

УДК: 616.517:616.89-008

I. В. Онищенко

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ПСОРИАЗ

И. В. Онищенко

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОКОРЕКЦИОННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПСОРИАЗОМ

I. V. Onyshchenko

ORGANIZATION OF PSYCHOCORRECTIONAL HELP TO PSORIASIS PATIENTS

У статті описано основні засади організації психокорекційної допомоги хворим на псоріаз. Програму комплексної психотерапії побудовано на основі визначення мішеней психокорекційного впливу, а саме порушень в соматичній, психологічній та соціальній сферах.

Ключові слова: псоріаз, дезадаптація, техніки релаксації, тілесно-орієнтована терапія, НЛП терапія, ДПРО-терапія, когнітивно-поведінкова терапія

В статье описаны основные принципы организации психокоррекционной помощи больным псориазом. Программа комплексной психотерапии построена на основе определения мишеней психокоррекционного влияния, а именно нарушений в соматической, психологической и социальной сферах.

Ключевые слова: псориаз, дезадаптация, техники релаксации, телесно-ориентированная терапия, НЛП терапия, ДПДГ-терапия, когнитивно-поведенческая терапия

Basic principles of organization of psychocorrectional help to psoriasis patients are described in the article. The program of complex psychotherapy is built on the basis of determination of psychocorrectional influencing targets, such as violations in somatic, psychological and social spheres.

Keywords: psoriasis, disadaptation, the techniques of relax, body-oriented therapy, NLP therapy, the technique of "desensitization and reprocessing by movements of eyes", cognitive-behavioral therapy

Дезадаптація особи, хворої на псоріаз, являє собою комплексне явище, яке включає соматичні, психічні та соціальні аспекти, і проявляється в істотному зниженні якості життя пацієнта (рис. 1).

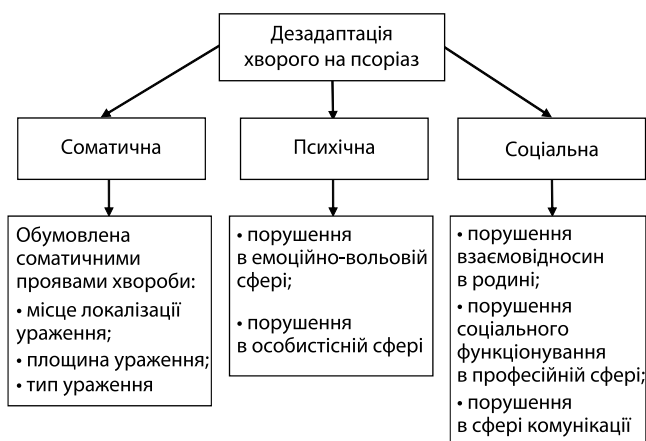


Рис. 1. Прояви та складові дезадаптації хворого на псоріаз

За результатами вивчення особливостей формування та проявів дезадаптації у хворих на псоріаз встановлено, що зазначений контингент зазнає впливу гострих і хронічних стресогенних чинників, наслідком яких є різні психологічні реакції, стани, що зумовлюють негативні специфічні психосоматичні, емоційно-вольові, особисто-характерологічні та соціальні прояви, котрі суттєво знижують якість життя.

Соматична складова дезадаптації є обумовленою соматичними проявами хвороби: місце локалізації ураження; площа ураження; тип ураження.

Психологічні компоненти дезадаптації хворих на псоріаз полягають у порушеннях в емоційно-вольовій сфері (високий рівень тривожності, наявність депресивних тенденцій, високий рівень суб'єктивного відчуття самотності, прояви непрямой агресії — підозри,

роздратованості, відчуття провини); порушеннях в особистісній сфері: зниження самооцінки, акцентуації характеру, переважно збудливого, емотивного, «застраючого», циклотимічного типу; негармонійний тип ставлення до хвороби (тривожний, неврастенічний, сенситивний або апатичний); тенденція до алекситимії.

Соціальна складова дезадаптації пацієнтів з псоріазом полягає в порушенні взаємовідносин в родині; порушенні соціального функціонування в професійній сфері та сфері комунікації.

В результаті аналізу основних проявів та складових дезадаптації хворих на псоріаз було визначено основні мішені корекційного впливу (рис. 2). Вибір методу психокорекційного впливу та конкретний зміст проведених занять визначалися актуальними цілями конкретної роботи.



Рис. 2. Мішені і засоби корекційного впливу в процесі надання комплексної допомоги хворим на псоріаз

Скорочення: НЛП — нейрорлінгвістичне програмування; ДПРО — техніка десенсибілізації і переробки рухами очей за Ф. Шапіро

Психокорекційну роботу з хворими на псоріаз проводили на фоні терапевтичного процесу, який включав проходження стандартної процедури дерматологічного

лікування і був спрямований на подолання соматичних проявів захворювання.

Психотерапія при захворюванні на псоріаз ставить за мету допомогти людині переробити проблеми та опанувати симптоми, тому що ця хвороба розглядається як міцно пов'язана з психосоматикою. Один з ефективних підходів — допомогти людині в комфортній та спокійній терапевтичній обстановці відреагувати стресову ситуацію або проблему, що спричинила такі симптоми, обговорюючи та наново переживаючи пов'язані із життєвою проблемою думки та почуття. Це веде до подолання проблеми, яка раніше не була вирішена. Такий метод може вимагати, щоб пацієнт знову згадував пережиті неприємні почуття, пов'язані із проблемою, розглядаючи та аналізуючи свої дії та емоційні реакції, які супроводжували те, що відбулося в його житті.

Засобами психокорекційного впливу в системі комплексного надання допомоги хворим на псоріаз були техніки релаксації, когнітивно-поведінкова терапія, тілесно-орієнтована терапія, техніка десенсибілізації і переробки рухами очей (ДПРО) за Ф. Шапіро, НЛП терапія. Система психокорекційного впливу була спрямована на нормалізацію психоемоційного стану хворих, нівеляцію проявів психологічної дезадаптації, нівелювання патологічних характерологічних та особистісних тенденцій, актуалізацію особистісних ресурсів самозмінення, активацію адаптивного особистісного контролю.

Процес комплексної терапії хворих на псоріаз доцільно поділяти на три стадії:

1) Встановлення на основі довіри безпечного контакту, що дає змогу «отримати доступ» до підсвідомої реакції організму на життєву проблему;

2) Терапія, центрована на психосоматичному підході, проводиться із дослідженням життєвого анамнезу криз та проблем, роботою за образом та неприйняттям;

3) Стадія, яка допомагає пацієнту зрозуміти та відпустити негативні емоції та почуття, возз'єднатися із сім'єю, друзями, суспільством.

Корекційні програми в основному повинні бути спрямованими на корекцію «Я»; досягнення об'єктивності власної оцінки; реабілітацію «Я» у власних очах та досягнення впевненості у собі; корекцію систем цінностей, потреб, їх ієрархії; корекцію ставлення до інших; корекцію неадекватного способу життя та емоційного пригнічення.

Для формування в пацієнтів навички розслаблення використовували методику «Прогресивна м'язова релаксація за Якобсоном». Техніки релаксації пацієнти опановують впродовж 7—10 сеансів. Перед проведенням сеансу релаксації в перший раз хворим надавалась така інструкція: «Прочитайте вправу кілька разів, випробуйте її. Після цього прийміть зручне сидяче положення і закрийте очі. Напружуйте і розслабляйте тепер свої м'язи в описаній нижче послідовності. Ви можете також залучити до цього вашого партнера або друга. Найпростіше розслаблення виникає завдяки контролю над диханням. Найчастіше звертайте увагу на своє дихання протягом дня. Затримую чи я подих в небезпечних або неприємних ситуаціях? Дихаю я глибоко або поверхнево? Дихальний процес здійснюється автоматично, але ви можете навмисно впливати на нього. Щоб дихати глибоко і свідомо, не потрібно переривати здійснювану в даний момент діяльність, для цього не

потрібно якимось особливе місце і положення тіла. Метою усвідомленого дихання є регулярний потік вдиху і видиху, наприклад, в ритмі з інтервалами в 5—7 секунд як для вдиху, так і для видиху». На першому етапі під час сеансів хворим пропонувалось на тлі релаксації образно уявити собі предмети і ситуації, які викликали у них тривогу, починаючи з найпростіших і нестрашних ситуацій і закінчуючи дуже страшними. На наступному етапі пацієнтів навчають розслабляти тільки ті групи м'язів, які не зайняті в діях, і систематично практикуватися в диференціальній релаксації в страшних і важких ситуаціях. Мета релаксаційних методик полягає в тому, щоб стати більш розслабленим і спокійним, а також навчитись реагувати спокійно на гострі стресові ситуації. Сенс техніки прогресивної (прогресуючої) м'язової релаксації (розслаблення м'язових затискачів) полягає в чергуванні напруження і розслаблення. Техніка полягає в тому, щоб свідомо і послідовно напружувати і розслабляти групи м'язів тіла, починаючи з голови і закінчуючи пальцями ніг. Це робиться в рівномірному ритмі, в зручному сидячому положенні із закритими очима.

Поряд з релаксаційними техніками проводили психокорекційну роботу засобами НЛП терапії [2]. Методика є простою, має велику терапевтичну широту та дозволяє значно редукувати невротичну симптоматику вже на початкових етапах роботи. Схема проведення терапії була такою:

1) Визначення негативного стану (неприємні спогади, емоції, думки і т. д.).

2) Забезпечення «доступу» до цього стану. Інакше кажучи, пацієнт повинен був пережити його в асоційованому вигляді або актуалізувати негативний стан.

На цьому етапі можливий варіант інструкції: «Згадайте цей стан (ситуацію, проблему) настільки повно, наскільки для Вас це можливо. Увійдіть в середину себе настільки глибоко, наскільки Вам це потрібно, щоб знову згадати ту образу, ситуацію, проблему та пережити цей стан. Й чим більш ясно та чітко Ви згадуєте, чим більш повно знову відчуваєте цей стан, тим швидше та повніше Ви назавжди позбудетеся його наприкінці нашого сеансу. Як тільки Ви знову почнете відчувати цей неприємний стан в тій ситуації — кивніть мені, підніміть вказівний палець або подайте який-небудь інший знак».

3) Виникнення в хворого вираженого емоційного реагування, що визначається за зміною дихання, кольору шкіри, міміки і т. д.

4) Введення додаткового стимулу в момент найбільш інтенсивної реакції або, говорячи мовою NLP, «поставити якір» (дотик до коліна або руки пацієнта). Тривалість якірування визначалася індивідуально, в середньому від 10 с до 1 хв, в залежності від інтенсивності переживання реакції.

5) Вихід із негативного стану. При цьому необхідно ретельно проконтролювати, щоб пацієнт повністю вийшов з негативного стану. Це досягається декількома прийомами. Швидко забравши руку з місця якірування та різко змінивши інтонацію, сказати: «Добре. Тепер поверніться назад, сюди, в «тут і зараз». Після цього попросити зробити глибокі вдих та видих, потягнутися. Дуже ефективним є будь-які неочікувані в даній ситуації запитання та прохання зробити щось несподіване. Наприклад: «До речі, а Ви любите, коли падає сніг?» або попросити пообертати очима за та проти годинникової

стрілки. Останнє завдання, крім реакції здивування, часто викликає сміх або збентеження, що сприяє більш повному виходу із негативного стану.

6) Пошук ресурсного позитивного стану та забезпечення доступу до нього.

7) Виникнення вираженого емоційного реагування, яке визначається за зміною дихання, кольору шкіри, міміки і т. д.

8) Введення додаткового стимулу в момент найбільш інтенсивної реакції. Тут зберігають силу ті ж самі положення, що і по відношенню до якірування негативної реакції. При цьому слід врахувати, що якір ресурсного стану ставиться на протилежній, симетричній ділянці іншою рукою (ногою, якщо використовувалося торкання стопи психотерапевта до стопи пацієнта). Наприклад, при якіруванні негативної реакції лівою рукою на правому коліні, ресурсний стан якірується правою рукою на лівому коліні.

9) Вихід з ресурсного стану.

10) Порівняння між собою негативного та ресурсного станів. Пацієнтові пропонується порівняти між собою обидва ці стани. Слід підкреслити, що порівняння відбувається за «силою», «емоційним (енергетичним) зарядом», а не за «приємністю», «бажаністю» і т. д.

11) Інтеграція якірів. Пацієнта просять знову увійти до негативного стану, використовуючи при цьому негативний якір та практично відразу після накладання негативного поставити позитивний якір. Таким чином, ці протилежні якірі виявляються встановленими одночасно, що призводить до «зіткнення» обох станів та «анігіляції» негативного. Процес, що відбувається, як правило, добре помітний зі сторони. Спочатку можна спостерігати швидку зміну або навіть одночасне співіснування обох станів, які поступово змінюються виразом спокою, легкої релаксації, а іноді сміхом або здивуванням. Дочекавшись цього, можна забрати негативний якір та залишити ще на деякий час позитивний для закріплення змін.

12) Перевірка досягнутого результату і синхронізація з майбутнім. Спочатку при розмові можна торкнутися проблемної ситуації, задіявши при цьому негативний якір. Змішана реакція або відсутність реакції свідчать про позитивний результат. Після цього слід попросити пацієнта повернутися до раніше проблемної для нього ситуації. Відсутність негативної реакції також свідчить про успіх психотерапевтичної процедури.

Якщо працювали не з яким-небудь психотравмуючим спогадом, а з ситуацією, яка може повторитися й в майбутньому, пацієнтові слід запропонувати уявити найбільш яскраво та повно, що він через деякий час знову до неї потрапить. Якщо старий паттерн реагування змінився позитивним, то цю проблему можна вважати успішно вирішеною.

Також в роботі з хворими на псоріаз використовували техніки з арсеналу тілесно-орієнтованої терапії, а саме авторський метод психомасажу. Відомо, що вогнище застійного збудження при психологічних травмах, стресах утворюється в корі головного мозку, а потім через умовно-рефлекторні зв'язки може розповсюджуватися на внутрішні органи і системи, приводячи до психосоматичних захворювань. Напруження в окремих м'язах заважає перебігу у цих місцях обмінних і відновних процесів. Накопичуються шлаки

як у клітинах організму, так і в тканинах. В результаті цього виникають запалення в м'яких тканинах, м'язах, в різних органах і системах. У таких випадках корисна, разом з лікувальною терапією, і психокорекція. Відомий метод лікування психосоматичних хворих з використанням тілесної терапії, який включає рухові вправи, роботу з диханням, з м'язовим тонусом, враховуючи енергобаланс та енергетичні і міжособистісні межі [3; 4]. Робота з тілом допомагає отримати доступ до несвідомого, що дозволяє знайти причину проблеми. Тілесно-орієнтована психотерапія — надто ефективний метод допомоги людям, які страждають на різні психосоматичні захворювання. Найбільш близьким до запропонованого технічного рішення є спосіб проведення біоенергосистемотерапії (БЕСТ), яка полягає у поєднанні принципів класичного масажу з рефлексотерапією та біоенерготерапією. Тобто, діючи на м'язи та рефлекторні зони, спеціаліст стимулює роботу органів та систем, покращує кровообіг, активізує роботу мозку та центральної нервової системи. Психомасаж призначали у кількості 10—12 процедур. Техніка психомасажу є комбінацією елементів класичного масажу м'язів з глибоким напруженням на тлі позитивних настанов і сугестій з психологічним включенням пацієнта на їх виконання. Настанови, сугестії пред'являються пацієнту у вигляді метафор, що дозволяють візуалізувати й усвідомити больові та неприємні відчуття, місце їх локалізації, зрозуміти позитивний сенс даного компенсаторного явища. Пацієнт бере активну участь у діагностиці й усуненні причин свого психосоматичного неблагополуччя. Далі, під дією психодинамічного масажу відбувається стадія перерозподілу заблокованих напружень. Глибокі (підсвідомі) напруження м'язів тканин на рівні органів починають переміщатися у зовнішні ділянки тіла, а потім трансформуються у позитивні процеси. Пацієнт вчиться сам працювати з психосоматикою за стандартним ланцюжком перед відчуття: відчуття — емоції — дії. Під час роботи заявленим способом, завдяки психомасажу, налагоджується робота нервових зв'язків, біохімічні процеси починають перебігати активно, внаслідок чого в місцях блокування знімається напруження.

В процесі надання психокорекційної допомоги хворим використовували елементи когнітивно-поведінкової терапії, керуючись основними принципами теорії умовно-рефлекторного механізму виникнення нових страхів, а саме тим фактом, що одного разу виникнувши, соціальний страх міцно асоціюється з певними соціальними ситуаціями і потім підкріплює сам себе [1]. Страх створює ґрунт для невдач у соціальних ситуаціях, що його спричиняють, а невдачі ще більше підкріплюють страх. Таким чином, страх і пов'язана з ним поведінка вивчаються, автоматизуються, підтримуються і відтворюються, поширюючись на суміжні соціальні ситуації. Страх, що виник і закріпився, дуже важко усунути, оскільки кожен раз, коли пацієнт опиняється в ситуації, що викликає страх, цей страх виникає знову. Участь пацієнта в рольових іграх, які імітують ситуації, що викликають страх і невпевненість, без спеціальних втручань лише тільки підсилює страх і невпевненість.

В процесі надання психокорекційної допомоги хворим на псоріаз використовувався метод контр-обумовлення, і був заснований на принципі

реципрокного гальмування. Методика становить комбінацію систематичної десенсibiliзації, прогресивної м'язової релаксації і заміщення альтернативною реакцією. Усуваючи страх, слід навчити пацієнта альтернативним формам поведінки. Суть методу зводиться до того, що в процесі терапії створюються умови, за яких пацієнт таким чином конфронтує з ситуаціями або стимулами, які у нього викликають реакції страху, що страх не виникне. При багаторазовому повторенні такого роду конфронтації добиваються або вгасання реакції страху (в результаті реципрокного гальмування), або її заміщення іншою реакцією, несумісною зі страхом (люті, злості, сексуального збудження, релаксації). Принципово існує два шляхи досягнення десенсibiliзації. Перший полягає в тому, що терапевт дуже дбайливо й обережно змінює деякі характеристики ситуацій або об'єктів, що викликають у пацієнта страх, починаючи з такої інтенсивності стимулів, при якій пацієнт сам в змозі контролювати реакції страху. Часто при цьому використовують моделювання — тобто терапевт або асистент демонструє, як він сам без страху справляється з такими ситуаціями. Мова тут, таким чином, йде про те, щоб скласти ієрархію стимулів, що розрізняються за ступенем небезпеки, і згодом систематично вчити пацієнта справлятися з цими ситуаціями, послідовно збільшуючи небезпеку ситуації.

Також до комплексу психотерапевтичних методик входила техніка десенсibiliзації і переробки рухами очей за методом Ф. Шапіро [5]. Ця модель розглядає більшість патологічних станів як наслідок психотравмуючої ситуації, що створює стійкий паттерн афекту, поведінки, самопредставлення і відповідної структури особистісної ідентичності у людини, хворої на псоріаз. Патологічна структура корениться в статичній, недостатньо переробленій інформації, відкладається в пам'яті під час травматичної події, яка у свою чергу може бути причиною захворювання цим недугом. Модель розглядається автором як нейрофізіологічна гіпотеза. Згідно з моделлю прискореної переробки інформації, існує природна фізіологічна система, призначена для перетворення вражень, що турбують з метою їх адаптивного вирішення, і ця система орієнтована на досягнення психологічної інтеграції та фізичного здоров'я. Емоційна травма в даному випадку порушує роботу системи переробки інформації, тому інформація зберігається у формі, зумовленої травматичним переживанням, і може призвести до появи виражених симптомів посттравматичного синдрому у вигляді псоріазу. Автор висловлює гіпотезу, що рухи очей (можуть бути й інші альтернативні подразники), використовувані при ДПРО, запускають психологічний процес, що активізує інформаційно-переробну систему. Під час процедури ДПРО, коли пацієнтові пропонується викликати травматичний спогад, психотерапевт встановлює зв'язок між свідомістю і ділянкою мозку, в якому зберігається інформація про травму. Рухи очей активують інформаційно-переробну систему і відновлюють її рівновагу. З кожною новою серією рухів очей травматична інформація переміщується, причому прискореним чином, далі відповідними нейрофізіологічними шляхами, поки не досягається позитивне вирішення цієї інформації. Одне з ключових припущень в ДПРО полягає в тому, що активізація переробки травматичних спогадів буде

природним чином спрямовувати ці спогади до адаптивної інформації, необхідної для позитивного вирішення. Тим самим моделі прискореної переробки інформації властива ідея про психологічне самоцілення, що може стояти на першому місці вирішення проблем адаптації людини, хворої на псоріаз. У цілому ж уявлення про активізацію адаптивного інформаційно-переробного механізму є центральним у ДПРО-психотерапії і принципово важливим у застосуванні цієї техніки до різноманітних психічних розладів.

Інформаційно-переробна система пацієнта може бути активована за допомогою спрямування рухів очей або за допомогою альтернативних стимулів, таких як постукування по руці або звукові подразники. Автор пропонує кілька видів рухів очей, які можуть бути використані під час ДПРО-психотерапії псоріазу. Завдання психотерапевта — визначити тип рухів очей, який більш відповідає потребам пацієнта. Необхідно забезпечити пацієнту комфортні умови під час виконання рухів очей. Психотерапевт не повинен продовжувати використання цих рухів, якщо пацієнт говорить про біль в очах або неспокій, що виникають під час процедури. Мета психотерапевта — викликати рухи очей у пацієнта від одного краю його візуального поля до іншого. Такі повні двосторонні рухи очей слід виконувати з максимально можливою швидкістю, але уникаючи при цьому появи відчуття дискомфорту. Зазвичай психотерапевт тримає два пальці вертикально з долонею, зверненою до пацієнта, приблизно на відстані не менше 30 см. При цьому психотерапевт повинен оцінити здатність пацієнта стежити за рухами пальців — спочатку повільно, а потім все швидше і швидше до досягнення тієї швидкості, яка сприймається як максимально комфортна. Потім можна перевірити ефективність діагональних рухів очей, переміщаючи руку пацієнта, справа і знизу, вгору і вліво (або ж навпаки), тобто від рівня підборіддя до рівня протилежної брові. При інших варіантах рухи ока пацієнта будуть рухатися вгору-вниз, по колу або ж у формі вісімки. Вертикальні рухи мають заспокійливу дію і можуть бути особливо корисними для зниження емоційного занепокоєння або почуття нудоти.

Тривалість серій рухів очей також визначається зворотним зв'язком з боку пацієнта. Перша серія включає в себе 24 двосторонніх рухів, де переміщення справа наліво і потім знову праворуч являють собою один рух. Таку ж кількість рухів може бути використано і в першій серії рухів. Після первісної переробної серії рухів очей психотерапевта слід запитати у пацієнта: «Що ви зараз відчуваєте?» Це питання дає пацієнтові можливість повідомити про те, що він відчуває, у формі образів, інсайтів, емоцій і фізичних відчуттів. Середньостатистичному пацієнту необхідна серія з 24 рухів для переробки когнітивного матеріалу і досягнення нового рівня адаптації. Деяким пацієнтам для переробки матеріалу необхідна серія з 36 рухів очей або навіть більшої їх кількості.

Інші пацієнти можуть виявитися майже нездатними стежити за рухами руки або ж можуть знаходити ці рухи неприємними; в цьому разі необхідно застосувати спосіб, при якому використовують обидві руки. Психотерапевт поміщає свої стиснуті в кулаки руки по обидві сторони візуального поля пацієнта, а потім

по черзі піднімає й опускає вказівні пальці обох рук. Пацієнту даються вказівки переводити очі від одного вказівного пальця до іншого.

ДПРО-психотерапія складається з восьми стадій.

Перша стадія — історія пацієнта і планування психотерапії — включає в себе оцінювання факторів безпеки пацієнта і відповідальна за відбір пацієнтів. Основним критерієм для визначення того, чи придатні пацієнти для ДПРО-психотерапії, є їхня здатність справлятися з тим високим рівнем занепокоєння, який може виникнути під час перероблення дисфункціональної інформації. Психотерапевт в ході вивчення історії пацієнта виокремлює цілі для переробки.

Друга стадія — підготовка — включає встановлення терапевтичних відносин з пацієнтом, пояснення сутності процесу ДПРО-психотерапії та її ефектів, визначення очікувань пацієнта, а також вступну релаксацію. Важливо, щоб пацієнт опанував технікою релаксації і міг використовувати спеціальні аудіозаписи, що допомагають справлятися з проблемами, що виникають в інтервалах між сеансами ДПРО-психотерапії. Якщо наприкінці психотерапевтичного сеансу пацієнт проявляє ознаки занепокоєння або продовжує відреагування, психотерапевту необхідно застосувати гіпноз або спрямовану візуалізацію. Пацієнт також навчається створенню в уяві образу безпечного місця, де він відчуває комфорт.

Третя стадія — визначення предмета впливу — відображає виявлення основних форм реагування щодо травматичних спогадів, ідентифікацію негативного самопредставлення і створення позитивного самопредставлення.

Четверта стадія — десенсибілізація — психотерапевт повторює серії рухів очей, вносячи в них при необхідності зміни фокусування, доки рівень занепокоєння пацієнта не знизиться до 0 або 1 за шкалою суб'єктивних одиниць занепокоєння. Між кожною серією рухів очей психотерапевт повинен дуже уважно вислуховувати пацієнта, щоб ідентифікувати наступний фокус для переробки. Автор методу підкреслює, що в багатьох випадках серії рухів очей недостатньо для повної переробки.

П'ята стадія — інсталяція — сфокусована на встановленні позитивного самопредставлення, визначеного пацієнтом, і на збільшенні його сили, для того щоб воно могло замінити собою негативне самопредставлення. У той час як негативні образи, думки і емоції стають більш розсіяними, дифузними з кожною новою серією руху очей, позитивні образи, думки і емоції стають все більш яскравими.

Шоста стадія — сканування тіла — розкриває області залишкового напруження, які проявляються у формі відчуттів в тілі. Такі відчуття обираються потім як мета для послідовних рухів очей. У цій стадії пацієнту пропонують утримувати в свідомості як обрану в якості мети травматичну подію, так і позитивне самопредставлення і при цьому сканувати зверху вниз усе своє тіло.

Сьома стадія — завершення — передбачає повернення пацієнта в стан емоційної рівноваги і комфорту в кінці кожного сеансу (зазвичай сеанс триває 90 хвилин, 1 раз на тиждень). Використання щоденника з особистими записами і техніками візуалізації, яким пацієнта навчить психотерапевт, або аудіозаписи для

релаксації є важливим для підтримки рівноваги між сеансами.

Восьма стадія — переоцінка — проводиться за допомогою різних протоколів, застосовуваних у техніці ДПРО-психотерапії, і повного психотерапевтичного плану лікування. Ця стадія визначає якість досягнутих психотерапевтичних ефектів. Кожен сеанс з переробки повинен бути спрямований на певну мету. Загальні типи цілей подано у стандартному протоколі таким чином:

1) минулий досвід, що є основою патології;

2) існуючі в даний час обставини або фактори, які викликають занепокоєння;

3) плани майбутніх дій.

Перед завершенням курсу психотерапії матеріал, розкритий під час аналізу історії пацієнта і подальшої переробки, має бути підданий переоцінці. Всі необхідні спогади, нинішні подразники і передбачувані майбутні дії повинні бути обрані предметом впливу і переробки, а пацієнту повинні бути запропоновані позитивні приклади для майбутніх дій, що сприяють виникненню нових, більш адаптивних форм поведінки і переробці будь-яких когнітивних спотворень. Завершальна переоцінка проводиться для того, щоб визначити, чи можна закінчувати курс психотерапії.

Стратегії розблокування переробки при ДПРО

➤ Зміна напрямку, тривалості, швидкості або амплітуди руху очей, поступове зміщення їх траєкторії то вгору, то вниз в горизонтальній площині. Великий успіх дає поєднання цих прийомів.

➤ Зосередження пацієнта на всіх тілесних відчуттях одразу або тільки на найбільш дискомфортних з них (відкинувши образ та уявлення), в той час як характер рухів очей піддається систематичним змінам.

➤ Стимуляція відвертого виявлення пригнічених емоцій, невисловлених слів або вільного прояву всіх рухів, які асоціюються в пацієнта з тим чи іншим фізичним напруженням в тілі. При цьому виконуються серії рухів очей.

➤ З початком чергової серії рухів пацієнтові пропонують натискати пальцем або всією рукою на те місце тіла, де локалізовані дискомфортні відчуття. Збільшення тиску може привести до зменшення негативних відчуттів або до появи нових образів та думок, так чи інакше пов'язаних з травмуючим спогадом. Асоціативний матеріал, що з'явився, в подальшому обирають як предмет впливу.

➤ Зміна точки фокусування під час виконання наступних серій рухів. Пацієнта просять зосередитись на іншій частині образу травмуючої події або зробити образ більш яскравим, зменшити або збільшити його, перетворити на чорно-білий і т. д. можна запропонувати пацієнтові пригадати звуковий стимул, який викликає найбільший неспокій, та сконцентруватися на ньому.

➤ Когнітивне взаємопереплетення застосовують в складних випадках. Ця стимулююча стратегія поєднує адаптивну інформацію, що виходить від психотерапевта, з матеріалом, що з'являється в процесі психотерапії.

➤ Психотерапевт повідомляє пацієнтові нову інформацію, яка сприяє кращому розумінню драматичних подій минулого, ролі, яку пацієнт в них відігравав. Потім пацієнту пропонують думати про сказане та робити серію рухів очей.

➤ Перевизначення травмуючої ситуації через звернення до значимих для пацієнта осіб.

➤ Використання метафор (аналогій) у формі притч, вигаданих історій або прикладів з життя, контекстуально відповідних проблемі пацієнта. За допомогою алегоричних історій можна провести паралелі з реальною ситуацією пацієнта, дати приховані підказки для найбільш адаптивного її вирішення. Введення метафоричної інформації можна здійснювати як на фоні рухів очей, так і без них. Після чого пацієнтові пропонують розмірковувати про все почуте на фоні наступної серії рухів очей.

➤ Сократичний діалог, в ході якого психотерапевт ставить низку послідовних запитань. Відповідаючи на них, пацієнт поступово приходить до певного логічного умовисновку. Після чого йому пропонують подумати про це і проводять серію рухів очей.

В результаті психокорекційного впливу вдалося нівелювати прояви психологічної дезадаптації в 89,15 % хворих на псоріаз.

Таким чином, результати проведених досліджень дозволяють зробити такі висновки.

Дезадаптація пацієнта, хворого на псоріаз, становить комплексне явище, яке включає соматичні, психічні та соціальні аспекти, які слід враховувати під час підготовки комплексних психокорекційних заходів допомоги даній категорії пацієнтів.

Засобами психокорекційного впливу в системі комплексного надання допомоги хворим на псоріаз були техніки релаксації, когнітивно-поведінкова терапія, тілесно-орієнтована терапія, техніка десенсибілізації і переробки рухами очей (ДПРО) за Ф. Шапіро,

НЛП терапія. Система психокорекційного впливу була спрямована на нормалізацію психоемоційного стану хворих, нівелювання проявів психологічної дезадаптації, нівелювання патологічних характерологічних та особистісних тенденцій, актуалізацію особистісних ресурсів самозмінення, активацію адаптивного особистісного контролю. Завдяки проведенню комплексної програми психокорекції вдалося нівелювати прояви психологічної дезадаптації в 89,15 % хворих на псоріаз.

Список літератури

1. Бандура А. Теория социального научения / Альберт Бандура. — СПб.: Евразия, 2000. — 320 с.
2. Бендлер Р. Шаблоны гипнотических техник Милтона Эриксона с точки зрения НЛП / Р. Бендлер, Д. Гриндер; [пер. с англ.]. — Симферополь : Реноме, 1998. — 206 с.
3. Зуев Є. І. Керівництво для операторів БЭСТ / Є. І. Зуев. — СПб., 1995. — 132 с.
4. Сергеева, Л. С. Телесно-ориентированная терапия : хрестоматия / Л. С. Сергеева. — СПб. : Практическая психотерапия, 2000. — 290 с.
5. Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз : Основные принципы, протоколы и процедуры / Ф. Шапиро [пер. с англ.] — М. : Независимая фирма «Класс», 1998. — 496 с. — (Библиотека психологии и психотерапии).

Надійшла до редакції 19.09.2013 р.

ОНИЩЕНКО Інга Володимирівна, здобувач кафедри соціальної допомоги, загальної та медичної психології Одеського національного медичного університету, e-mail: soc_psy@ukr.net

ONYSCHENKO Inga Volodymyrivna, research assistant of Department of social Help, general and medical Psychology, Odesa national medical University, e-mail: soc_psy@ukr.net

БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА: СОВРЕМЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

По материалам Международного симпозиума по неврологии (США, Калифорния, Сан-Диего, 25—28 апреля 2013 г.)

В апреле 2013 г. в Сан-Диего (США) состоялся Международный симпозиум по неврологии, с участием специалистов из Европы и Латинской Америки (ELANS). В этом городе расположена штаб-квартира исследовательского подразделения ЭВЕР Нейро Фарма — компании Нейропор (Neurocore). Более 120 делегатов из 18 стран приняли участие в работе симпозиума, на котором обсуждались важнейшие вопросы исследований, эпидемиологии, диагностики и инноваций в терапии болезни Альцгеймера и сосудистой деменции.

Ниже представлены краткие обзоры отдельных представленных на симпозиуме докладов.

Значение биомаркеров в диагностике деменции

Доктор Ф. Мена (Мексика) сообщил о роли биомаркеров (β -амилоид и внутриклеточные тау-клубочки), оценка которых позволяет не только определить течение деменции, спрогнозировать эффект терапии, но и значительно удешевить диагностику в будущем.

Различные типы деменции: есть ли смысл в дифференциальной диагностике?

Доктор К. Дзунига (Мексика) рассказал о различных типах деменции и важности дифференциальной диагностики. По его мнению, существующая классификация деменции, принятая Национальным институтом невропатологии и инсульта (NINDS), разделяющая деменцию на кортикальную и субкортикальную, а также на первичную и вторичную, не вполне удобна в повседневной клинической практике. Доктор К. Дзунига рассматривает мультимодальную классификацию деменции и болезни Альцгеймера как лучший вариант, сочетающийся с магнитно-резонансной томографией и молекулярной нейровизуализацией.

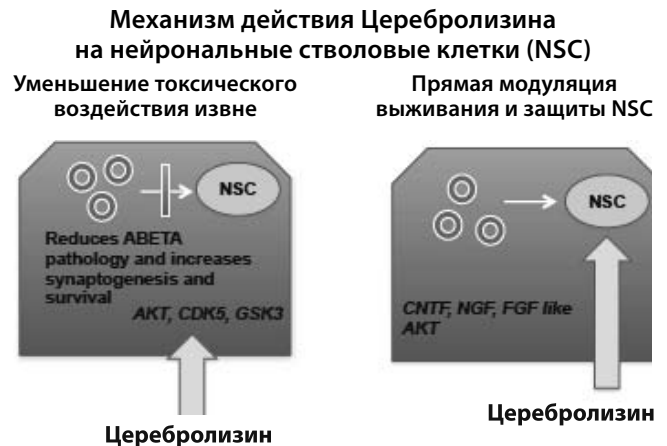
Возможности патофизиологического лечения болезни Альцгеймера

Профессор Э. Маслайя (США) предложил рассматривать применение Церebroлизина® при болезни Альцгеймера как патофизиологическую терапию.

Все больше исследований показывают, что превентивное использование Церebroлизина® открывает новые возможности в борьбе с болезнью Альцгеймера. Церebroлизин защищает стволовые клетки, трансплантированные в мозг APP-мышей, от токсического воздействия β -амилоида. Церebroлизин® модулирует нейродегенеративные процессы в гиппокампе за счет снижения образования тау-протеина в уязвимых нейрональных зонах. Нейротрофический эффект Церebroлизина® нивелируется уже через 3 месяца после лечения и полностью исчезает через 6 месяцев.

И хотя новые терапевтические варианты использования Церebroлизина® еще недостаточно исследованы, возможности его применения как лекарственного

средства при болезни Альцгеймера являются оптимистичными.



Терапевтические задачи для когнитивной и поведенческой коррекции

Профессор С. Готье (Канада), в своем выступлении сосредоточился на базовых сферах, в которых происходят нарушения при болезни Альцгеймера, — когнитивной, поведенческой и функциональной, в свете рандомизированных клинических исследований (РКИ). Важно четко понимать ключевые доказательства, полученные в ходе РКИ, сопоставлять их с обобщенными данными и мета-анализами, поскольку такие результаты часто приводят к модификации клинических протоколов. Задача исследователей заключается в адекватной адаптации этих данных для клинической практики.

Во второй части доклада профессор Готье представил данные нового мета-анализа релевантных клинических испытаний по Церebroлизину®. Из шести исследований с общим количеством пациентов 810 человек два исследования имели достаточно короткий период наблюдения и потому данные, отражающие долгосрочные эффекты церebroлизина, касались группы из 600 пациентов, включенных в четыре исследования.

Полученные результаты в целом положительные и оптимистичные (особенно при сравнении эффективности Церebroлизина® и отрицательных эффектов ингибиторов холинэстеразы).

Для подтверждения этих результатов есть смысл инициировать новые крупные РКИ.

Взгляд на новые фармакологические исследования

Профессор Р. Ф. Аллегри (Аргентина) представил дизайн нового клинического исследования Церebroлизина® и Донепезила, в котором примут участие клиники из стран Европы и Латинской Америки.

В международном мультицентровом двойном слепом активно контролируемом в параллельных