

УДК 616.895; 615.851

*О.Б. Чучук***ЭМОЦИОНАЛЬНО-СТРЕССОВАЯ МЕТОДИКА «ДИНАМИЧЕСКОЙ АКТИВИЗАЦИИ ХОЛИСТИЧЕСКОГО ОТРЕАГИРОВАНИЯ» В ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

Киевская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: холистическое отреагирование, депрессивные невротические расстройства, интеграция.

Депрессивные расстройства невротической природы относятся к числу часто встречаемых при пограничных нервно-психических нарушениях [6,9].

Комплексная терапия неврозов, включающая психотерапевтические и психофармакологические методы лечения, и учитывающая показатели клинического (форма, синдром, особенности течения), физиологического (особенности «почвы», реактивность) и психологического характера (особенности личности, характер и тип внутриличностного конфликта, специфика психотравмирующих переживаний) достигла существенных успехов в лечении этих расстройств [8]. Однако имеющаяся тенденция к увеличению распространенности и повышению удельного веса больных с астено-депрессивной симптоматикой в структуре невротической патологии, затяжному течению фармакологически зависимых и резистентных к терапии депрессивных расстройств, доминированию медикаментозных методов лечения, а в контексте психологических воздействий — методов рациональной и гипноусуггестивной психотерапии, свидетельствует о необходимости поиска новых форм и методов терапии этих расстройств.

В данной работе предпринята попытка использования психотерапевтической методики, в основе которой лежат техники регулируемого, циркулярного дыхания и динамической работы с переживаниями, для лечения больных с депрессивными невротическими расстройствами.

В основе методики лежит обобщенный опыт по технике «холотропной дыхательной работы» (Holotropic Bearthwork) [13], или техники «пневмокатарсиса» [8] в клинике неврозов. Стремление адаптировать это направление психотерапии на клиническом уровне привело не только к пересмотру некоторых вопросов методологии и практики холотропного дыхания, но и к необходимости интеграции его в контекст клиническо-

го подхода к терапии депрессивных невротических расстройств.

Необходимость адаптировать технику холотропной терапии связана прежде всего с особенностями контингента больных с неврозами. Среди них преобладают лица давно болеющие, с доминированием депрессивных, астено-ипохондрических, тревожно-фобических проявлений, выраженными вегетативными и соматическими нарушениями. Невротические расстройства сочетают в себе реактивные моменты, аффективные расстройства, личностную дисгармонию, патохарактерологические изменения, нозологически приближающиеся к невротическим развитиям личности. Бесспорно, что терапия этих расстройств требует кропотливой, длительной работы, осторожности, гибкости и комплексного подхода.

Кроме того, потребность в пересмотре некоторых вопросов методологии и практики холотропного дыхания связана с тем, что, с одной стороны, техника глубокого интенсивного дыхания не всегда может быть безопасной и адекватной в лечении больных с неврозами; с другой стороны, наблюдаемые в ходе психотерапевтических сеансов феномены, с большой осторожностью могут трактоваться как трансперсональные, т.е. переживания, выходящие за пределы биографического опыта человека («переживание двуединства», «отождествление с животными», «опыт предков», «переживание прошлых воплощений» и другие).

Так сформировалась методика, основанная на принципах эмоционально-стрессового (саногенного) воздействия на организм и личность больного, и осуществляющая многоуровневую (биологическую, психологическую, социальную) интеграцию личности больного неврозом.

Методика «динамической активизации холистического отреагирования» включает в себя систему способов интеграции личности, осно-

ванную на: 1) технике регулируемого циркулярного дыхания (в различных модификациях: медленное глубокое, с активным вдохом и пассивным удлиненным выдохом; глубокое частое, с активным вдохом и активным выдохом; поверхностное частое, с пассивным вдохом и активным выдохом), позволяющей «получить доступ» к внутренним психическим процессам, бессознательному, в том числе, подавленному психическому материалу; 2) приемах «холистического» отреагирования, способствующих выведению на «поверхность» различных физических ощущений (боль, спазмы, тяжесть, дискомфорт и др.), связанных с эмоциональными расстройствами (депрессия, тревога, страх), и эмоциональными состояниями (обида, гнев, злость, раздражение, чувство вины и пр.) с последующим их динамическим переживанием через принятие, усиление и наиболее полное выражение (крик, плач, кашель, смех, спонтанные двигательные реакции тела); 3) музыкальном сопровождении, с использованием релаксационной, активирующей и собственно интегрирующей музыки, потен-

цирующей внутренние переживания и создающей в музыкальном, звуковом потоке особый, наполненный индивидуальным смыслом контекст переживаний; 4) работе с рисунками, выражающей на символическом уровне наиболее важные моменты внутренних переживаний и их динамику в ходе процесса терапии; 5) системе эмоционально-насыщенной беседы, с анализом и интерпретацией элементов вербального и невербального поведения, с расставлением акцентов на наиболее значимых моментах личного опыта пациента, с выходом на осознание глубинных внутрилличностных конфликтов и актуальных потребностей.

В ходе процесса психотерапии ставилась задача не только активизировать негативные, психотравмирующие переживания, но и позитивные, с мощным положительным эмоциональным зарядом, так называемые «ресурсные» переживания с последующей трансформацией индивидуального опыта пациента («ресурсная интеграция») - включение опыта травматических переживаний в целостный континум личного опыта пациента.

### Материал и методы исследования

Материалом для исследования послужили данные о 36 пациентах с депрессивными невротическими расстройствами, находившихся на лечении в Киевской городской клинической психоневрологической больнице № 1 и № 2.

При обследовании больных применялись клинический, экспериментально-психологические методы (ММР1, опросник САН, шкала Гамильтона, методика незаконченных предложений, рисуночные методики) и параклинические исследования (ЭКГ, ЭЭГ, исследование функционального состояния ВНС). Нозологическая диагностика проводилась по общепринятым в отечественной психиатрии критериям [6,7,11]

Группу обследованных составили женщины, в возрасте от 22 до 48 лет, (средний возраст — 35 лет), с длительностью заболевания от года до 3-х лет — 10 больных (28%), от 3-х до 5 лет — 17 (47%) и свыше 5 лет — 9 больных (25%). Всю группу объединило доминирование в клинической картине депрессивной невротической симптоматики.

При экспериментально-психологическом исследовании были выявлены некоторые общие характерологические и патопсихологические особенности личности больных, которые проявлялись в повышенной сензитивности, ранимос-

ти, сочетающиеся с чрезмерной аккуратностью, повышенным чувством ответственности, в отдельных моментах с утрированным или формальным пониманием чувства долга, требовательностью к себе. В то же время у большинства больных отмечалась достаточная закрытость, застенчивость, с блокированием эмоциональной экспрессивности. Почти все исследуемые высказывали неудовлетворенность собой, неуверенность в своих силах и возможностях, при этом, обнаруживаемые у них конфликтные смысловые установки, зависимость от мнения и оценок окружающих, склонность к формированию сильной эмоциональной привязанности, стойких стереотипов с тенденцией к пассивным формам психологической защиты, в конечном счете способствовали декомпенсации в условиях психотравмирующих обстоятельств.

При исследовании функционального статуса ВНС у большинства больных отмечались вегетативные расстройства с преобладанием симпатического тонуса. У всех обследованных больных не обнаруживалось признаков органической церебральной недостаточности, тяжелых соматических заболеваний и психотической симптоматики. В основе терапии лежало сочетание психофармакологических методов лечения (ан-

тидепрессанты, транквилизаторы, общеукрепляющая и витаминотерапия) и системы психотерапевтического воздействия с применением методов интегральной терапии [8], и в частности, эмоционально-стрессовой методики «динамической активизации холистического отреагирования».

Длительность терапии составляла 1-1,5 ме-

### Результаты исследования и обсуждение

После тщательного изучения анамнеза, проведения клинико-патопсихологического исследования, осуществлялась психотерапевтическая беседа, способствующая налаживанию эффективного эмоционального резонанса между пациентом и терапевтом. Затем давалась установка на поддержание регулируемого циркулярного дыхания в сеансе, с отработкой различных модификаций дыхания (глубокое медленное, глубокое частое, поверхностное частое), и разъяснением их влияния на характер, тип и глубину переживаний. Параллельно давалась установка на максимальную спонтанность в сеансе. Каждый сеанс состоял из трех этапов. На первом этапе (в течение 10-15 минут) достигалось состояние релаксации. При этом использовались гипноуггестивные методы воздействия и приемы регуляции дыхания, которые осуществлялись в виде глубокого медленного дыхания с активным вдохом и пассивным удлиненным выдохом (вдох — в течение 5 сек., и выдох — 7 сек.). Использование нейтральной, тихой, с темпом 50-70 ударов в минуту музыки способствовало достижению глубокой релаксации. На втором этапе (в течение 30-40 минут), использование глубокого частого (в два раза чаще обычного, т.е. 40-50 дыхательных актов в минуту) дыхания, с активным вдохом и активным выдохом, способствовало активизации переживаний и их динамическому, эмоционально-двигательному отреагированию, в виде крика, плача, смеха, спонтанных движений тела. Весь второй этап сопровождался громкой, с темпом 100-120 ударов в минуту, эмоционально-насыщенной музыкой, состоящей из произведений Баха, Моцарта, Бетховена, Вивальди, Шостаковича и других. На третьем этапе (в течение 15-20 минут) с переходом на обычный тип дыхания достигалась интеграция приобретенного в ходе сеанса опыта. Использовалась спокойная, с темпом 25-30 ударов в минуту музыка (концертные сборники KИTARO, ENYA, VANGELIS и других). После окончания сеанса пациент вербализует полученный опыт в сеансе, проявляет его в работе с рисунком, выражая

своя на фоне приема психотропных средств, с уменьшением и последующей отменой антидепрессантов и транквилизаторов, и доминированием психотерапевтических воздействий, осуществляемых в течение 15-20 сеансов (по 2,5-3 часа каждый, всего около 60 часов). Психотерапевтическая работа проводилась в индивидуальной и групповой формах.

свои переживания в цвете, форме, символическом образе.

В ходе терапии с применением эмоционально-стрессовой методики «динамической активизации холистического отреагирования» пациенты проявляли различные формы эмоционального реагирования на актуальные переживания. Нами были выделены следующих пять форм реагирования: аффективная (1), моторная (2), идеаторная (3), соматическая (4), смешанная (5). Хотя такое разделение достаточно условно, так как большинство больных проявляли смешанные формы реагирования, однако в каждом отдельном случае доминировала какая-то одна. Причем, характер реакции в ходе терапии менялся, с динамичным переходом от одной формы к другой, с последующим вовлечением в процесс всех форм эмоционально-двигательной активности. Последний факт интерпретировался как тенденция к формированию холистических (целостных) форм реагирования, с развитием способности к оптимальной экспрессивности, с последующей многоуровневой интеграцией личности больного.

В ходе сеанса был подмечен тот факт, что стереотипные формы реагирования, характерные для клинической картины заболевания отражаются в сеансах соответствующей ей формой эмоционально-двигательной активности. Так, при доминировании в клинике аффективных расстройств сеанс сопровождался преимущественно аффективной формой реагирования, с чувством страха, внутреннего беспокойства - в начале сеанса и на первых этапах терапии, чувством радости, восторга — почти всегда в конце сеанса и на последующих этапах терапии. Особенности клинической картины заболевания, в структуре которой преобладали моторные расстройства — в сеансах проявлялись в спонтанных движениях рук, ног, головы, всего тела, движениях, имитирующих танец и пр. В свою очередь обилие в клинической картине вегетативных расстройств — в сеансе проявлялось соматической формой реагирования, с множеством

телесных ощущений (боли, спазмы, ощущения холода, жара и др.). Причем, обычно на начальных этапах терапии характер и тип клинических проявлений усиливался («обострение» симптоматики). Это выражалось в усилении депрессивных переживаний, активизации страха, усилении общего чувства дискомфорта, напряжения, обилии вегетативных проявлений, а также появлении новых ощущений — чувства удушья, нехватки воздуха, давящих, сковывающих болей в области головы, ощущения «замкнутого пространства» и ряд других. Некоторые авторы [9,13] также отмечают аналогичный феномен — усиление отрицательных эмоциональных переживаний, «обострение» клинической симптоматики, и называет его «сгущением» — актуализацией самых болезненных и субъективно тягостных, часто бессознательных, подавленных, биографических комплексов (система конденсированного опыта) [13]. Позитивным моментом является то, что такое усиление выраженности переживаний в сеансе не сопровождалось ухудшением состояния больного после сеанса и проявлялось обычно на начальных этапах терапии. Клиническая симптоматика при этом заметно смягчалась, на смену напряженности, скованности приходило ощущение спокойствия, расслабления, аффективный компонент переживаний сменялся на прямо противоположный, с появлением чувства освобожденности, свежести, силы, бодрости, уверенности в себе, соматические и вегетативные проявления «обрывались» на высоте переживаний в сеансе, сменяясь ощущением комфорта, легкости.

Кроме активизации в сеансах отрицательных эмоционально значимых переживаний, осуществлялся доступ к так называемым ресурсным («пиковым» в том числе) [13] состояниям, выражающимся чувством радости, восторга, любви, принятия, ощущениями полетов и др. Исходя из того факта, что в организации поведения значительная роль принадлежит эмоции - аппарату оценки совершившегося действия, и любая форма поведения должна завершиться

положительной эмоцией [1], то переживания опыта положительных эмоций является тем «заключительным аккордом» радикально изменяющим опыт больного, интегрируя травматические переживания в целостный континуум его личного опыта.

Анализ результатов применения эмоционально-стрессовой методики «динамической активизации холистического отреагирования» в комплексной терапии депрессивных невротических расстройств показал, что практически у всех больных наблюдалась достоверная редукция психопатологических проявлений невроза. Динамика ведущей депрессивной и факультативной астено-ипохондрической, тревожно-фобической симптоматики имела достаточно стойкую и необратимую тенденцию к регрессиентности. При оценке функционального состояния ВНС практически у всех пациентов исследуемой группы отмечалась тенденция к стабилизации соматовегетативного статуса. Необходимо также отметить, что большинство больных отмечали факт осознания психологических механизмов своей болезни. В свою очередь, осознание внутриличностных конфликтов, нереализованных потребностей, форм компенсаторно-защитного, стереотипного реагирования на трудноразрешимые конфликтные ситуации, позволило реконструировать систему отношений личности больного в целом. Наконец, опыт, приобретенный в ходе сеансов позволил большинству пациентов изменить стереотипные формы эмоционального реагирования и развить способность к оптимальной экспрессивности (от сдерживания к спонтанности и деятельности, от напряжения, скованности к расслаблению и спокойствию), а также приобрести навыки и развить общую культуру работы с собой.

Таким образом, оценка результатов исследования показала целесообразность использования в терапии невротических расстройств методов, в основе которых лежат техники регулируемого, циркулярного дыхания и динамической работы с переживаниями.

*О.Б. Чучук*

## **ЕМОЦІЙНО-СТРЕСОВА МЕТОДИКА «ДИНАМІЧНОЇ АКТИВАЦІЇ ХОЛІСТИЧНОГО ВІДРЕАГУВАННЯ» В ТЕРАПІЇ ДЕПРЕСИВНИХ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ**

Київська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

На матеріалі 36 хворих з депресивними невротичними розладами була досліджена ефективність застосування емоційно-стресової методики «динамічної активації холистичного відреагування» заснованої на техніках регульованого циркулярного дихання та динамічної роботи з переживаннями.

Отримані результати свідчать про ефективність даної методики у випадках з тривалим перебігом депресивних невротичних розладів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 1 (5). — С.95-99).

*О.В. Chuchuk*

## **STRESS-EMOTIONAL METHOD OF «DYNAMIC ACTIVATION OF HOLISTIC RESPONSE» IN NEUROTIC DEPRESSIVE DISORDERS TREATMENT**

Kiev's Medical Academy of Postgraduate Education

36 patients with neurotic depressive disorders were treated by the method of stress-emotional «dynamic activation of holistic response» based on techniques of manageable circular breath and psychodynamic interpretation of experience.

Obtained results have shown substantial effectiveness of the method in treatment of prolonged neurotic depressive disorders. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 1 (5). — P.95-99).

### *Литература*

1. Вегетативные расстройства «клиника, диагностика, лечение». Под редакцией А.М. Вейна. -М.: Медицинское информационное агенство. - 1998. -749с.

2. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). -М.:Издательство Московского университета. -1984.-198с.

3. Егоров Б.Е. Комплексная эмоционально-стрессовая психотерапия депрессивного невроза и невротической депрессии. Автореферат. М. 1988.

4. Канаева Я.С. Клиническая трансперсональная психотерапия непсихотических депрессивных расстройств. Автореферат. М.1996.

5. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. -М.: Медицина.-1985.-301с.

6. Карвасарский Б.Д. Неврозы (руководство для врачей).-М.:Медицина.-1990.-572с.

7. Кутько И.И., Стефановский В.А., Букреев В.И., Шестопалова Л.Ф. Депрессивные расстройства. Киев: "Здоров'я". -1992.-159с.

8. Коротоножкін В.Г., Поліснюк Ю.М., Чучук О.Б., Шапкарин В.М. Досвід застосування інтегральної психотерапії в лікуванні тривалих неврозів. // Український вісник психоневрології. Харків. 1996, том 4, випуск 5(12), 325-327с.

9. Колосов В.П. Виртуальная терапия как направление эмоционально-стрессовой психотерапии. // Психотерапевт России.-1993, №2, С. 14-27.

10. Рожнов В.Е. Эмоционально-стрессовая психотерапия.- Психотерапевт России.-1993, №2, С. 3-13.

11. Лакошина Н.Д., Трунова М.М. Неврозы, невротические развития личности: клиника и лечение.-М.: Медицина.-1994.-192с.

12. Чучук О.Б. Деякі клінічні аспекти застосування нових методик психотерапії в лікуванні депресивних станів.- Міжнародний конгрес Всеукраїнського лікарського товариства. Дніпропетровськ.1993.

13. Grof S. The holotropic mind (The three levels of human consciousness and how they shape our lives). -San Francisco: 1992.-243s.

Поступила в редакцію 21.09.98г.