

# **Опыт применения стратегической психотерапии в лечении психических и поведенческих расстройств тревожного спектра.**

**М.Ю. Любченко**

**Карагандинский государственный медицинский университет**

## **Введение**

Тревога считается одной из главных проблем человеческой души. Тревожность вызывается ожидаемым или предвидимым возрастанием напряжения или неудовлетворенности, она развивается в любой ситуации, когда угроза какой-то части тела или души слишком велика, чтобы ее игнорировать, чтобы с ней справиться, или чтобы ее разрядить. Если ЭГО вынуждено принять свою слабость, оно испытывает тревожность – реальную перед лицом внешнего мира, моральную – по отношению к СУПЕРЭГО, невротическую – по отношению к силе страстей ИД [8]. В структуре тревожного синдрома присутствует целый ряд психопатологических и поведенческих реакций, таких как собственно тревожный аффект; поведение избегания (ограничительное поведение), проявляющееся разнообразной фобической симптоматикой, направленной на устранение ситуации, вызывающей тревогу; вегетативные и соматоформные симптомы. Тревога может быть ситуационно обусловленной, связанной с конкретной, часто преувеличенной жизненной ситуацией, и дисфункциональной, не связанной с определенными фактами и событиями. В настоящее время имеется достаточно широкий спектр психофармакологических и психотерапевтических моделей работы с расстройствами тревожного спектра [1, 2, 5, 6, 7].

Одним из современных направлений в психотерапевтической работе с пациентами, страдающими фобическими расстройствами, является модель краткосрочной стратегической терапии. Стратегическая терапия представляет собой краткосрочное терапевтическое вмешательство,

ориентированное на исчезновение симптомов и на решение проблем, предъявленных пациентом [9]. Данная модель является плодом эволюционного синтеза системных теорий, исследования семьи и общения проведенных школой Пало Альто под руководством Г. Бейтсона и Д.Джексона в симбиозе с терапией Милтона Эриксона [3,4,11]. Данная психотерапевтическая модель сконцентрирована на привнесение изменений в те способы, которыми люди построили свои реальности *второго порядка*, т.е. к значению, смыслам и ценностям, которые придавались ими предметам или ситуациям[14].

Внутри этой модели терапевтического вмешательства главный фокус внимания концентрируется на общении и его проявлениях в настоящий момент. В фокусе внимания стратегического мышления лежит *функциональность* человеческого поведения в случае экзистенциальных проблем и проблем взаимоотношений с другими людьми. Стратегическое мышление интересуется объектами (субъектами) не в «себе», а в отношениях, поскольку строится на убежденности в невозможности изъятия субъекта из контекста взаимоотношений. Со стратегической точки зрения человеческие проблемы могут быть решены с помощью целенаправленных стратегий, разрушающих круговую систему ригидных взаимодействий, которые лежали в основе болезненного расстройства и поддерживали существование проблемы. Одной из главных задач психотерапевтического вмешательства является открытие других возможных перспектив, определяющих новую реальность и новые решения, основанные на большей внутренней свободе и пластичности. Для достижения позитивных изменений в данной модели работы применяются *предписания поведения*, которые в зависимости от этапа работы могут быть парадоксальные, непрямые и прямые[9,10].

В психотерапевтической работе в модели стратегической психотерапии, основные акценты делаются на выяснение ясного описания проблемы, изучение ранее предпринятых «попыток решения» и реакций

пациента на проблему. После этого этапа, на основании полученных данных и с учетом личностных характеристик пациента разрабатывается стратегия терапевтического вмешательства. Следует отметить, что данная модель работы предполагает *адаптацию терапии к пациенту, а не пациента к терапии*. Вмешательство включает в себя *предписание* определенного поведения, целью которого являлось прерывание и изменение повторяющегося цикла «увековеченной» проблемы. Задачей первых терапевтических встреч является достижение минимальных изменений внутри ригидной системы, которые возникнув, вызывают «цепную реакцию», изменяющую всю дисфункциональную систему, приводившую ранее к возникновению фобических расстройств. Важным в работе является то, что для построения терапевтической программы и стратегий вмешательства ориентировка производится на *кажущиеся* незначительные цели. Это дает большое преимущество, значительно уменьшая сопротивление пациента к изменению. Одна из важных особенностей терапевтического подхода состоит в том, что направляющая роль терапевта очень тонка и замаскирована, она осуществляется на *кажущейся* недирективности. Замаскированными, производящими впечатление направленности на достижение банального результата являются также терапевтические предписания и директивы. Это является наилучшим вариантом для обхождения сопротивления и достижения реального и конкретного изменения проблемной ситуации [4,9,10,11,12].

**Цель работы** является изложение результатов психотерапевтической работы с пациентами с тревожными расстройствами в модели краткосрочной стратегической терапии.

### **Материалы и методы исследования.**

Терапевтическое вмешательство с использованием стратегического подхода было применено у 34 пациентов. Работа проводилась с 21 женщинами и 13 мужчинами, средний возраст которых составлял 39,5 лет. Самому молодому

пациенту было 21 год, самому старшему- 58 лет. Тревожные расстройства у пациентов, с которыми производилась терапия, были представлены агорофобией с паническим расстройством – 8,8 % (3 пациента), агорофобией без панического расстройства - 20,6% (7 пациентов), социальной фобией-17,6 % (6 пациентов), паническим расстройством - 26,5% (9 пациентов), генерализованным тревожным расстройством - 26,5 % (9 пациентов). Клиническая степень тяжести расстройств соответствовала легкой и средней степени и предполагала возможность работы без использования психофармакотерапии. Следует отметить, что 18 (52,9 %) пациентов, обратившихся за помощью, при первой встрече сразу оговорили факт категорического отказа от приема психофармакологических препаратов с учетом прошлого «негативного опыта» приема препаратов в виде наличия побочных действий (гиперрелаксации, усиления тревоги, дискомфорта самочувствия). Длительность фобических расстройств до начала терапевтического вмешательства составляла от 4 недель до 10 месяцев. Средняя продолжительность болезненного расстройства до обращения за помощью составляла около 5 месяцев. Социальные слои, к которым принадлежали пациенты, отличались большим разнообразием, как и их профессиональная деятельность – от студентов и домохозяек, до профессионалов-специалистов (педагоги, врачи, инженеры, частные предприниматели). Минимальная продолжительность терапии была 8 сессий, максимальная- 17 сессий. Все пациенты проходили лечение на амбулаторной основе.

### **Результаты и обсуждение.**

Всех обратившихся за помощью пациентов с тревожными расстройствами объединяла неспособность управлять состоянием возникающего страха, что приводило к дезорганизации поведения. Имело место поведение избегания, либо отказ пациента от выполнения намеченной ранее деятельности. У 65,6% пациентов это проявлялось невозможностью

самостоятельно, без сопровождения близких выйти из дома, в то же время пациенты опасались и оставаться дома одни. В одном из наблюдаемых нами случаев, муж пациентки был вынужден оставить работу (взять отпуск без содержания), чтобы находиться рядом со своей женой: « жене потребуется моя помощь при усилении ее страха, я должен быть рядом с ней». У 31% пациентов, любая внутренняя, даже физиологическая информация воспринималась как сигнал опасности, провоцирующая ужас и паническое состояние. Любой стимул самовосприятия (чувство голода, ощущение сытости и другие) могли провоцировать паническую атаку. В момент усиления тревоги пациенты были беззащитны перед своими страхами. У пациентов с генерализованным тревожным расстройством, страх и тревога сопровождали любую деятельность. Обратившиеся за помощью пациенты были «парализованы» своей тревогой и бессильны «разблокировать» ситуацию. Одни из наиболее часто предъявляемых жалоб пациентов можно определить как «страх страха» , «страх паники».

Психотерапевтический процесс условно включал в себя четыре стадии, каждая из которых имела характерные для нее терапевтические стратегии и свою конкретную цель, по достижению которой осуществлялся переход к последующей стадии [9]. Важно отметить тот факт, что большое значение для пациентов с расстройствами тревожного спектра имеет практическая демонстрация возможности позитивных изменений, начиная с первых терапевтических сессий. Большая часть пациентов, обратившихся за помощью (75%) обращалась ранее к специалистам психиатрического и психотерапевтического профиля, но, не почувствовав изменений в течение нескольких дней, либо прерывала рекомендованное лечение (в частности, отказывались от предложенной специалистом психофармакотерапии), либо обращалась к альтернативным специалистам (народным целителям), либо обращалась к очередному специалисту психотерапевту.

В первой стадии работы с пациентами, имеющими фобические симптомы, основной целью являлось достижение доверия и сотрудничества, ломка ригидной системы восприятия реальности, демонстрация на практике возможности позитивных изменений. Основными стратегиями этой стадии были техники присоединения, в частности наблюдение и изучение языка пациента для использования в терапевтическом процессе особенностей речи пациента[11]. Руководствуясь терапевтической гипотезой о том, что проблема тревоги «увековечивается» определенной последовательностью не осознаваемых пациентом мыслей, и соответственно, действий, задачей первого этапа терапии являлось реструктурирование системы межличностных отношений, в которой жил фобический пациент. Большая часть времени на первой психотерапевтической сессии уделялась изучению системы межличностных отношений пациента и изучению ранее предпринятых «попыток решения». Во всех наблюдаемых нами случаях агорофобии, панического расстройства, генерализованного тревожного расстройства пациенты находились в системе межличностных отношений, характеризующейся выраженной социальной поддержкой со стороны своих близких (родителей, супругов, соседей, друзей). Такая поддержка создавала иллюзию «защищенности» и «спокойствия», т.к. пациент чувствовал возможность всегда обратиться за помощью к близким, в случае усиления своей тревоги или возникновения паники. Но именно подобный тип социальной поддержки, который и являлся «предпринятой попыткой решения» проблемы справиться со страхом и паникой, на самом деле, «увековечивал» проблему. Уверенность в себе, в своих силах, обратно пропорциональна тревоге. Пациенты, обращающиеся за помощью к другим, даже самым близким людям, тем самым опирались на *уверенность и компетентность близких*, тем самым еще в большей степени уменьшали свою собственную уверенность в себе. Подобная «социальная поддержка» способствовала тому, что пациент оставался заключенными в тюрьму своих убеждений о том, что в одиночку он не сможет справиться со своим страхом.

Задачей реструктурирования являлось перенаправление страха пациента в определенный канал, побуждая его к реакциям, который сломают дисфункциональную систему межличностных отношений, поддерживающую его неуверенность в себе. Пациенту сообщалось, что «социальная поддержка», воспринимавшаяся им ранее, как «спасительный якорь», на самом деле, только подкрепляла его неуверенность в своих силах и усиливала проблему страха. Данное реструктурирование способствовало пробуждению страха перед помощью близких, поскольку эта помощь может только усилить собственные симптомы. Таким образом, сила фобического расстройства, направлялась на аннулирование дисфункциональной системы поддержки. Психотерапевтическая работа строилась по реструктурированию проблемы пациента, включающему не прямое предписание и переоценивание эффектов и изменений. После установления функционального терапевтического сотрудничества терапевтические усилия направлялись на реструктурирование системы межличностных отношений, в которой находился фобический пациент. Реструктурирование позволяло «перекодировать» восприятие реальности не изменяя значение вещей, но изменяя их структуру. Первое реконструирование было нацелено на направление силы фобического расстройства на изменение системы межличностных отношений, способствующих поддержанию проблемы страха и неуверенности в себе пациента.

Следующим важным шагом работы являлось *непрямое предписание*, при котором использовалась техника сдвига симптома[11], когда внимание пациента отвлекалось на другой проблемный момент, что уменьшало интенсивность представленной проблемы. Предписание преподносилось как простая «исследовательская техника» и включала заполнение «Вахтенного журнала», в виде заранее подготовленного блокнота, с формуляром из 8- 10 колонок, относящихся к дате, времени суток, месту, ситуации, мыслям и т.д.,

который заполняется пациентом ТОЛЬКО в периоды паники или усиления тревоги. При снижении тревоги заполнение «журнала» сразу прекращалось. С пациентом очень подробно (используя технику присоединения) оговаривалась необходимость заполнения «Вахтенного журнала» при наличии паники или усиления тревоги, в какой бы не удобной для пациента ситуации (поездка в транспорте, совещание, выступление, и т.д.) не возникло бы данные симптомы. Следует отметить, ко второй встрече 60 % пациентов – не заполнили журнал, т.к. приступы паники отсутствовали. Длительность первой стадии работы в группе представленных пациентов составляла от двух до четырех сессий. 23 % пациентов заполнили не более одной страницы, говоря о том, что приступы паники и страха значительно уменьшились. 17% пациентов заполнили более одного листа «Вахтенного журнала», сообщив о некотором уменьшении притоков страха и паники. На второй сессии очень важен терапевтический акцент на достигнутых изменениях, поддерживающий и усиливающий веру пациента в возможность позитивных изменений.

Целями второй стадии психотерапевтической работы являлись укрепление способности пациента к изменению, реальное изменение ситуации и когнитивное реконструирование. Основными стратегиями психотерапевтического процесса на данной стадии были парадоксальное предписание, техника медленных, постепенных изменений, реконструирование. Парадоксальное предписание обязывало пациента *сознательно* вызывать имевшийся симптом (страх, тревогу, негативные мысли) ежедневно в течение строго определенного времени (двадцати минут). Терапевтическое значение парадоксального предписания заключалось в аннулировании симптома, поскольку для того, чтобы являться симптомом, он должен быть спонтанным и неконтролируемым. Для предъявления пациенту парадоксального предписания важным являлось использование гипнотического и внушающего языка [14]. У представленных

пациентов парадоксальное предписание вызывало два типа эффекта: когда пациентам не удавалось достичь тревожного состояния- 36 % пациентов, или когда тревожное состояние было достигнуто (64%), но, по прошествии времени, отведенной для выполнения задания, постностью нивелировалось. Следует отметить тот факт, что при обоих типах эффекта у большей части пациентов (72%) тревожные состояния в остальную часть дня практически отсутствовали, другие пациенты (28%) переживали эпизоды контролируемой тревожности, значительно меньшей по интенсивности, чем до начала терапевтической работы. Длительность работы с пациентом на этой стадии составляла от двух до шести сессий. Задачей следующего этапа работы являлось закрепление и развитие позитивных изменений.

Третий этап работы включал в себя переопределение восприятия пациентом себя самого, других людей и окружающего мира, прямое подталкивание пациента к решению проблемных ситуаций. Основными стратегиями на этом этапе разработка *прямых предписаний поведения*, сопровождающихся терапевтическими внушениями, переопределение ситуации после каждого выполненного предписания. Прямые предписания составлялись на основе прогрессивной шкалы ситуаций, повышающий уровень тревожности пациента, который постепенно должен был реализовывать эти предписания. Прямые предписания представляли собой ясные указания по выполнению действий, которые направлены на решение представленной проблемы или на достижение одной из последовательных целей изменений. После каждого данного предписания производился психотерапевтический акцент на переопределении реальных способностей пациента к преодолению ситуации, которая раньше могла бы поставить его в критическое положение. По мере продвижения терапии внушений, сопровождающих предписания, становилось все меньше и меньше, пока они не уступали пространство только прямым предписаниям поведения. При утверждении пациента о том, что он чувствует себя способным без проблем

столкнуться с ситуацией, которая ранее было для него анксиогенной, осуществлялся переход к заключительной стадии работы.

Целью заключительной стадии работы являлось побуждение пациента к личной самостоятельности и ее укрепление. В качестве терапевтической стратегии использовались детальное объяснение пациенту совместно проделанной работы и использованных техник и заключительное переопределение продемонстрированных способностей к решению проблемы, то есть положительное внушение на будущее. Следует отметить, что при использовании нами *общей стратегии работы*, т.е. использовании последовательности в стадиях работы, к каждому пациенту разрабатывался индивидуальный подход. Особое внимание уделялось детальному изучению особенностей использования языка пациента, личностным характеристикам пациента, особенностям межличностных отношений. В каждом случае терапевт создавал индивидуальные терапевтические метафоры и формулы терапевтического внушения.

Оценка эффективности лечения проводилась по следующим критериям:

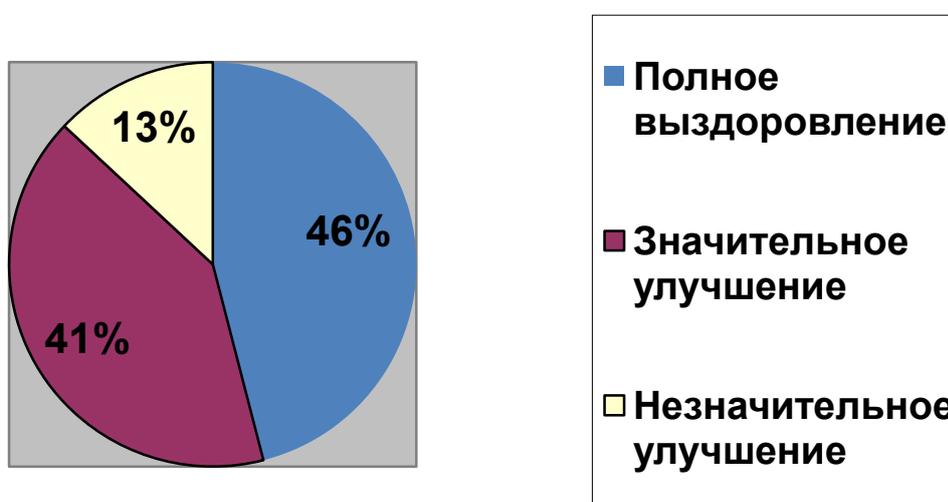
1. Оценка конечного результата терапии.
2. Сохранение достигнутых результатов лечения во времени (период наблюдения год).

На основании вышеперечисленных критериев результаты лечения оказались следующими.

Полное решение проблемы в завершении терапии и отсутствие рецидива в течение года наблюдалось в 46% случаях. Случаи значительного улучшения (полная ремиссия в конце терапии, однако в течение последующего наблюдения присутствовали легкие приступы тревожности, которые поддавались контролю пациента) 41% .

Случаи незначительного улучшения (случаи с частичным уменьшением симптоматики в конце лечения и в последующем сохранением эпизодов тревожности, но гораздо менее выраженных, чем в начале лечения) 13%.

Ни одного случая без изменений, ни одного случая ухудшения состояния пациентов.



### **Заключение.**

На основании изложенного материала следует отметить значительную эффективность краткосрочного стратегического подхода в лечении пациентов с фобическими расстройствами. Кажущаяся недирективность поведения терапевта позволяла гибко обходить внутреннее сопротивление пациента позитивным изменениям. В результате применения парадоксальных предписаний фобические проявления теряли или значительно уменьшали свое симптоматическое значение. Сочетание нейролингвистических техник и стратегического подхода придавали психотерапевтическому процессу высокую экологичность.

## Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Учебное пособие. Москва, 2000. 385 с.
2. Александровский Ю.А. Психиатрия и психофармакотерапия. Избранные лекции. Москва, 2004. 430 с.
3. Бейтсон Г. Экология разума. Москва, 2000. 350с.
4. Бендлер Р. Гриндер Д. Структура магии. Т 1, 2 С- Петербург 1993. 480с.
5. Довженко Т.В., Семиглазова М.В., Краснов В.Н. Расстройства тревожно-депрессивного спектра и синдром кардиальной боли при сердечно-сосудистых заболеваниях (клинико-психопатологические аспекты)// Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21, № 4. С. 5-13.
6. Идрисов К.А. Полипрофессиональный подход к диагностике и лечению тревожных расстройств в условиях длительной чрезвычайной ситуации // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т.21, № 1. С. 6-9.
7. Карвасарский Б.Д. Неврозы: Руководство для врачей. Москва, 1980. 448 с.
8. Кубасов В.А., Москвитин П.Н., Зданович А.А. Психологические защитные механизмы. Новокузнецк, 1999. 113 с.
9. Нардонэ Дж. Вацлавик П. Искусство быстрых изменений. Краткосрочная стратегическая терапия. Москва 2006. 190с.
10. Нардонэ Дж. Страх, паника, фобия. Краткосрочная терапия. Москва, 2008 . 210 с.
11. Эрикссон М. Стратегия психотерапии: Пер с англ.: - СПб. , 2000. 512 с.

12. Fisch R. , Weakland J. H. , Watzlawick P. , Segal L. , Hoebel F. et Dewardoff M. Learning brief therapy : an introducing training manual . Palo Alto (California) : Mental Research Institute , 1975.- 246 p.
13. Fisch R. Weakland J. H. , Segal L. The tattics of chande. San Francisco: Jossey-Bass, 1982. -357 p.
14. Watzlawick P. Die erfundene Wirklichfelt. Munchen, Piper und Co. Verlag, 1981; tr. it. La realta inventata. Milano: Feltrinelli, 1988. 320p.

### **Резюме**

#### **Опыт применения стратегической психотерапии в лечении психических и поведенческих расстройств тревожного спектра.**

**М.Ю. Любченко**

В статье описаны и проанализированы результаты работы с пациентами с расстройствами тревожного спектра в модели краткосрочной стратегической терапии. Изложены особенности стратегии и тактики работы в данной психотерапевтической модели. Показана высокая эффективность метода краткосрочной стратегической терапии в работе с пациентами с фобическими расстройствами.

**Ключевые слова:** стратегическая психотерапия, расстройства тревожного спектра, панические атаки, предписания поведения.

### **Resume**

#### **Experience of using the strategic psychotherapy in the treatment of mental and behavioral disorders of the anxiety spectrum.**

**M.Y. Lyubchenko**

The article describes and analyzes the results of working with patients with anxiety disorder spectrum in the model of short-term strategic therapy. Sets out particular strategies and tactics of work in the psychotherapeutic model. The high efficiency of the method of short-term strategic therapy in patients with phobic disorders is described.

**Key words:** strategic psychotherapy, anxiety disorder spectrum, panic attacks, prescription behavior.

Любченко Марина Юрьевна- заведующая кафедрой психиатрии и наркологии Карагандинского государственного медицинского университета, доцент, кандидат медицинских наук, врач-психотерапевт высшей квалификационной категории, независимый эксперт по специальности «Психиатрия» [Lmary05@mail.ru](mailto:Lmary05@mail.ru)