

РЕАБИЛИТАЦИЯ ВРАЧЕЙ С ПОЗИЦИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Т.В. КУЛЕМЗИНА

*Национальный медицинский университет им. М. Горького,
ул. Университетская, 60, г. Донецк, 83114, e-mail: medrecovery@rambler.ru*

Аннотация. В настоящей статье идет речь о врачах, работающих в условиях действия боевой обстановки. Стрессоры, действующие на гражданского врача в обычной повседневной практической работе в рамках специальности, отличаются от таковых в боевых условиях. Поскольку гражданские врачи находятся в тех же боевых условиях, что и другие военнослужащие, на них также оказывают действия специфические и неспецифические для боевой обстановки боевые стрессоры. Гражданские врачи, оказавшиеся в боевой обстановке, часто пренебрегают опасностью, неадекватно ее оценивая, нарушают общепринятую дисциплину, поскольку доминирует задача оказания неотложной помощи. В связи с этим, целью настоящей работы явилось продемонстрировать комплексность применения нелекарственных методов в коррекции психосоматических расстройств у гражданских врачей, выполняющих свои функциональные обязанности в условиях действия боевой обстановки. Диагностические и последующие лечебно-профилактические мероприятия определялись на основе холистического подхода к пациентам. Использовались методы рефлексотерапии, гомеотерапии и практической психологии (холодинамики). Лечебный процесс планировался таким образом, чтобы снизить риски возникновения обострений, особенно в ходе сочетанного применения методов, поскольку, был ограничен временным фактором.

Ключевые слова: врачи, боевая обстановка, психосоматика, рефлексотерапия, гомеотерапия, холодинамика.

DOCTORS' REHABILITATION FROM A POSITION OF PSYCHOSOMATIC MEDICINE

T.V. KULEMZINA

*National M. Gorky Medical University,
Universitetskaya Str., 60, Donetsk, 83114, e-mail: medrecovery@rambler.ru*

Abstract. This article deals with the doctors working in conditions of combat situation. Stressors, effecting on civilian physician in ordinary everyday practical work within the profession are differ from those in combat. Since civilian doctors are in the same combat conditions as other soldiers, they are also exposed to combat stressors specific and non-specific to the combat situation. Civilian doctors in a combat situation, often neglected the risk, assess it inappropriately, violate well-established discipline, as the task of providing emergency assistance reaches. In this context, the purpose of this study was to demonstrate the complexity of the use of non-pharmacological methods in psychosomatic disorders in civilian doctors performing their responsibilities in the combat situations. Diagnostic, therapeutic and preventive measures were determined on the basis of a holistic approach to patients. The authors used the methods of reflexology, homeotherapy and practical psychology (holodynamics). Therapeutic process was planned in such a way as to reduce the risk of exacerbations, particularly during combined use of methods, as it was the limited by time factor.

Key words: doctors, combat situation, psychosomatic medicine, reflexology, homeotherapy, holodynamics.

Современные боевые действия, как правило, сопровождаются повышенным стрессогенным воздействием на психику военнослужащих. По мнению исследователей [2, 4, 5, 13] боевой стресс представляет собой совокупность субреактивных состояний, под которыми понимают состояния, схожие по своим проявлениям с некоторыми проявлениями реактивных состояний, но отличающиеся от них меньшей силой, стойкостью и тотальностью проявлений. Некоторые авторы [3, 7] придают решающее значение боевому стрессу и военному опыту в развитии депрессии.

Интенсивность переживания военнослужащим боевого стресса зависит от взаимодействия двух основных факторов:

1. Силы и длительности воздействия на психику военнослужащего боевых стрессоров;
2. Особенности реагирования военнослужащего на их воздействие.

Поскольку гражданские врачи находятся в тех же боевых условиях, что и другие военнослужащие, на них также оказывают действия специфические и неспецифические для боевой обстановки боевые стрессоры.

Библиографическая ссылка:

Кулемзина Т.В. Реабилитация врачей с позиции психосоматической медицины // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-9. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5307.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/17072

Концептуально подготовка военного врача предполагает вооружение будущего специалиста не только знаниями и умениями оказания медицинской помощи, но и навыками безопасной профессиональной деятельности в чрезвычайных ситуациях [11].

Стрессоры, действующие на гражданского врача в обычной повседневной практической работе в рамках специальности, отличаются от таковых в боевых условиях. Возникшие значительные изменения условий работы и жизнедеятельности, повышенная ответственность за свои действия; длительное выполнение напряженной деятельности в незнакомых ранее условиях сопровождаются непредсказуемыми реакциями. Это можно объяснить тем, что в программе подготовки специалиста в обычном медицинском университете очень малое количество учебных часов выделяется на такого рода знания (особенно психологической направленности).

В результате – гражданские врачи, оказавшиеся в боевой обстановке, часто пренебрегают опасностью, неадекватно ее оценивая, нарушают общепринятую дисциплину, поскольку доминирует задача оказания неотложной помощи. В результате возникает дилемма между необходимостью выполнения функций в рамках данной врачебной клятвы и инстинктом самосохранения, что и является в большинстве случаев причиной снижения психологической устойчивости с последующими психосоматическими проявлениями.

Психосоматика – это телесное отражение душевной жизни человека, включая как телесное проявление эмоций (следствием дисбаланса которых и становятся психосоматические болезни), так и «зеркало» иных подсознательных процессов, телесный канал сознательно-подсознательной коммуникации [6, 9, 10].

Иначе говоря, взаимосвязь тела («сомы») и психики всегда двусторонняя. Как все соматические расстройства имеют свои психологические «корни», так и любые психологические проблемы всегда приносят психосоматические «плоды». Разница только в том, какая именно сторона внутриспихического конфликта – душевная или соматическая - выходит на первый план, какая из них имеет более выраженные внешние проявления. Основной трудностью в практическом осуществлении диагностических и лечебно-профилактических мероприятий в отношении участников боевых действий является необходимость комплексного подхода [6].

Цель исследования – демонстрация комплексности применения нелекарственных методов для коррекции психосоматических расстройств у гражданских врачей, выполняющих свои функциональные обязанности в условиях действия боевой обстановки.

Материалы и методы исследования. Проведено лечение 39 пациентов мужского пола в возрасте от 36 до 38 лет, находившихся в зоне действия боевой обстановки в течение 6 месяцев. Физически пациенты-врачи не пострадали и не нуждались на физическом плане в оказании им неотложной медицинской помощи (физическая целостность организма не была нарушена).

Пациенты поступили на лечение в стационар терапевтического профиля с жалобами на резкое снижение психологической устойчивости, нарушения функций внимания и памяти, нарушения сна с преобладанием процессов возбуждения, тремор конечностей, неспособность сконцентрироваться, снижение работоспособности, снижение самоконтроля. В физическом плане пациентов беспокоили боли в эпигастральной области, отсутствие аппетита и снижение массы тела, люмбалгии, головные боли различной локализации, головокружения, связанные с изменением положения тела, боли в области сердца, иррадиирующие в левое надплечье и лопатку.

Диагностические и последующие лечебно-профилактические мероприятия определялись на основе холистического подхода к пациентам.

Обязательным условием диагностического этапа явилось определение конституциональных признаков каждого пациента (в соответствии с категориями традиционной китайской медицины) и сопоставление их с предъявляемыми жалобами (психосоматического и физического плана) и типами реагирования на боевую обстановку, что в конечном итоге определяло методику рефлексотерапевтического воздействия и время, в которое проводилась процедура [8, 12]. Меридианная диагностика позволила определить значительные энергетические изменения в меридианах (почек, перикарда, печени и легких), которые были определены как первоочередные объекты рефлексотерапевтического воздействия.

В рамках классических моделей взаимоотношений «врач-пациент» в данном случае была избрана «коллегиальная» не только по стереотипу построения, но и по сути, ибо в роли пациента в данном случае находился коллега.

Собственно лечению пациента-врача предшествовала беседа с рефлексотерапевтом, в ходе которой пациенту предоставлялась полная информация о планируемых методах лечения, показаниях, противопоказаниях к ним, возможностях, сочетаемости, эффективности, особенностях течения лечебного процесса. Такая полная информированность была призвана вызвать у коллеги содружественную реакцию, при которой от пациента-врача требовалось переместить на второй план свои профессиональные знания, умения и навыки, а на первом плане сформировать доверие к лечащему врачу, отслеживать свои реакции, ощущения, эффекты.

Библиографическая ссылка:

Кулемзина Т.В. Реабилитация врачей с позиции психосоматической медицины // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-9. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5307.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/17072

В 20,5% случаев этот процесс проговаривания оказался достаточно трудоемким и длительным по времени, однако успешным. Это можно объяснить двумя важными факторами. Первый – это повышенная степень ответственности и напряженности в выполняемой в настоящий период работе (в боевых условиях). Второй – неоднозначное (вследствие недостаточной осведомленности) отношение к такого рода немедикаментозным методам психосоматической коррекции.

Также в процессе беседы проговаривались необходимость формирования оптимального стереотипа поведения (эмоционального, двигательного, нутрициологического). Такая беседа проводилась перед началом каждого курса лечения.

Холодинамика при лечении применялась как направление практической психологии. Холодинамика – это система взглядов, процессов и метафор, направлена на трансформацию ограничивающего опыта, построение будущего и реализацию планов [1]. При проведении сеансов холодинамики ставилась цель – помочь пациенту в решении глубоких личностных и социальных проблем. Выбор холодинамических процессов с целью помощи пациентам, работающих в условиях воздействия боевой обстановки, был обусловлен доказанной эффективностью работы с холодаями (мыслеформами) путем их отслеживания.

С началом сеансов рефлексотерапии пациентам прописывались и классические гомеопатические препараты. Каждому пациенту подбирался индивидуальный конституциональный препарат по принципу унитарности.

Среди конституциональных типов были выделены соответствия портретам гомеопатических препаратов растительного, минерального и животного происхождения: *Nux vomica*, *Aconitum*, *Lycodium*, *Phosphorus*, *Alumina*, *Calcium carbonicum*, *Vipera berus*, *Veratrum viride*, *Lachesis*.

Результаты и их обсуждение. Холистический подход к здоровью был применен в эпоху Желтого императора Хуань-Ти и сформулирован как лечебно-профилактическая система. Основной причиной болезни с точки зрения холистического подхода являлось нарушение гармонии духа и тела.

Известный и авторитетный доктор холистической медицины, в свое время оставивший хирургию, Рой Мартин сказал, что «в основе холистического подхода лежит увеличение потенциала здоровья у пациента. Это наиболее эффективный метод исцеления. Очень востребованы услуги профессионалов в области хиропрактики и акупунктуры благодаря тому, что эти методики позволяют вылечить множество серьезных заболеваний, избегая осложнений, которые могут вызвать применение фармацевтических препаратов».

Применение акупунктуры обеспечивало локальные, сегментарные и супрасегментарные механизмы в соответствии с использованными биологически активными точками.

Проведено 3-и курса рефлексотерапии с интервалами в 21 день, длительностью по 10 сеансов каждый, ежедневно. В течение первых 10-ти сеансов использовалась седативная методика. В течение второго и третьего курсов выполнялась тонизирующая методика. Использовались точки корпоральной, аурикулярной и краниальной топографии. Применялась классическая иглотерапия, прогревание, баночный массаж и поверхностная многоигольчатая рефлексотерапия. Комплексирование процедур определялось состоянием пациента на момент сеанса (но не более 2-х процедур в одном сеансе).

Сеансы рефлексотерапии предшествовали сеансам работы с *холодаем*, что позволяло обеспечивать определенную степень физического и психологического комфорта пациента.

Холодаин (мыслеобраз) – это индивидуально воспринятый всеми органами чувств и зафиксированный на подсознательном уровне в качестве своего опыта целостный образ предмета, события, явления. В. Вульф обозначил его как трехмерное голографическое изображение, которое появляется в подсознании человека на ту или иную ситуацию. В классической психологии это изображение принято называть «мыслеформа». Другими словами, мысль – тонкая субстанция, которая приобрела физические очертания – форму. Так как в холодинамике не производится деление психики на сознание и подсознание, то языком сознания являются *холодаины* (мыслеформы).

Холодинамика объединяет концепции квантовой физики и биологии с передовыми достижениями современной психологии, возрастной психологии, нейролингвистического программирования.

Длительность сеанса работы с *холодаем* составила в среднем от 90 до 120 минут. Кратность проведения холодинамического процесса в отношении к рефлексотерапевтическому сеансу составила 1:2. Результатом воздействия явилась психосоматическая гармонизация пациентов. В ходе «процесса отслеживания проблемы» (трекинга), который проводился каждому пациенту индивидуально, отрицательные элементы восприятия произошедших в течение 6 месяцев нахождения в боевой обстановке событий и сопутствующих ощущений в организме трансформировались в положительные психические проявления. Таким образом, были сформированы зрелые *холодаины*, обладающие потенциалом радости и вызывающие позитивные эмоции. Трекинг способствовал переводу незрелых *холодаинов* (отрицательных) в зрелые.

Холодаины проявлялись в сознании пациентов во время сеансов как трехмерные мыслеобразы, подобные живым голограммам. Они имели цвет, форму, черты, характер, запах, эмоциональную окраску, сопровождалась звуком. Процесс контролировался трекером, одновременно являющимся и лечащим врачом. Пациенты отмечали, что количество *холодаинов*, с которыми необходимо им работать в первую очередь, колебалось от 5 до 9. Обязательным условием после прохождения лечебного сеанса являлся

Библиографическая ссылка:

Кулемзина Т.В. Реабилитация врачей с позиции психосоматической медицины // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-9. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5307.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/17072

полноценный отдых пациента в течение 3-х часов (с обязательным сном).

Использование конституциональных препаратов способствовало возвращению характеристик в рамки конституции, и восстановить физические, психические, ментальные признаки, свойственные конституции. Независимо от принадлежности к растительной, животной либо минеральной группе на первом этапе приема конституциональных гомеопатических препаратов использовались низкие разведения (12). С интервалами в 21 день назначались более высокие разведения (30, 50, 100).

Контрольные осмотры пациентов в перерывах между курсами лечения рефлексотерапией осуществлялись еженедельно в идентичный день недели и идентичное время. После окончания времени интенсивного лечения были выданы рекомендации по дальнейшему приему гомеопатических препаратов.

Лечебный процесс планировался таким образом, чтобы снизить риски возникновения обострений, особенно в ходе сочетанного применения методов, поскольку, был ограничен временным фактором.

Таким образом, примененная модель взаимоотношений «врач-пациент» проиллюстрировала утверждение Р. Витча: «Когда два индивида или две группы людей действительно привержены общим целям, то взаимное доверие и конфиденциальность отношений оправданы, а сама коллегиальная модель имеет смысл. Это очень приятный и гармоничный путь взаимодействия с другими людьми. Он предполагает равенство достоинства и уважения, ...общность ценностей, которым каждая из сторон привержена».

И наконец, хотелось бы отметить, что опыт оказания такого вида специализированной (психосоматической) медицинской помощи явился ценным опытом клинической практики с той точки зрения, что он обогатился за счет работы с пациентами-коллегами, которые в силу сложившихся обстоятельств выполняют обязанности в условиях действия боевой обстановки.

Литература

1. Вульф В., Ректор К. Холодинамика вашей жизни. Сборник. Пер.с англ / Общ. ред. Л. Лучко. М.: ЛАС, 1994. 176 с.
2. Караяни А., Сыромятников И. Прикладная военная психология. Учебно-методическое пособие. С-Пб.: Питер, 2006. 480 с.
3. Колов С. А. Многофакторная модель деструктивного агрессивного поведения у ветеранов боевых действий // Вестник Санкт-Петербургского университета. 2009. Сер. 11, Вып. 3. С. 72–77.
4. Военная психология: методология, теория, практика / Корчемный П.А. [и др.]. М.: Воениздат, 2008. 280 с.
5. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма. М.: Медицина, 2005. 432 с.
6. Сандомирский М. Психосоматика и телесная психотерапия: практическое руководство. М.: Независимая фирма «Класс», 2005. 592 с.
7. Смекалкина Л.В. Медицинская и социально-психологическая реабилитация участников локальных конфликтов с последствиями травм в системе этапного восстановительного лечения: автореф.....д.мед.н. М., 2011. 39 с.
8. Табеева Д.М. Руководство по иглорефлексотерапии. М.: ФАИР-ПРЕСС, 2006. 752 с.
9. Хадарцев А.А., Еськов В.М., Винокуров Б.Л., Зилов В.Г., Морозов В.Н., Цогоев А.С., Михайлова А.А., Купеев В.Г., Гонгарев С.Н., Олейникова М.М., Дзасохова П.В., Крюкова С.В., Митюшкина О.А. Восстановительная медицина: Монография / Под ред. А.А. Хадарцева, С.Н. Гонгарева, С.В. Крюковой.– Тула: Изд-во ТулГУ – Белгород: ЗАО «Белгородская областная типография», 2010. Т. II. 262 с.
10. Хритинин Д.В. Олейникова М.М., Михайлова А.А., Зилов В.Г., Разумов А.Н., Хадарцев А.А., Малыгин В.Л., Котов В.С. Психосоматические и соматоформные расстройства в реабилитологии (диагностика и коррекция): Монография. Тула, 2003. 120 с.
11. Шатрова Н.В. Организация подготовки будущих специалистов-медиков к условиям деятельности в чрезвычайных ситуациях // Земский врач. 2015. № 1 (25). С. 63–66.
12. Шнорренбергер К. Терапия акупунктурой. М.: ГЭОТАР, 2012. 528 с.
13. Begoyan A. An Anatomy of Psycho-trauma: Pain, Illness and Recovery // International Journal of Psychotherapy. 2014. Т. 18, №3. P. 41–51.

References

1. Vul'f V, Rektor K. Kholodinamika vashey zhizni. Sbornik. Per.s angl / Obshch. red. L. Luchko. Moscow: LAS; 1994. Russian.
2. Karayani A, Syromyatnikov I. Prikladnaya voennaya psikhologiya. Uchebno-metodicheskoe posobie. S-Pb.: Piter; 2006. Russian.
3. Kolov SA. Mnogofaktornaya model' destruktivnogo agressivnogo povedeniya u veteranov boe-vykh deystviy. Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. 2009;11(3):72-7. Russian.

Библиографическая ссылка:

Кулемзина Т.В. Реабилитация врачей с позиции психосоматической медицины // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-9. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5307.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/17072

4. Korchemnyy PA, et al. Voennaya psikhologiya: metodologiya, teoriya, praktika. Moscow: Voenizdat; 2008. Russian.
5. Litvintsev SV, Snedkov EV, Reznik AM. Boevaya psikhicheskaya travma. Moscow: Meditsina; 2005. Russian.
6. Sandomirskiy M. Psikhosomatika i telesnaya psikhoterapiya: prakticheskoe rukovodstvo. Moscow: Nezavisimaya firma «Klass»; 2005. Russian.
7. Smekalkina LV. Meditsinskaya i sotsial'no-psikhologicheskaya reabilitatsiya uchastnikov lokal'nykh konfliktov s posledstviyami travm v sisteme etapnogo vosstanovitel'nogo lecheniya [dissertation]. Moscow; 2011. Russian.
8. Tabeeva DM. Rukovodstvo po iglorefleksoterapii. Moscow: FAIR-PRESS; 2006. Russian.
9. Khadartsev AA, Es'kov VM, Vinokurov BL, Zilov VG, Morozov VN, Tsogoev AS, Mikhaylova AA, Kupeev VG, Gontarev SN, Oleynikova MM, Dzasokhova PV, Kryukova SV, Mityushkina OA. Vosstanovitel'naya meditsina: Monografiya / Pod red. A.A. Khadartseva, S.N. Gontareva, S.V. Kryukovoy. Tula: Izd-vo TulGU – Belgorod: ZAO «Belgorodskaya oblastnaya tipografiya»; 2010. T. II. Russian.
10. Khrinin DV, Oleynikova MM, Mikhaylova AA, Zilov VG, Razumov AN, Khadartsev AA, Malygin VL, Kotov VS. Psikhosomaticheskie i somatoformnye rassstroystva v reabilitologii (diagnostika i korrektsiya): Monografiya. Tula; 2003. Russian.
11. Shatrova NV. Organizatsiya podgotovki budushchikh spetsialistov-medikov k usloviyam deyatelnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh. Zemskiy vrach. 2015;1(25):63-6. Russian.
12. Shnorrenberger K. Terapiya akupunkturoy. Moscow: GEOTAR; 2012. Russian.
13. Begoyan A. An Anatomy of Psycho-trauma: Pain, Illness and Recovery. International Journal of Psychotherapy. 2014;18(3):41-51.

Библиографическая ссылка:

Кулемзина Т.В. Реабилитация врачей с позиции психосоматической медицины // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-9. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5307.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/17072