



6. Трифонова И. В. Информационная поддержка представителей третьего возраста в современном российском обществе: автореф. дис. ... канд. социолог. наук. – Саратов, 2006. – 18 с.

7. Численность пенсионеров в России. Статистика численности [Электронный ресурс]. – URL: <https://franshiza.pro/myblog/statistika/chislenmost-pensionerov-v-rossii.html> (дата обращения: 12.04.2017).



Ганзин И. В.

УДК 159.9.072 – 616.89

КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ОБСЕССИВНО- КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Реабилитация больных с обсессивно-компульсивными расстройствами является длительным и трудоемким процессом, что обусловлено феноменологическими особенностями данной патологии. Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) – вариант невротической патологии с преобладанием обсессивного и/или компульсивного синдрома, тесно сопряженных с тревожными расстройствами. Представим типологию ОКР [4].

Обсессии – навязчивые мысли, образы, идеи и представления. Могут быть следующих типов:

– мизофобия (обсессия загрязнения) – страх заболевания различными инфекционными заболеваниями в результате несоблюдения должны норм чистоты и личной гигие-

ны. Интересным является подвариант психического заражения, когда больные, находясь в рамках магического мышления, говорят о возможности заражения негативной энергией, эмоциями, болезненными состояниями;

– контрастные обсессии – хульные, кощунственные мысли, находящиеся в антагонизме с морально-этическими принципами пациента; страх причинения вреда себе и окружающим. В большинстве случаев представляют из себя образные навязчивости и могут быть проспективными – переживания навязчивых страхов, возможности совершения неприемлемых и опасных действий в будущем и ретроспективные – болезненные сомнения о возможности совершения катастрофических ошибок, причинивших кому-либо ущерб в прошлом;

– навязчивые сомнения: навязчивости повторного контроля – многочисленные действия, подтверждающие правильность и завершенность, технологический контроль; навязчивые представления по контрасту – повторные представления, полярные по семантике ведущим переживаниям; навязчивые тревожные руминации – умственная жвачка, касаемая определенных событий, вызывающих беспокойство и неуверенность.

Компульсии – навязчивые действия и движения:

– собственно компульсии представляют из себя сравнительно простые двигательные акты, контекстно не связанные с другими обсессивно-фобическими симптомами;

– ритуалы – сочетание сложных двигательных актов, мыслей и представлений, направленных на стабилизацию психического состояния в связи с симптоматикой ОКР: компульсивные – навязчивое повторение определенных двигательных актов с целью противостояния обсессиям; контраксионные ритуалы – система сложных действий и когний защитного характера; моторный перфекционизм – повторные действия, направленные на достижение идеального результата в определенной деятельности; хординг – невозможность отказываться от ненужных вещей, бессмысленное коллекционирование и собирательство.



При ОКР нередко встречается коморбидная патология, осложняющая терапевтически-реабилитационный процесс: тревожно-фобические расстройства, депрессивные расстройства, химические зависимости.

Наиболее действенным психотерапевтическим подходом при ОКР является когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Когнитивная концептуализация при ОКР выявляет ряд типичных для всех пациентов ошибочных убеждений:

- все усилия должны давать весомый результат;
- неспособность быть совершенным наказуема;
- специальные магические ритуалы позволяют избежать катастрофы;
- мысль о действии равнозначна действию;
- неспособность предотвращения определенных негативных вещей себе или другим равнозначно совершению негатива;
- ответственность не устраняется и не снижается крайне низкой вероятностью события;
- неспособность нейтрализации навязчивости приравнивается к ее реализации;
- индивид должен и может осуществлять контроль над своими мыслями [1; 2; 3].

Навязчивые мысли эгосинтонны – вызываемые ими автоматические мысли эгосинтонны и соответствуют глубинным убеждениям. Этим фактом объясняются значительные сложности психологической работы с больными с обсессиями. В литературе по психотерапии ОКР в большей степени рассматриваются подходы, направленные на работу с компульсиями – она включает длительную экспозицию к стимулам, вызывающим навязчивые состояния и процедуру, направленную на их блокирование [1; 2; 5]. Помимо этого, применяют методики десенситизации, остановки мыслей, предотвращение реакции и аверсивного обусловливания [1; 4].

В настоящем исследовании нами рассматриваются когнитивная концептуализация больных с ОКР с преобладанием обсессий и представляется психотерапевтическая программа работы с данными больными. Ис-

следование базировалось на материале психотерапевтической работы с пятью больными ОКР, осуществляемой в течение последних шести месяцев.

Результаты исследования:

1. Психотерапевтическую работу с больными ОКР можно представить в виде трех этапов. На первом этапе осуществляется ознакомление пациентов с основными особенностями их болезненного расстройства, раскрывается идеология и методология КПТ. Пациенты обучаются умению распознавать автоматические мысли, знакомятся с принципами самостоятельной работы, включающей выполнение домашних заданий, ведение дневника. На втором этапе пациенты обучаются методикам совладания с тревогой, скорой психологической помощи. На этом этапе пациенты обучаются методике остановки мыслей, различным методикам релаксации, дыхательным техникам. На третьем этапе продолжается сбор информации о пациенте для детализации и уточнения когнитивной концептуализации, осуществляется психотерапевтическая работа, направленная на выявление и изменение иррациональных убеждений. Работа включает различные варианты когнитивных диспутов, методики экспозиции, тренинги.

2. В ходе работы с больными ОКР нами выделены типичные когнитивные ошибки для данной патологии:

- страх потери контроля над своим поведением (страх безумия). Связан с категорией долженствования («я должен все контролировать»);
- страх причинения вреда, ущерба, опасности другим людям своими активными неконтролируемыми действиями, ошибочным поведением или пассивностью;
- страх причинения вреда, ущерба, опасности посредством своих мыслей, представлений и фантазий навязчивого характера. Связан с магическим мышлением, представлениями о долженствовании контроля своей психической деятельности;
- приписывание себе ответственности и вины за возможные катастрофические собы-



тия по причине невозможности контролировать в себе свои мысли;

– непереносимость тревоги по причине фатального и необратимого ее влияния на организм как физического, так и психического. Связана с катастрофизацией тревоги и низкой фрустрационной толерантностью;

– чувство вины, стыда, ответственности за возникновение единичных и навязчивых мыслей и представлений негативного характера;

– страх из-за допущения возможности регуляции событий в мире посредством магии, колдовства, сверхъестественных сил. Связан с магическим мышлением;

– амбивалентное чувство: ритуал должен уменьшить вероятность негативного события и снизить тревогу, и в то же время тревога и страх увеличиваются по мере выполнения компульсий по причине возможной ошибки, неточности, погрешности в его регламенте по внутренним и внешним факторам. По этой причине увеличение компульсий усиливает тревогу и страх, формирует порочный круг, вызывает ощущение беспомощности и безысходности, что, в свою очередь, способствует развитию депрессивного фона;

– возникновение чувства вины и стыда за навязчивое выполнение идеаторных и поведенческих ритуалов по причине осознания их неестественности, необычности, болезненности, бессмысленности. Способствует развитию депрессивного фона.

3. Психологическая работа с пациентами с ОКР предполагает значительную длительность и сопряжена с рядом сложностей, обусловленных клинико-психопатологическими и феноменологическими особенностями расстройства:

– многие больные страдают ОКР в течение многих месяцев и лет, не обращаясь за помощью. Болезненные переживания и погруженность в них пациентов могут занимать значительную долю дневной активности. Все это приводит к тому, что obsessions и compulsions интегрируются в личность больного и становятся значимыми паттернами его жизнедеятельности. Попытки взаимодействия с бо-

лезненной симптоматикой сталкиваются с выраженным сопротивлением со стороны больного;

– obsessions и связанные с ними автоматические мысли делают когнитивную активность пациентов достаточно инертной и вязкой. Большое количество представленных выше когнитивных ошибок вдобавок к типичным иррациональным промежуточным установкам (долженствование, катастрофизация, перфекционизм, полярное мышление, оценочные суждения, низкая фрустрационная устойчивость) предполагают устойчивость системы болезненных когниций и убеждений к терапевтическим воздействиям;

– склонность все подвергать сомнению, неуверенность, распространяемая и на терапевтический процесс, долженствование и перфекционизм, предполагающие плохую переносимость слабых продвижений в лечении и терапевтических неудач требуют дополнительных усилий, настойчивости и уверенности со стороны психотерапевта;

– болезненная симптоматика, попытки ее терапевтической трансформации тесно сопряжены с аффективными переживаниями, в первую очередь, с выраженной тревогой, аффективной неустойчивостью, депрессивными переживаниями, что требует учета в составлении плана терапии, является фактором в пользу психофармакотерапии.

В качестве иллюстрации представленного материала представляем клинический случай.

Больная Л., 30 лет, диагноз: обсессивно-компульсивное расстройство с преобладанием obsessions.

Наследственность отягощена: бабушка по отцовской линии в зрелом возрасте страдала депрессивным расстройством. Раннее развитие без особенностей. Себя характеризует как активную, общительную, эмоциональную, чувствительную, тревожно мнительную, обязательную и исполнительную. Сколько себя помнит, всегда не любила себя, очень критично относилась к любым действиям, была к себе очень строга, стремилась во всем достичь максимального результата. Глубинное убеждение в недостаточности принятия и



любви базируется на травматичности перенесенного сибсового конфликта в семь лет (родился младший брат), обусловлено неэмоциональностью матери, ее строгостью и критичностью. После успешного окончания школы поступила в университет на экономический факультет. По специальности не работала по причине настоящего заболевания. Заболевание развивается с 20 лет. На фоне психологической травмы (переезд будущего мужа в другой город) развилась симптоматика умеренного депрессивного эпизода с астенопатической депрессией. Эпизод длился в течение шести-семи месяцев и разрешился без терапевтического вмешательства. В середине эпизода параллельно нарастала симптоматика ОКР с obsессиями и обусловленными ими интенсивной тревогой. Obsессии касались страха сойти с ума, возможности совершения опасных действий, навязчивым счетом, навязчивым повтором бытовых действий и перепроверок. Расстройство протекает с некачественными ремиссиями и остаточной obsессивной симптоматикой, длительность ремиссии 6-8 месяцев. За время болезни отмечалось 3 ремиссии, когда больная активизировалась, трудоустроивалась, вышла замуж. Некоторое время жила в другом городе вместе с мужем. В период обострения возвращается домой к родителям. Погружается в бездеятельность, болезненные переживания. И хотя все обострения сопровождаются легким депрессивным фоном, депрессивных эпизодов больше не отмечалось. За весь период лечения дважды консультировалась психиатрами, в течение последних 5 лет непрерывно принимает фармакотерапию: карбамазепин 400 мг/сутки и амитриптилин 50-75 мг/сутки. Прием медикаментов является дополнительным психотравмирующим фактором, так как не позволяет больной забеременеть. На момент обращения болезненная симптоматика определяется выраженным obsессивным синдромом, умеренной тревожностью на астено-субдепрессивном фоне. Obsессии занимают от трех-четырех до восьми часов дневной активности больной. Obsессии касаются страха причинения ущерба окружающим своими

неосторожными действиями; страха того, что остатки ее медикаментов по ее небрежности могут нанести вред другим лицам и, в первую очередь, привести к отравлению детей, в связи с чем прием медикаментов строго ритуализирован как в бытовых действиях, так и в сложном комплексе когнитивно-имажинативных ритуалов больной; ретроспективные сомнения в том, что она была недостаточно аккуратна, когда ухаживала за мужем после тяжелой травмы: у мужа был выявлен вирусный гепатит В, и больная считает, что окружающие могли инфицироваться по ее небрежности. Переживает по причине собственной беспомощности, что не может работать, завести детей. При мыслях о перспективах трудоустройства испытывает выраженный страх, так как не уверена, что сможет справиться с работой, будет очень сильно переживать, может снова заболеть.

В ходе когнитивной концептуализации у больной выявлены все вышеописанные иррациональные когниции и ошибочные убеждения. Учитывая длительность болезни (10 лет), выраженность клинической симптоматики и социально-психологическую дезадаптацию пациентки, мы столкнулись со всеми представленными трудностями при лечении ОКР. Пациентка была крайне эмоциональной, реагировала обострениями симптоматики на малейший терапевтический прогресс, переживала, что должна лечиться и помогать себе более эффективно. Отмечались выраженные сомнения в себе, перспективности терапии. Пациентка раньше никогда не лечилась психотерапевтическими методами, но с достаточным энтузиазмом восприняла идеологию КПТ, при которой она может обучаться активной и эффективной самопомощи, что позволит ей контролировать болезненный процесс, успешно совладать с негативными эмоциями в ближайшей перспективе отказаться от приема медикаментов. Ведение дневниковых записей и выполнение домашних заданий помогло пациентке более эффективно распознавать автоматические мысли, находить иррациональные умозаключения, разрабатывать альтернативные стратегии в мышлении



и поведении. На сегодняшний день после проведения десяти сеансов отмечается редукция выраженности обсессивных расстройств как по продолжительности, так и по интенсивности, существенно снизилась тревога, стабилизируется настроение, больная стала более активной, уверенной в себе. Имеется хороший комплайенс, высокая приверженность КПТ, мотивация к выздоровлению, что позволяет рассчитывать на успешное продолжение терапии.

Специфичность ОКР с преобладанием обсессий предполагает значительные трудности в осуществлении терапии и реабилитации. Разработанная психотерапевтическая программа, опирающаяся на методики КПТ, детальное изучение феноменологии расстройства позволяет успешно преодолевать все сложности и добиваться эффективных результатов.

АННОТАЦИЯ

В статье представлена психотерапевтическая программа реабилитации больных с обсессивно-компульсивным расстройством. Программа опирается на методики когнитивно-поведенческой терапии и детальное исследование клинико-психопатологических и феноменологических особенностей варианта обсессивной-компульсивного расстройства с преобладанием обсессии. Детально исследованы типичные для данного варианта невротического расстройства когнитивные ошибки и иррациональные суждения. Представлены этапы осуществления психотерапевтической программы, детально изложены особенности и сложности проведения психологической работы. Результаты исследований иллюстрированы клиническим примером.

Ключевые слова: обсессивно-компульсивное расстройство, когнитивно-поведенческая терапия, феноменология.

SUMMARY

The article presents psychotherapeutic rehabilitation plan of patients with obsessive-compulsive disorder. Plan draws from methods of cognitive-behavioral therapy and detail investigation of clinic psychopathologic and phenomenological features of variant obsessive

compulsive disorder with prevalence of obsession. Typical cognitive errors and irrational misjudgment were investigated. It's presented phasing of approaching psychotherapeutic plan, including difficulties of management of psychotherapeutic work. Results of investigation illustrated with clinical example.

Key words: obsessive compulsive disorder, cognitive-behavioral therapy, phenomenology.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бек Дж. Когнитивная терапия. Полное руководство. – М. – СПб. – К., 2006. – 400 с.
2. Клиническое руководство по психическим расстройствам / Под ред. Д. Барлоу. – СПб.: Питер, 2008. – С. 312–390.
3. МакМилан Р. Практикум по когнитивной терапии. – СПб.: Речь, 2001. – 560 с.
4. Психиатрия: в 2 т. / Под ред. А. С. Тиганова. – М.: Медицина, 2012. – Т. 2. – 896 с.
5. Уоллен С., Ди Гусепп, Р. Уэслер. Рационально-эмотивная психотерапия: когнитивно-бихевиоральный подход. – М.: Институт гуманитарных знаний, 1997. – 257 с.



Г. П. Григорьев

УДК: 159.99. 82-14

ЯЗЫКОВАЯ ЛИЧНОСТЬ В ПОЭТИЧЕСКОМ ТВОРЧЕСТВЕ

Проблема того, каким образом личность автора находит свое отражение в художественном произведении, уже давно исследуется учеными в рамках различных наук о человеке. В решение этой проблемы внесли свой