

Анамнез и SCORE на линии времени

Статья опубликована в журнале Вестник НЛП №17.

Авторы: Николай Николаевич Митраков

Темы, затрагиваемые в статье:

Фундаментальное НЛП,

Психотерапия, Техники НЛП

Анамнез — это история, и, я думаю, надо начать с истории. История эта вполне типична для вех молодых докторов. Как и многие другие доктора, я после окончания института пошел учиться в ординатуру, в частности по неврологии. Надо сказать, что я был очень горд собой в связи с этим обстоятельством. Те, кто учился в медицинском институте и потом попал в хорошую ординатуру, меня поймут. Но вот незадача: хотя я и окончил институт в 27 лет и был далеко не самый молодой ординатор, меня, как и других молодых специалистов, пациенты за опытного доктора почему-то не принимали. Особенно это стало очевидно, когда в ходе ординатуры меня отправили работать в приемное отделение. Больница у нас обычная — городская клиническая, поток пациентов огромный, городских сотрудников не хватает. Вот мне доцент кафедры и говорит: «Ты мальчик большой, пойдешь в приемное отделение работать один». Ну, тут меня совсем начало раздувать: «Такое доверие, видимо, я действительно крут».>

Радость моя, правда, длилась недолго — ровно до моего появления в этом самом приемном отделении. Работа там сама по себе не сахар: тебе в смотровую завозят по 5 – 6 пациентов одновременно, все пациенты, как правило, тяжелые, с инсультами, родственники всех пациентов считают, что именно их случай имеет первостепенное значение, плюс коллеги постоянно дают консультации и пристают с вопросами — и покоя нет ни днем, ни ночью, в общем, настоящий кошмар. Когда пациенты, а в неврологии это в основном пожилые люди, обращаясь к тебе, говорят: «Сынок», — это еще не так обидно,

но когда родственники этих самых пациентов кричат тебе через весь коридор: «Эй! Молодой человек! Подойдите сюда», — это очень раздражает, ведь сразу понимаешь, как к тебе относится человек, какой у него уровень доверия к тебе как к врачу.

Я человек упорный — решил, что, может, я и молод, но специалист все-таки неплохой... И решил, что буду зарабатывать себе авторитет своим профессионализмом. Начал поучать пациентов, разговаривать свысока — так, мне казалось, и ведут себя настоящие профессионалы. Однако к желаемому результату это не привело, участились конфликты с родственниками пациентов. Тем временем, работа в приемном отделении меня совсем вымотала, я уже совсем забыл, что я мастер НЛП, и начал просто «выживать», считая дни до окончания моей ссылки в приемник. И вот, в очередной раз услышав в свой адрес: «Эй, молодой человек», — я покорно повернулся в сторону родственника пациента, готовый выслушать его. Но не тут-то было. Все испортил проходивший мимо коллега, уже опытный доктор с большим стажем работы. Он вдруг остановился и громко сказал мне: «Ты зачем позволяешь так с собой обращаться?» И уже в сторону моего «обидчика»: «Молодые люди на улице, а здесь доктора». Помню, мне так понравилось: «Ну, надо же, как он его здорово!» Нравилось мне это, правда, недолго.

Когда я сам попытался так же поставить на место другого родственника пациента, я получил новый конфликт и ничего больше, никакого уважения. Правда, после этого я вдруг вспомнил вне стен приемного отделения, что активно пользуюсь полученными несколько лет назад в «Центре НЛП в Образовании» под руководством Андрея Анатольевича Плигина знаниями и навыками мастера НЛП. Так, что же мне мешает применить навыки в работе. Ну, как меня и учили, начал я с самого начала — с анализа своего поведения. Как и положено в ОСВК (обратная связь высокого качества), спрашиваю себя, что же мне нравится в том, что я делаю? Кое-что мне, конечно, нравилось, но к взаимоотношению с людьми это практически не имело отношения, а касалось в основном применения знаний по неврологии, на которых я, видимо, несколько заиклился. Нравилось мне также то, что я все-таки оставался жив после полуторасуточного дежурства и еще хватало сил добраться до дома. Подумав еще немного, я решил перейти к тому, чего бы мне добавить в свое

поведение... Как выяснилось, для добавления надо обратить внимание на то, как же я все-таки общаюсь с пациентами и их родственниками. Пару дней наблюдения, и я был почти в отчаянии: как я раньше не обращал внимания на это вопиющее безобразие!!!

Чтобы как-то оправдаться, я решил начать описание своих лингвистических преступлений издалека. И так, чего требует от нас, врачей, руководство по оформлению истории болезни? Для невролога очень важно у пациента в сознании спросить, как его зовут и где он, собственно, находится. При неверных ответах на первые два вопроса спрашивают: «А кто же, по-вашему, тогда я?» Очень опасный для психики доктора вопрос. Ну и, конечно, надо поинтересоваться, что же пациента беспокоит. Если боли, то надо выяснить, где (а покажите пальцем), какого характера (колит, режет, ноет, давит, распирает и т.д.), как часто, а когда был предыдущий приступ, а чем он отличался от этого? И т.п. Все это очень важно, однако форма получения этой информации очень грубая, нередко психотравмирующая, углубляющая человека в его болезненные переживания. Это понятно, так как нас еще в институте учили, что важно соблюдать осторожность и при обследовании пациентов, глядя в кардиограмму, избегать фраз типа: «О боже, это же смерть на улице. Носите с собой паспорт!!!» Я избегал, даже пытался не расширять сильно глаза, когда кардиограмма была по-настоящему пугающей, правда, при этом начинал с бледным лицом бегать по приемному отделению в поисках терапевта, а когда находил, он все расставлял на свои места, громко провозглашая: «Уйё! Быстрее звони в кардиореанимацию!!!» А потом пациенту: «Лежите тихо, не вставайте, у вас инфаркт, встанете — умрете». Это, конечно, преувеличение, такое бывало крайне редко. Но кто из нас не общался с докторами и не уходил с неприятным осадком на душе. Как шутят доктора, нет здоровых людей, есть недообследованные или «что вы так глупо улыбаетесь, я ведь все равно что-нибудь найду». В общем, в каждой шутке есть доля шутки. Когда доктор внимательно смотрит на вас, а вы думаете, что у вас что-то не так, — тут, конечно, трудно что-то изменить.

Докторов учат надеяться на лучшее исходя из худшего. Когда врач видит хоть сколько-нибудь серьезный симптом, то думает о самом страшном, что может произойти, потому, что потом очень трудно себе простить ошибку. В общем, я задумался над всем этим, и мне

показалось, что дело плохо. Как использовать методы позитивной целевой психотерапии в работе, где позитивом даже и не пахнет, а цель, как правило, — просто остаться в живых, да и то не всегда. Ну и самое главное — мои размышления не ответили на главный вопрос, в какой момент пациенты решают, что я не достоин их доверия и что мне сделать, чтобы его заслужить...

Простые методы подстройки, например, отзеркаливание, не работают: тебе надо писать и очень быстро отдавать распоряжения. Вообще приемное отделение с его шумом и суетой не располагает к душевным беседам и подстройкам по позе и уж тем более по дыханию. И тут, как в притчах про Милтона Эриксона, меня озарила чудесная вспышка, и я понял... Понял так много, что сразу это не выразить. Прежде всего, я вспомнил, как на курсе «НЛП-Практик» тренер Ирина Скумина нам объясняла, как работать в формате модели S.C.O.R.E. Там она и сказала ключевые слова. Как сейчас перед глазами ментальная карта техники S.C.O.R.E. на линии времени, которую Ира нарисовала на доске. Она говорила, что с самого начала необходимо заключить формальный контракт с пациентом, то есть получить согласие от пациента на терапию. Она нарисовала по краю доски рамку и с внешней стороны написала слово «контракт». Тут я и решил: вот то, чего не хватает. И на меня накатили воспоминания, да что там воспоминания — я же постоянно делаю эту технику, в которой еще есть диссоциированная позиция наблюдателя и еще масса всего интересного. Ну, думаю, надо начать по порядку. И начал.

Придя на работу на следующий день, я начал свое общение с пациентом с «контракта». Я решил, что одной фразой должен дать понять, что пациенту придется доверить свое здоровье именно мне. Думаете, как я это сделал? А очень просто. Я вошел и сказал: «Здравствуйте, меня зовут Николай Николаевич, я невролог». Вы не представляете как эта простая и, казалось бы, очевидная фраза расставляет все по своим местам. Я раньше не представлялся, да и никто этого не делает, так как считается, что, кому надо, сам прочитает на бейджике. А тем временем, ко мне стали обращаться по имени отчеству или, если кто забывал, говорили: «Простите, доктор, можно вас на минутку». И это только то, что делается за рамками самой работы. Это «контракт». Фактически первая точка в формировании

раппорта. Я решил двигаться дальше, полный ожиданий, что же будет, когда пойдет сама техника.

С техникой, правда, получилось все не так легко, как с «контрактом»... Самое сложное — это диссоциация. Надо сказать, что диссоциация — понятие очень многостороннее. Хотя вариант диссоциации, применяемой на курсе «НЛП-Практик», на котором, собственно, и изучается техника S.C.O.R.E. на линии времени, на практике не удобен. Он слишком медленный... Надо было что-то более быстрое и привычное. Как это обычно и бывает, я не стал ничего придумывать, а просто в лучших традициях НЛП подсмотрел, то есть смоделировал. Я пошел к знакомому доктору с большим стажем, которого обожали пациенты (не припомню случая, что он конфликтовал с кем-либо). Ожидания меня не обманули, и, хотя жалобы пациент может предъявлять, находясь исключительно в собственном теле, мой знакомый доктор все равно пользовался диссоциацией, только не полной, а частичной, т.е. по частям тела. И еще обезличивал симптомы, диссоциируя их от пациента. Общение получается далеко не всегда веселым, иногда на грани фола (в этой ситуации очень помогает разбивка состояния, в которую иногда входят и медицинские процедуры).

Такое отношение к диссоциации сильно облегчило задачу — оставалось только как-то решить вопрос с линией времени... Времени на объяснение пациенту, что это такое, не было, и я решил применить модель вычитания. Вычесть, правда, ничего не удалось, но на первой же пробной сессии в приемном отделении я обнаружил, что, сам того не замечая, постоянно указываю пациенту, когда говорю о симптомах; киваю на стул, на котором он сидит, когда говорю о желаемом результате; показываю на коридор в сторону отделения, куда пациент госпитализируется, и когда говорю о причинах, показываю на коридор, из которого пациента ко мне доставили и т.д. Последовательность прохождения точек в моем варианте получилась тоже отличной от оптимальной модели психотерапевтической техники. Точки проходятся в том же порядке, в котором они записаны — S.C.O.R.E. Есть также нюансы в общении с родственниками пациентов, в отличие от прямого общения, однако обо всем по порядку.

Конкретный пример в данном случае не раскроет всех возможных техник, а их и так у меня немало получилось, поэтому буду писать в стиле инструкции, избегая в описании конкретных речевых оборотов, т.к. с учетом всех возможных вариантов придется написать монографию в 2, а то и 3 тома, выпускаемую ежегодно. Начнем с симптомов.

S. (симптом)

По всем врачебным правилам после представления и знакомства с пациентом необходимо спросить о том, что пациента беспокоит. Это, на мой взгляд, хорошее правило, т.к. это важнейший элемент подстройки, ведь пациенты чаще всего приходят не историю своей жизни рассказать, а за помощью. Можно задать вопрос в лоб, а можно тонко намекнуть, например: «Что вас ко мне привело?» — и кивнуть в том направлении, откуда пациент прибыл. Такая фраза не только диссоциирует от симптома, но и косвенно отставляет симптом во времени и намекает на необходимость доверять именно вам.

Понятно, что пациент готовил речь и не станет сразу разговаривать с вами диссоциировано — в прошедшем времени и с глубоким почтением в голосе. Для этого надо пообщаться еще немного. Когда пациент выдаст свой основной симптом, важно сразу за него зацепиться и общаться про симптом, а не про самочувствие. Если это боль, то речь следует вести о боли и ее характеристиках. Если это часть тела (например, ослабла или вообще повисла рука), то говорить необходимо о руке, а если степень раппорта позволяет, то стоит прямо с рукой и разговаривать. Тут есть чудесная связь: если вы начали напрямую общаться с частью тела, то, как правило, с пациентом случается так называемое замешательство, которое может вызвать состояние, близкое к трансовому, и само по себе укрепит раппорт. Еще проще, если рука болит, можно говорить с рукой о боли — почти двойная диссоциация. Общение на тему боли или других неприятных симптомов чревато углублением в нересурсное, тягостное состояние. С целью его предотвращения хорошо бы подбадривать пациента дружелюбным, но не веселым выражением лица. Если есть возможность, не стоит откладывать купирование симптома — дайте таблетку, сделайте инъекцию.

С. (причины)

Следующим пунктом обследования пациента в любом учебнике по пропедевтике будет стоять анамнез заболевания. Это история возникновения данного заболевания, т.е. с чем человек пришел. Это может быть короткая история, если заболевание острое, или длинная, если заболевание хроническое и вы имеете дело с очередным обострением. Довольно сложная тема для приятного обсуждения. Но и тут есть кое-какие возможности.

Обычно прямо так и спрашивают: «С чего все началось?», «Когда возник первый приступ?», «Когда вы впервые отметили данные симптомы?» Первый вариант вопроса не для приемного отделения, т.к. вызывает к жизни воспоминания часто причинно-следственно далекие от обсуждаемой темы. Второй вопрос с точки зрения НЛП просто жесток. А вот третий вполне в духе всего, что написано выше.

Например, лучше задать такой вопрос: «Когда же висок впервые отметил боль такого-то характера?» И мы уже на этом этапе начинаем собирать ресурсы (R): «А что тогда помогло?» При наличии в выражении лица и в позе пациента признаков облегчения состояния при рассказе об облегчении приступа или симптома, грех это не заякорить. Доктора обычно пользуются прикосновениями к лучевой кости, как для пальпации пульса. Выясняя полезную информацию, вы имеете возможность влиять на текущее состояние пациента. Узнав, таким образом, о динамике развития заболевания, по плану обычно переходят к анамнезу жизни, в котором выясняют условия жизни пациента, профессию, эмоционально психологическую атмосферу в семье и на работе. Можно спросить, чем болели кровные родственники (для учета наследственного характера заболевания). Ну и, конечно, о других заболеваниях, которыми человек болел в жизни, ведь они могут оказаться факторами риска при лечении основного заболевания или даже причиной его развития. В общем, информация очень нужная.

Обычно социальные условия мало интересуют врачей, а жаль, и вопрос задается в лоб: «Чем еще в жизни болели?» Разве трудно задать этот вопрос более «изящно»? Особо изощренные доктора умудряются спросить: «У вас в семье больше никто от этой болезни не умирал?» А

кроме шуток, это действительно самый неудобный момент во всем обследовании. Для скорости можно спросить: «Имеют ли к вам какое-нибудь отношение такие заболевания, как...» — и перечисляете те болезни, какие вас интересуют, а в конце спрашиваете: «Может, еще что-то?» При наличии достаточного количества времени можно также спросить: «Какие болезни вас беспокоили в течение жизни?» Фраза не идеальная, но вполне диссоциирующая. С целью относительной диссоциации, когда выясняем хирургический анамнез, лучше задать вопрос: «Что вам оперировали?» Или: «Оперировали ли вам что-либо?» Чем: «Какие операции вам делали?» Или: «Делали ли вам какие-либо операции?»

Практически на протяжении всего опроса пациент находится в ассоциированном состоянии и лишь частично диссоциирован. Подобная методика диссоциации используется в эриксоновской терапии и лежит в основе таких многих трансовых феноменов, как каталепсия, сигналинг, левитация и, самое для нас, пожалуй, важное, анестезия.

О.Р. (желаемый результат и ресурсы)

С того момента, как вы определились с симптомами и выяснили подробности жизни пациента, полезно рассказать ему о том, как замечательно будет, если он немного полечится. В этом пункте нужно интегрировать то, что мы так старательно отделяли в предыдущих, — говорить об организме в целом и подчеркнуть значение, например, руки или ясной головы для общего хорошего самочувствия, коротко обрисовать ваши возможности, достоинства, что для качественно лечения нужно максимально точно поставить диагноз и, соответственно, что нужно пройти всевозможные обследования. После этого каждое назначаемое обследование обосновать. Например, рентген необходим для того, чтобы понять, нужны ли антибиотики, анализ крови — чтобы выяснить уровень гемоглобина и т.д. Совершенно не обязательно говорить подробно и достоверно, просто человек должен понимать, что его не задерживают в приемном отделении или не гоняют ради формальностей по кабинетам, а разбираются.

По мере получения результатов обязательно обсуждайте их с пациентом, при наличии отклонений от нормы, говорите, как это можно полечить, при норме — улыбайтесь и ободряйте, даже можете поставить якорь, если увидите облегчение в выражении лица пациента.

Пожалуй, на уровне амбулатории или приемного отделения ваши возможности в этих пунктах модели S.C.O.R.E. будут исчерпаны.

Е. (эффекты)

Также не очень-то «развернешься» в условиях краткосрочного приема. Но и тут есть кое-какие возможности. Возьмите человека «за якорь» и, перед тем как отправить его в отделение или домой с рекомендациями, скажите пациенту: «Через некоторое время, когда вновь ощутите себя хорошо, вспомните, как вы сегодня замечательно ради этого потрудились».

Это, конечно, не всеобъемлющая и далеко не универсальная схема сбора анамнеза с помощью модели S.C.O.R.E. Но при наличии фантазии и желания ее можно адаптировать практически под любой вариант патологии. Общаясь по ней с родственниками тяжело больных пациентов, также необходимо в полном объеме проводить диссоциацию, ибо заинтересованные люди рассказывают про своих родственников, часто ассоциируясь с ними. Особую категорию представляют тяжело больные пациенты с неоднозначным или однозначно безнадежным заболеванием. В этом случае данная схема не целесообразна и при её использовании может привести к разочарованиям и заблуждениям с последующими обвинениями, нередко прямо через прокуратуру. Постараюсь в ближайшее время подготовить подобную статью по схеме общения с безнадежными, умирающими пациентами и их родственниками. Как ни странно, эти схемы тоже легко укладываются в модель S.C.O.R.E., или у меня навязчивая идея...