Курсовая работа

предмет: Введение в клиническую психологию

тема: Клинико-психологические аспекты тревожно-фобических расстройств и методы психотерапевтической коррекции

Содержание

Введение

. Классификация и диагностика тревожно-фобических расстройств

.1 Основные понятия и функциональные значения

.2 Виды тревожно - фобических расстройств и методы диагностики

. Характеристика тревожно-фобических расстройств и методы психотерапевтической коррекции

.1 Фобические расстройства

.2. Паническое расстройство и генерализованное тревожное расстройство

.3. Другие тревожные расстройства

2.4 Методы психотерапевтической коррекции тревожно-фобических расстройств

Заключение

# Список использованной литературы

Введение

Проблема фобий и навязчивостей привлекала внимание клиницистов еще в донозологический период психиатрии. Навязчивый страх смерти был описан в начале XVII в. Робертом Бёртоном - английским ученым-энциклопедистом, автором трактата «Анатомия меланхолии». Упоминания о навязчивостях встречаются в трудах Филиппа Пинеля в 1829 году. И. Балинский предложил термин «навязчивые представления», укоренившийся в русской психиатрической литературе. В 1871 г. Карл Вестфаль ввел термин «агорафобия», обозначавший страх пребывания в общественных местах. Однако лишь на стыке XIX-XX вв. (1895-1903 г.г.) благодаря исследованиям учеников Жана-Марте́на Шарко - Зи́гмунда Фрейда и Пьера Жане, исходивших из разных теоретических установок, были предприняты попытки объединения тревожно-фобических расстройств в самостоятельное заболевание - тревожный невроз у Зи́гмунда Фрейда, психастению у Пьера Жане. В настоящее время термин Пьера Жане «психастения» употребляется в основном для обозначения одного из типов конституциональных психопатий. Несколько позднее Пьер Жане (1911 г.) объединил агорафобию, клаустрофобию, транспортные фобии термином «фобии положения». Автором было выдвинуто представление о бинарной структуре фобий, включающей наряду со страхом определенных ситуаций симптомокомплексы, отражающие реакцию больного на этот феномен.

Концепция Пьера Жане послужила базой некоторых современных систематик обсессивно-фобических расстройств. В частности, А. Б. Смулевич, Е. В. Колюцкая, С. В. Иванов (1998 г.) выделяют два типа обсессий. Первый тип - обсессии с реакцией избегания (система мер-ритуалов, предотвращающих возможные контакты с предметом фобий) соотносятся с событиями, которые могут произойти в будущем (тревога «вперед» - агорафобия, страх возможности проникновения в организм чужеродных предметов, появления тяжелого заболевания). Второй тип - обсессии с реакцией повторного контроля (перепроверка совершенных действий, повторное мытье рук) представлены сомнениями в реальности уже произошедших событий (тревога «назад» - помешательство сомнений, мизофобия - сомнения в чистоте тела, одежды, страх наличия неизлечимого недуга).

Актуальность1работы определяется тем, что все люди в своей жизни испытывают тревогу - смутное, неприятное эмоциональное состояние, характеризующееся наличием дурных предчувствий, напряжения, беспокойства. Важнейшим условием классификации тревожных расстройств является, с одной стороны, как можно более тонкая дифференциация тревоги как первичной эмоции с ее аффективными, физическими и когнитивными компонентами, тревожности как свойства личности и дифференциальная диагностика различных форм патологической тревоги, а с другой стороны, проведение границы между патологической тревогой и другими видами психических расстройств.

Целью данной работы является изучение клинико-психологических аспектов тревожно-фобических расстройств и методов психотерапевтической коррекции.

Объект исследования: клинико-психологическая характеристика тревожно-фобических расстройств.

Предмет исследования: психотерапевтическая коррекция тревожно-фобических расстройств.

Задачи данной работы:

) изучить классификацию и диагностику тревожно-фобических расстройств;

) проанализировать понятие «тревожно-фобическое расстройство»;

) определить характеристику тревожно-фобических расстройств и методов психотерапевтической коррекции.

1. Классификация и диагностика тревожно-фобических расстройств

.1 Основные понятия и функциональные значения

Тревожность - склонность индивида к быстрому возникновению у него состояния тревоги по поводу реальных или воображаемых опасностей. Повышенная тревожность является одним из наиболее часто встречающихся эмоциональных расстройств. Все люди в своей жизни испытывают тревогу - смутное, неприятное эмоциональное состояние, характеризующееся наличием дурных предчувствий, напряжения, беспокойства. Эмоция тревоги выполняет функцию сигнализации об опасности или неудачи в будущем и побуждает организм к поиску и конкретизации этой опасности. В определенном возрасте и в определенных ситуациях возникновение тревоги является вполне закономерным и нормальным явлением. Младенцы испытывают тревогу, когда их отлучают от матери, поскольку с матерью связана сама возможность их жизнедеятельности. Маленькие дети боятся находиться одни в темной комнате, поскольку мир кажется им полным опасностей, к которым они чувствуют себя неподготовленными. Дети боятся зубных врачей, которые могут сделать им больно [3]. Школьники и студенты боятся экзаменов, на которых они могут получить неудовлетворительные отметки.

Тревога всегда возникает, когда мы делаем что-то важное, и в определенной степени она помогает нам действовать в угрожающих ситуациях более эффективно. Однако слишком интенсивная, не поддающаяся контролю тревога может проявляться как ощущение беспомощности, бессилия, неуверенности и блокировать целенаправленную деятельность или делать ее неэффективной. Например, человеку в ситуации тревоги свойственно прибегать к реакциям агрессии, бегства или ритуальных действий, увеличивающих ощущение субъективного контроля над ситуацией. Бегство (удаление неприятного события) или совершение ритуальных действий приводят к быстрому снижению тревоги [20]. Ритуальные действия придают окружающей действительности единообразие и, следовательно, предсказуемость. А предсказуемость делает окружающий мир субъективно более безопасным. Чем чаще человек с неконтролируемой тревогой начинает избегать тревожащих ситуаций или справляться с ними посредством ритуальных действий, тем сложнее ему становится заниматься повседневными делами.

Кроме того, тревога может возникать в ситуациях, в которых нет объективных признаков угрозы или опасности, когда человек не осознает того, чего можно было бы опасаться[18]. В этом случае всегда возникает необходимость дать приемлемое объяснение своему состоянию и подыскать предмет, на который может быть направлена тревога, что также запускает поведенческие механизмы совладания с тревожащей ситуацией - агрессию, бегство или ритуальные действия.

С эмоцией тревоги связаны два сильных чувства - страха и паники. Страх является предметно конкретизированной формой сильной тревоги, возникающей на присутствующий в настоящий момент объект. Тревога как более широкое понятие не имеет четко выраженной предметности, не предполагает наличие определенного объекта или ситуации и ориентирована на будущее (т. е. возникает не на реально присутствующий, а на возможный опасный объект). Устойчивый, интенсивный и не поддающийся рациональному объяснению (с позиции здравого смысла) страх определенного объекта или ситуации, в присутствии которого возникает непреодолимая потребность проявления агрессии или бегства, в клинической психологии называется фобией [21]. Паника представляет собой сильный, тяжело переживаемый ограниченный во времени (обычно в пределах 15 минут), неожиданно возникающий страх, который сопровождается выраженными физическими реакциями - одышкой, головокружением, учащенным сердцебиением, дрожью, потовыделением, тошнотой. При панике почти всегда возникает чувство нереальности происходящего и развиваются «вторичные» страхи - смерти, сумасшествия, потери самоконтроля. Приступы паники часто приводят к постоянному страху возникновения этих приступов. С различными формами проявления тревоги связано различение двух типов тревожных расстройств: фобических и панических. В американской клинической психологии тревожные расстройства рассматриваются более широко, поскольку главным признаком здесь является простой факт наличия тревоги. В европейской традиции, к которой относится и отечественная клиническая психология, в тревожные расстройства как патологию эмоций не включаются навязчивые и стрессовые расстройства [9].

До тех пор, пока тревога или страх не мешает выполнению индивидуально значимых или важных социальных функций, она не признается болезненной. Так, боязнь собак, или пауков, или чужих людей может быть вполне оправданной, однако, если такой страх мешает выполнению важных дел, которые есть у любого подростка или взрослого человека, он превращается в расстройство. Если страх оказывает незначительное влияние на повседневную жизнь, то он является частью нормального развития. В норме с возрастом страхов становится меньше и появляются они реже, только в наиболее критических ситуациях. Уменьшение числа страхов связано с когнитивным развитием детей: научением распознавать действительно опасные и мнимо опасные ситуации. Кроме того, наличие умеренных страхов в раннем детском возрасте способствует развитию эмоциональности ребенка. Не случайно у всех дошкольников имеется специфический «пугательный» фольклор (например, истории про «черную руку» и т. п.).

Люди с тревожными расстройствами скорее не чаще беспокоятся по любому поводу, сколько испытывают более интенсивные, чем большинство окружающих, опасения или же имеют страхи, не соответствующие нормативным представлениям о том, чего должны бояться люди определенного возраста [7].

В отношении детской повышенной тревожности в обыденном сознании существует неправильное мнение о том, что детские страхи исчезают сами собой по мере приобретения нормального жизненного опыта. На самом деле многие дети, испытывающие повышенную тревогу, не избавляются от своих проблем в подростковом и зрелом возрасте /30/.

Фобические и панические расстройства возникают в результате взаимодействия двух групп факторов: нейробиологических и социальных. К нейробиологическим факторам относится специфическая гиперактивность лимбической системы, вызванная изменениями в балансе биогенных аминов: повышенное высвобождение организмом катехоламинов, высокий уровень метаболизма норадреналина, повышение уровня серотонина, снижение уровня гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК), которая является нейромедиатором тормозных синапсов ЦНС [21]. Эти специфически биологические механизмы предрасположенности к формированию фобических и панических расстройств реализуются в контексте специфических жизненных обстоятельств (частые стрессы, авторитарный стиль воспитания в семье, эмоционально холодные детско-родительские отношения в раннем детстве, жесткие морально-ценностные императивы, предъявляемые к человеку со стороны окружения), при которых от человека требуется сверхбдительность в отношении враждебных стимулов и развитие паттернов агрессии и защиты от воспринимаемого враждебным окружения. К сожалению, социально-психологические факторы возникновения тревожных и панических расстройств в клинической психологии изучены еще недостаточно.

Дети с тревожными расстройствами обладают нормальным интеллектом. У них отмечается нарушение избирательности внимания - «тревожная бдительность», связанная с повышенной тенденцией классифицировать относительно нейтральные раздражители как потенциально опасные[13]. На когнитивном уровне у таких детей имеется тенденция к преувеличению степени опасности за счет прицельного поиска доказательств возможной опасности (в норме люди стремятся преуменьшить опасности и найти доказательства в пользу безопасности). Однако, скорее всего, психологические изменения процессов внимания и мышления не являются причиной развития тревожных расстройств.

.2 Виды тревожно - фобических расстройств и методы диагностики

тревожный фобический расстройство психотерапевтический

Важнейшим условием классификации тревожных расстройств является, с одной стороны, как можно более тонкая дифференциация тревоги как первичной эмоции с ее аффективными, физическими и когнитивными компонентами, тревожности как свойства личности и дифференциальная диагностика различных форм патологической тревоги, а с другой стороны, проведение границы между патологической тревогой и другими видами психических расстройств. Основными признаками патологической тревоги являются следующие: 1) тревожная реакция и избегающее поведение переживаются людьми, страдающими этим заболеванием, как необоснованные, неадекватно сильные и слишком часто возникающие, 2) они начинают избегать ситуаций, вызывающих тревогу, и теряют контроль над тревогой, 3) тревожные реакции возникают последовательно и продолжаются дольше обычного и 4) ведут к нарушению качества жизни. Патологическая тревога - это ведущий симптом тревожных расстройств. Однако она может возникнуть и при других психических расстройствах (например, депрессии), а также соматических заболеваниях (например, эндокринных расстройствах). Особенно часто тревожные состояния проявляются при острых аффективных расстройствах, протекающих в тяжелой форме (депрессиях и биполярных расстройствах), психотических заболеваниях (например, шизофрении) и прогредиентных стадиях зависимостей от психоактивных веществ (например, при абстинентном синдроме) [13]. Поэтому тщательно проведенная дифференциальная диагностика имеет большое значение при постановке диагноза «тревожное расстройство».

Отграничение нормальной тревоги и тревожности от различных форм патологической тревоги в последние годы стало проводить значительно легче благодаря введению четких диагностических критериев и алгоритмов постановки диагноза. Для этих целей в настоящее время используют две классификационные системы, теперь хорошо согласованные друг с другом и удобные для решения как исследовательских, так и практических задач, - МКБ-10 ВОЗ, дополненную однозначно сформулированными диагностическими критериями исследования, и четвертую версию DSM Американской психиатрической ассоциации (DSM-IV), содержащую значительно более дифференцированные, чем в МКБ, признаки расстройств. Табл.1 дает представление о структуре классификации этих систем применительно к тревожным расстройствам и о некоторых различиях между ними. Так как DSM-IV значительно подробнее описывает картину расстройства, чем МКБ-10, то в последующем изложении будем опираться в основном на категории DSM-IV. В скобках приводятся соответствующие F-коды из МКБ-10.

Таблица 1. Классификация тревожных расстройств по МКБ-10 и DSM-IV

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Классификация МКБ-10 | Классификация DSM-IV | Основные отличия |
| F4 Невротические, стрессовые и соматоформные расстройства | Тревожные расстройства | В DSM-IV все рассматриваемые заболевания, за исключением помещенных в скобках, классифицируются как тревожные расстройства |
| F40 Фобические расстройства | | |
| F40.0 Агорафобия |  | В DSM-IV даны более подробные критерии и больше указаний для дифференциальной диагностики |
| .00 без панического расстройства | Агорафобия без панического расстройства |  |
| .01 с паническим расстройством | Паническое расстройство с агорафобией |  |
| F40.1 Социальные фобии | Социальная фобия | В DSM-IV выделено больше подтипов, особенно для фобий |
| F40.2 Специфические (изолированные фобии) | Специфическая фобия |  |
| F40.8 Другие фобические расстройства | Неуточненное тревожное расстройство |  |
| F40.9 Неуточненные фобические расстройства | Неуточненное тревожное расстройство |  |
| F41 Другие тревожные расстройства | | |
| F41.0 Паническое расстройство.00 средней тяжести .01 тяжелое | Паническое расстройство без агорафобии | Если расстройство удовлетворяет критериям как агорафобии, так и панического расстройства, то симптоматическая картина классифицируется в МКБ-10 как агорафобия, а в DSM как паническое расстройство |
| F41.1 Генерализованное тревожное расстройство F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство F41.3 Другие смешанные тревожные расстройства | Генерализованное тревожное расстройство (смешанное тревожное и депрессивное расстройство) |  |
| F41.8 Другие уточненные тревожные расстройства | Неуточненные тревожные расстройства |  |
| F41.9 Неуточненные тревожные расстройства | Неуточненные тревожные расстройства |  |
| F42 Навязчивые расстройства | | |
| F42.0 Навязчивые мысли или размышления F42.1 Навязчивые действия или ритуалы F42.2 Смешанные навязчивые мысли и действия | Навязчивое расстройство | В DSM расстройство далее не классифицируется вместо этого выделяются подтипы по способности к инсайту |
| F42.8 Другие навязчивые расстройства | Неуточненные тревожные расстройства |  |
| F42.9 Неуточненные навязчивые расстройства | Неуточненные тревожные расстройства |  |
| F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации | | |
| F43.0 Острая реакция на стресс | Острое стрессовое расстройство | Нарушения адаптации образуют в DSM отдельную группу расстройств, не входящую в тревожные расстройства |
| F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство F43.2 Нарушения адаптации | Посттравматическое стрессовое расстройство (нарушения адаптации) |  |
| F43.8 Другие реакции на тяжелый стресс. F43.9 Неуточненные реакции на тяжелый стресс |  | В DSM только одна резидуальная категория «неуточненное тревожное расстройство» |

В обеих классификационных системах - как в МКБ-10, так и в DSM-IV подчеркивается необходимость рассматривать специфические тревожные расстройства более дифференцированно, чем это было в прошлом, причем привлекая не только актуальные данные, но и информацию обо всей жизни пациента в целом[11]. Если это необходимо, должны быть поставлены несколько диагнозов из раздела тревожных расстройств, а также и диагнозы из других групп расстройств. При этом следует учитывать данные современных научных исследований, которые показали, что рано начавшиеся (например, в детском возрасте) фобические расстройства могут предшествовать другим психическим расстройствам и влиять на их течение, что, естественно, должно учитываться и при выборе надлежащей стратегии лечения. Обе системы используют скорее описательный феноменологический подход. При этом для каждого расстройства детально описываются или устанавливаются те признаки, которые должны присутствовать, чтобы мог быть поставлен тот или иной диагноз[8]. Традиционные этиологические модели, например концепция неврозов, ушли в прошлое.

Разложение прежних широких категорий «неврозы тревоги» и «фобии» на различные конкретные диагнозы основывается на разнообразных данных теоретических и прикладных исследований, которые, например, доказали, что генерализованное тревожное расстройство и паническое расстройство (прежде объединяемые под кодом 300.0 «невроз тревоги») необходимо рассматривать как отдельные диагнозы вследствие их принципиальных различий в этиологии, патогенезе, прогнозе и показаний к терапии (ср. главы об этиологии и терапии).

В качестве некоторых релевантных различий между МКБ-10 и DSM-IV необходимо назвать следующие:

) DSM-IV рассматривает тревожные расстройства значительно шире, чем МКБ-10, поскольку включает в этот раздел навязчивые расстройства, посттравматические стрессовые расстройства и тревожные расстройства в детском и подростковом возрасте.

) В МКБ-10 агорафобия иерархически расположена выше, чем панические расстройства. На практике это означает, что по DSM-IV чаще ставят диагноз «паническое расстройство», а по МКБ-10 - «агорафобия с паническим расстройством»[5].

) По МКБ-10 диагноз «генерализированное тревожное расстройство» ставится в соответствии с длинным списком из 22 симптомов; расстройство должно удовлетворять минимум 4 критериям, минимум один из которых должен быть вегетативным. Система DSM-IV требует для постановки диагноза удовлетворения от трех до шести симптомов. Вероятно поэтому такие диагнозы чаще ставятся по МКБ-10, чем по DSM-IV.

) В отличие от DSM-IV, МКБ-10 отказывается от специфических психосоциальных критериев разграничения и вместо этого зачастую предлагает неопределенную формулировку расстройства как «клинически значимого».

) МКБ-10 особо выделяет различные, не строго определенные смешанные диагнозы (например, смешанное тревожное и депрессивное расстройство), которые в DSM-IV приводятся только в качестве критериев исследования. Здесь предлагается диагностировать состояния, которые никогда в течение жизни заболевшего не отвечали всем критериям специфического тревожного расстройства или депрессии, но являются клинически значимыми[5].

) DSM-IV подчеркивает значение тревожных синдромов, обусловленных органическими нарушениями или употреблением психоактивных веществ, и предоставляет больше пространства для дифференциальной диагностики тревожных расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ или связанных с соматической болезнью, чем МКБ-10.

Каждое тревожное расстройство операционализируется в обеих классификационных системах с помощью относительно однозначно описанных критериев и диагностических алгоритмах.

Дифференциальная диагностика.

В рамках дифференциальной диагностики выявленной тревожной симптоматики необходимо, прежде всего, установить, действительно ли имеет место тревожное расстройство, и если да, то какое. Эта процедура представляет собой комплексную задачу, так что для надежного и валидного сбора данных и постановки дифференциального диагноза рекомендуется воспользоваться деревом решений из DSM-IV (см. рис.1) и диагностическими интервью[12].

Для стандартизированного сбора данных по DSM-IV в настоящее время существуют следующие методы: Диагностическая экспертная система для психических расстройств, Структурированное клиническое интервью для DSM-IV, Комплексное международное диагностическое интервью или Диагностическое интервью при психических расстройствах.

Методы, основанные на собственной и сторонней оценке.

Для объективации и квантификации признаков тревоги (но не диагнозов тревожных расстройств) было создано множество шкал тревоги (на основе методов собственной и сторонней оценки, см. табл. 2). Правда, их надежность и валидность - особенно по отношению к вышеназванным новым группам расстройств по МКБ-10 и DSM-IV - чаще всего не достаточно проверены. Валидность большинства шкал проверялась еще по прежним категориям расстройств - «невроз тревоги» и «фобии». Различают: а) общие методы, которые раскрывают многие аспекты психических проблем (например, подшкалы неуверенности, фобической тревоги и тревожности по SCL-900, и б) специфические опросники, которые предназначены для сбора сведений о каком-то конкретном психическом расстройстве (например, Опросник социальной тревоги[13]. Большинство указанных методов, например Опросник страха, используют самооценочные методы. Методы на основе сторонней оценки, за исключением Шкалы тревоги Гамильтона, применяются редко. Большинство из этих методов используются при сборе релевантной для постановки диагноза информации, а также для измерения произошедших изменений и степени достигнутого успеха. В связи с отсутствием параллельных версий использование этих инструментов для регистрации изменений все же считается методически неудовлетворительным.

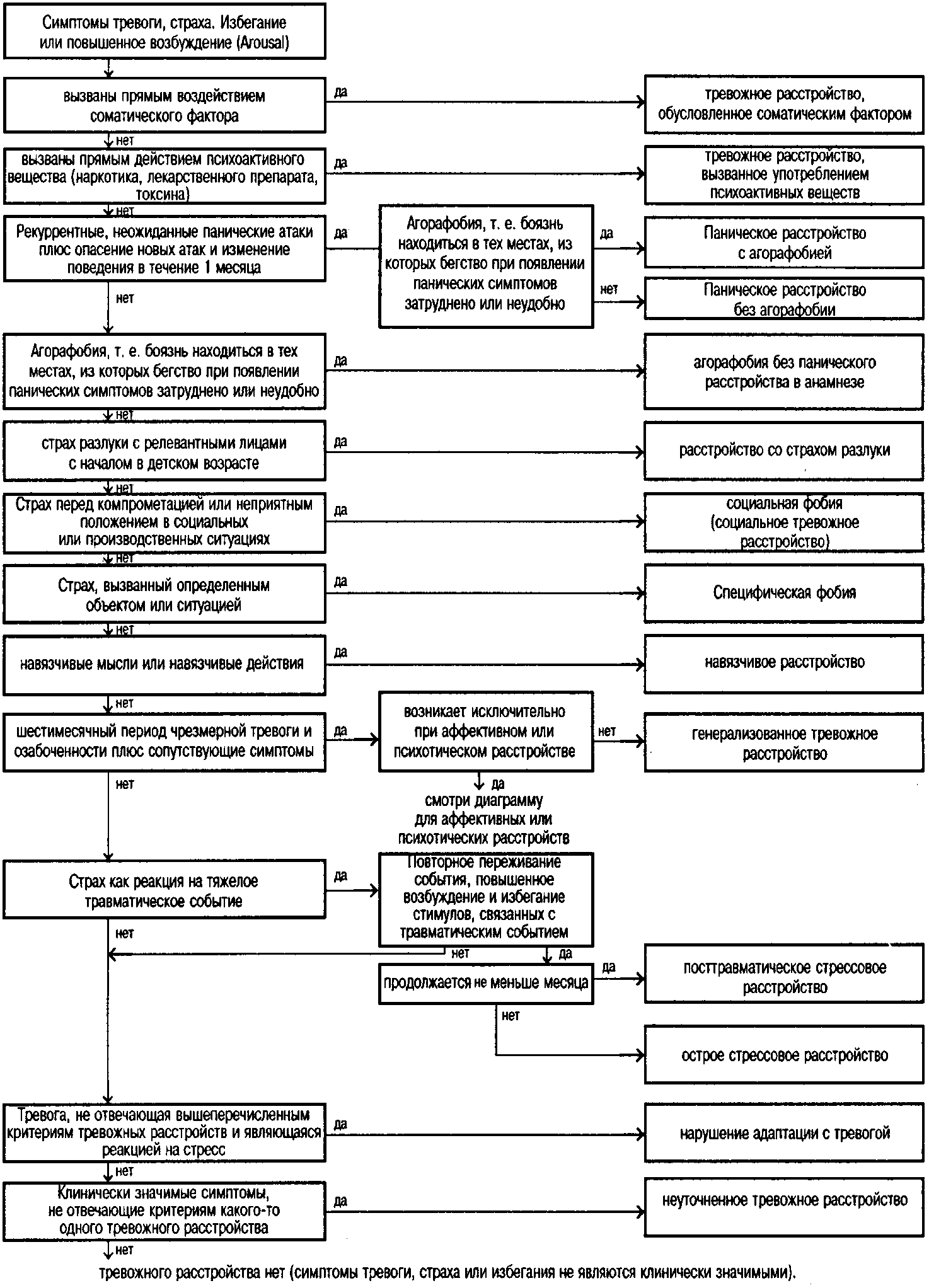


Рис. 1 -Дифференциальная диагностика тревожных расстройств - дерево решений - по DSM-IV

Методы, основанные на собственной и сторонней оценке.

Для объективации и квантификации признаков тревоги (но не диагнозов тревожных расстройств) было создано множество шкал тревоги (на основе методов собственной и сторонней оценки, см. таблицу 2). Правда, их надежность и валидность - особенно по отношению к вышеназванным новым группам расстройств по МКБ-10 и DSM-IV - чаще всего не достаточно проверены. Валидность большинства шкал проверялась еще по прежним категориям расстройств - «невроз тревоги» и «фобии». Различают: а) общие методы, которые раскрывают многие аспекты психических проблем (например, подшкалы неуверенности, фобической тревоги и тревожности по SCL-900, и б) специфические опросники, которые предназначены для сбора сведений о каком-то конкретном психическом расстройстве (например, Опросник социальной тревоги[3]. Большинство указанных методов, например Опросник страха, используют самооценочные методы. Методы на основе сторонней оценки, за исключением Шкалы тревоги Гамильтона, применяются редко. Большинство из этих методов используются при сборе релевантной для постановки диагноза информации, а также для измерения произошедших изменений и степени достигнутого успеха[5]. В связи с отсутствием параллельных версий использование этих инструментов для регистрации изменений все же считается методически неудовлетворительным.

Таблица 2 - Методы собственной и сторонней оценки (только Шкала тревоги Гамильтона)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Метод | Описание | Возраст | Затрата времени |
| Общая психопатология | | | |
| SCL-90-R Контрольный перечень симптомов | 90 пунктов; соматизация, навязчивость, неуверенность в социальных отношениях, депрессивность, тревожность, агрессивность, фобическая тревога, психотизм, параноидное мышление | с 14 лет | 20 минут |
| FBL-R Фрайбургский перечень нарушений | 80 пунктов; актуальные, ситуативные и хронические психические, соматические и психовегетативные нарушения | с 16 лет | 10 минут |
| BAI Шкала тревоги Бека | 21 пункт; элементарные когнитивные и физиологические симптомы тревоги | с 17 лет | 5-10 минут |
| HAMA Шкала тревоги Гамильтона | 14 пунктов; психические и соматические последствия тревоги | с 14 лет | 15 минут |
| Психопатология конкретных расстройств | | | |
| Панический синдром / агорафобия | | | |
| ACQ Опросник когниций, относящихся к тревоге | 14 пунктов; когниции, относящиеся к тревоге, такие как соматические кризисы, потеря контроля, избегание | с 16 лет | 5 минут |
| BSQ Опросник страха перед соматическими симптомами | 17 пунктов; уровень страха перед страхом и страха перед соматическими симптомами | с 16 лет | 5 минут |
| MI Шкала мобильности | 27 пунктов; степень агорафобического избегания; одна оценка при наличии сопровождения, другая - при его отсутствии | с 16 лет | 5 минут |
| Социальная фобия | | | |
| UFB Опросник неуверенности | 65 пунктов; учет социальных страхов и навыков | с 16 лет | 5 минут |
| SPAI Опросник социальной тревоги | 32 пункта; когнитивные, соматические и поведенческие аспекты тревоги | с 16 лет | 10 минут |
| Специфическая фобия / фобии | | | |
| FSS III Опросник | 76 пунктов, страх перед всеми живыми существами, кроме человека; социальные страхи, боязнь медицинских диагностических процедур | с 16 лет | 20 минут |
| Навязчивое расстройство | | | |
| MOC Шкала навязчивостей | 30 пунктов; умывание, контроль, медлительность, сомнения | с 16 лет | 10 минут |
| HZI Гамбургская шкала навязчивостей | 118 пунктов; контроль, навязчивые мысли, уборка, счет, умывание | с 16 лет | 20 минут |
| HZI-K Гамбургская шкала навязчивостей - сокращенный вариант | 72 пункта; контроль, навязчивые мысли, уборка, счет, умывание | с 16 лет | 15-20 минут |
| Посттравматическая стрессовая реакция | | | |
| IES Шкала происшествий | 16 пунктов; стрессовые воспоминания, избегание мыслей и ситуаций | с 18 лет | 5 минут |
| Страхи (у детей) | | | |
| K-A-T Тест детских страхов | 19 пунктов; общая тревожность как постоянное свойство личности | 9-15лет | 15-30 минут |
| Фобии (у детей) | | | |
| FSS-FC Перечень детских страхов | 80 пунктов; боязнь отказа и критики; незнакомых людей, опасности и смерти, повреждений и маленьких зверей, болезней и врачей | 9-12 лет | 20 минут |
| AFS Опросник тревоги для школьников | 50 пунктов; общая (манифестируемая) тревога, страх перед школой, стремление к социальному одобрению, боязнь экзаменов | 9-16/17 лет | 10-25 минут |

Ведение дневника.

Для планирования лечения, его проведения и профилактики рецидивов решающее значение имеет непрерывный и подробный анализ проблемного поведения. Для регистрации проблемного поведения, специфичного для того или иного тревожного расстройства, в последние годы все активнее используется дневник. Индивид каждый день заносит в дневник (в зависимости от его вида) данные о силе и частоте нарушений, о вызвавших тревогу факторах, мысли и чувства, а также последствия указанных факторов. Эта информация используется как основа для показаний к терапии. Дополнительно она помогает выбрать терапевтические цели для последующей интервенции (например, в когнитивной терапии). В настоящее время наиболее широко используемыми являются следующие дневники разной степени сложности: Марбургский дневник тревоги, Марбургский дневник активности, дневник генерализованной тревоги и дневник тревоги при панических расстройствах[10].

Диагностика тревожных расстройств в соответствии с критериями DSM-IV или МКБ-10 требует применения структурированных или стандартизированных диагностических интервью[27]. Они - краеугольный камень общей психологической диагностики нарушений поведения. В рамках диагностики, ориентированной на терапию, интервью используются из стратегических соображений только в начале диагностической фазы, например при первой беседе с пациентом или при сборе анамнеза. Диагностическое интервью позволяет эффективно определить психопатологическую цель терапии, дать самые первые показания к терапии, а также наметить общие подходы к психологической. Особое внимание при диагностике должно уделяться дифференциальной оценке коморбидности, то есть вопросу, какие диагнозы можно поставить пациенту и в какой последовательности появляются психопатологические феномены. Дополнительную информацию, релевантную для расстройства и терапии, можно получить при анализе проблемы и во время лечения с помощью методов, основанных на собственной и сторонней оценке. Эти методы позволяют непрерывно регистрировать происходящие во время терапевтического процесса изменения и представлять их в виде общей картины.

2. Характеристика тревожно-фобических расстройств и методы психотерапевтической коррекции

.1 Фобические расстройства

Агорафобия (F40.0).

Агорафобия (адога - народное собрание, площадь; фобос - страх, греч.) проявляется следующей симптоматикой. Больные испытывают выраженный и стойкий страх перед скоплением людей, общественными местами (особенно метро и самолета), избегают таких мест, отъезжают от дома недалеко или с сопровождающим. Заболевание часто начинается с панической атаки в общественном месте. Появляются головокружение, тошнота, страх потери контроля над функцией мочевого пузыря или прямой кишки [14].

Возникает страх повторения приступа, который затем реализуется в ситуациях, когда больной не может незамедлительно вернуться в безопасное место или получить немедленную помощь в случае развития симптомов. Формируется фобическое поведение с избеганием ситуаций, провоцирующих приступ. Хронизация расстройства может привести к утрате трудоспособности. Нередко присоединяются психосоматические нарушения, депрессивная симптоматика с суицидальными тенденциями, злоупотребление успокаивающими средствами и алкоголем[7].

Под агорафобией понимается страх перед такими местами или ситуациями или избегание их, бегство из которых в случае возникновения сильных, схожих с паническими симптомов, вызывающих в том числе и чувство неловкости, было бы затруднено и в которых не может быть оказана помощь. В МКБ-10 проводится дифференциация между агорафобией с паническими расстройствами (F40.00) и без них (F40.01). В DSM-IV, напротив, комбинация диагнозов «агорафобия» и «паническое расстройство» звучит как «паническое расстройство с агорафобией».

Специфические фобии (F40.2).

Специфические (изолированные) фобии встречаются чаще социальных фобий, нередко начинаются в дошкольном возрасте. Фобогенным фактором может служить любой объект или ситуация, поэтому наименования фобий образуют своего рода «сад греческих корней»:клаустрофобия (боязнь замкнутых пространств), гипсо- или акрофобия (страх высоты), мизофобия (страх загрязнения). Выделяют ряд нозофобий (ипохондрических) - таких, как кардиофобия (страх за сердце), канцерофобия (страх рака), спидофобия (страх СПИДа), радиофобия (страх лучевой болезни), алиенофобия (страх сумасшествия), танатофобия (страх смерти)и т. д.

Синдром включает: а) навязчивый страх ожидания фобогенного фактора и последствий его воздействия (фобофобия), б) симптомы панического приступа во время действия этого фактора и в) поведение избегания данного фактора. К навязчивым страхам присоединяются защитные ритуалы, символические действия пассивно-оборонительного характера. Последние всегда психологически понятны, обоснованы, конкретны (например, навязчивое мытье рук при мизофобии)[18].

Обычно больные сохраняют критичность к навязчивым страхам, хотя на высоте страха она может утрачиваться. Возможно присоединение фобий другого содержания, обсессий (навязчивых мыслей) и компульсий (навязчивых действий). Течение болезни хроническое, возможны спонтанные ремиссии; нарушения адаптации зависят от содержания фобий. Иногда наблюдается патологическое развитие личности с утратой живого интереса к жизни, нарастанием эгоизма и иждивенчества.

Как специфические фобии определяются последовательно возникающие, клинически значимые тревожные реакции, которые вызываются фактическим или предполагаемым столкновением с определенным угрожающим объектом или определенной ситуацией и зачастую ведут к избегающему поведению. Лица со специфическими фобиями обычно осознают их неадекватность[4].

Социальные фобии ( F40.1).

Социальные фобии начинаются в подростковом и юношеском возрасте. Ядром расстройства является страх публично совершить что-то неприличное, недозволенное (контрастные влечения). Типичные фобии: страх не удержать кишечные газы в общественном месте, рвоты во время застолья, невозможности помочиться в общественном туалете, страх внезапно без оснований ударить близкого человека, страх публичной речи (логофобия), покраснения на людях (эритрофобия) и т. п. Страх оценивается пациентами как необоснованный, они стыдятся обнаружить его, избегают находиться в центре внимания, особенно в малых группах или в интимной обстановке. К среднему возрасту расстройство обычно смягчается[2].

.2 Паническое расстройство и генерализованное тревожное расстройство

Панические атаки.

Панические атаки хотя и не имеют собственной кодировки, все же имеют большое значение для дифференциальной диагностики, являясь основным психопатологическим синдромом, и поэтому подробно рассматриваются в DSM-IV[27].

Панической атакой называют фиксированный временной промежуток, во время которого внезапно появляется сильная и всепоглощающая тревога, опасение или испуг, зачастую сопровождаемые чувством приближающегося несчастья. Во время этих атак возникают такие симптомы, как одышка, учащенное сердцебиение, боли в груди или физический дискомфорт, чувство удушья, страх сойти с ума или потерять над собой контроль.

Панические расстройства (F41.0).

Основной признак панических расстройств - это повторяющиеся, неожиданные и необъяснимые для самого индивида панические атаки. С паническими атаками связано возникающее впоследствии длительное чувство озабоченности тем, что атака может повториться и вызвать неприятные последствия. Панические атаки - это внезапно, т. е. неожиданно, возникающие состояния интенсивно переживаемой тревоги, которые сопровождаются множеством соматических и психических симптомов и чувством постоянной угрозы. Панические атаки достигают своего апогея в течение нескольких минут и продолжаются в среднем 20-30 минут. Однако их продолжительность может существенно варьировать как в одну, так и в другую сторону[30]. Большинство приступов тревоги возникает спонтанно и неожиданно («как с неба сваливаются»). Люди, страдающие такими приступами тревоги, чаще всего не могут себе объяснить их причины, поскольку такие атаки не всегда связаны с определенными ситуациями. Без последовательного лечения почти неизбежно развивается избегающее поведение, в результате которого люди ограничивают свой стиль жизни и избегают таких мест и ситуаций, в которых может начаться новый приступ тревоги.

Генерализованное тревожное расстройство (F41.1).

Генерализованное тревожное расстройство характеризуется преувеличенными и не адекватными реальности страхами и обеспокоенностью, которые длятся в течение нескольких месяцев (по DSM-IV - по крайней мере 6 месяцев). Как правило, они связаны с повседневными ситуациями и проблемами. При этом возникает характерный кластер мышечных, вегетативных и когнитивных симптомов[21].

3. Фрейд описал данное расстройство под названием «свободно плавающая тревога». Отмечаются симптомы не соответствующей реальности, выраженной тревоги по поводу ряда событий жизни и видов деятельности в течение 6 и более месяцев. Наблюдается синдром напряжения, беспокойство и неспособность расслабиться, чувство взвинченности, нервозности. Больные постоянно чем-то озабочены, ожидают неприятностей, пугливы, суетливы, нетерпеливы и раздражительны. Они испытывают трудность сосредоточения, эпизодическое чувство пустоты в голове и затрудненное засыпание в связи с озабоченностью или тревогой[13]. Характерны ощущение внутренней дрожи, двигательное и мышечное напряжение, утомляемость. Нередки также болезненные мышечные зажимы, ощущение кома в горле или затруднения при глотании, расстройства мочеиспускания и стула. Начинается в детском, подростковом или юношеском возрасте. Заболевают чаще женщины в 20-30 лет; течение хроническое, его не всегда легко отличить от затяжных субдепрессивных расстройств с тревожными включениями. Нередко удается выявить в анамнезе длительные стрессовые воздействия и единичные панические атаки. Как пароксизмальная, так и генерализованная тревога во многих случаях сочетаются с агорафобией. Больные обычно обращаются к интернистам, считая психический компонент расстройства проявлением своего характера[16].

.3 Другие тревожные расстройства

Наряду с вышеупомянутыми тревожными расстройствами и смешанными расстройствами (смешанные тревожные и депрессивные расстройства) DSM-IV выделяет еще и другие тревожные расстройства, которые в МКБ-10 приведены в других главах.

Органически обусловленные тревожные расстройства (F1x.8) и тревожные расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ (F06.4). Под этими расстройствами в DSM-IV понимаются а) «тревожные расстройства, обусловленные соматическим фактором», при которых появляются характерно преобладающие симптомы тревоги, однозначно рассматриваемые как прямые последствия соматических факторов, и б) «тревожные расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ», которые рассматриваются как прямое физическое следствие приема наркотиков, лекарственных препаратов или токсического отравления.

Навязчивые расстройства (F42). Основные признаки этого расстройства - это постоянно возвращающиеся навязчивые мысли или действия, которые отнимают очень много времени (более часа/дня) или вызывают ярко выраженный стресс или явные нарушения. Субъект осознает, что навязчивые мысли или действия чрезмерны или необоснованны. Под навязчивыми мыслями здесь понимаются повторяющиеся идеи, мысли, импульсы и представления, которые воспринимаются как назойливые и неадекватные и вызывают ярко выраженную тревогу или страдания[27]. Навязчивые действия - это повторяющиеся способы поведения (например, уборка, мытье рук, проверка) или умственные действия (например, чтение молитвы, счет, тихое повторение слов), цель которых - избежать или редуцировать тревогу или дискомфорт, а не достичь хорошего самочувствия или получить удовлетворение. В большинстве случаев индивид чувствует себя вынужденным выполнять навязчивое действие, чтобы уменьшить дискомфорт, сопутствующий навязчивым мыслям, или предотвратить пугающие события или ситуации. По определению навязчивые действия либо чрезмерны, либо вовсе не находятся в рациональной взаимосвязи с тем, что они призваны нейтрализовать или чему препятствовать. Если индивид пытается противостоять навязчивому действию, то у него возникает чувство растущей тревоги или напряжения, которые быстро проходят после исполнения навязчивого действия[11]. Навязчивые расстройства в МКБ-10 в отличие от DSM-IV не включены в тревожные расстройства.

Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1). Посттравматическое стрессовое расстройство характеризуется повторным переживанием травматического опыта. Травма ведет к сильному эмоциональному стрессу, который длится много месяцев и проявляется в многочисленных симптомах повышенного возбуждения, повторного переживания и избегания раздражителей, которые ассоциируются с травмой.

2.4 Методы психотерапевтической коррекции тревожно-фобических расстройств

Психодинамическая терапия.

Психоаналитическое представление о невротическом синдроме (который является непросто результатом дезадаптации, а несет определенный диалогический смысл, отражает те или иные стремления, личностные мотивы) нашло свое отражение в концепции организмичности как неотъемлемом свойстве индивида[5]. Висцеральные (тесега - внутренности, лат.), сенсорные функции и социальный опыт человека сплавлены в стремление к актуализации и человек, в том числе психотерапевт при работе с пациентом, должен доверять своему организму, его естественным механизмам самокомпенсации и адаптации.

Психоаналитическая, психодинамическая, инсайт ориентированная, эксплоративная раскрывающая терапия фокусируется на воздействии прошлого опыта (когнитивные способности, аффекты, фантазии и поступки). Целью ее является понимание функционирования защитных механизмов и трансферных реакций, в частности, в том их виде, в котором они проявляются в ходе общения пациента с терапевтом. Г.Хартман ввел термин нейтрализация для описания аналитического процесса, путем которого либидо и агрессивное влечение перерабатываются, освобождая, таким образом, энергию для «Я», которое больше не нуждается в незрелых психологических защитах.

Используются следующие терапевтические приемы: терапевтический альянс, свободное ассоциирование, интерпретация защит и трансфера, высокая частота сеансов (2-3 раза в неделю), длительный курс лечения - от нескольких месяцев до нескольких лет. Проводится она «лицом к лицу»[28].

Диагностическая стадия занимает от 1 до 4 сессий и включает оценку видов поведения, несущих угрозу жизни и здоровью, клинический диагноз, изучение опасений больного в связи с началом лечения. При этом исследуются обстоятельства, в которых возникло заболевание и в которых произошло обращение за помощью, история жизни, важные объекты в прошлом, самые ранние воспоминания, недавние или повторяющиеся сновидения, опыт прежних обращений к психотерапевтам, характер обращения пациента с психотерапевтом.

Показаниями для терапии являются расстройства невротического уровня, корни которых лежат в эдиповом конфликте: обсессивные расстройства, тревожные состояния, конверсионные расстройства, психосоматические заболевания, дистимия, слабо и средне выраженные аффективные и личностные расстройства. Для лечения отбираются пациенты, склонные к мышлению в психологических терминах, способные наблюдать за чувствами, не отреагируя их в действиях, способные использовать понимание для облегчения симптомов, обладающие поддерживающим окружением и хорошо взаимодействующие с психотерапевтом[28].

В начале лечения важной задачей является информирование: прошлое как образец настоящего, трансфер, защита, сопротивление, описание и объяснение «пассивной» манеры психотерапевта. Перед пациентом ставятся следующие задачи: установить рабочий альянс с психотерапевтом, учиться свободно ассоциировать, оценить по достоинству атмосферу безопасности, признать разочарование начальной фазы, достичь понимания трансфера, защиты и сопротивления, научиться работать со сновидениями.

В процессе лечения психотерапевт стремится интерпретировать защитные механизмы, которые затемняют старые конфликты, так, чтобы пациент мог вновь, но уже сознательно пережить их вместе с болезненными аффектами, связанными с травмирующим опытом. Оживлению подобных переживаний мешает сопротивление, которое ослабляется с помощью интерпретаций в соответствии со следующими принципами[19]. Необходимо признать вклад реальности в сопротивление, относиться к сопротивлению с уважением и пониманием его как механизма защиты и проявления силы характера пациента; дать пациенту испытать работу сопротивления, признать ее и лишь затем интерпретировать - соответственно вначале интерпретируется сам факт сопротивления, а потом его содержание. Необходимо прояснить мотивы и форму сопротивления: какое невротическое чувство заставляет пациента сопротивляться, какой специфический прием использует сопротивление. Выяснить, какие воспоминания или фантазии включают эти чувства. Выявить историю и бессознательные объекты данных аффектов и событий во время анализа, вне его и в прошлом. Проследить историю и бессознательные цели работы сопротивления в данной форме в настоящем и прошлом пациента. Последняя процедура - тщательная проработка выявленной формы сопротивления в реальной жизни.

Поведенческая терапия.

Данный вид терапии широко применяется для больных с фобиями и компульсиями, базируется на учении об условных рефлексах И. П. Павлова. Развивая ее, Торндайк и Скиннер разработали теорию оперантного обуславливания, согласно которой поведение контролируется его результатами и ожидаемыми положительными или отрицательными подкреплениями. Основной путь воздействия на поведение, исходя из этой формулы, - влияние на его результаты[16]. Поэтому здесь большое значение придается этапу поведенческой диагностики или функционального анализа. Оперантные методы используются для формирования нового стереотипа по- ведения, закрепления уже имеющегося стереотипа и ослабления нежелательного шаблона.

Современные авторы в понятие «поведение» включают не только двигательную активность, но и осознанные мысли и речь. Согласно определению Американской Ассоциации поведенческой психотерапии, главной целью поведенческой терапии является «формирование и укрепление способности к действиям, приобретение техник, позволяющих улучшить самоконтроль». При формировании нового стереотипа поведения применяются следующие специфические приемы[31].

Шейпинг - поэтапное моделирование, при котором четко дифференцируется каждый последующий шаг действий в избранном направлении и точно определяются критерии его эффективности.

Сцепление использует представление о поведенческом стереотипе как цепи отдельных актов, где последнее звено, ближайшее к цели, рассматривается прежде всего. Плохо сфор мированная часть цепи создается с помощью шейпинга.

Фединг - постепенное уменьшение величины подкрепляющих стимулов для перехода от тренировок с терапевтом к тренировкам с окружающими людьми.

Побуждение повышает уровень внимания и фокусировки на желательном стереотипе поведения. Выражается в демонстрации этого поведения и прямых инструкциях, центрированных на значимых объектах или нужных действиях с ними[4].

Уменьшение нежелательного стереотипа поведения достигается с помощью наказания угашения, насыщения. В качестве наказания применяют штрафы, которые сводятся к умень шению числа позитивных стимулов при нежелательном поведении. Угашение основано на исчезновении реакции, положительно не подкрепляемой. Одним из вариантов угашения яв ляется лишение всех положительных подкреплений, наиболее эффективна при этом изоля ция. Насыщение заключается в потере силы положительного подкрепления, если оно применяется слишком долго.

Систематическая десенсибилизация. Пациента обучают релаксации и затем составляют иерархию тревожащих образов или ситуаций в порядке их нарастания. Разыгрывая вообража емые ситуации, пациент продвигается, согласно составленной иерархии, от наименее пугающих стимулов до наиболее устрашающих. При этом он учится заменять релаксацией ранее возникавшую тревожную реакцию и остается на каждом уровне иерархии до тех пор, пока тревога не исчезнет. Когда процедура используется в условиях реальной фобогенной ситуации, такой метод называется градуированной экспозицией[30].

Нагнетание вызывающих тревогу факторов (наводнение, имплозия). Метод основан на предпосылке, что избегание фобогенной ситуации подкрепляет тревогу путем обуславливания. Пациент соприкасается с тем, что вызывает страх, в массивных количествах и настолько длительно, сколько может выдержать. Наконец, реакция страха начинает угасать, пока пациент не перестанет ее испытывать. Стимулы могут быть воображаемыми или реальными.

Для закрепления желательного стереотипа поведения используется положительное подкрепление. Им может служить ослабление или исключение негативных воздействий, жетоны, комплименты, предоставление определенных льгот[17].

Используется также эффект противообуславливания (реципрокное, взаимоисключающее торможение). Так, иерархическая конструкция часто используется в сочетании с методиками релаксации, поскольку установлено, что тревога и релаксация исключают друг друга; это приводит к отрыву представляемых образов от тревожных ощущений.

Методика Вольпе включает 3 этапа:

овладение приемами прогрессирующей мышечной релаксации Джекобсона;

составление иерархии ситуаций, вызывающих страх;

десенсибилизация (сочетание представлений о фобогенных ситуациях с релаксацией).

По методу негативного воздействия Денлапа, пациент купирует навязчивые действия путем их сознательного повторения (таким образом сознательный механизм контролирует подсознательный). Больному разъясняют механизм произвольного торможения движений, когда они превращаются в осмысленные действия[7]. Затем пациент под наблюдением терапевта дожидается появления симптома и сознательно воспроизводит его много раз подряд. Метод особенно эффективен для лечения навязчивых действий, тиков, эзофагоспазма, логоневроза.

А. Бек и А. Фримен, следующим образом классифицируют поведенческие методы:

контроль деятельности и планирование, которые создают возможность ретроспективной идентификации и перспективного планирования изменений;планирование действий по развитию навыков и получению удовольствия в целях повышения личной эффективности и подтверждения успешности изменений в переживаниях и полученного от этого удовольствия (или его недостатка);

тренировка поведения, моделирование, выработка уверенности в себе и ролевые игры для развития навыков перед первыми попытками более эффективного реагирования как в старых проблемных ситуациях, так и в новых;

поведенческие метолы обучения релаксации и отвлечению внимания, которые используются при угрозе возникновения тревоги в ходе изменения;

работа в естественных условиях, когда терапевт сопровождает клиента в проблемной ситуации, чтобы помочь ему работать с дисфункциональными схемами и действиями, которые (по какой-либо причине) не поддаются воздействию в обычной ситуации консультирования;

поэтапная постановка задач, чтобы пациент мог переживать изменения как постепенно возрастающий процесс, в течение которого трудность каждого компонента может быть отрегулирована и мастерство приобретается постепенно[22].

Когнитивная терапия.

Когнитивную терапию объединяют с поведенческой следующие общие черты: эмпиричность, центрированность на настоящем, ориентировка на проблему, необходимость точно идентификации проблемы и ситуации, в которой она возникает[15].

Однако в когнитивной терапии учитывается опосредующее звено в поведенческой цепи: стимул - опосредующее звено - реакция. А. Бек

выявил в генезе неадаптивного поведения патогенную роль следующих когнитивных нарушений: произвольность заключений, избирательное абстрагирование, сверхгенерализация, преувеличение и минимизация, персонализация, дихотомическое мышление[13].

Целью когнитивной терапии является коррекция неадекватных когниций. Главными задачами при этом становятся осознание правил неверной обработки информации и замена их на правильные. Терапия начинается с принятия пациентом безусловного положения: «чтобы изменить чувства, надо изменить вызвавшие их идеи».

Выделяют 4 этапа терапии:

идентификация неадаптивных мыслей методом сократовского диалога (майевтика - греч. повивальное искусство): вопросы ставятся таким образом, чтобы пациент давал лишь положительные ответы и сам пришел к принятию суждения, которое в начале беседы не принимал или не понимал;

отдаление: перевод эго-синтонных мыслей в эго-дистонные;

проверка обоснованности неадаптивных мыслей с использованием поведенческих техник;

замена неадаптивных мыслей на адаптивные[4].

Используются специфические когнитивные методы:

декатастрофикация (коррекция масштаба переживаний);

сравнение с другими людьми;

выявление логического несоответствия;

поощрение заочной вербальной гетероагрессии (при аутоагрессии);

метод «трех колонок» А. Бека (в 1-й указывается ситуация, во 2-й - возникшие в ней неадаптивные мысли, в 3-й - их сознательная коррекция);

переопределение (с негативных формулировок проблемы на позитивные);

децентрация (наблюдение за окружающими вместо тревожного ожидания неудачи).

Моделирующая психотерапия Бандуры.

Моделирующая психотерапия Бандуры основана на роли наблюдающего (за моделью обучения). Если в классическом обуславливании поведение рассматривается как реакция на стимул, в оперантном - как воспроизводство уже подкреплявшегося спонтанного действия, то в научении по модели участвуют самоконтроль и самоподкрепление. Наибольший эффект моделирующая терапия дает при лечении фобий (боли, медицинских процедур, экзаменов и т. п.) и зависимостей (переедание, курение, начальная стадия алкоголизма)[23].

Терапевтический процесс состоит из следующих шагов:

определение формы поведения с описанием специфических реакций;

сбор основных данных о вызывающих событиях;

разработка программы самоконтроля с использованием самоподкрепления, самонаказания и планированием окружения;

выполнение и оценка программы самоконтроля с помощью значимых других и письменного договора с самим собой;

завершение программы самоконтроля со снижением частоты поощрений за желаемоеповедение[27].

Терапия фиксированных ролей Келли.

Терапия фиксированных ролей Келли основана на следующих постулатах: «Процессы личности - это проложенные в психике каналы (конструкты), в русле которых человек прогнозирует события». Личностные конструкты обозначают те или иные свойства объектов в биполярных терминах сходства и контраста. Несовпадения конструктов у различных людей приводят к расхождениям во взглядах и конфликтам, что заставляет изменять конструкты[27].

Тревогу Келли определяет как «осознание того, что события, с которыми сталкивается человек, лежат вне диапазона его конструктной системы» (человек «сражен своими конструктами»). По мнению Келли, «вина возникает, когда индивид осознает, что отступает от ролей, с помощью которых он сохраняет наиболее важные взаимоотношения с другими людьми». Враждебность Келли понимает как «постоянные попытки получить факты, говорящие в пользу такого типа социального прогноза, который уже доказал свою несостоятельность». Депрессию автор связывает с сужением круга восприятия.

Келли разработал «Репертуарный тест ролевых конструктов» (Реп-тест) для оценки важных конструктов, которые человек использует при интерпретации значимых других. Как показывают исследования, взаимодействия с другим человеком зависят от способности воссоздавать его способы конструирования. Подобное предвидение определяет ролевое повздение индивида[7].

Суть терапии заключается в том, что пациент активно экспериментирует в своем окружении в роли определенного персонажа. Вначале он пишет сочинение о самом себе, затем после соответствующего анализа этой самохарактеристики терапевт предлагает пациенту перевоплотиться в другой образ, включающий полярные или неопробованные пациентом конструкты. Терапевт регулярно встречается с пациентом для планировки экспериментальных ситуаций и оценки результатов, репетиции поведения и обмена ролями. Через 1-2 недели пациент возвращается в прежнюю роль и обсуждает с терапевтом приобретенный опыт, решая, что он предпримет с его учетом впоследствии.

Рационально-эмотивная терапия Эллиса.

Рационально-эмотивная терапия Эллиса фокусируется на опознании иррациональных установок, ведущих к патологическим эмоциональным и психосоматическим реакциям, конфронтации с данными установками, их пересмотре и закреплении рациональных установок. На первом этапе терапии достигается кларификация (прояснение, англ.) - выявление наиболее значимых параметров вызывающих событий. Дифференцируются события, которые могут и которые не могут быть измерены. Достигается осознание системы оценочных когниций, затрудняющих разрешение конфликта, происходит перестройка данной системы и принятие решения об изменении ситуации[13].

Следующий этап - идентификация следствий (прежде всего - аффективных их аспектов). Цель этого этапа - выявление всего диапазона эмоциональных реакций на событие. Терапевт наблюдает за экспрессивными реакциями пациента при рассказах о событии, дает ему обратную связь, говоря о своем восприятии упомянутых реакций, высказывает предполо- жение о чувствах и мыслях у типичного индивида в подобной ситуации. Выявляются иррациональные установки: катастрофические, обязательного долженствования, обязательного удовлетворения своих потребностей, глобальные оценочные установки и т. д. Имеются в виду прежде всего убеждения в том, что человеку жизненно необходимы всеобщее одобрение и любовь, что он должен быть компетентным во всем и всегда добиваться любых целей[5].

Заключительный этап - реконструкция иррациональных установок, которая проводится на трех уровнях: когниций, воображения и прямого действия. Большое значение имеют самостоятельные задания, способствующие закреплению адаптивного поведения.

Заключение

Полное понимание этиологии и патогенеза агорафобии и панических расстройств с агорафобией и без нее до конца не достаточно ясно. Хотя исследования свидетельствуют о соучастии генетического фактора, все же остается неясным, что именно передается генетическим путем и в какой степени предполагаемый генетический фактор оказывает влияние на возникновение расстройства. В соответствии с сегодняшним уровнем знаний панические расстройства и агорафобия объясняются влиянием психологических и биологических факторов. Часто наблюдается подкрепление симптоматики пусковыми ситуативными факторами, стрессом и актуальными конфликтами.

Насколько мы сегодня знаем, оба этих тревожных расстройства возникают в результате взаимодействия многих факторов, причем для определенных форм расстройства особое значение имеют специфические факторы. Многофакторное возникновение этих расстройств предполагает, что выбор клинических психологических методов лечения должен быть ориентирован на индивидуальную форму расстройства. Таким образом, непременным условием успешной терапии панического расстройства и агорафобии являются точный дифференциальный диагноз, учет коморбидности и индивидуализация целей лечения.

Как уже отмечалось, в DSM-IV навязчивые и посттравматические стрессовые расстройства приведены под рубрикой тревожных расстройств. И для навязчивых, и для посттравматических стрессовых расстройств существует множество моделей различной степени сложности, пытающихся объяснить их возникновение. Для навязчивых и посттравматических стрессовых расстройств в равной степени справедливо то, что их этиология и патогенез до сих пор полностью не ясны. Несмотря на то что конкретные модели в том виде, в котором они сформулированы сегодня, еще не могут рассматриваться как достаточно надежные, ими все же можно руководствоваться при терапевтической интервенции.

Список использованной литературы

1.Адлер А. О нервическом характере. Пер. с нем. - СПб., 1997.

.Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. Пер. с нем. - М., 1995.

.Бек А. Когнитивная психотерапия депрессий// Моск. психотер. журн., 1995. - № 3. - С. 69-92.

.Бек А. Техники когнитивной психотерапии // Психологическое консультирование и психотерапия. Хрестома- тия. Т.1.-М., 1999.-С. 142-166

.Бек А., Фримен А. (ред.) Когнитивная психотерапия расстройств личности. -СПб., 2002.

.Берн Э. Групповая психотерапия. Пер. с англ. - М., 2000.

.Берн Э. Трансактный анализ в психотерапии: Системная индивидуальная и социальная психиатрия. Пер. с англ.-М., 2001.

.Егоров Б.Е. Психоаналитически-ориентированная терапия в комплексном лечении пограничных психических расстройств. Пособие для врачей. - М., 1996.

.Егоров Б.Е. Российский клинический психоанализ - новая школа. - М. - Екатеринб., 2002.

.Карвасарский Б.Д. Неврозы. Руководство для врачей. - М., 1990.

.Кемпински А. Психопатология неврозов. Пер. с польск. - Варшава, 1975.

.Киршбаум Э.И., Еремеева А. И. Психологическая защита. - 2-е изд. - М., 2000.

.Купер П. Современный психоанализ. Пер. с нем. - СПб.', 1997.

.Купер П. Элементы групповой терапии. Введение в психоаналитическую практику. Пер. с нем. - СПб., 1998.

.Лапланш Ж., Панталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу. Пер. с фр. - М., 1996.

.Лейбин В.М. Словарь-справочник по психоанализу. - Спб., 2001.

.Морено Я. Психодрама. Пер. с англ. - М., 2001.

.Мак-Вильяме Н. Психоаналитическая диагностика. Пер. сангл. - М., 1998.

.Мертенс В. (ред.) Ключевые понятия психоанализа. Пер. с нем. - СПб., 2001.

.Морено 3. Обзор психодраматических техник//Моск. психотер. журн., 1993. -№ 1.

.Мэй Р. Смысл тревоги. Пер. с англ. - М., 2001.

.Мэй Р. (ред.). Экзистенциальная психология. Экзистенция. Пер. с англ. - М., 2001.

.НюнбергГ. Принципы психоанализа и их применение к лечению неврозов. - М., 1999.

.Овчаренко В.И. Психоаналитический глоссарий. - Мн., 1994.

.Роджерс К.Р. Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы: Моно-графия. Пер. с англ. - М., 1999.

.Самосознание и защитные механизмы личности: Хрестоматия. - Самара, 2000.

.Урсано Р., Зонненберг С., Лазар С. Психодинамическая психотерапия. Краткое руководство. Пер. с англ. -М., 1992.

.Франкл В. Теория и терапия неврозов. Пер. с нем. - СПб., 2001.

.Фрейд 3. Введение в психоанализ: Лекции. - СПб., 2001.

.Фрейд 3.0 клиническом психоанализе. Избр. соч. - М., 1991.

.Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. Пер. с англ. - М., 1993.