Документ предоставлен [КонсультантПлюс](http://www.consultant.ru)

УТВЕРЖДАЮ

Председатель

Комитета здравоохранения

А.П.СЕЛЬЦОВСКИЙ

17 января 2000 г.

СОГЛАСОВАНО

Председатель УМС

Комитета здравоохранения

Л.Г.КОСТОМАРОВА

12 января 2000 г.

ЗАДАЧИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПО

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ НА ЭТАПАХ

ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В

ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

ДЛЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

(N 5)

Главный психотерапевт

Комитета здравоохранения

Ю.П.БОЙКО

28 декабря 1999 г.

Учреждение-разработчик: Комитет здравоохранения г. Москвы, Городская психотерапевтическая поликлиника N 223.

Составители: д.м.н. профессор И.П.Каткова, к.м.н. доцент Ю.П.Бойко, А.М.Бурно, М.В.Селезнева.

Рецензент: директор Московского НИИ психиатрии МЗ РФ, д.м.н. профессор В.Н.Краснов.

Предназначение: для среднего медицинского персонала, медицинских сестер психотерапевтического профиля, руководителей и работников амбулаторно-поликлинических учреждений для взрослого населения.

Современная система здравоохранения требует от сестринского персонала профессиональных знаний, умений, навыков, соответствующих современным технологиям профессиональной деятельности. Трудно переоценить значение психологических воздействий, оказываемых на больного человека медицинским персоналом и, в частности, медицинскими сестрами, с которыми пациенты проводят подчас не меньше времени, чем с врачами (во время терапевтических процедур, обследований и т.д.).

Недаром, в ГОСТ подготовки сестринского персонала, утвержденный МЗ РФ в 1997 г., введен предмет "медицинская психология", целью изучения которого является получение знаний по профессиональной психологии, медицинской психологии, а также формирование следующих умений:

- распознать психологические проблемы пациента;

- оказать психологическую помощь пациенту;

- психологически грамотно организовать психопрофилактическую и психогигиеническую работу среди больных и здоровых пациентов в обычных и экстремальных условиях.

Свои знания и навыки медицинская сестра использует для того, чтобы заботиться о здоровье пациентов. Эта работа должна быть целенаправленной и систематической. Искусство сестринского дела заключается в гармоничном сочетании творческого подхода и научного обоснования в деле ухода за больным. Искусство ухода жизненно важно для сохранения контакта с пациентом. Сестра должна уметь распознавать не только важные проблемы со здоровьем, но и понимать мысли, чувства человека. Искусство ухода подразумевает также защиту пациента, если он не в состоянии самостоятельно принимать решения. Защита важна для человека любого возраста, но особенно для детей и престарелых.

Человек, нуждающийся в сестринском уходе и получающий его, это прежде всего личность. Сестра, разрабатывающая совместно с пациентом план ухода, может рассчитывать на успешную его реализацию только в том случае, если она понимает и учитывает, что общается с личностью с определенными биологическими, психологическими, социальными и духовными проблемами.

Функции медицинской сестры, определяемые Европейским региональным бюро ВОЗ по сестринскому делу, включают в себя:

- осуществление сестринского ухода;

- обучение пациентов и сестринского персонала с предоставлением им нужной информации;

- исполнение медицинской сестрой ее роли в составе бригады медицинских работников, обслуживающих пациента;

- развитие сестринской практики с помощью исследовательской деятельности.

Общие знания по медицинской психологии и

психотерапии, необходимые медицинским сестрам

в общесоматической амбулатории

Тот психологически комфортный климат, который может создать медсестра, часто оказывается мощнейшим лечебным фактором, оказывающим влияние не только на психическое состояние пациента, но и на течение его соматических расстройств. В идеале, все вокруг больного, как только он переступил порог амбулатории, любое взаимодействие пациента с медицинским персоналом должно быть "психотерапевтично".

Огромное положительное влияние на лечебный процесс и на состояние больного таких факторов, как забота, психологическая поддержка, эмпатия (вчувствование в переживание пациента), сочувствие, "терапевтическая любовь" общеизвестно. Естественно, медицинская сестра должна не только обладать качествами характера, способствующими такому гуманистическому отношению к больному, но и всемерно развивать эти качества. Знание элементов медицинской психологии и психотерапии поможет применять эти факторы профессионально.

Психотерапия есть комплексное лечебное воздействие с помощью психических средств на психику больного, а через нее на весь его организм с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде.

Важнейшей психологической проблемой, с которой сталкивается медицинская сестра общесоматической амбулатории, является так называемая "внутренняя картина болезни", то есть понимание пациентом характера своего собственного заболевания, и соответственное отношение к последнему. Способствование наиболее адекватному пониманию своего заболевания и соответственному к нему отношению - важнейшая задача медицинской сестры.

Принято выделять гипернозогнозический вариант внутренней картины болезни, анозогнозический, между которыми находится множество переходных состояний сознания болезни.

Гипернозогнозия - это субъективная переоценка тяжести болезни, ее возможных осложнений, вероятности неблагоприятного исхода.

Анозогнозия - наоборот, активное отрицание болезни, недооценка очевидного в проявлении болезни, приписывание имеющихся симптомов случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям.

Формирование того или иного варианта сознания болезни зависит от характера самого заболевания и от личностных, характерологических особенностей больного. Так, анозогнозия чаще наблюдается при постепенном, медленном развитии болезни, без ярких, пугающих проявлений (например, при хроническом туберкулезе легких). Гипернозогнозия, как правило, возникает при резко развивающихся, острых соматических болезнях (приступы стенокардии, острые желудочно-кишечные боли и т.д.). Гипернозогнозии чаще всего развиваются у личностей с тревожно-мнительными, демонстративными (истерическими) и, реже, с авторитарно-напряженными (эпилептоидными) чертами характера.

Тревожно-мнительные черты характера проявляются постоянной готовностью к тревоге, "цепляющейся" за мало-мальски значимые поводы, в тревоге по мелочам, постоянными тревожными опасениями за свое и близких здоровье и благополучие, легкой ранимостью, низкой самооценкой, неуверенностью в себе, склонностью к тревожным сомнениям. Естественно, что для таких людей соматическое заболевание - это повод для того, чтобы вспыхнула тревога с катастрофическими опасениями: "А вдруг болезнь не пройдет?", "А вдруг перейдет в хроническую форму?", "А вдруг врач ошибся или скрывает от меня истинное положение дел, и все гораздо серьезнее, чем он говорит?", "А вдруг все закончится летальным исходом?" и так далее. Эти пациенты иногда, на всякий случай, могут преувеличивать свои жалобы, чтобы с ними "повнимательнее разобрались". Они также склонны тревожно прислушиваться к себе, к своим самым ничтожным ощущениям.

Такие больные нуждаются в обязательном успокоении и разубеждении, от них ни в коем случае нельзя "отмахиваться", это только усилит их страхи-тревоги, что может негативно сказаться и на течении их физического заболевания.

Немаловажно знать, что у таких больных, как правило, лабильная вегето-сосудистая система, легко отвечающая на нервные перегрузки колебаниями артериального давления, частоты сердечных сокращений, появлениями экстрасистол. Поэтому, например, измерять артериальное давление у таких больных нужно не сразу по приходе больного в кабинет, а после хотя бы короткой успокаивающей беседы, и делать это по возможности незаметно, чтобы избежать фиксации больного на процедуре. В противном случае от испытываемого больным страха того, что давление повышено, оно действительно может повыситься, что будет отражать только его тревожное состояние, а не являться симптомом соматической болезни.

Демонстративные (истерические) личностные черты характеризуются склонностью к позерству, театральности, рисовке, стремлением "не быть, а казаться" в глазах окружающих значительной личностью, требующей к себе особого отношения, склонностью к нарочитым преувеличениям, эгоцентризму, ярким, бурным во внешних проявлениях, но непостоянным и неглубоким эмоциям. У таких личностей гипернозогнозия может формироваться по механизмам "условной выгоды", "бегства в болезнь", когда с помощью болезни решаются какие-то внутренние или межличностные проблемы (например, больной таким образом избегает решения тяжелого семейного конфликта, как бы говорит окружающим: "Не трогайте меня, я больной!"), или просто массивные жалобы служат для привлечения к себе особого внимания. Какие бы чувства ни вызывали подобные проявления у медицинского работника, вести себя с такими больными он должен профессионально-корректно. Ни в коем случае не нужно поддаваться этим истерическим проявлениям и окружать такого больного особой заботой (это приводит обычно лишь к усилению демонстративности), но в то же время ни в коем случае не нужно абсолютно игнорировать жалобы такого пациента и относиться к нему как к симулянту, потому что мотивы такого поведения бессознательны и "условной выгоды" он не осознает. Кроме того, наличие истерических черт характера и истерических преувеличений, само по себе, отнюдь не исключает существования серьезной соматической патологии.

Гипернозогнозия может формироваться и по механизмам так называемых "сверхценных образований" у личностей с обстоятельным, тугоподвижным, вязким, авторитарным мышлением. Таким личностям свойственны повышенная требовательность к окружающим, нежелание считаться с их мнением, эгоизм, обидчивость и подозрительность. Разубедить такого больного нелегко, здесь надо пользоваться жесткими "наукообразными" аргументами, это, конечно, дело врача, но медицинская сестра должна ему всемерно в этом помогать.

В случаях, когда больной плохо поддается разубеждению, когда он не успокаивается, несмотря на отсутствие объективных признаков болезни (данных клинического и параклинических исследований), может потребоваться консультация психотерапевта. При направлении больного на такую консультацию и врач, и сестра должны быть крайне тактичны. У больного ни в коем случае не должно создаться впечатления, что его принимают за притворщика-симулянта, не оценивают тяжести его состояния или считают "сумасшедшим". Нужно объяснить больному, что от различных нервных расстройств, например, "нервных" неприятных ощущений часто страдают не меньше, а даже больше, чем от физических болей, и что обращение к психотерапевту говорит не о сумасшествии, а о наличии серьезных эмоциональных, невротических проблем, с которыми можно справиться в результате грамотного лечения, проводить которое должен квалифицированный специалист.

Анозогнозическая внутренняя картина болезни формируется у личностей стеничных (сверхуверенных в себе), гипертимных (склонных к приподнятому, эйфорическому настроению), а также у "легкомысленных" людей. При работе с такими пациентами необходимо настаивать на обязательном, регулярном посещении лечебных процедур, подчеркивая их важность, объяснять возможность различных осложнений заболевания при недобросовестном отношении к лечению, делая акцент на том, что неблагоприятное течение заболевания или появление осложнений существенно снизит способности пациентов к социальному функционированию. Таких больных иногда нужно даже немного напугать, сгустив краски, однако очень осторожно, дабы не вызвать обратной гипернозогнозической реакции.

Особое психотерапевтическое внимание должны привлекать пациенты старческого возраста. Их возрастные психические изменения - снижение памяти, внимания, снижение подвижности психики в целом, ухудшение процессов приспособления психики к новым требованиям, эмоциональная лабильность, заострение характерологических черт, и психологические проблемы (например, связанные с перенесенными утратами, ограничениями, чувство одиночества, покинутости, проблемы, связанные с "конфликтом поколений") делают их особо уязвимыми для негативных психологических влияний и особо нуждающимися в психологическом принятии, поддержке и заботе.

Специальные знания и навыки, необходимые медсестре

психотерапевтического профиля

Согласно [приложению 8](consultantplus://offline/ref=039ADD02AA8E6029DAFAB466EA5F3E217681867A3D225B3D0B58E0CFAAF2B1356194A42F3398325967654962E7CEB2FCE88727C835T9t7N) к приказу Минздравмедпрома России от 30.10.95 г. N 294 в штат медицинского персонала психотерапевтического кабинета включена должность медицинской сестры.

Медицинская сестра психотерапевтического профиля должна владеть целым рядом специальных знаний, навыков и умений для оказания сестринской помощи больным с невротическими, посттравматическими стрессовыми и другими пограничными психическими расстройствами.

Психологическая поддержка, забота, сопереживание и эмпатия важны для психотерапевтических больных поскольку у пациента, приходящего на прием в психотерапевтический кабинет, болит именно душа, он жалуется именно на душевные трудности.

После установления диагноза заболевания формируется особая душевная связь между врачом, сестрой и пациентом, от качества которой в большой мере зависит эффективность психотерапевтического процесса. В ходе лечения врач-психотерапевт многие мероприятия осуществляет через медицинскую сестру и, таким образом, она участвует в решении многих проблем пациентов. Ее важной задачей является внимательное отношение к психическим процессам пациента, к его психическим реакциям, связанным с болезнью поведенческим паттернам. От того, насколько глубоко она может понять переживания пациента, зависит глубина психотерапевтического контакта, являющегося необходимым условием успешного терапевтического процесса. Для этого насущно необходимого психотерапевтической медицинской сестре понимания необходимы знания основных психопатологических расстройств, встречающихся у пациентов, посещающих психотерапевтический кабинет. Одной из составляющих профессионализма психотерапевтической медицинской сестры является владение глоссарием терминов по психиатрии.

Психические, психологические факторы могут оказывать воздействие на развитие и течение любого соматического заболевания. Но, кроме того, выделяется отдельная группа заболеваний, называемых "психосоматическими".

Психосоматические заболевания - это болезни, в происхождении которых психологические факторы играют не меньшую роль, чем физические. От 30 до 50% всех больных, обращающихся к врачам с соматическими жалобами, страдают психосоматическими нарушениями.

Психологические факторы, принимающие участие в патогенезе этих расстройств - это хронический стресс, накапливающиеся отрицательные эмоции (гнев, подавленность, напряжение, тревога и др.) и определенные особенности личности, не позволяющие "отреагировать" эти эмоции, то есть выразить, разрядить их в соответствующем поведении. Эти накапливающиеся эмоции как бы "разряжаются" через телесную сферу, запуская и (или) поддерживая сложные патогенетические цепочки, приводящие к развитию соматической патологии. Известна тесная связь эмоций с находящимися в функциональном единстве вегетативной нервной и гормональной системами, регулирующими важнейшие процессы в организме. На эти системы прежде всего и воздействуют психические факторы.

К психосоматическим заболеваниям относятся гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма и др. Именно по причине психосоматического происхождения этих расстройств психотерапевтическое лечение этих болезней (наряду с лекарственным или даже применяемое изолированно) нередко приводит к значительным терапевтическим результатам.

Наиболее часто у психотерапевтических пациентов наблюдаются следующие пограничные психические расстройства: панические расстройства (панические атаки), генерализованное тревожное расстройство, различные варианты депрессивных расстройств, агорафобия, специфические (изолированные) фобии, социальные фобии, навязчивости, реакции на тяжелый стресс и расстройства адаптации, соматоформные расстройства, диссоциативные расстройства, неврастения.

Паническим расстройством называются повторно возникающие приступы острой тревоги (паники), сопровождаемые тахикардией, подъемом артериального давления, ощущением удушья, головокружением, страхом смерти или потери самоконтроля. Хотя сам приступ, как правило, длится всего несколько минут, между приступами больного не отпускает чувство напряжения, связанное с ожиданием следующего пароксизма.

Основными проявлениями тревожного генерализованного расстройства являются постоянная нервозность, дрожь, мышечное напряжение, потливость, сердцебиение, головокружение в эпигастральной области. Тревога ни с чем не связана и лишь временами выливается в те или иные конкретные страхи.

Депрессивный синдром проявляется в подавленном, сниженном настроении, в чувстве тоски, некоторой двигательной заторможенности, снижении обычных интересов, снижении аппетита, нарушении сна, пессимистической оценке настоящего, прошлого и будущего.

Агорафобией называются навязчивые страхи открытых пространств, толпы, передвижения в общественном транспорте и др. - страх оказаться в ситуации, где отсутствует немедленный доступ к выходу. Как правило, агорофобии связаны с паническими атаками.

Специфические (изолированные) фобии - это навязчивые страхи, ограниченные строго определенными ситуациями, такими как нахождение рядом с какими-то животными, гроза, темнота, высота и т.д.

Социальные фобии - это страхи испытать внимание со стороны окружающих, как правило, связаны с заниженной самооценкой и боязнью критики. Могут проявляться в виде страха покраснения, треморе рук и др.

Расстройства адаптации - состояние внутреннего дискомфорта и эмоциональные расстройства, возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию (серьезное физическое заболевание, потеря близких, переживание разлуки и т.д.). Может проявляться депрессивным настроением, тревогой, беспокойством, чувством неспособности справиться с возникшей ситуацией и др.

Посттравматическое стрессовое расстройство - патологическая реакция на тяжелый, острый стресс (катастрофы, войны, изнасилование и т.д.). Типичные признаки - навязчивые воспоминания о травме, повторные переживания травмы во сне, хроническое чувство "оцепенелости", уклонение от деятельности и от ситуаций, напоминающих о травме, вспышки страха, паники или агрессии.

Основной чертой обсессивно-компульсивного расстройства (навязчивостей) являются повторяющиеся обсессивные мысли и компульсивные действия. Обсессивные мысли - это преследующие больного навязчивые образы, представления или влечения. Больной, как правило, убежден в бессмысленности и абсурдности этих мыслей, пытается им сопротивляться, но безуспешно - они вновь и вновь вторгаются в сознание. Компульсивные действия представляют собой вновь и вновь повторяющиеся стереотипные поступки, совершаемые не для внутреннего удовольствия, а для снижения тревоги (если больной не совершает компульсии, он испытывает сильное чувство дискомфорта).

При соматоформных расстройствах больной страдает от разнообразных неприятных, тягостных ощущений (боль, тошнота, отрыжка, жжение, "скручивание", "кипение под кожей" и т.д.), отдаленно похожих на ощущения при физических заболеваниях, но при отсутствии последних. Характерны также ипохондрические переживания по поводу этих ощущений. Состояние обычно сопровождается признаками вегетативного возбуждения (сердцебиение, покраснение, потение или тремор).

Диссоциативные расстройства проявляются в функциональных расстройствах чувствительных или двигательных отделов нервной системы - параличи, парезы, боли, слепота, глухота, немота, истерический припадок (в настоящее время в основном встречаются боли). Эти расстройства не подтверждаются наличием какого-либо физического заболевания, встречаются у лиц с истерическими чертами характера и возникают, как правило, по механизмам "условной выгоды".

Неврастения - проявляется в виде чувства общей усталости, легкой истощаемости после умственной или физической нагрузки, раздражительности, гиперестезии (непереносимости громких звуков, резких запахов, яркого света), характерны головокружения, головные боли.

Основные задачи медицинской сестры психотерапевтического профиля формально можно разделить на три группы:

- диагностико-терапевтические;

- организационные;

- психотерапевтические.

Диагностико-терапевтические задачи включают те действия медсестры, которые являются продолжением и расширением активности врача, а также выполнение лечебно-гигиенических процедур. Сюда относятся такие обязанности, как наблюдение за больным, выполнение назначений, забота о его самочувствии, сообщение врачу обо всех беспокоящих проявлениях и т.п. Психотерапевтическая медсестра принимает участие в сборе анамнестических данных, сведений о среде больного, она видит его в разных повседневных ситуациях при проведении лечебных процедур, посещении на дому, часто наблюдает разные мелкие события, детали, касающиеся поведения больного в отношении его родных, других больных или персонала, его эмоциональные реакции. Результаты ее наблюдений очень существенны для врача в процессе диагностики и оценки динамики состояния больного.

Больной, контактируя со службами здравоохранения, должен чувствовать себя в безопасности и ощущать надлежащую опеку. При организации амбулаторной опеки психотерапевтического больного центр тяжести приходится на социального работника и медицинскую психотерапевтическую сестру. К обязанностям медицинской сестры психотерапевтического профиля можно отнести визиты домой к больному, собирание сведений о среде больного, помощь в организации клубной работы для пациентов. Эта работа требует большого такта и психологической проницательности. Медсестра, например, должна ориентироваться в атмосфере дома или места работы, в главных конфликтогенных факторах, должна уметь побудить больного к развлечениям, труду, дискуссиям. Миссия медицинской сестры заключается в оказании помощи пациентам и их семьям в определении и достижении ими физического, умственного и социального здоровья в условиях окружающей среды, в которой они живут и работают. Сестринское дело включает в себя планирование и осуществление ухода и в период болезни, и в период реабилитации, воздействуя не только на физические, но и на психологические и социальные аспекты жизни человека. Медсестра должна активно привлекать пациента, членов его семьи и друзей к самоуходу, помогая ему сохранить свою самостоятельность и независимость.

Психотерапевтическая роль медицинской сестры выполняется ею осознано и включает выполнение специальных психотерапевтических процедур, а также спонтанную доброжелательность, улыбку, решительность, когда она необходима. Иногда достаточно шутки, мелкого жеста, а иногда необходимо обстоятельно побеседовать с больным. Таким образом, медицинская сестра неоднократно разряжает беспокойство и внутреннее напряжение больного, поправляет его настроение, уменьшает его сопротивление в отношении к врачу, придает веру в результат лечения. Каждый больной требует иного подхода. Необходимо мгновенно ориентироваться, хотя бы в общих чертах, в том, что это за человек, каковы его проблемы. Для этого необходимы знания и опыт.

При этом медицинская сестра психотерапевтического профиля должна учитывать, что общей целью психотерапевтического лечения является:

- восстановить адекватность психических реакций на реальность, устранить неадекватную заостренность этих реакций, нормализовать чувствительность, реактивность к обычным, в том числе к незначащим или малозначащим жизненным ситуациям;

- нормализовать утрированную, сенситивно (чувственно, эмоционально) заостренную критику пациента;

- восстановить ограниченные болезнью способности пациента регулировать свое поведение в соответствии с законами психологии, общества и природы;

- максимально способствовать нормализации параметров психического здоровья.

Выбор конкретных целей и методов психотерапевтического лечения определяется конкретными клиническими характеристиками конкретного пациента и его заболевания:

- нозологической принадлежностью болезни и закономерными этапами ее развития;

- личностными особенностями пациента и его реакциями на болезнь;

- психологическими факторами этиопатогенеза заболевания.

В психотерапии используются 4 основные группы методов: личностно-ориентированные (реконструктивные), суггестивные, поведенческие и прочие.

Личностно-ориентированные методы - индивидуальная и групповая патогенетическая и рациональная психотерапия, недирективная психотерапия по Роджерсу, разговорная, гештальт-терапия и др.

Суггестивные методы - гетеросуггестия - внушение в состоянии бодрствования, в состоянии гипнотического, наркотического, естественного сна, косвенное внушение, плацеботерапия, самовнушение по Куэ, аутогенная тренировка, "биологическая обратная связь" и др.

Поведенческая (условнорефлекторная) терапия использует индивидуальные и групповые методы функциональной десенсибилизации и тренировки для угашения патологических симптомов и обучения новым, желательным и "здоровым" формам поведения.

Существуют психотерапевтические методы с использованием лечебного влияния общения с искусством и творческой деятельности больных (музыкотерапия, библиотерапия, имаготерапия, арттерапия, терапия творческим самовыражением), природы (натурпсихотерапия) и др.

Важной обязанностью медицинской сестры психотерапевтического профиля является выполнение функций ко-терапевта, ассистента врача при проведении групповой терапии и функциональных тренировок - так, например, медсестра по заданию врача может первой отвечать на вопросы ведущего, на занятиях в группе, показывая пациентам, что нужно делать и тем самым, вовлекая их в активную работу. В данном случае она особенно скрупулезно должна согласовывать свои действия с врачом.

Еще одним важным специальным навыком психотерапевтической медицинской сестры является обучение пациентов аутотренингу и проведение групповых релаксационных сеансов.

Аутотренинг представляет собой комплекс из 6 упражнений, направленных на глубокое расслабление. Глубокая релаксация, возникающая в результате аутогенной тренировки, сама по себе обладает успокаивающим, транквилизирующим действием, и, кроме того, в состоянии глубокого расслабления становится возможным эффективное самовнушение, к которому больной может прибегать для снятия или уменьшения симптомов невроза (например, неприятных ощущений или болей).

На отработку каждого упражнения требуется 10-15 дней, больной тренируется дома, получая на терапевтических сессиях домашнее задание. Хотя обучение каждому конкретному упражнению - задача врача, медсестра может активно участвовать в этом процессе, контролируя выполнение домашних заданий, помогая пациенту овладевать трудными упражнениями, проводя групповые релаксационные сеансы. Хорошо, если при этом медицинская сестра сама в совершенстве владеет аутотренингом.

1-е упражнение - вызывание ощущения тяжести. Пациент мысленно повторяет: "Руки становятся тяжелыми" (5 раз); "Я совершенно спокоен (1 раз). Полезно представлять при этом, что на руки одеты свинцовые перчатки. После нескольких дней упражнений ощущение тяжести в руках становится отчетливым. Далее таким же образом пациент учится вызывать ощущение тяжести в ногах и во всем теле.

2-е упражнение - вызывание ощущения тепла. Выполнив первое упражнение, пациент повторяет про себя: "Мои руки теплые" (5 раз), "Я совершенно спокоен (1 раз). В последующем ощущение тепла распространяется на ноги и на все тело.

3-е упражнение - влияние на органы брюшной полости. Больной информируется о локализации и роли солнечного сплетения в регуляции деятельности органов брюшной полости. Выполнив первые два упражнения, пациент повторяет про себя формулу: "Солнечное сплетение излучает тепло".

4-е упражнение - регуляция ритма сердечной деятельности. После выполнения первых трех упражнений, пациент кладет руку на область сердца и мысленно произносит: "Сердце бьется спокойно и ритмично" (5 раз).

5-е упражнение - регуляция дыхания. К предыдущим упражнениям добавляется формула: "Я дышу спокойно, глубоко, и ритмично".

6-е упражнение - вызывание ощущения прохлады в области лба: "Мой лоб прохладен".

Существуют различные модификации аутотренинга и другие релаксационные техники, которыми тоже, при необходимости, медсестра может овладеть и в дальнейшем применять их при работе с пациентами.

Групповые релаксационные сеансы представляют собой ту же технику расслабления, однако, расслабление осуществляется не с помощью самовнушения, а посредством гетеросуггестии со стороны врача или медицинской сестры. Техника проведения таких сеансов напоминает технику классической гипнотизации, но без погружения пациента в гипнотический сон.

Пациенты располагаются в удобных креслах или на кушетках. Протяжным спокойным, монотонным, убаюкивающим голосом медицинская сестра произносит, например, следующие релаксационные внушения: "Удобно и хорошо так лежать... Глаза закрыты... Ровное, спокойное дыхание... Расслабляетесь... Расслабляются мышцы лица, шеи, расслабляются плечи, руки, ноги, все тело расслабляется... и тяжелеет... постепенно тяжелеет... Уходит в подушку голова, легче, спокойнее на душе... Приятные, успокаивающие, целебные волны тепла разливаются по телу... В каждую мышцу, каждую клеточку проникают покой, расслабленность, и тепло... Тело тяжелое, спокойное, ленивое, тугоподвижное... И мысли тоже ленивые, тугоподвижные, рассеиваются, ни на чем не задерживаются... Полный отдых, полный покой..." Можно повторять это несколько раз, по-разному переставляя слова, а потом оставить пациентов полежать в состоянии приятной расслабленности и отдыха.

Хорошо, если такие сеансы сопровождаются специально подобранной музыкой - тогда возникает дополнительный музыкотерапевтический эффект. В зависимости от лечебной цели сеанса эта музыка может быть самой разнообразной - медитационной, классической, современной - здесь открывается огромный простор для творчества.

Моральные и нравственные качества медсестры имеют не меньшее значение в ее профессиональной деятельности, чем мануальные навыки. Пациент доверяет сестре свое здоровье, а нередко и свою жизнь. Он должен быть уверен не только в ее профессионализме, но и в ее порядочности, тактичности, милосердии. Мораль медицинского работника, его взаимоотношения с больными, коллегами, обществом являются содержанием учения медицинской этики.

Содержание медицинской этики вообще и профессиональной этики медицинской сестры в частности, ее конкретные обязанности в отношении прав пациентов, формулы морального долга отражены в "Этическом кодексе медицинской сестры России". В своей работе медсестра руководствуется понятиями о профессиональном долге (деонтологией).

Психотерапевтическая медсестра помогает врачу-психотерапевту в оформлении медицинской документации, носящей дополнительный сопровождающий характер, в проведении анкетирования, тестирования, заполнении пациентом различных опросников, участвует в создании лечебно-охранительного режима, доброжелательной атмосферы в поликлинике, помогает врачу в осуществлении некоторых психотерапевтических методик, процедур.