

*Сарбаева Н.К.  
Аграновский М.Л.  
Аскарова К.И.  
Муминов Р.К.*

*кафедра психиатрии и наркологии  
Андижанский государственный медицинский институт*

## ПСИХОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

*Аннотация: В случае с тревожно-фобическими расстройствами, медикаментозное лечение – не панацея от страха, а средство, облегчающее и ослабляющее проявление симптомов тревоги. Как правило, стойкий эффект от приема медикаментов закрепляется в результате их длительного приема и согласно четко установленных курсов. Самостоятельное прерывание курса лечения медикаментами пациентом и не соблюдение в полном объеме рекомендаций врача ведет к усугублению ситуации, когда страхи не только возвращаются, но усиливается их интенсивность и увеличивается масштаб объектов тревоги.*

*Ключевые слова: психотерапия, фобия, тревога, лечения.*

*Sarbaeva N.K.  
Agranovsky M.L.  
Askarova K.I.  
Muminov R.K.*

*department of psychiatry and narcology  
Andijan State Medical Institute*

## PSYCHOTHERAPY OF ANXIETY-PHOBIC DISORDERS

*Resume: In the case of anxiety-phobic disorders, drug treatment is not a panacea for fear, but a remedy that relieves and attenuates the manifestation of anxiety symptoms. As a rule, the lasting effect of taking medications is fixed as a result of their long-term use and according to clearly established courses. Self-interruption of the course of medication by the patient and failure to fully comply with the doctor's recommendations leads to an aggravation of the situation when fears not only return, but their intensity increases and the scale of the objects of anxiety increases.*

*Key words: psychotherapy, phobia, anxiety, treatment.*

**Введение.** Психологическое информирование призвано дать пациенту максимум сведений о его заболевании, о механизмах тех или иных психологических процессов в головном мозге, о способах управления своим сознанием и психологическим состоянием[2,6]. Благодаря такому

информированию из достоверных источников индивид начинает лучше понимать природу своих страхов, ему легче выявить причины их развития.

Консультирование направлено на то, чтобы дать пациенту практические знания, которые он может использовать в критической ситуации или для лечения заболевания. На консультациях пациенты учатся правильному поведению в момент криза (приступа паники, интенсивной тревожности в присутствии раздражителя), в нетипичных, непредвиденных ситуациях, работают над самооценкой, осваивают техники управления своим страхом. То есть, врач дает пациенту рекомендации, которые тот может применить на практике для коррекции тревожности[3,5].

Психологическая помощь подразумевает как ситуационное воздействие на клиента, так и методичную поэтапную работу с ним. Ситуационная, «шоковая» терапия применяется при психологическом кризисе. А долговременная работа направлена на налаживание контактов с окружающими, социальную адаптацию, на анализ своего состояния и поведения, выработку психологической гибкости в тех или иных ситуациях[8].

Гипнотическая терапия – один из самых загадочных способов лечения, вызывающих споры и сомнения. Специалист, владеющий гипнотехникой, воспринимается многими и как врач, и как целитель, использующий методы нетрадиционной медицины[1]. Однако, официальная медицина признает его действенным и эффективным способом психотерапии, дающим высокие результаты и длительный положительный эффект[3,7]. С помощью гипноза можно добиться успешного и быстрого лечения фобий, хотя к данному методу лечения прибегают реже, чем к традиционным[4].

**Цель исследования.** Целью работы являлась разработка принципов и алгоритмов психотерапевтического лечения тревожно- фобических расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) на основе доказательных исследований.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось 115 пациентам, которые были распределены на 3 группы. I группа – 27 пациентов с паническим расстройством (ПР) (эпизодическая пароксизмальная тревога (f41.0). II группа – 21 пациент с генерализованным тревожным расстройством (ГТР) (f41.1). III группа – 67 пациентов со смешанным тревожно-депрессивным расстройством (СТДР) (f41.2).

Данный метод психотерапии основан на симбиозе пациента и лечащего врача: во время сеанса происходит их взаимодействие, обмен информацией, проговаривание переживаний, моделирование ситуаций и их проработка. Условно психологическую помощь можно классифицировать следующим образом:

Психологическое информирование.

Консультация специалиста.

Корректировка (поведения, восприятия, интенсивности реагирования и т.д.).

Методы психотерапии направлены на выявление причин фобического расстройства, их устранение, реабилитацию, снижение тревожности, корректирование неадекватных поведенческих реакций, освоение техник релаксации. Для лечения фобий и страхов успешно применяются такие методы, как:

Психотерапевтическая помощь.

Рациональный метод психотерапии.

Лечения фобии методом НЛП (нейролингвистического программирования).

Когнитивно-бихевиористический метод.

Лечение фобий гипнозом (в том числе, методом Эриксона).

**Результаты исследования.** Данные обследования стали основой в разработке концептуального подхода и построения патогенетически обоснованной системы психотерапии пациентов с тревожно- фобическими расстройствами невротического регистра с учетом эмоциональных и личностно-типологических особенностей. Принципами проведения психотерапии были:

1. Партнерство психотерапевта и пациента.
2. Этапность воздействий и усложнение применяемых методик.
3. Апелляция к положительным чертам личности.
4. Применение когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), как базовой.
5. Обучение навыкам ауторегуляции эмоций отрицательного спектра: тревоги, депрессии.
6. Коррекция социальных установок.
7. Обучение рациональным копинг-стратегиям. Основным методом психотерапевтической коррекции нарушений эмоциональной сферы в виде фобически-депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств была когнитивно-бихевиоральная терапия по А. Беку.

Групповая психотерапия применялась для формирования социальных установок и рациональных копинг-стратегий. Она сочеталась с элементами рациональной, суггестивной и семейной психотерапии. Система психотерапии реализовывалась в 4 этапа.

I этап «Оценка психоэмоционального состояния» – начинался с момента поступления больного в стационар и был направлен на определение состояния эмоциональной сферы и мишеней психокоррекции (1 сессия).

II этап «Формирование комплаенса» – включал в себя мероприятия по формированию комплаенса, первичного установления психологического контакта и формирования положительной мотивации к лечению (2 сессии).

III этап «Психотерапия и психокоррекция» – включал индивидуальную и групповую психотерапию, направленные на формирование активной жизненной стратегии, изменение самовосприятия путем осознания смысла жизни и его качества, наличия важной стратегической цели (10 сессий).

IV этап «Суппортивное психологическое сопровождение» – включал 4 сеанса индивидуальной психотерапии с элементами семейной психокоррекции.

Оценка эффективности проведенной системы показала следующее. У больных всех 3-х групп произошла положительная клиническая динамика. Уменьшились субъективные переживания тревожного спектра и соматовегетативная симптоматика.

По данным патопсихологического исследования наиболее положительная динамика была достигнута по показателям реактивной тревоги во всех 3-х группах больных. В целом значительное улучшение было достигнуто у 72% больных I группы, у 68% больных II группы и у 78% больных III группы.

**Вывод.** Суть данного метода заключается в том, что больной с помощью психотерапевта определяет, какие именно установки являются разрушительными, негативными и вызывают тревожность. Подвергнув их критическому анализу, пациент задает себе компрометирующие вопросы касательно этих установок: «почему я решил, что так будет всегда?», «кто внушил мне мысль о том, что все происходящее – негативно и нет выхода?» и т.д. Анализируя свои ответы, прорабатывая различные варианты, пациент перестраивает свое мышление на оптимистичный лад, старается во всем искать плюсы. Критический анализ позволяет или увидеть плюсы в своих установках, или заменить их на другие, позитивные и созидательные.

#### **Использованные источники:**

1. Абабков В.А., Пере М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. СПб: Речь, 2004.- 166 с.
2. Воликова С.В. Системно-психологические характеристики родительских семей пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами. Автореф. дисс. канд. психол. наук. М., 2006, 24 с.
3. Ивлева Е.И., Щербатых Ю.В. Клинико-психопатологические аспекты и нарушения вегетативного гомеостаза при социальных фобиях. // Социальная и клиническая психиатрия.- 2000, №3.- С.35 — 38.
4. Крюкова, Т.Л. Возрастные и кросскультурные различия в стратегиях совладающего поведения // Психологический журнал. 2005, № 2.-С. 5-15.
5. Полищук Ю.И. О негативном влиянии средств массовой информации на психическое здоровье.// Независимый психиатрический журнал, 2003, №1, с.62-65.
6. Шкуратова И.П., Ермак В.В. Страхи подростков и их обусловленность тревожностью, нейротизмом и агрессивностью — Прикладная психология: достижения и перспективы. Ростов-на-Дону: Фолиант, 2004 - С.283-299.
7. Deas. D., Germaine K. St., Upadhyaya H. Psychopathology in substance abusing adolescents: gender comparisons. //J. Substance Use. 2006, v.11, №1. -P. 45-51.
8. Goldner E.M., Hsu L., Waraich P. et al. Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature.// Canad. J. Psych. - 2002, v. 47.-p. 833 -843.