

Введение

Лечение посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) является важной и актуальной проблемой на современном этапе. Лекарственная терапия должна идти рука об руку с разрешением психотравмирующей ситуации и психотерапией [4].

Мнения исследователей ПТСР о необходимости применения психотерапевтических мероприятий при этой патологии сходятся. Обзор литературы свидетельствует, что применяется много подходов психотерапии посттравматического стрессового расстройства, направленных на решение клинических задач (симптоматических, синдромологических проявлений ПТСР), психологических и социально-психологических аспектов, включающих различные стороны жизни пострадавшего. Поскольку характер стресса, являющегося причиной ПТСР различен, а патогенез развития ПТСР многосложен, проявления ПТСР многоуровневые, поэтому и методы психотерапии многообразны.

В то же время, на наш взгляд, целесообразно применение психотерапии интегративного характера, затрагивающего несколько уровней: биологический, психологический, социальный. Ранее, на основе транзактного анализа была разработана авторская психотерапевтическая транзактно-тренинговая методика и применена для лечения хронических невротических и соматоформных расстройств, обусловленных стрессом [1]. Данная методика не применялась для лечения расстройств, вызванных тяжелым стрессом.

Целью исследований было - разработать психотерапевтическую программу на основе транзактно-тренинговой методики и применить её для лечения ПТСР; выявить эффективность.

Материалы и методы

Всего было пролечено 120 человек; средний возраст составил 23,7 +0,7 лет; из них женщины – 100 человек, что составило 83,3%; мужчины – 20 человек (16,7%).

Наиболее частыми психологическими травмами среди испытуемых психотерапевтической группы были: утрата лиц экстраординарной значимости, физическое и сексуальное насилие, тяжелые материальные трудности. Травмы носили как острый, так и хронический характер. Лечение проводилось спустя полгода, либо несколько лет после острой травмы. Многие из испытуемых продолжали находиться в хронической травматической ситуации.

Среди лиц, проходивших психотерапию, у 97 человек (81,8 % от общего числа испытуемых) выявлялись клинические признаки ПТСР в соответствии с критериями диагностики МКБ-10 (группа А – основная). Остальные испытуемые 23 человека (18,2%) клинических признаков ПТСР не обнаруживали (группа Б - контрольная). Эти лица участвовали в психотерапевтической группе с целью психологической коррекции личности.

Всем испытуемым было проведено экспериментально-психологическое исследование структуры личности в традициях транзактного анализа до лечения, в динамике и после его завершения. Для этого использовался опросник «Шкала личностных черт (Р-В-Д)», позволяющий оценить в количественных показателях интрапсихическую структуру личности [3]. Авторами опросника приведены популяционные данные для здоровых взрослых лиц, здоровых подростков, больных алкоголизмом и шизофренией, соматическими заболеваниями. Валидность полученных результатов доказана.

Результаты исследования

На основе транзактно-тренинговой методики лечения хронических невротических и соматоформных расстройств, обусловленных стрессом [1], сохраняя те же принципы и подходы, разработана интегративная психотерапевтическая методика, которая была применена для лечения лиц, страдающих ПТСР. При этом она имеет ряд отличий от транзактного анализа и от транзактно-тренинговой методики лечения хронических невротических и соматоформных расстройств.



Принципы психотерапевтической методики:

- позитивный подход;

- тренинговая методика;
- принцип «здесь и теперь»;
- приобретение навыков эмпатического восприятия, чувствования, реагирования;
- изучение закономерностей взаимодействий людей в зависимости от их функционального эго-состояния личности;
- формирование навыков творческой реализации своих «рзкетных» (привычных, стереотипных) чувств адекватно ситуации;
- изучение игр своих и «других» людей, что позволяет осознавать поведение других людей, предотвращать стрессовые ситуации, прогнозировать исход;
- формирование навыков распознавания манипулятивных отношений;
- формирование навыков распознавания протекторального уровня взаимоотношений, социально приемлемых и адаптивных (см. рисунок 1);
- изучение закономерностей взаимодействий людей в зависимости от внутренних жизненных позиций;
- формирование социально адаптивных навыков (способность сохранения самообладания, реализации эмоциональных и поведенческих навыков в неблагоприятных условиях или ситуациях);
- изучение закономерностей своих сценарных навыков;
- формирование творческой жизненной позиции.

Методика психотерапии

Разработанная методика направлена не только на реконструкцию личности, но и на целенаправленное формирование адаптивного, гибкого, социально приемлемого поведения в ситуациях; обучение адекватному интерперсональному функционированию, изменению жизненной позиции. Методика групповая, лечебно-дидактическая.

Группы формировались в количестве от 8 до 14 человек.

Психотерапия проводилась в 4 этапа:

- 1 этап – субличный

Целью данного этапа являлось повышение самосознания. Уже на этом этапе появлялись положительные клинические изменения. Уменьшались проявления тревоги, депрессии, улучшался сон, исчезали симптомы психосоматического характера, обсессивно-компульсивные расстройства. В целом, данный этап среди последующих имеет наибольшее значение в исчезновении клинических психопатологических синдромов. Исчезали негативные воспоминания прошедших событий, изменялась оценка себя, окружающих, появлялись радостные чувства, исчезала ангедония, характерная

для людей, страдающих ПТСР, безысходность, появлялась надежда на будущее. Важно, что, получая результат в тренингах и применяя его результативно в своей жизни, у людей появлялось понимание того, что они многое могут изменить самостоятельно в своей жизни, появлялась эмоциональная и поведенческая активность. Это позволяло в дальнейшем перейти к следующему этапу психотерапии.

- 2 этап – личностный

На данном этапе целью являлись реконструкция личности, приобретение навыков конструктивного личностного функционирования. Изучались закономерности развития внутреннего конфликта и стрессового реагирования, а также пути выхода из него. Таким образом, члены группы осознавали, как формируется фрустрация, стресс. Отрабатывались навыки осознанного перехода из одного состояния в другое, тем самым приобреталась способность прогнозировать ситуацию. Формировалось творческое ролевое поведение, которое становилось в дальнейшем основой для конструктивных изменений. Это позволяло понять закономерности их вхождения в стрессовые ситуации и их персонального реагирования, получить знания и умения решения и выхода из стрессовой ситуации, что, в свою очередь, давало возможность осознать неконструктивность своего эмоционального и поведенческого реагирования в прошлом. Повышалась стрессоустойчивость членов группы. На этом этапе психологические защиты уже были преодолены. Члены группы активно, с интересом участвовали в тренингах, которые сопровождались инсайтом, юмором, улучшением психоэмоционального состояния.

К моменту завершения второго этапа клинические проявления ПТСР исчезали. Оставались ещё психологические составляющие.

- 3 этап – межличностный

Целью данного этапа являлись дальнейшее формирование навыков творческого ролевого поведения, обучение интерперсональному функционированию в диапазоне протекторальных межличностных отношений, являющихся социально адаптивными и адекватными ситуации.

С этой целью участники группы самостоятельно прочитывали описание психологических игр [2]. На занятии игры изучались в тренингах, проигрывались ситуации, в которых игры проявляются. Участники учились их распознавать, выявлять отличия манипулятивных и честных отношений на осознанном уровне, способы выхода из игры, формировались навыки творческого ролевого поведения в ситуациях, взаимодействию в диапазоне протекторальных межличностных отношений, учились прогнозировать

ситуации.

- 4 этап – сценарный

На данном этапе целью являлось изучение, осознание своего плана жизни, его неконструктивные составляющие, его изменение, формирование творческой жизненной позиции. Достижение цели осуществлялось через осознание испытуемыми своей сценарной роли, изучение других ролей, структуры сценарного плана, его прогнозирование. На этом этапе уже не было необходимости обсуждать болезнь, симптомы, поскольку они не беспокоили и не проявлялись. У участников полностью сформировывалась ответственность за свою жизнь. Многие из них целенаправленно вносили изменения в свою жизнь: устраивались на работу или меняли прежнюю на более творческую, более оплачиваемую, прекращали неконструктивные отношения с некоторыми людьми, изменяли отношения с родителями, записывались на различные обучающие курсы для реализации запланированных новых или прежних желаний, которые не были осуществлены, заключали браки, либо разрывали брачные отношения с целью создания новой семьи, в которой они могли лучше реализоваться и т.д.

Исследование эффективности психотерапии ПТСР

Анализ данных экспериментально-психологического исследования интрапсихической структуры личности в традициях транзактного анализа до лечения и после его завершения показал следующее. Показатели компонентов интрапсихической структуры личности испытуемых групп А и Б в динамике до лечения и после лечения приведены в таблице 1.

Таблица 1
Показатели интрапсихической структуры личности в группах А и Б в динамике

Функциональные состояния личности		До психотерапии		После психотерапии	
		Группа А	группа Б	Группа А	Группа Б
Родитель плюс		0,74±0,04	0,85±0,02	0,87±0,02	0,90±0,02
Родитель минус		-0,35±0,04	-0,25±0,05	-0,23±0,03	-0,19±0,04
Родитель (N= 0,57±0,03)		0,41±0,07*	0,6±0,06	0,65±0,04	0,72±0,04
Родитель заключение	болен	66,7%	45,5%	30%	18,2%
	здоров	33,3%	54,6%	70%	81,8%
Взрослый плюс		0,70±0,05	0,83±0,05	0,89±0,02	0,92±0,02
Взрослый минус		-0,35±0,04	-0,19±0,05	-0,19±0,02	-0,21±0,03
Взрослый (N= 0,53±0,04)		0,38±0,09 *	0,64±0,09	0,71±0,03	0,76±0,04
Взрослый заключение	болен	53,3%	27,3%	6,6%	0
	здоров	46,7%	72,7%	93,3%	100%
Ребенок плюс		0,60±0,04	0,69±0,05	0,72±0,03	0,79±0,03
Ребенок минус		-0,43±0,04	-0,28±0,05	-0,23±0,03	-0,16±0,03
Ребенок (N=0,44±0,03)		0,21±0,08 *	0,41±0,05	0,51±0,04	0,64±0,03
Ребенок заключение	болен	66,6%	45,5%	26,7%	0
	здоров	33,3%	54,5%	73,3%	100%
Личность в целом (N=1,54±0,06)		0,97±0,02 *	1,65±0,06	1,88±0,09	2,13±0,08
Личность в целом заключение	болен	73,3%	0	26,7%	0
	здоров	26,7%	100%	73,3%	100%

p < 0,05

* - достоверные отличия группы А и Б до психотерапии

** - достоверные отличия в группе А до и после психотерапии

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в группе лиц, страдающих ПТСР (группа А), все показатели функциональных Эго-состояний личности (Родитель, Взрослый, Ребенок) и их компонентов до лечения были ниже нормы, и ниже, чем в группе здоровых (Б). Низкие показатели до лечения в группе А выявляются у большинства лиц. В группе здоровых (Б) аналогичные показатели были в пределах нормы или чуть выше, при этом лица с показателями в диапазоне нормы составили преобладающее большинство.

После завершения психотерапии исследование показателей Эго-состояний личности в динамике выявило, что в группе больных (А) средние показатели стали соответствовать норме и даже превышать их. Количество лиц, у которых показатели стали соответствовать норме, стало преобладающим, по сравнению с теми лицами, у которых они были ниже нормы. Показатели Эго-состояния (Взрослый) стало соответствовать показателям нормы в 93,3% случаях. В группе здоровых (Б) средние показатели значительно выросли, а количество лиц с показателями эго-состояния Взрослый в пределах нормы стало соответствовать 100%.

Выводы:

1. Предложенная интегративная психотерапевтическая методика эффективна для терапии посттравматического стрессового расстройства эффективна в 93,3% случаях.
2. Положительная клиническая динамика ПТСР происходит синхронно с положительной динамикой психологических показателей интрапсихической структуры личности.
3. При психотерапии ПТСР целесообразно проводить психологическую коррекцию личности на нескольких уровнях последовательно: субличном, личностном, межличностном, сценарном.

Литература :

1. Бундало Н. Л. *Лечение хронических невротических и соматоформных расстройств транзактно-тренинговой методикой : Автореф. дис. на соискание уч. степени к.м.н. – Красноярск, 2001, 18 с.*
2. Берн Э. *Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений; Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы: Пер. с англ. / Общ. ред. М. С. Мацковского. – М.: Прогресс, 1988, 400 с.*
3. Макаров В. В., Макарова Г. А. *Транзактный анализ – восточная версия. – М.: Академический Проект, ОППЛ, 2002. – 496 с.*
4. Попов Ю. В., Вид В. Д. *Современная клиническая психиатрия. – М.: «Экспертное*

бюро-М», 1997, 496 с.

Источник:

Научно-практический журнал "Вопросы ментальной медицины и экологии", т. XIII, № 2, 2007