

Применение интегративной телесно-ориентированной психотерапии при затяжных депрессивных и тревожных расстройствах

С.В. Яковлев

Психоневрологический диспансер № 21 ЦАО, Москва

РЕЗЮМЕ

В настоящей работе представлены результаты исследования применения интегративной телесно-ориентированной психотерапии пациентов с затяжными депрессивными и тревожными расстройствами. Описаны клинико-психопатологические и индивидуально-психологические характеристики пациентов с затяжными депрессивными и тревожными расстройствами, характеристики психотерапевтического воздействия. Приводится анализ динамики клинико-психопатологических и индивидуально-психологических характеристик пациентов с затяжными депрессивными и тревожными расстройствами после психотерапевтического воздействия.

Проблема эффективной терапии и профилактики затяжных депрессивных и тревожных расстройств приобретает в современных условиях особую актуальность. Зарубежные и отечественные исследователи [5] отмечают увеличение затяжных форм депрессивных и тревожных расстройств. Так, по их данным, затяжные депрессии составляют до 30–40 % среди депрессивных состояний и имеют тенденцию к дальнейшему росту.

По данным исследований, при депрессии и дистимии сочетание с тревожными расстройствами встречается в 80 % случаев (Панюшкина Н.П., Михайлова В.И., 2001), а по S. McElroy тревожная и депрессивная симптоматика сосуществует у 83–96 % больных.

Затяжные депрессивные и тревожные расстройства приводят к нарушению функционирования больных в различных сферах жизни, снижению трудоспособности, качества жизни, суициду [7].

Несмотря на широкий ассортимент препаратов психофармакологического действия, наблюдается уменьшение эффекта от медикаментозной терапии [1, 4, 6, 13].

Несмотря на применение психотерапии в комплексном лечении депрессивных и тревожных расстройств, использование психотерапевтических методик какого-либо одного направления часто не приносит ощутимого результата в силу психотерапевтической резистентности [5], поэтому возникает необходимость в совершенствовании психотерапевтических методов на основе интегративного подхода [11].

Данные проблемы, требующие решения, а также недостаточное количество работ, посвященных психотерапии затяжных депрессивных и тревожных расстройств, направленной на мобилизацию внутренних ресурсов больных, недостаточная освещенность методов саморегуляции в лечении и профилактике затяжных депрессивных и тревожных расстройств определили постановку целей и задач исследования.

Цель исследования: изучение эффективности интегративной телесно-ориентированной психотерапии при затяжных депрессивных и тревожных расстройствах.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Изучение клинико-психопатологических, индивидуально-психологических характеристик больных с затяжными депрессивными и тревожными расстройствами.

2. Обоснование эффективной системы психотерапевтического воздействия для использования в комплексном лечении затяжных депрессивных и тревожных расстройств.

3. Исследование динамики клинико-психопатологических, индивидуально-психологических характеристик больных с затяжными депрессивными и тревожными расстройствами при использовании интегративной телесно-ориентированной психотерапии.

Объект исследования: пациенты с затяжными депрессивными и тревожными расстройствами

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для решения поставленных задач были обследованы 157 пациентов в возрасте от 18 до 59 лет. Группу исследования составили 107 человек с затяжными депрессивными и тревожными расстройствами (74 женщины, или 69,2 %, и 33 мужчины, или 30,8 %). Группу сравнения составили 50 человек. Диагностированные затяжные депрессивные и тревожные расстройства соответствовали критериям МКБ-10 и включали рекуррентное депрессивное расстройство (F.33), дистимию (F.34.1), смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F.41.2). Критерии отбора включали длительность этих расстройств от 2,8 лет при терапевтических ремиссиях с обратимостью депрессивных расстройств в результате терапии, восстановлением доболезненного уровня качества жизни без признаков негативных изменений и сохранением уровня социально-трудовой адаптации, повторные поступления на лечение в данном году.

Из исследования исключались больные с психотическим, предпсихотическим и постпсихотическим состоянием в рамках шизофрении, а также больные с органическими расстройствами ЦНС, биполярными и шизоаффективными расстройствами.

Средний возраст изученных пациентов составил $42 \pm 10,3$ лет (преобладали женщины от 25 до 50 лет) с длительностью заболевания от 3 до 5 лет (54,2 %).

Пациенты группы исследования в качестве основного лечения проходили курс интегративной телесно-ориентированной психотерапии, состоящий из 10 занятий по 2 часа 5 раз в неделю на протяжении 2 недель, в качестве дополнительного метода использовалась клинически обоснованная медикаментозная терапия. Пациенты группы сравнения не подвергались психотерапевтическому воздействию и получали только клинически обоснованную медикаментозную терапию.

Основными методами исследования были клинико-психопатологический и экспериментально-психологический. В качестве методологической основы использовалась концепция личности на базе глубинно-психологического подхода. Клинико-психопатологический

метод использовался для определения синдромальной картины структуры аффективных расстройств, изучения клинических особенностей затяжных депрессивных и тревожных расстройств и их связи с индивидуально-психологическими характеристиками личности, а также для анализа эффективности психотерапевтического воздействия.

Выбор экспериментально-психологических методов определялся методологией исследования. Применявшиеся методики отличались глубинно-психологической направленностью интерпретации результатов тестирования, объединяющей данные психодиагностики с методом психотерапевтического воздействия. Использовались психодинамически-ориентированные методики: 1) модифицированный тест Шмишека и 2) Хенд-тест [2, 3], позволяющие рассматривать связь психопатологических проявлений с особенностями личности и бессознательными переживаниями пациентов; 3) тест Сонди, результаты которого позволяли увидеть тенденции динамики картины побуждений и сферы «Я» до и после психотерапевтического воздействия. В ходе исследования выяснялась взаимосвязь между клиническими проявлениями, личностными особенностями пациентов и компонентами бессознательных процессов, способствующих затяжному течению депрессивных и тревожных расстройств.

Степень обоснованности и достоверности результатов подтверждена статистической обработкой полученных данных на основе программной системы Excel. В соответствии с целями и задачами исследования выполнялись расчет следующих статистических характеристик: средних значений, стандартных отклонений от средних значений. Для анализа динамики проводилась оценка сдвига учитываемых показателей, изменение средних значений рассматриваемых параметров в основной группе и группе сравнения больных с затяжными депрессивными и тревожными расстройствами. Достоверность различий сравниваемых показателей определялась по критерию знаков G, учитывались результаты достоверности не ниже 1 % уровня значимости ($p \leq 0,01$).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСЛЕДОВАНИЙ

Клинико-психопатологические и индивидуально-психологические характеристики пациентов с затяжными депрессивными и тревожными расстройствами

В психопатологической структуре аффективных нарушений у больных с затяжными депрессивными и тревожными расстройствами, исходя из преобладания симптоматики, были выделены депрессивный (у 25,2 % больных), тревожно-депрессивный (у 39,2 % больных) и депрессивно-тревожный (у 35,5 % больных) синдромы. У больных в разной степени наблюдались тоскливость и тревожность, однако без витального характера и суточных колебаний настроения, симптомы идеаторного или моторного торможения, нарушения сна в виде затруднения засыпания и прерывистости сна, нестойкие идеи вины и малоценности. У части больных (38 %) психопатологическая картина отличалась более сложной структурой, с наличием обсессивной, тревожно-фобической симптоматики с ипохондрическими и сенестоподобными включениями, однако без склонности к расширению их круга и нарастанию интенсивности. У всех больных наблюдались ощущения вялости, разбитости, снижение работоспособности, проявления апатии и ангедонии различной степени выраженности с тенденцией к обратному развитию. Тревога носила либо беспредметный характер с ощущениями внутреннего напряжения, либо имела направленность на себя или близких. Преморбидный период характеризовался наличием у пациентов акцентуа-

Таблица 1. Клинико-психопатологические проявления в группе исследования, %

Клинические проявления	Подгруппа А	Подгруппа В
Сниженное настроение	88	100
Сниженная активность и/или работоспособность	83	100
Снижение темпа и/или продуктивности мышления	64	76
Нарушения сна	100	100
Тревога	100	58
Обсессивные и ипохондрические включения	69	18

ций, в основном, смешанного типа. Началу заболевания предшествовали длительные стрессовые ситуации низкой или средней интенсивности. По выходе в ремиссию грубых изменений в личностной структуре по сравнению с преморбидным периодом не наблюдалось. При оценке психического состояния у всех исследуемых отмечалось сочетание тревожных и депрессивных симптомов разной степени выраженности (табл. 1), что нашло подтверждение в психодиагностическом тестировании исследуемых, позволившем выделить преимущественно тревожных (подгруппа А, 39,3 %) и преимущественно депрессивных (подгруппа В, 60,7 %).

У пациентов подгруппы А отмечалась повышенная личностная тревожность, склонность к беспокойству и волнениям по самым незначительным поводам, непродуктивная активность, склонность к психосоматическим расстройствам, ощущение недостаточности контроля над ситуацией, неустойчивость настроения, трудности в самореализации, расширении своего жизненного опыта, беспомощность в ситуациях, требующих принятия быстрых решений, переполненность всевозможными опасениями за свое будущее, неспособность по-настоящему доверять ни себе, ни окружающим людям, а также страх перед авторитетами; боязнь любых неожиданностей; затруднения в концентрации внимания; выраженные телесные вегетативные реакции (потливость, учащенное сердцебиение, головокружение), неспособность обращаться за помощью и поддержкой в трудных жизненных ситуациях. Данные характеристики полностью соответствовали критериям выраженного деструктивного страха по Г. Аммону [9].

Пациентов подгруппы В объединяли такие характеристики, как обидчивость, скрытность, замкнутость, склонность к самообвинениям, снижение активности и работоспособности, зависимость от объекта привязанности с тенденцией к жертвенности в отношениях, нерешительность, робость, стеснительность, апатия, трудности в самореализации, ограниченный ролевой диапазон, запрет на открытое выражение агрессии, пессимистический взгляд в отношении будущего, проблемы доверия. Данные характеристики личности соответствовали критериям дефицитарной агрессии по Г. Аммону [9]. Вышеописанные характеристики обеих подгрупп в группе исследования и группе сравнения достоверно ($p < 0,01$) не отличались, что подтверждалось данными экспериментально-психологических методик.

Характеристики системы психотерапевтического воздействия

Интегративная телесно-ориентированная психотерапия представляет собой систему психотерапевтического воздействия, оптимально сочетающую телесно-ориентированную психотерапию с элементами символдрамы, рационально-суггестивной психотерапии, поведенческой психотерапии, танцевально-двигательной психотерапии, оздоровительных практик и направленную на работу с клиническими проявлениями, личностью и бессознательными переживаниями

Таблица 2. Психотерапевтическое воздействие на клинические симптомы

Клинические проявления	Тактика психотерапевтического воздействия
Сниженное настроение	Использование техник, вызывающих управляемую возрастную регрессию, мажорной ритмичной музыки, танцевально-двигательных элементов. Работа с границами «Я» и чувством вины. Телесно-экзистенциальная проработка жизненных «взлетов и падений». Формирование у пациента позитивного образа «Я»
Сниженная активность и/или работоспособность	Применение дыхательных техник в сочетании с движением на базе упражнений тайцзицюань. Символодраматическая работа с обидами. Работа, направленная на нахождение и фиксирование ресурсных состояний с помощью техник направленного воображения, «танца силы»
Снижение темпа и/или продуктивности мышления	Развитие эмоционального и ролевого диапазона, спонтанности и креативности через аутентичный танец. Использование техник М. Александра для трансформации неоптимального двигательного стереотипа
Нарушения сна	Применение медитативных техник с элементами суггестии
Тревога	Динамическая медитация, работа с голосом, релаксирующие и «заземляющие» упражнения по В. Райху и А. Лоуэну для достижения эмоционального равновесия
Обсессивные и ипохондрические включения	Использование ритмического музыкального воздействия в проработке темы утраты и смерти. Обучение пациентов навыкам осознания своей скрытой агрессии и её контролированному использованию

пациентов. Целью интегративной телесно-ориентированной психотерапии при затяжных депрессивных и тревожных расстройствах являлось как купирование клинических проявлений, так и восстановление нарушенных психических и телесных аспектов функционирования, с учетом бессознательных факторов, способствующее осознанию вытесняемых потребностей и конфликтов личности, мобилизации внутренних ресурсов для адаптации в социуме.

Основными принципами интегративной телесно-ориентированной психотерапии при затяжных тревожных и депрессивных расстройствах является комплексный характер терапии, направленный на звенья патогенеза данных расстройств; клиническая обоснованность; этапность и непрерывность психотерапевтического воздействия; индивидуальный подход с учетом соматического и психического состояния; доступность в освоении и самостоятельном использовании.

Психотерапевтическое воздействие было направлено на решение таких задач, как:

- снижение уровня тревоги, повышение и стабилизация настроения, повышение активности и работоспособности;
- изменение дезадаптивных установок личности через осознание вытесненных эмоциональных переживаний и получение доступа к внутренним ресурсам;
- обеспечение эмоциональной поддержки и принятия;
- повышение стрессоустойчивости через расширение ролевого диапазона и развитие навыков адекватного поведенческого реагирования;
- создание новых целеполагающих установок, направленных на ощущение удовольствия от жизни и достижение гармоничного функционирования.

Решение данных задач предусматривает интеграцию и укрепление структур Эго через трансформацию дефицитарных и деструктивных составляющих

Таблица 3. Психотерапевтическое воздействие на компоненты индивидуально-психологических особенностей

Компоненты индивидуально-психологических особенностей	Тактика психотерапевтического воздействия
Гиперморальные установки	Изменение стереотипов мышления и усиление связи с реальностью через ощущения пациентом своего тела посредством упражнений, суггестивного воздействия, притч и метафор, через получение обратной связи от участников группы
Ригидность мышления	Работа с убеждениями пациента и расширение его ролевого диапазона с использованием танцевально-двигательных приемов, аутентичного движения
Склонность к подавлению агрессивных аффектов (дефицитарная агрессивность)	Работа с телом, направленная на ощущение границ «Я». Использование голосовых техник и принципов будо. Парные техники с использованием элементов ушу
Повышенная эмоциональность и эмоциональная лабильность, обидчивость	Освоение пациентами принципов выстраивания и заземления тела для достижения баланса. Техники дыхания и визуализация образов для нахождения ресурсного состояния с последующим его закреплением. Символодраматическая работа с обидами
Высокий уровень недоверия в сочетании с наивностью	Одиночные и парные техники, выполняемые с закрытыми глазами, направленные на развитие доверия, уверенности в себе при действии в новых, незнакомых ситуациях
Склонность к жертвенности при вытесненном доминировании	Осознание пациентами этих склонностей в себе через одиночные и парные двигательные техники, обсуждение и рациональное объяснение данных особенностей. Создание образа «золотой середины»
Скрытность и непродуктивное общение	Объяснение через результаты одиночной и парной работы особенностей данного поведения. Упражнения на саморефлексию, эмпатию, развитие навыков невербального общения

в конструктивные [9], формирование дифференцированной и адекватной оценки себя и объекта, редукцию конфликта с нереалистичным Эго-идеалом и ожиданиями и распределение ответственности между индивидом и его референтной группой.

Поддержание желаемого психического состояния достигается путем саморегуляции с помощью двигательных упражнений, дыхательных техник и визуализации определенных образов. Психотерапевтическое воздействие шло в трех направлениях: работа с клиническими проявлениями; работа с личностью пациентов; работа с бессознательными переживаниями пациентов (табл. 2–4).

Преимуществами интегративной телесно-ориентированной психотерапии при затяжных депрессивных и тревожных расстройствах перед другими психотерапевтическими методами являются:

- эффективность при «закрытости» пациента, снижении мотивации к лечению, при алекситимии, когда «язык тела» является единственной возможностью пациента рассказать о своих первичных внутренних проблемах;
- возможность уменьшить защитные механизмы сопротивления;
- выстраивание адекватного образа «Я» через практический опыт межличностного взаимодействия;
- относительная простота и доступность освоения навыков за относительно короткий период, способствующие использованию их для саморегуляции.

Анализ динамики клинико-психопатологических и индивидуально-психологических характеристик пациентов с затяжными депрессивными и тревожными расстройствами после психотерапевтического воздействия

Анализ динамики индивидуально-психологических характеристик пациентов с затяжными депрессивными и тревожными расстройствами в исследуемой группе после интегративной телесно-ориентированной психотерапии и в контрольной группе проводился по следующим показателям экспериментально-психологических методик:

- в подгруппе А – застревание, педантичность, тревожность, циклотимность, зависимость, пассивность, напряжение, увечность;
- в подгруппе В – гипертимность, застревание, эмотивность, демонстративность, дистимия, интроверсия, зависимость, управление, приобретение, активность.

После проведения психотерапии достоверно ($p < 0,01$) выявлено, что по результатам теста Шмишека у 75 % пациентов подгруппы А значения по фактору «тревожность» ($14,28 \pm 2,27$ при норме ≤ 12) и «циклотимность» ($13,35 \pm 2,4$ при норме ≤ 12) практически нормализовались, значения по фактору «педантичность» ($13,9 \pm 1,92$ при норме 10–14) снизились до умеренно повышенных, нормализовались значения по фактору «возбудимость» ($14,5 \pm 1,61$ при норме 10–14) (рис. 1). По тесту Сонди наблюдалось изменение в векторе Р (е- hu+, е± hu+), что говорило о расширении ролевого диапазона и росте адаптивных возможностей (табл. 5). Пациенты от-

Таблица 4. Психотерапевтическая работа с бессознательными переживаниями

Бессознательные конфликты и их последствия	Тактика психотерапевтического воздействия
Недостаток родительской любви или неудовлетворенные нарциссические потребности, приводящие к зависимости от объекта или потребности	Обсуждение позиций «Взрослый», «Ребенок», «Родитель». Вхождение в ресурсное состояние и символдраматическая работа по всем позициям, включая диалог с родителями, с собой в детстве, с желаемым образом себя. Массаж, палсинг, техники по Розен
Нарушение базового доверия	Выполнение упражнений «Колыбель», «Стакан», «Слепой и поводырь» с целью осознания пациентами проблемы на телесном уровне, объяснение причин, выработка навыков доверия с использованием законов формальной логики
Нарушение образа телесного «Я»	Телесно-двигательные техники по В. Райху, А. Лоуэну, А. Кадочникову. Работа с ложными убеждениями и установками рационально-когнитивными методами
Нарушение сепарации-индивидуации	Выполнение пациентами «Танца пяти движений» с фиксацией на ощущениях тела, упражнений «шестеренки» с целью «встреч-расставание» с последующей интерпретацией и обсуждением. Формирование навыков автономного функционирования через осознание родительских установок и определение их связи с реальностью
Комплекс неполноценности	Формирование адекватной самооценки и её повышение через мобилизацию внутренних ресурсов тела с использованием элементов техник цигун, волнового движения, тайцзицюань. Использование позитивного мышления и принципов выстраивания тела для повышения уверенности в себе

Рис. 1. Терапевтическая динамика группы исследования в подгруппе А по данным теста Шмишека после телесно-интегративной психотерапии

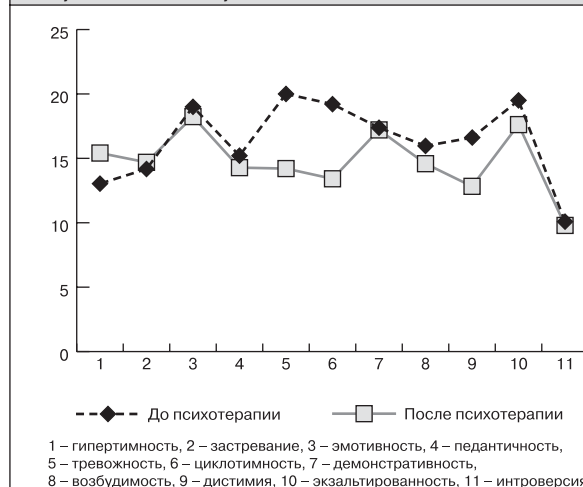


Таблица 5. Динамика по тесту Сонди у подгруппы А после психотерапии

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
+	–	+	±	+	+	±	+
		±	+	0			
+	–!	–	–	–!	±	–	+

Примечание. Белым цветом выделен профиль после психотерапии, черным цветом – до психотерапии.

мечали, что смогли расширить рамки своих запретов и испытывали от этого положительные эмоции без привычного чувства вины.

По результатам Хенд-теста в подгруппе А достоверно ($p < 0,01$) изменилось соотношение ответов категории «активность» и «напряжение», что также свидетельствовало о снижении тревоги, а уменьшение ответов категории «увечность» – о проработке бессознательного комплекса неполноценности (рис. 2). На клиническом уровне это нашло выражение в улучшении сна, прекращении постоянного ощущения внутреннего напряжения, тревожных мыслей, купировании сопутствующих психосоматических симптомов и улучшении работоспособности.

У пациентов подгруппы В после психотерапии достоверно ($p < 0,01$) отмечалось уменьшение значений факторов «интроверсия» (до $13,7 \pm 2,8$ после $11,49 \pm 2,28$), «застревание» (до $15,04 \pm 3,28$ после $14,8 \pm 1,86$), «педантичность» (до $16,27 \pm 4,21$ после $14,58 \pm 2,2$) и «дистимия» (до $20,18 \pm 2,18$ после $14,07 \pm 1,75$), повышение по факторам «гипертимность» (до $7,75 \pm 2,04$ после $14,67 \pm 2,19$), «возбуди-

Рис. 2. Терапевтическая динамика группы исследования в подгруппе А по данным Хенд-теста



Рис. 3. Терапевтическая динамика в подгруппе с преобладанием депрессивных расстройств по данным теста Шмишека

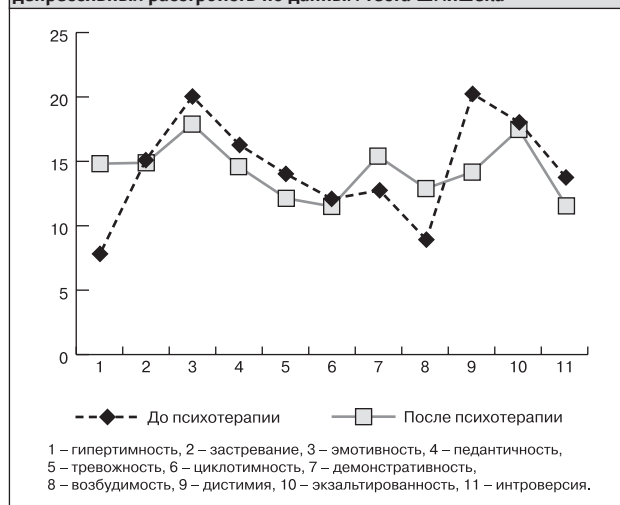


Таблица 6. Динамика по тесту Сонди у подгруппы В после психотерапии

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
+	+	0	±	–	–	–	+
+	+	0	±	–	–	–	±
+	0	0	–	–	±	–	+

Примечание. Белым цветом выделен профиль после психотерапии, черным цветом – до психотерапии.

мость» (до $8,9 \pm 4,17$ после $12,8 \pm 1,87$) и «демонстративность» (до $12,76 \pm 3,24$ после $15,23 \pm 1,53$), что соответствовало улучшению настроения, повышению активности (в т. ч. и социальной), гибкости мышления и росту толерантности к депрессогенным факторам (рис. 3).

В картине факторов теста Сонди была следующая динамика (e0 hy+, k- p-, d0 m+, d- m±, d± m+), которая свидетельствовала об увеличении круга общения, возможности говорить о своих чувствах, появлении определенных целей в жизни, повышении работоспособности (табл. 6). В Хенд-тесте достоверно ($p < 0,01$) изменилось соотношение ответов категорий «зависимость», «общение», «пассивность», «напряжение», говорящее в пользу расширения круга общения, повышения работоспособности и общего уровня активности. Уменьшение ответов категории «увечность» свидетельствовало о проработке установок бессознательного комплекса неполноценности (рис. 4).

Таким образом, по результатам исследуемой группы можно говорить об определенных изменениях в структуре личности, что свидетельствует о проработ-

Рис. 4. Терапевтическая динамика группы исследования в подгруппе с преобладанием депрессивных расстройств по данным Хенд-теста

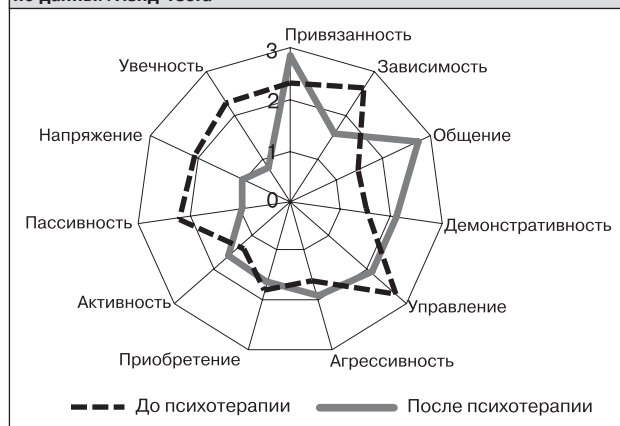


Таблица 7. Динамика клинико-психопатологических появлений в исследуемой группе после психотерапии

Клинические проявления	До психотерапии, %		После психотерапии, %	
	Подгруппа А	Подгруппа В	Подгруппа А	Подгруппа В
Сниженное настроение	88	100	10	18
Сниженная активность и /или работоспособность	83	100	12	23
Снижение темпа и/или продуктивности мышления	64	76	16	21
Нарушения сна	100	100	28	14
Тревога	100	58	17	7
Обсессивные и ипохондрические включения	69	18	15	3

ке бессознательного психотравмирующего материала у пациентов.

Клиническая динамика данной подгруппы выразилась в нормализации настроения, улучшении сна, увеличении активности, купировании самообвинения, повышении уверенности и самооценки, уменьшении обидчивости, появлении новых увлечений и интересов. Клиническая динамика в обеих подгруппах представлена в табл. 7.

Ретестирование через 14 дней в подгруппе А группы сравнения показало достоверно ($p < 0,01$) значимую динамику только по 1–2 факторам: в тесте Шмишека только по факторам «тревожность» ($18 \pm 0,97$) и «циклотимность» ($16,2 \pm 1,5$), а в подгруппе В только по фактору «дистимия» ($17,3 \pm 1,66$) без существенной динамики по другим факторам. Клиническая динамика была незначительной. Наряду с улучшением ночного сна и аппетита присутствовали затрудненное просыпание и дневная сонливость. В таблице 8 представлены результаты применения интегративной телесно-ориентированной психотерапии в группе исследования. Результаты катamnестического опроса и ретестирования исследуемой группы через 14 месяцев достоверно ($p < 0,01$) показали зависимость эффективности ремиссии от регулярности выполнения лечебно-реабилитационных техник и упражнений, что выразилось в приближении к тестовой норме (10–14 баллов) у 65,3 % пациентов, выполняющих упражнения с рекомендованной регулярностью два раза в неделю. За данный период отсутствовали повторные обращения и госпитализации.

У 84 % пациентов группы сравнения было отмечено повторное обращение в связи с ухудшением состояния через $6 \pm 1,9$ месяцев. У пациентов не наблюдалось позитивных изменений в отношениях с ближайшим окружением и сохранялся высокий уровень конфликтных ситуаций в профессиональной жизни, что, со слов пациентов, служило причинами ухудшения состояния.

Таблица 8. Результаты интегративной телесно-ориентированной психотерапии в группе исследования

Пол/эффект	Значительное улучшение	Улучшение	Положительная динамика при прерванной терапии
Женщины	17 – 10 из группы В, 7 из группы А (15,8 %)	52 – 34 из группы В, 18 из группы А (48,6 %)	7 – 2 из группы А, 5 из группы В (6,6 %)
Мужчины	8 – 3 из группы А, 5 из группы В (7,5 %)	22 – 15 из группы А, 7 из группы В (20,6 %)	1 из группы А (0,9 %)
Всего 107 (100 %)	25 (23,3 %)	74 (69,2 %)	8 (7,5 %)

ВЫВОДЫ

1. Основным фактором, участвующим в формировании и поддержании затяжного течения депрессивных и тревожных расстройств, является патологический эмоционально-поведенческий комплекс, обусловленный достоверно значимым преобладанием ($p < 0,01$) в структуре личности пациентов факторов дефицитарной агрессивности и деструктивного страха, проявляющийся в виде депрессивного и тревожного синдромов различной выраженности.

2. Основой патологического эмоционально-поведенческого комплекса служат бессознательные переживания, которые входят в состав «ядер ущемленных аффектов», активирующихся под воздействием внешних неблагоприятных условий, напоминая первичные психотравмы. Именно неразрешенные бессознательные переживания определяют дезадаптивное поведение пациентов и приводят к формированию и поддержанию затяжных депрессивных и тревожных расстройств.

3. Эффективная система психотерапевтического воздействия при затяжных депрессивных и тревожных расстройствах должна представлять собой оптимальное сочетание приемов и техник, направленных на трансформацию дефицитарных и деструктивных компонентов личности пациентов в конструктивные, с обязательной проработкой бессознательных переживаний на телесном уровне.

4. Высокая эффективность групповой телесно-интегративной психотерапии обеспечивается методикой психодиагностики (а именно модификацией Хенд-теста, методики Шмишека, тестом Сонди), способными определять глубинно-психологическую картину личности. Использование данных методик делает процесс терапии и реабилитации при затяжных депрессивных и тревожных расстройствах контролируемым и индивидуально направленным.

5. Положительная динамика у пациентов с затяжными депрессивными и тревожными расстройствами при использовании групповой интегративной телесно-ориентированной психотерапии обусловлена проработкой бессознательных переживаний и достоверно значимой ($p < 0,01$) редукцией дефицитарной агрессии и деструктивного страха в структуре личности. Увеличение сроков ремиссии достигается профилактическим использованием пациентами полученных навыков в процессе психотерапии.

6. Интегративная телесно-ориентированная психотерапия в лечении затяжных депрессивных и тревожных расстройств высокоэффективна как на госпитальном этапе в рамках краткосрочной психотерапии, так и в качестве долгосрочной психотерапии

в амбулаторных условиях, с акцентом на регулярном выполнении пациентами лечебно-профилактического комплекса упражнений и техник групповой интегративной телесно-ориентированной психотерапии.

Литература

1. Аведисова А.С., Бородин В.И. Нежелательные явления при фармакотерапии пограничных психических расстройств // Психиатрия и психофармакотерапия. 2003. Т. 5. № 3. С. 96–100.
2. Вигдорчик М.И. Психодинамический подход к проблеме акцентуаций. Акцент 2-90. Кемерово, 1995. – 58с.
3. Вигдорчик М.И. Хэнд-тест. Методические рекомендации. Кемерово, 1998. – 37с.
4. Вовин Р.Я., Аксёнова И.О. Затяжные депрессивные состояния. Л.: Медицина, 1982.
5. Галиев Р.Ф. Психотерапевтическая резистентность у больных неврозами / Дисс. на соискание ученой степени к. м. н. СПб., 1998.
6. Краснов В.Н. Болезненная психическая анестезия в структуре депрессий // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. TLXXVIII вып. 12. М., 1978. 1835–1840.
7. Краснов В.Н. Особенности суицидальных проявлений при циркулярных депрессиях (структурно-динамический и возрастной аспекты) // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии: сб. науч. тр. М., 1989.
8. Дикая Т.И. Затяжные и хронические эндогенные депрессии / Автореферат дисс. на соискание ученой степени к. м. н. М., 2005.
9. Очерки динамической психиатрии. Трансультуральное исследование / под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. СПб.: Институт им. В.М. Бехтерева, 2003. 438 с.
10. Шушарджан С.В. Музыкаотерапия и резервы человеческого организма. М., 1998. 348 с.
11. Эйдемиллер Э.Г., Вовк А.И. Метод «Теплые ключи»: новая технология групповой психотерапии и тренингового обучения // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. СПб., 1992. Т. 4.
12. Яковлев С.В., Использование экспресс-психодиагностики в работе психотерапевта клиники пограничных расстройств // Журнал научных публикаций аспирантов и докторантов. 2008. 4.
13. Kellner R. (1992) The treatment of hypochondriasis: to reassure or not to reassure? The case for reassurance // International Review of Psychiatry, 4, 71–80.
14. Akiskal H.S., Mayhal R.F., Pawns J. M. Overview of chronic-resistant depressions // psychiatry in the 80's. Ideas, research, practice. 1989. V. 7. N 3. P. 4–5.
15. Kohut, Heinz. and Wolf, Ernest. «The Disorders of the Self and Their Treatment: An Outline.» International Journal of Psycho-Analysis, Vol. 59, 1978.
16. Maurer Y. The body in psychiatric and psychptherapeutic treatment/ Theoretical and applied studies – a review // Schweiz. Arch. Neurol.psychiatr. 1987. V. 138(3). – P. 49–60.
17. McPartland J, Miller B. bodywork therapy system // Phys Med Rehabil Clin N Am. 1999, Aug. V. 10 (3). P. 583–602.
18. Payne H. Introduction // Dance Movement Therapy: Theory and Practice. London & N. Y., 1992. P 1–17.
19. White R.B. Current Psychoanalytic Concepts of Depression // Phenomenology and Nretment of Depression. N.Y., 1977. P. 127–139.
20. Wooten S. Rosen Method // MASSGE Magazine. 1993, July/August. N 44.