения активного внимания, постепенно снижается темп сенсомоторных реакций, что находит свое отражение в снижающейся от педъявления к предъявлению врабатываемости. После проведения психотерапии повышается скорость переключения активного внимания, врабатываемость и сглаживается неравномерность. Время выполнения составляет 60 - 65сек. и уменьшается с каждым новым предъявлением.

По данным методики реактивной и личностной тревожности по Спилбергеру реактивная тревожность до психотерапии 28, а личностная завышена – 52, после – реактивная тревожность – 28, личностная - 32.

Графики средних значений по основным методикам



Общий график по методике «10 слов»



Общий график по методике СМИЛ



Общий график по методике «Счет по Крепелину»