

УДК 616,891.6:613.956

Пшук Н. Г.¹, Стукан Л. В.¹, Сігнаєвська О. В.²

¹ *Вінницький Національний медичний університет імені М. І. Пирогова (м. Вінниця),*

² *Вінницька обласна психоневрологічна лікарня імені акад. О. І. Ющенко (м. Вінниця).*

Використання майндфулнес-технік при тривожних розладах

На сьогоднішній день тривожні розлади є найпоширенішою групою поміж усіх психічних розладів. В загальній популяції частота поширеності даних розладів за даними NCS-R (National Comorbidity Survey Replication, USA) складає 18,1 % за рік, що значно перевищує поширеність інших психічних розладів, таких як афективні розлади (9,5 %) та розлади імпульс-контролю (8,9 %). За даними останніх Українських досліджень поширеність тривожних розладів за рік складає близько 4 %, хоча можна припустити, що ці цифри можуть бути значно вищими, оскільки в нашій країні хворі з тривожними розладами часто не звертаються по кваліфіковану допомогу взагалі, або ж лікуються в представників нетрадиційної медицини.

Що стосується сучасної терапії тривожних розладів, то поруч із фармакотерапією (антидепресанти, анксиолітики) науково доведено є висока ефективність психотерапевтичних методів лікування, зокрема когнітивно-поведінкової психотерапії. На сучасному етапі розвитку когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії, високу ефективність у роботі з тривожними хворими показує введення модулю майндфулнес-орієнтованих технік до традиційних протоколів.

Майндфулнес — це здатність звернути увагу на думки, фізичні відчуття, образи, звуки, запахи — все, що з нами відбувається в даний момент життя. Здатність безоцінно, предметно і буквально усвідомлювати свій життєвий досвід (повноту і різноманітність змісту пережитих подій і явищ) і одночасного усвідомлення, що пережиті відчуття є внутрішньою репрезентацією досвіду, суб'єктивним зліпком з реальності, а не самою об'єктивною реальністю.

Враховуючи вищевикладене, метою дійсного дослідження було вивчення ефективності когнітивно-поведінкової психотерапії з використанням майндфулнес-технік у хворих на тривожні розлади.

Під нашим спостереженням перебувало 16 хворих із тривожними розладами. За нозологічною приналежністю пацієнти розподілились отак: панічний розлад (F41.0) — 5 хворих (31 %); генералізований тривожний розлад (F41.1) — 2 хворих (12 %), соціальна фобія (F40.1) — 6 хворих (38 %) та змішаний тривожно-депресивний розлад (F41.2) — 3 хворих (19 %). До групи порівняння увійшли хворі із тривожними розладами (12 осіб), у роботі з якими використовувалась традиційна когнітивно-поведінкова психотерапія без використання майндфулнес-технік.

Результати проведених досліджень показали, що у хворих основної групи значно швидше, ніж у представників групи порівняння, відбувалася позитивна динаміка у лікуванні, як за суб'єктивними показниками, так і за даними психодіагностичних методик. Окрім того, представники основної групи із видимим бажанням використовували майндфулнес-техніки і вказували на значне поліпшення настрою і загального самопочуття. Найкращий ефект був у тих хворих, у яких спостерігалися стійка румінація та тривожне напруження.

Отже, можна зробити висновок, що використання майндфулнес-технік в поєднанні з класичними підходами когнітивно-поведінкової психотерапії у роботі тривожними

пацієнтами, суттєво покращує ефективність лікування завдяки розвитку у пацієнтів здатності до відстороненого спостереження та усвідомлення внутрішнього суб'єктивного досвіду без спроб боротьби та свідомого змінення реальності.

УДК 316.334.

Романова І. В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

Психокоррекция и психотерапия женщин, пострадавших от гендерно обусловленного насилия

В последние годы в Украине становится все более актуальной проблемой внедрение и усовершенствование модели оказания психосоциальной и психотерапевтической помощи женщинам, пострадавшим от гендерно обусловленного насилия (ГОН). По данным Министерства социальной политики Украины, в 2014 году по всей территории Украины зафиксировано около 103 тыс. случаев насилия в семье. Проблемы психокоррекции, психосоциальной реабилитации и психотерапии пострадавших от ГОН и домашнего насилия особенно обострились в условиях вооруженного конфликта на востоке Украины.

Нами были обследованы с 2011 по 2016 гг. 150 женщин, при этом 43 женщины были обследованы из группы внутренне перемещенных лиц — с 2014—2016 гг. В группе вмешательства проводилась психокоррекция, психотерапия и психосоциальная реабилитация 150 пострадавших от ГОН и домашнего насилия. 59 % пострадавших перенесли физическое насилие в виде побоев, ушибов, травм, порезов, 100 % — психологическое давление в виде угроз и оскорблений, 6 % — экономическое насилие, 2 % обследованных перенесли сексуальное насилие или подвергались сексуальным домогательствам.

Большинство пострадавших женщин проявляли пассивность, подчиняемость, не могли защитить свои интересы и интересы детей, у них формировалась психологическая зависимость от общения с агрессором в семье. Пострадавшие от ГОН обнаруживали виктимные черты характера. Анализ показателей эмоционального состояния у пациентов, характеризовавших взаимоотношения в своей семье как неудовлетворительные, показал, что у последних чаще диагностировались низкие показатели настроения (+30 %), высокий уровень нейротизма (+21 %), значительная реактивная (+31 %) и личностная (+26 %) тревожность.

Проявления невротических расстройств у пострадавших в 29 % случаев наблюдались в виде острой реакции на стресс, у 28 % наблюдались сочетанные расстройства сна, у 20 % пострадавших — в виде неврастенического синдрома, у 10 % — расстройств адаптации, у 9 % пациентов — в виде смешанного тревожного и депрессивного расстройства, у 4 % обследованных — в виде посттравматического стрессового расстройства, соматоформные расстройства — в 14 % случаев, преимущественно с нарушением сердечно-сосудистой системы и дыхательной системы.

Комплекс психокоррекции и психотерапии включал психологическое консультирование; суггестивную психотерапию; системную семейную психотерапию; рациональную и когнитивно-бихевиоральную психотерапию по Беку.

У 96 % пострадавших от ГОН редуцировались проявления невротических и соматоформных расстройств, было

достигнуто підвищення самооценки, впевненості в собі, удлишення самоочувствія, таке удлишился психологический климат во всех семьях.

Комплексний інтегративний підхід к психокоррекції, психосоціальної реабілітації і психотерапії лиц, пострадавших от ГОН и домашнього насилья, представляється нам ефективним и требующим внимания в системе медико-психологической помощи лицам, пострадавшим от насилья в семье. Необходимо во всех регионах Украины организовать структуру государственных медико-социальных центров для оказания комплексной помощи лицам, пострадавшим от гендерно обусловленного насилья, а также систему государственных шелтеров (приютов круглосуточного пребывания для пострадавших от насилья).

УДК 159.922.76-056.34:616.89

Самойлова О.В.

*Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна (м. Харків)*

Розвиток дитячих посттравматичних стресових розладів під дією психотравмуючих чинників

Останнім часом в нашій державі поняття посттравматичного стресового розладу (ПТСР) постає досить актуальною проблемою. Все більше людей стикаються з особами, які вимушені були піддаватися дії будь-якої психотравмуючої ситуації, особливо значну їх частку складають так звані вимушені переселенці та учасники бойових дій. Ці особи мають усі ознаки симптомокомплексу ПТСР. За статистикою, поширеність ПТСР в світі становить від 1,00 % до 14,00 %, а в окремих групах ризику — до 60,00 %. Кожного року частка хворих осіб з ПТСР збільшується на 3,60 % і за прогнозами в недалекому майбутньому досягне 8,00—10,00 % населення світу. Є дані, що 30,00 % хворих з ПТСР одужують; 40,00 % — мають незначні порушення; 20,00 % — значні відхилення а у 10,00 % — стан не поліпшується або навіть погіршується.

Особливо велике занепокоєння серед спеціалістів становлять діти та підлітки, які зазнали впливу будь-якого психотравмуючого чинника, у зв'язку з їх несформованою психологічною та емоційною сферами, що спроможне спричинити досить значні психофізичні порушення, аж до розвитку ПТСР та інших розладів.

До найпоширеніших дитячих психологічних травм слід віднести смерть одного або обох батьків (особливо гостро переживають раптову або насильницьку смерть, суїцид); втрату домашнього улюбленця; аварії або катастрофи; розлучення батьків; втрату відносин (зокрема дружніх уподобань), сварку з близьким другом; крадіжку; зраду; втрату цнотливості (сексуальне насильство); стресові події в країні і за кордоном (створюють відчуття нестабільності, порушують стан базової безпеки) тощо.

Багато дітей не в змозі розповісти лікареві про факт психотравми через невміння говорити на момент травмизації або втрати мовних навичок в результаті події. Реакції страху і сорому, що виникають з причини спотвореного сприйняття і переосмислення травматичного досвіду, перешкоджають повідомленням про пережите насильство, а в деяких випадках діти настільки втрачають довіру до дорослих через події, що саме спілкування з ними стає пусковим чинником для тривоги і замкнутості у собі.

Досить часто діти і підлітки зі стресовим розладом переживають вторинну травмизацію, яка виникає при обговоренні травмуючої події з однолітками, батьками, медичним персоналом, працівниками соціальної сфери

та ін. Негативні реакції проявляються в запереченні самого факту травми, зв'язку між травмою і стражданнями людини і навіть обвинуваченні жертв, відмову у наданні допомоги.

При цьому індикаторами психологічного стану дітей під час впливу психотравмуючих подій є такі.

1. Почуття незахищеності і безпорадності. Діти сприймають світ як джерело непрогнозованих небезпечних подій.

2. Тривога про майбутнє, очікування «поганого», страх змін. Очікування «поганого» у дітей в основному проявляється в почутті остраху й настороженості.

3. Сором, низька самооцінка і почуття провини. Відчуття безпорадності і недовіри до світу у дітей часто розвиває їх низьку самооцінку, почуття ущемленої гідності. Низька самооцінка дітей проявляється у вигляді страху саморозкриття і блокування спонтанної активності. Їм важко висловити власну думку, виразити себе. Так само для дітей характерно почуття провини.

4. Напади люті, агресивність. У травмованих дітей фрустровані потреби безпеки, захищеності і самоповаги. Фрустрація цих потреб спричиняє гнів і підвищення рівня агресії. Зазвичай, не знаходячи джерела, що проковує агресію, діти починають підбирати найбільш зручну «мішень» для реалізації своїх агресивних почуттів.

5. Відчуження та ізолюваність від навколишньої фізичної та соціальної реальності.

6. Невиплакване горе і печаль — найважливіші характеристики психотравми, які завжди пов'язані з почуттям будь-якої втрати — втрата близької людини, уявлення про себе, надії тощо. Головною перешкодою стають почуття сорому і безпорадності, бажання стримати агресивний імпульс.

7. Травматичні ігри і повторювані дії. Травматичні ігри повторюють той чи інший епізод травми. У цих іграх дитина найчастіше уособлює самого себе.

8. Деформація картини світу. Дитина, у якої ще не сформована система переконань, постає перед небезпекою утворення у неї деформованої картини світу під впливом травми. Часто світ уявляється як джерело зловісних подій, ворожості, а сама дитина в ньому — незахищена, безпорадна жертва. Така картина світу позбавляє дитину свободи вибору, блокує її життєві сили.

9. Проблеми уваги, пам'яті, навчання. Невиплаканий травматичний досвід — психологічно незавершене явище, тому він несе у собі тенденцію постійної актуальності. Для людини, а особливо для дитини, ця актуалізація досить болісний процес, тому більша частина життєвої енергії дитини спрямована на опір цій тенденції, на приборкання хворобливих емоцій. Це накладає відбиток на пізнавальну активність — увага розсіюється, виникають труднощі зосередження, знижується обсяг пам'яті, може виникати «в'язкість» мислення.

10. Різного роду острахи. Страх виконує захисну функцію і має доцільний характер. На різних вікових етапах дитині властиві різні «нормальні страхи». На відміну від «нормальних страхів», невротичні страхи, мають дуже сильну (панічну) інтенсивність, вони тривалі у часі і тому деструктивні за своїм характером. У дітей відзначають страхи, «успадковані» від батьків.

11. Травматичні сновидіння і порушення сну. Травматичні повторювані сновидіння є однією з ознак «непережитого», все ще неподоланого травматичного досвіду. Сновидіння може відтворювати пережиту картину повністю або змінену. У кожному разі травматичний сон спричиняє бурхливі емоції (вигуки, бурмотіння, плач, раптовий підйом з ліжка, ходіння під час сну).

12. Психосоматичні порушення.