

В. Ю. Федченко

**КОМПЛЕКСНА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ
З СИМПТОМАМИ ТРИВОГИ**

В. Ю. Федченко

Комплексная психотерапия невротических расстройств с симптомами тревоги

V. Yu. Fedchenko

Complex psychotherapy neurotic disorders with symptoms of anxiety

За результатами комплексного обстеження хворих на невротичні розлади з симптомами тривоги визначені клініко-психопатологічні та патопсихологічні «мішені» психотерапевтичного впливу, які характеризувалися наявністю тривожного, фобічного, соматовегетативного, іпохондричного, депресивного та астеничного компонентів. Розроблена комплексна система психотерапії, яка проводилася в 3 етапи: седативно-підтримуючий (3—4 заняття), лікувально-стабілізуючий (8—10 занять), адаптаційно-профілактичний (3—4 заняття). Психотерапевтичний підхід був комплексним та включав техніки когнітивно-поведінкової, тілесно-орієнтованої та особистісно-орієнтованої терапії, що проводилися у формі індивідуальних і групових занять. Найефективнішою виділена когнітивно-поведінкова терапія, доповнена техніками тілесно-орієнтованого підходу, що дозволяла визначити негативні моделі мислення та ірраціональні переконання пацієнтів і замінити їх на більш реалістичні та адаптивні. Розроблений комплекс терапевтичного втручання показав високу ефективність.

Ключові слова: невротичні розлади, комплексна психотерапія тривоги, когнітивно-поведінкова терапія, тілесно-орієнтована терапія

По результатам комплексного обследования больных невротическими расстройствами с симптомами тревоги определены клинико-психопатологические и патопсихологические «мишени» психотерапевтического воздействия, которые характеризовались наличием тревожного, фобического, соматовегетативного, ипохондрического, депрессивного и астенического компонентов. Разработана комплексная система психотерапии, которая проводилась в 3 этапа: седативно-поддерживающий (3—4 занятия), лечебно-стабилизирующий (8—10 занятий), адаптационно-профилактический (3—4 занятия). Психотерапевтический подход был комплексным и включал техники когнитивно-поведенческой, телесно-ориентированной и личностно-ориентированной терапии, которые проводились в форме индивидуальных и групповых занятий. Наиболее эффективной выделена когнитивно-поведенческая терапия, дополненная техниками телесно-ориентированного подхода, позволяющая определить негативные модели мышления и иррациональные убеждения пациентов и заменить их на более реалистичные и адаптивные. Разработанный комплекс терапевтического вмешательства показал высокую эффективность.

Ключевые слова: невротические расстройства, комплексная психотерапия тревоги, когнитивно-поведенческая терапия, телесно-ориентированная терапия

An integrated examination of patients with neurotic disorders with anxiety symptoms resulted in detection of clinical-psychopathological and pathopsychological targets for a psychotherapeutic intervention. These targets were characterized by presence of anxious, phobic, somato-vegetative, hypochondriac, depressive, and asthenic components. It was developed an algorithm of psychotherapy including 3 stages: sedative-maintaining (3—4 sessions), treatment-stabilizing (8—10 sessions), and adjustment-preventive (3—4 sessions). The psychotherapy was integrated and included methods of cognitive-behavioral, body-oriented, and personality-oriented psychotherapies. It was conducted as individual and group sessions. Cognitive-behavioral psychotherapy with body-oriented techniques was the most effective. It allowed to identify negative thought patterns and irrational beliefs of patients and replace them with more realistic and adaptive. The developed complex of psychotherapeutic intervention has demonstrated its high efficacy.

Key words: neurotic disorders, integrated psychotherapy of anxiety, cognitive-behavioral psychotherapy, body-oriented psychotherapy

Поступове збільшення частки невротичних розладів в структурі зареєстрованої захворюваності психічної сфери робить особливо актуальним пошук нових форм їх своєчасної діагностики, терапії та профілактики [1, 2]. Загальноновизнаним є факт, що характер і перебіг невротичних розладів більшою мірою, ніж інші психічні порушення, перебувають в міцному зв'язку із соціальними умовами, суспільним устроєм, домінуючою системою цінностей, особливостями міжособистісної взаємодії, які продовжують зазнавати значних змін [3—6].

Дані літератури свідчать про патоморфоз клінічної картини невротичних розладів, який полягає у стиранні кордонів між класичними формами, виникненні перехідних форм, схильності до затяжного перебігу, а також збільшенні питомої ваги тривожно-депресивної симптоматики, соматичних і вегето-вісцеральних компонентів [7—10]. Особливість динаміки невротичних розладів з симптомами тривоги — тенденція до хронічного перебігу і рецидивування — багато в чому зумовлює складність їх терапії. Оптимальним лікуванням тривожних розладів психогенного походження є поєднання медикаментозно-

го лікування з використанням різних технік психотерапії, диференційованої відповідно до того або іншого типу розладу [11—13].

Психотерапія невротичних розладів з симптомами тривоги останніми роками стає все актуальнішою, що пов'язане з уточненням уявлень про клінічний і патогенетичний поліморфізм тривоги. Психотерапевтичні дії на редуцію тривоги та корекцію неадекватних форм поведінки (унікнення), трансформацію патологічних поведінкових паттернів, навчання пацієнта основам релаксації, усунення вторинних проявів хвороби, таких як соціальна ізоляція та дезадаптація. Показано використання як групових, так і індивідуальних методів психотерапії [14—17].

Застосування диференційованої психотерапії для корекції тривожної симптоматики при невротичних розладах дозволить оптимізувати лікування і сприятиме зменшенню чисельності форм із затяжним та хронічним перебігом, покращанню якості життя та соціального функціонування цієї категорії хворих. Враховуючи вищевикладене, метою дослідження стало визначення мішеней для терапевтичного впливу на підставі виявлених клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей невротичних розладів з тривожним

симптомокомплексом та розроблення комплексної системи психотерапевтичної корекції.

Для реалізації поставленої мети у відділі неврозів та пограничних станів ДУ ІНПН НАМН було обстежено 89 хворих на **невротичні розлади з симптомами тривоги**. Групу обстежених склали 27 хворих на тривожно-фобічні розлади (F 40.0), 22 хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію серця та серцево-судинної системи (F 45.30), 17 хворих на неврастенію (F 48.0) та 23 хворих на дисоціативні розлади (F 44.7). Діагноз був встановлений з урахуванням критеріїв МКХ-10. Аналіз проводили до початку лікування та після проведення комплексної терапії, яка включала фармакотерапію та психотерапевтичну корекцію з використанням заходів когнітивно-біхевіоральної, тілесно-орієнтованої та особистісно-орієнтованої психотерапії.

Використовували комплексний підхід, що включав такі методи: клініко-психопатологічний (вивчення скарг, клінічного анамнезу, психопатологічного стану та його динаміки); психодіагностичний, який включав тест ставлень А. М. Еткінда (Бажин Е. Ф., 1985) [18], інтегративний тест тривожності (Бизюк А. П., Вассерман Л. И., Йовлев Б. В., 2005) [19]; психометричний, який включав «Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики» (SCL-90-R) (Derogatis et al., 1974) [20], «Шкалу Цунга» (Zung W. W., 1980) [21], а також дослідження стадій психотерапевтичних змін (The University of Rhode Island Change Assessment Scale) — URICA (Clemente A. D., Prochaska J., 1988) [22]; методи математичної статистики.

Загальну характеристику обстежених хворих подано в таблиці.

Загальна характеристика обстежених хворих на невротичні розлади з симптомами тривоги (% ± m %)

Показник, який оцінюють	Хворі на тривожно-фобічні розлади (n = 27)	Хворі на соматоформну вегетативну дисфункцію серцево-судинної системи (n = 22)	Хворі на неврастенію (n = 17)	Хворі на дисоціативні розлади (n = 23)
Стать:				
— чоловіча	29,63 ± 9,55	27,28 ± 11,07	35,30 ± 17,74	—
— жіноча	70,37 ± 14,73	72,72 ± 18,08	64,70 ± 24,02	100,00 ± 0,00
Освіта:				
— середня	—	—	5,88 ± 3,56	8,68 ± 3,77
— середня спеціальна	37,03 ± 11,30	27,28 ± 11,07	35,29 ± 17,74	47,82 ± 15,70
— незакінчена вища	3,70 ± 1,39	—	—	4,34 ± 1,93
— вища	59,25 ± 14,54	72,72 ± 18,08	58,82 ± 23,59	39,14 ± 13,87
Місце проживання:				
— місто	81,48 ± 13,48	77,27 ± 17,54	76,47 ± 23,18	56,62 ± 16,94
— сільська місцевість	18,52 ± 6,42	22,73 ± 9,51	23,52 ± 12,86	52,17 ± 15,70
Соціальна зайнятість:				
— працюючі	85,18 ± 12,60	86,36 ± 15,18	94,12 ± 4,26	69,56 ± 17,44
— не працюючі	14,82 ± 5,25	13,64 ± 6,03	5,88 ± 3,56	30,44 ± 11,53
Сімейний стан:				
— одружені	59,25 ± 14,54	68,18 ± 18,31	70,58 ± 23,92	52,17 ± 16,40
— не одружені	40,75 ± 12,05	31,82 ± 12,51	29,42 ± 15,44	47,83 ± 15,70

В цілому, наведені дані свідчать, що серед хворих на невротичні розлади з симптомами тривоги переважали жінки — 77,53 %, особи, які мали вищу освіту — 55,06 %, проживали в місті — 73,03 %, належали до категорії працюючих — 83,15 %, перебували у шлюбі — 61,80 %.

Середній вік обстежених становив 34,97 роки, тобто невротичні розлади виявлялися у найбільш продуктивному та працездатному віці. Тривалість захворювання складала в середньому 29,43 місяців, що свідчить про тенденцію до хронізації невротичної патології. Більшість хворих зверталися за спеціалізованою допомогою від 2 до 6 разів. При цьому середня кількість звернень до психіатра становила 3,30 рази.

Аналіз специфіки чинників психічної травматизації показав, що у хворих на неврастенію провідні психогенні чинники були зосереджені у сфері соціально-професійної реалізації, у хворих на соматоформні розлади — в сфері власного здоров'я та мікросоціуму, у хворих на тривожно-фобічні розлади — у сфері власного здоров'я та здоров'я близького оточення, у хворих на дисоціативні розлади — в сфері мікросоціальних стосунків, що мали переважно інтимно-особистісний характер.

Проведене клініко-психопатологічне дослідження дозволило встановити, що клінічна картина невротичних

розладів з симптомами тривоги мала складний поліморфний характер, специфічну синдромальну структуру та складалася з поєднання тривожного, фобічного та соматовегетативного синдромів, незалежно від специфіки розладу. У хворих на тривожно-фобічний розлад спостерігалось поєднання вищезазначеного синдромокомплексу з депресивним (77,77 %), у хворих на неврастенію — з астенічним (70,58 %), у хворих на дисоціативний розлад — з іпохондричним (69,56 %) синдромами.

Отримані дані психодіагностичного обстеження свідчать, що загальна тривога у пацієнтів з тривожною симптоматикою невротичного генезу мала багатокомпонентну та неоднорідну структуру, яка включала емоційний дискомфорт ($r = 0,883$), фобічний ($r = 0,785$) та астенічний компоненти ($r = 0,751$) тривоги, тривожну оцінку перспективи ($r = 0,777$) та соціальну реакцію захисту ($r = 0,734$).

Хворим на тривожні розлади невротичного генезу був притаманний високий рівень особистісної (78,35 %) тривожності, що проявлялася не лише в тривожному і пригніченому емоційному стані, але й у зниженні загальної мотивації, появі та збереженні страхів і побоювань різного семантичного змісту, особливо тих, що стосуються майбутнього.

Протягом перебування в стаціонарі, термін якого склав 22—24 дні, всі хворі з тривожною симптоматикою невротичного ґенезу проходили обов'язковий курс фармакотерапії, основний принцип якої полягав в призначенні препаратів з протитривожним (анксіолітичним) ефектом. Відповідно до міжнародних рекомендацій, використовувались різні препарати з протитривожною дією — антидепресанти та анксіолітики. Терапевтична схема і план лікування були максимально індивідуалізовані, тобто враховували характер перебігу захворювання, особливості реактивності організму, соматоневрологічний стан, прийом супутньої терапії, особистісні характеристики та інші чинники у кожному конкретному випадку.

Особливу увагу приділяли вивченню можливостей психотерапевтичної корекції тривоги у хворих на невротичні розлади. Тривога як механізм розвитку неврозів — невротична тривога — формується на ґрунті внутрішніх суперечностей (наприклад, від завищеного рівня домагань, недостатньої етичної обґрунтованості мотивів та ін.) і може призвести до неадекватного переконання про існування загрози з боку інших людей, власного тіла, результатів власних дій. Психотерапевтичний досвід мав як навчальне значення, так і дозволяв хворим активізувати власні захисні психологічні механізми для подолання хвороби.

За результатами комплексного обстеження хворих на невротичні розлади з тривожною симптоматикою встановлені клініко-психопатологічні та патопсихологічні «мішені» психотерапевтичного впливу, які характеризувалися наявністю не тільки тривожного, а й фобічного, соматовегетативного, іпохондричного, депресивного та астеничного компонентів. Так, при тривожному симптомокомплексі мішенями були високий показник соматичного компонента тривоги (31,44 бали), високі ситуативна та особистісна тривога (97,67 % та 78,35 % відповідно), наявність міжособистісної сенситивності (1,18 бали) та тривожної оцінки перспективи (209,70 бали).

При фобічному симптомокомплексі мішенями психотерапевтичного впливу були високий рівень фобічного компонента тривоги (95,96 бали), наявність obsесивно-компульсивних симптомів (1,24 бали), тенденція обмежувати свої соціальні контакти (152,93 бали), тривога за майбутнє (209,70 бали).

При соматовегетативному симптомокомплексі як мішені виступали високі соматичний та афективний компоненти тривоги (31,44 та 13,17 бали відповідно), тривожна оцінка перспективи (209,70 бали), висока особистісна тривога (78,35 %), емоційний дискомфорт (143,29 бали), соціальна реакція захисту (155,94 бали).

При іпохондричному симптомокомплексі мішенями були високий фобічний компонент тривоги (95,96 бали), obsесивно-компульсивні симптоми (1,24 бали), високий рівень соматизації (1,34 бали), тенденція обмежувати свої соціальні контакти (152,93 бали) та негативна оцінка теперішнього (3,23 бали).

При депресивному симптомокомплексі як мішені виокремлені афективний компонент тривоги (13,17 бали), високі рівні емоційного дискомфорту (143,29 бали) та ситуативної тривоги (97,67 %), астеничні прояви (1,44 бали), тенденція обмежувати свої соціальні контакти (152,93 бали), тривожна оцінка перспективи та теперішнього (209,70 та 3,23 бали відповідно).

При астеничному симптомокомплексі мішенями психотерапевтичного впливу були високий фобічний та соматичний компоненти тривоги (95,96 та 31,44 бали відповідно), високий рівень ситуативної та особистісної три-

воги (97,67 % та 78,35 % відповідно), астенія (1,44 бали), емоційний дискомфорт (143,29 бали), тривожна оцінка перспективи (176,63 бали) та соціальна реакція захисту (155,94 бали).

Під час побудови диференційованої схеми психотерапії для обстежених хворих враховували особливості організації лікувального процесу, де передбачалося проведення курсової психотерапії, особливості самих невротичних розладів і особистісного реагування на захворювання, дані анамнезу і ставлення пацієнтів до психотерапії.

Розроблена система психотерапевтичної корекції невротичних розладів заснована на таких принципах:

- комплексності;
- дотримання етапності і послідовності;
- диференційованого характеру в залежності від проявів невротичного розладу, значущих чинників психічної травматизації та особистісних особливостей хворих;
- поєднання методів індивідуальної і групової психотерапії;
- оптимальної тривалості;
- здійснення спадкоємності в процесі коригувальних заходів;

— надання психопрофілактичних рекомендацій.

Комплекс психотерапевтичних заходів включав когнітивно-поведінкову, тілесно-орієнтовану, а також особистісно-орієнтовану психотерапію в різноманітних модифікаціях та комбінаціях і проводився у формі індивідуальних та групових занять.

Кожен з методів психокорекції виконував свою роль в терапевтичному процесі і доповнював інші. Методи раціональної і когнітивної психотерапії вирішували тактичні завдання, тобто давали пацієнтам можливість побудувати більш реалістичні і практично здійсненні життєві плани. Методики тілесно-психологічної саморегуляції призначені для вирішення оперативних завдань і допомагали пацієнту перемістити згадані плани в дієво-практичну площину, втілити їх у реальність.

В ході психотерапевтичного впливу було виокремлено 3 етапи:

- 1) седативно-підтримуючий (3—4 заняття);
- 2) лікувально-стабілізуючий (8—10 занять);
- 3) адаптаційно-профілактичний (3—4 заняття).

Перший етап (седативно-підтримуючий) складався з 3—4 щоденних індивідуальних занять тривалістю по 40 хвилин та реалізувався із застосуванням когнітивно-поведінкової, тілесно-орієнтованої та особистісно-орієнтованої терапії. Когнітивно-поведінкову та тілесно-орієнтовану психотерапію для хворих на тривожні розлади невротичного ґенезу рекомендовано проводити в індивідуальному та груповому форматі. При цьому, на першому етапі перевага надавалася індивідуальним формам роботи. Це необхідно для встановлення емоційного контакту з хворим та комплаєнтних відносин.

Тривожна симптоматика нерідко пов'язана із псевдоприйняттям навколишнього світу і вимогами середовища, а також жорсткими настановами щодо себе. Використання когнітивно-поведінкової психотерапії за А. Беком [23—25] в лікуванні тривоги надавало можливість ідентифікувати і викоренити негативні моделі мислення та ірраціональні переконання, які живлять тривогу. Когнітивно-поведінкові техніки були засновані на зміні неадекватних стереотипів мислення, уявлень, якими особистість реагує на зовнішні події, що часто супроводжуються тривогою.

Цілями когнітивно-поведінкової терапії було зменшення і/або повне усунення симптомів розладу; зниження вірогідності виникнення рецидиву після завершення лікування; підвищення ефективності фармакотерапії; вирішення психосоціальних проблем (які можуть або бути наслідком психічного розладу, або передувати його появі); усунення причин, що сприяють розвитку психопатології: зміна дезадаптивних переконань (схем), корекція когнітивних помилок, зміна дисфункціональної поведінки.

Для досягнення вказаних цілей лікар допомагав пацієнту вирішити такі завдання: усвідомити вплив думок на емоції і поведінку; навчитися виявляти негативні автоматичні думки і спостерігати за ними; досліджувати негативні автоматичні думки й аргументи, що їх підтримують і спростовують («за і проти»); замінити помилкові когніції на раціональніші думки; виявити і змінити дезадаптивні переконання, що формують сприятливе підґрунтя для виникнення когнітивних помилок.

З вказаних завдань перше, як правило, вирішувалося вже в процесі першої (діагностичної) сесії. Для вирішення останніх чотирьох завдань використовували спеціальні техніки на другому етапі психотерапевтичної корекції. Таким чином, перші сеанси були націлені на приєднання до пацієнта, ідентифікацію проблеми, подолання безпорадності, вибір пріоритетного напрямку, виявлення зв'язку між ірраціональними переконаннями і емоцією, з'ясування помилок в мисленні, визначення зон можливої зміни, включення пацієнта в когнітивно-поведінковий підхід.

Отже, на першому етапі когнітивно-поведінкової терапії застосовували методи виявлення і коректування автоматичних думок, які включали такі методики: аналіз переживань, віддалення. При цьому, віддалення передбачало 3 компоненти: усвідомлення автоматичності «поганої» думки; усвідомлення того, що «погана» думка не є адаптивною; виникнення сумніву в істинності цієї «поганої» думки.

Таким чином, на перших сеансах пацієнту пояснювали взаємозв'язок думок, емоцій, поведінки на прикладі його власного досвіду. Спеціальними техніками роботи з автоматичними думками виявляли базові переконання. Наступним етапом когнітивно-поведінкової терапії була корекція ірраціонального базового переконання та вироблення нового, адекватного і реалістичного.

Вирішення головного завдання психотерапії невротичних розладів — розв'язання внутрішнього конфлікту — досяглося за рахунок інтеграції частин особистості, що протистоять одна одній, і трансформації суперечливих, взаємовиключних і навіть спочатку непримиренних переконань. Відновити внутрішню гармонію, знайти компроміс між сухою раціональністю і творчою безпосередністю, між логікою та емоціями, між лівою і правою півкулею мозку, між його «новими» і «старими» відділами пацієнтам допомагала тілесно-орієнтована терапія (М. Є. Сандомирський, Ф. М. Александер, Д. Гріндер і Р. Бендлер) [26].

Основоположний принцип тілесно-орієнтованої терапії полягав в тому, що особлива увага приділялася роботі з кінестетичною модальністю. Це, в першу чергу, усвідомлення тілесних відчуттів, які пов'язані з емоціями і продукуються підсвідомістю, а потім — свідоме опрацювання цих відчуттів, що має справу як з їх формою (фізіологічна модифікація за допомогою м'язового розслаблення і дихання), так і з символічним змістом (образна трансформація, що залучає також і зорову, і слухову модальність).

Робота з тілесними відчуттями дозволяла досягти терапевтичного, психокорекційного ефекту без усвідомлення словесного змісту заглушеного, травматичного матеріалу, надаючи широкі можливості для його змішування, накладення та інтеграції. Відповідно психокорекційний ефект був досягнутий в обхід механізмів опору. Метою психотерапевта при цьому було використовувати власні підсвідомі ресурси пацієнта, доступ до яких здійснювався через тілесні, кінестетичні якорі.

На першому етапі тілесно-орієнтованої терапії використовувався метод м'язової релаксації за М. Є. Сандомирським, що включав такі вправи: «Утомлена рука» для розвитку «м'язового відчуття», щоб запам'ятати відчуття розслаблення м'язів; «Уявний рух — пальці рук» — тренування навичку ідеомоторних рухів як елемента м'язового розслаблення.

Наступним важливим кроком було з'єднання в одне ціле двох навиків, двох відчуттів — м'язового розслаблення (важкість, тепло) та ідеомоторного руху. Для цього пацієнтам пропонували повернутися до вправи «Утомлена рука» і виконати його повністю в уяві, прагнучи при цьому досягти настільки ж реалістичних, помітних відчуттів тепла і важкості в руці, що і при м'язовому напруженні.

Особистісно-орієнтована психотерапія за Б. Д. Карвасарським [27, 28] застосовувалася на усіх етапах психотерапевтичної корекції та була спрямована на виявлення і вивчення етіопатогенетичних механізмів, що сприяли виникненню та збереженню невротичного розладу і хворобливої симптоматики, на досягнення у пацієнта усвідомлення та розуміння причинно-наслідкового зв'язку між особливостями його системи відносин і власне захворюванням, на зміну та корекцію порушеної системи відносин хворого на невротичний розлад, допомогу в розумному вирішенні його психогенної ситуації. Головним заходом індивідуальної терапії була психотерапевтична бесіда.

На другому етапі (лікувально-стабілізуючому) базовим методом психотерапевтичного впливу була когнітивно-поведінкова терапія у поєднанні з методами тілесно-орієнтованого підходу. Індивідуальні та групові заняття проводили щодня, тривалістю 40 хвилин і 1,5 години відповідно (по 8—10 занять). Застосовували спеціальні техніки з акцентом на виявленні в ході клініко-психопатологічного та патопсихологічного досліджень «мішенях» психотерапевтичного впливу.

Тривога у цієї категорії хворих проявлялася як відчуття безпорадності, невпевненості в собі, безсилля перед зовнішніми чинниками, перебільшення їх могутності та загрозливого характеру. Поведінка пацієнта в конкретній ситуації, що породжувала тривожність, залежала не лише від наявності або відсутності у нього особистісної тривожності, але й від сили ситуативної тривожності, дієвості контрзаходів, зроблених для її зниження, точності когнітивного оцінення ситуації.

Тривожні розлади невротичного ґенезу сполучені з порушеннями контактів на міжособистісному рівні, оскільки зазвичай супроводжувались негативними очікуваннями від оточуючих і настановою на ізоляцію. Крім того, для хворих на невротичні розлади з симптомами тривоги характерним був перебільшувачий когнітивний стиль, пов'язаний з недооцінкою власних сил і перебільшенням небезпеки (тривожна діада за А. Беком: «я слабкий, світ небезпечний»). Все це призводило до поведінки за типом уникнення, відчуття безпорадності та страху перед критичним несхвальним ставленням з боку інших.

Отже, цілями когнітивно-поведінкової терапії у хворих на невротичні розлади з симптомами тривоги на лікувально-стабілізуючому етапі були: повна елімінація або редукація нав'язливої симптоматики (думки, побоювання, дії); переведення її в соціально прийнятні форми; усунення індивідуальних чинників (відчуття малоцінності, брак упевненості), а також — порушень контактів по горизонталі або вертикалі, потреби в контролі з боку значущого мікросоціального оточення; усунення вторинних проявів хвороби, таких як соціальна ізоляція та дезадаптація.

Групова форма терапії дозволяла пацієнтам не лише отримати раціональну, корисну інформацію, яка сприяла логічному переоціненню ситуації, але й надавала можливість емоційного перероблення власних труднощів та «помилки». Крім того, психотерапевтична група сприяла виникненню у пацієнтів відчуття приналежності й безпеки, зміні уявлень про неповторність і винятковість їхнього захворювання, зменшенню у зв'язку з цим напруженості, перебудові ставлення до своєї хвороби, зміцненню віри в успіх лікування, підвищенню самооцінки, виробленню адекватніших життєвих планів. Як і в індивідуальній когнітивно-поведінковій терапії, фундаментальними цілями групової терапії були дослідження і модифікація дезадаптивних настанов пацієнта і виправлення його помилок в процесі оброблення інформації.

Базовими техніками, які застосовували у пацієнтів з тривожними розладами невротичного генезу на другому етапі, були такі: декатастрофікація, використання уяви (методика припинення, методика повторення, позитивна уява, конструктивна уява), цілеспрямоване повторення, переоцінення цінностей.

Акцентуючи увагу на техніці переоцінення цінностей, необхідно підкреслити, що часто причиною тривоги у хворих на невротичні розлади є нездійсненні бажання або надмірно завищені вимоги. У такому разі лікар може допомогти пацієнту зважити ціну досягнення мети і ціну проблеми і вирішити — чи варто боротися далі або буде розумнішим взагалі відмовитися від досягнення цієї мети, відкинути нездійсненне бажання, відкласти, зменшити запити, поставити перед собою, передусім, реалістичніші завдання, спробувати комфортніше влаштуватися з тим, що є або знайти заміну. Це актуально в тих випадках, коли ціна відмови від вирішення проблеми нижча, ніж страждання від самої проблеми. Проте в інших випадках, можливо, буде краще напружитися і вирішити проблему, особливо, якщо відкладання вирішення лише погіршує ситуацію і завдає людині все більших страждань.

Описуючи особливості тілесно-орієнтованого підходу в груповій психотерапії, необхідно наголосити, що психологічна включеність пацієнта в групу уявляється як його перехід від «Я» до «Ми», від самоідентифікації до групової ідентифікації, який супроводжується і переходом від «відчуття Я» як регулювальника поведінки до «відчуття Ми», у тому числі і в тілесному плані. Тілесним корелятом згаданого «відчуття спільності» виступає певний комплекс кінестетичних відчуттів (і асоційованих з ними образів), який може бути використаний для саморегуляції. Вироблення в учасників психокорекційної групи навички управління психічними процесами через тілесний досвід сприяло синхронізації цих процесів в групі.

В свою чергу, природна групова синхронізація психічних процесів полегшувала для учасників групи на емоційному рівні взаємної індукції (емоційного «зараження», групової емпатії), що на когнітивному рівні створювало взаємонавіювання, а на поведінковому — взаємне наслідування. Найяскравіше ці ефекти проявлялися саме

в тілесно-психотерапевтичній групі, за рахунок найбільшої вираженості емпатії і найменшої інтенсивності «відволікаючої» вербальної комунікації.

В межах тілесно-орієнтованого підходу на другому етапі психотерапевтичної корекції у хворих на невротичні розлади з симптомами тривоги застосовували метод самоконтролю за Ф. М. Александером та вправу «Тілесний діалог з підсвідомістю» в модифікації «Договір з підсвідомістю» за Д. Гріндером і Р. Бендлером.

Метод самоконтролю, окрім контролю емоційних станів, пропонував пацієнту спосіб свідомого управління власною поведінкою, мобілізації своїх внутрішніх можливостей, «використання власного Я» для досягнення поставленої мети.

Спосіб психокорекції за Ф. М. Александером спирається на уявлення про те, що в проблемній ситуації людина діє інстинктивно, без логічного аналізу. Звідси невротичний розлад може бути пояснений як присутність елементів ірраціональної поведінки в повсякденному житті. Кінцевий результат психокорекції даним методом уявляється як перехід від простої поведінкової схеми «стимул-реакція — реакція» до вдосконаленої схеми «стимул-реакція — проміжні зміни (усвідомлюване перероблення) — реакція». Відповідно мета методу — дати пацієнту можливість коректувати власну неадаптивну поведінку, точніше, змінювати звичний спосіб складання програми своїх дій.

В модифікації «Договір з підсвідомістю» за Д. Гріндером і Р. Бендлером тілесно-орієнтовані переговори з підсвідомістю об'єднують два механізми: дисоціацію (розділення свідомої і підсвідомої частин особи) і регресію (безсловесний діалог за допомогою тілесних відчуттів). Проводилися у варіанті «позиційні переговори», які вимагають участі посередника, тобто психотерапевта. Обидві договірні сторони — і свідомі, і підсвідомі частини особистості — зберігають свої позиції, але при цьому підсвідомість приймає нові, більш прийнятні зі свідомої точки зору і, отже, безконфліктні способи досягнення своїх цілей. Ключова ідея цього переговорного процесу для підсвідомості — забезпечити можливість продовжувати робити те ж саме, що і раніше, але по-новому.

Третій (адаптаційно-профілактичний) етап передбачав закріплення досягнутого терапевтичного результату, навичок психічної саморегуляції та нових когнітивних стратегій і включав 3—4 індивідуальних та групових занять.

На завершальному етапі в межах когнітивно-поведінкової терапії застосовували техніку планування дій на майбутнє, яка полягає в тому, що пацієнт і лікар спільно розробляють для пацієнта реалістичний «план дій» на майбутнє, з конкретними умовами, діями і термінами виконання, записують цей план на папір. Наприклад, якщо станеться катастрофічна подія, то пацієнт виконуватиме деяку послідовність дій в зазначений для цього час, а до того, як ця подія станеться, не страждатиме даремно від переживань. В ході виконаної роботи відповідальність за власний стан поступово передавалась до рук самого пацієнта, і до завершення терапії пацієнт починав відігравати роль психотерапевта щодо самого себе, самостійно ставлячи під сумнів власні прогнози або висновки та здійснюючи їх корекцію. Профілактика тривожних розладів невротичного генезу полягала у формуванні адекватних очікувань і вимог до себе та оточуючих.

Розроблена система психотерапевтичної корекції невротичних розладів з симптомами тривоги наведена на рисунку 1.

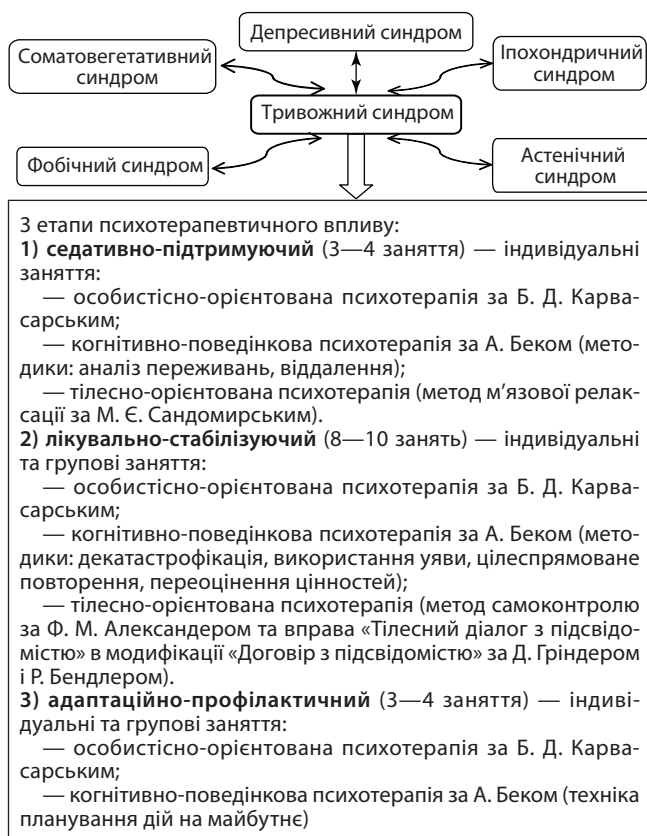


Рис. 1. Система психотерапевтичної корекції невротичних розладів з симптомами тривоги

Для вивчення процесу і механізмів лікувальної дії комплексу психотерапевтичних методів, запропонованого для корекції невротичних розладів з вираженими проявами тривоги, двічі проводилося психодіагностичне дослідження на початковому та завершальному етапі психотерапевтичної корекції за допомогою опитувальника для дослідження стадій психотерапії URICA (J. Prochaska, W. Veliser, E. McConaughy, 1988), що використовувався для визначення 4-х терапевтичних стадій зміни (передроздумів, роздумів, дій та збереження) і дослідження ставлення і настанов пацієнтів в процесі психотерапії.

За результатами методики для дослідження динаміки стану на різних стадіях психотерапії URICA було встановлено, що на початковому етапі психотерапії у хворих на невротичні розлади з симптомами тривоги спостерігались високі показники стадії «Передроздуми» (31,32 ± 4,79 бали) (рис. 2). Більшість обстежених, що перебували на даній стадії, не розуміли характеру своїх проблем або взагалі не визнавали їх наявність. Пацієнти не мали бажання щось змінювати у собі або в найближчому майбутньому, проте їхня увага вибірково була спрямована саме на передчуття можливої небезпеки. Вони не замислювалися, яким чином власне сприяли виникненню своїх труднощів, та вважали себе нездатними впоратися із загрозою, контролювати оточуюче. Крім того, у цієї категорії хворих часто спостерігалася реакція опору розумінню та вирішенню проблем.

Показники стадій «Роздуми» та «Дії» на початковому етапі психотерапії були нижчими за середні і становили (24,99 ± 4,60) і (22,15 ± 6,05) бали відповідно, що свідчило про відсутність аналізу ситуації та серйозних намірів її

подолати, а також відсутність тенденцій активно змінювати свою поведінку, вчинки та ставлення до оточуючого з метою вирішення проблеми. При цьому пацієнти були переконані, що занепокоєння є своєрідним ефективним механізмом, який дозволяє їм адаптуватися до ситуації. Також для цієї категорії хворих на початковому етапі психотерапії характерними були низькі показники стадії «Збереження» (17,69 ± 3,64 бали), що відображало стурбованість пацієнтів можливим поверненням відчуття тривоги й психологічного дискомфорту.

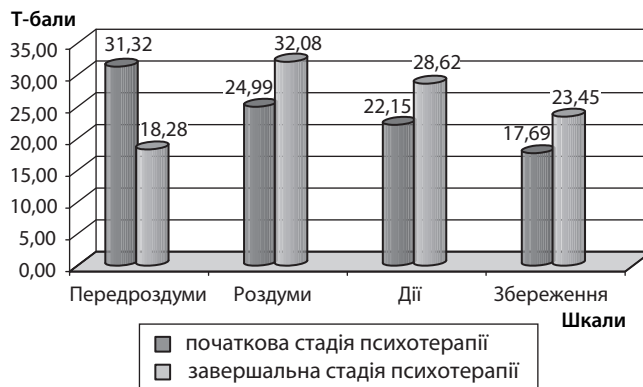


Рис. 2. Динаміка ставлення і настанов у хворих на невротичні розлади з вираженими симптомами тривоги під впливом психотерапії

Проведення повторної оцінки на завершальному етапі психотерапії показало достовірне зниження показників стадії «Передроздуми» (18,28 ± 3,91 бали) та підвищення показників стадій «Роздуми», «Дії» і «Збереження» — (28,62 ± 6,20), (32,08 ± 4,89) й (23,45 ± 6,96) бали відповідно, що свідчить про підвищення ступеня визначення негативних моделей мислення та ірраціональних переконань, які живлять тривогу, тенденцію до зміни їх на більш реалістичні та адаптивні, вироблення активнішої життєвої позиції замість обмежувальної поведінки.

Під час оцінювання ефективності розробленої та апробованої комплексної терапії було встановлено, що у 62,92 % обстежених відзначалося одужання та значне покращання з суттєвою психологічною перебудовою та зменшенням клінічних симптомів. При цьому, у 33,71 % хворих було відмічено покращання стану, і лише у 3,37 % пацієнтів стан майже не змінився.

Таким чином, розроблений комплекс психотерапевтичного втручання показав високу ефективність. З метою підвищення ступеня визначення негативних моделей мислення та ірраціональних переконань, які живлять тривогу, зміни їх на більш реалістичні та адаптивні, вироблення активнішої життєвої позиції замість обмежувальної поведінки провідною виділена когнітивно-поведінкова психотерапія, що доповнювалася техніками тілесно-орієнтованого підходу.

Список літератури

1. Марута, Н. О. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / Н. О. Марута // Здоров'я України. — 2012. — № 3 (22). — С. 6—8.
2. Мартыненко, Н. В. Клинико-эпидемиологические исследования распространенности непсихотических психических расстройств среди населения Украины / Н. В. Мартыненко // Архив психиатрии. — 2008. — Т. 12, вып. 1—4 (44—47). — С. 56—58.

3. Індивідуально-психологічні та клінічні особливості різних форм тривожних розладів / [Є. Г. Гриневиц, М. В. Маркова, Г. М. Кожина, В. С. Первий] // Тавричеський журнал психіатрії. — 2012. — Т. 16, № 3 (60). — С. 40—48.
4. Краснов, В. Н. Тревожные расстройства: их место в современной систематике и подходы к терапии / В. Н. Краснов // Социальная и клиническая психиатрия. — 2008. — С. 33—38.
5. Прихожан, А. М. Психология тревожности / А. М. Прихожан. — СПб.: Питер, 2007. — 192 с.
6. Смулевич, А. Б. Тревожные депрессии / А. Б. Смулевич // Новости медицины и фармации. — 2004. — № 6. — С. 8—9.
7. Александровский, Ю. А. Системный анализ механизмов психической дезадаптации, сопровождающей пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский // Вестник неврол., психиатрии и нейрохирургии. — 2010. — № 5. — С. 27—35.
8. Виничук, С. М. Тревожные расстройства с нарушением адаптации и методы их терапии / С. М. Виничук, В. В. Крылова, С. В. Рогоза // Международный неврологический журнал. — 2008. — № 2. — С. 47—48.
9. Выговская, Е. М. Межличностные взаимоотношения и самоактуализация как факторы, формирующие невротический путь синдромогенеза / Е. М. Выговская, С. Г. Пырков // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 2 (22). — С. 69—73.
10. Качество жизни и депрессия / [Н. Г. Пшук, Е. В. Мазур, Е. Я. Пшук, И. В. Коваленко] // Архів психіатрії. — 2008. — Т. 14. — № 3(54). — С. 20—22.
11. Колюцкая, Е. В. Современные подходы к психофармакотерапии тревожных расстройств / Е. В. Колюцкая // Междунар. неврол. журн. — 2006. — № 4. — С. 141—142.
12. Марута, Н. О. Когнітивно-біхевіоральна терапія при лікуванні депресивних порушень / Марута Н. О., Семікіна О. Є., Малюта Л. В. // Тавричеський журнал психіатрії. — 2011. — Т. 15, № 2 (52). — С. 32—33.
13. Пшук, Н. Г. Особливості міжособистісної комунікації хворих на невротичні розлади / Н. Г. Пшук // Вісник ВНМУ. — 2013. — № 17 (1/2). — С. 89—91.
14. Джудит, С. Когнитивная терапия: полное руководство / С. Джудит. — М.: «И. Д. Вильямс», 2006. — С. 19.
15. Ковпак, Д. В. Клинико-психологические характеристики больных агорафобией и социофобией в процессе интегративной когнитивно-поведенческой психотерапии : дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.18. — «Психиатрия» / Дмитрий Викторович Ковпак. — СПб., 2005. — 233 с.
16. Погосова, И. А. Оценка эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии у больных коморбидными тревожными и аффективными расстройствами / И. А. Погосова, А. В. Погосов, Т. Ю. Федоренко // Архів психіатрії. — 2008. — Т. 14. — № 1(52). — С. 54—59.
17. Шейнина, Н. С. Особенности проведения групповой психотерапии у разных контингентов психических больных / Н. С. Шейнина, Т. А. Аристова // Психология и психотерапия : материалы IV Всероссийской конференции. — СПб. : ИМАТОН, 2002. — С. 182—192.
18. Бажин, Е. Ф. Цветовой тест отношений : методическая рекомендация / Е. Ф. Бажин, А. М. Эткинд. — Л., 1985. — 25 с.
19. Бизюк, А. П. Применение интегративного теста : методические рекомендации / А. П. Бизюк, Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев. — СПб.: Изд-во Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, 2005. — 23 с.
20. Практикум по психотравматическому стрессу / под ред. Н. В. Тарабриной. — СПб. : Питер, 2001. — С. 29—32.
21. Zung, W. W. How Normal is Anxiety? (Current Concepts) / W. W. Zung. — Urjohn Company, 1980. — 25 p.
22. Prochaska, J. O. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change / J. O. Prochaska, C. C. DiClemente // J. Cons. Clin. Psychol. — 1988. — № 51. — P. 390—395.
23. Бек, А. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш. — СПб.: Питер, 2003. — 247 с.
24. Бек, А. Техники когнитивной психотерапии / А. Бек // Психологическое консультирование и психотерапия : хрестоматия / Фенько А. Б., Игнатъева Н. С., Локтаева М. Ю. (ред.). — Т. 1: Теория и методология. — М.: МПЖ, 1999. — С. 142—167.
25. Beck, J. Cognitive therapy of personality disorders / J. Beck // Frontiers of cognitive therapy / P. Salkovskis (Ed.). — N. Y.: Guilford, 1996. — P. 165—181.
26. Сандомирский, М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия: практическое руководство / М. Е. Сандомирский. — М: Независимая фирма «Класс», 2005. — 592 с. — (Библиотека психологии и психотерапии).
27. Карвасарский, Б. Д. Психотерапия / Б. Д. Карвасарский. — М.: Медицина, 1985. — 304 с.
28. Карвасарский, Б. Д. (Karvasarskii B. D.) Group Psychotherapy and Criteria of its Efficacy // Current Psychiatric Therapies. — N. Y., 1986. — Vol. 23. — P. 257—259.

Надійшла до редакції 30.06.2015 р.

ФЕДЧЕНКО Вікторія Юрїївна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу неврозів і пограничних станів Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків; e-mail: mscience@ukr.net

FEDCHENKO Viktoriya, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv; e-mail: mscience@ukr.net