



УКРАЇНА

(19) UA (11) 23827 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 10/02МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ИНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) ЗАСІБ ЛІКУВАННЯ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК

1

(21) u200700443
(22) 16.01.2007
(24) 11.06.2007
(46) 11.06.2007, Бюл. № 8, 2007 р.
(72) Марута Наталія Олександрівна, Панько Тама-
ра Василівна
(73) ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ ТА НАР-
КОЛОГІЇ АМН УКРАЇНИ

2

(57) Засіб лікування невротичних розладів у жінок за допомогою індивідуальної та групової психотерапії, який **відрізняється** тим, що на основі фармакотерапії проводять систему психотерапевтичних заходів, яка складається з 4-х етапів і включає техніки нейро-лінгвістичного програмування, психосинтезу та психодрами з урахуванням тендерної специфіки, протягом 3-4 місяців.

Засіб відноситься до області медицини, точніше психіатрії, та може бути використаний для лікування жінок хворих на невротичні розлади за допомогою комплексної системи психотерапії та фармакотерапії.

Сучасний етап характеризується наявністю різноманітних засобів психотерапії при лікуванні хворих на невротичні розлади.

Існує засіб психотерапевтичної корекції жінок з сексуальними порушеннями невротичного ґенезу [Т.В. Панько. Принципи психотерапії жінок з сексуальними порушеннями невротического генеза // Український вісник психоневрологи. – Т.11, вип. 1 (34). – 2003. – С. 86-88.], що передбачає використання психотерапії, яка спрямована на «перебудову» психологічних настанов жінок хворих на невротичні розлади з сексуальними порушеннями, як відносно самих сексуальних порушень, так і взаємовідносин з чоловіками, становлення адекватних уявлень відносно себе, свого функціонування, корекцію сексуальної дисгармонії. Однак, розроблена система психотерапевтичної корекції має деякі недоліки: система психотерапії обмежена спрямованістю на корекцію сексуальних порушень при невротичних розладах і в меншій мірі враховує психокорекцію самих невротичних розладів. Такий підхід обмежує ефективність терапії, не сприяє попередженню рецидиву захворювання та виключає можливість застосування цього комплексу терапії у жінок з відсутністю сексуальних порушень в структурі невротичного розладу.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення лікування невротичних розладів у жінок за допомогою системи психотерапевтичних заходів на основі фармакотерапії, яка спрямована на "перебудову" психологічних настанов жінки, адекватне розуміння та сприйняття самої хвороби

та власного реагування на психотравмуючі чинники, набуття нового більш сприятливого досвіду для подальшого функціонування з урахуванням гендерної специфіки формування даної патології, що забезпечить підвищення ефективності лікування жінок хворих на невротичні розлади.

Для досягнення високого ефекту від проводжуємої терапії у жінок хворих на невротичні розлади детально вивчаються скарги та виділяються провідні психопатологічні синдроми, проводиться аналіз психотравмуючих чинників, які спостерігаються в кожному конкретному випадку, оцінюються ступінь задоволеності у різних сферах життя (отриманою освітою, професією, сімейним та соціальним статусом, умовами житла), також проводиться аналіз особистісних особливостей системи міжособистісних відносин в різних сферах життя та психологічної статі особистості. Комплекс отриманих даних враховується при розробці терапевтичної тактики. Корисна модель складається з 4 етапів, кожний з яких включає проведення фармако- та психотерапію.

Спосіб здійснюється таким чином.

1. етап лікування (стабілізуєчий), незалежно від невротичного розладу, носить стабілізуєчий характер та спрямований на зменшення вираженості психопатологічної симптоматики, рівня емоційної реактивності за допомогою фармакотерапії, що сприяє максимальній реалізації ефектів психотерапевтичних засобів. Поставлена мета досягається завдяки використанню фармакотерапії та індивідуальної психотерапії. Індивідуальна терапія на I етапі носить седативний та роз'яснювальний характер. Під час її проведення на цьому етапі хворим роз'яснюються причини виникнення захворювання, не обхідність зміни відношення до тих чи інших психотравмуючих подій власного життя, до

(19) UA (11) 23827 (13) U

своїх переживань та відчуттів, тендерні механізми формування невротичних розладів. Тривалість I етапу становить 5-6 днів.

2. етап лікування (основний) спрямований на подальшу стабілізацію емоційного стану пацієнток, подолання генералізації психогенії та формування більш адекватних уявлень про саму хворобу, усвідомлення недоцільності і неадекватності певних психологічних настанов і уявлень відносно різних життєвих ситуацій, особливо психотравмуючого характеру, власних засобів реагування і їх недостатності на даному етапі життя, формування уявлень про можливість напрацьовувати і використовувати якісно новий досвід функціонування, пов'язаний з адаптивною тендерною поведінкою. Для цього використовується, перш за все, групова психотерапія, тактика якої при невротичних розладах у жінок виходить за межі класичної методики і включає компоненти психодрами, техніки нейролінгвістичного програмування (рефреймінг - перетворення, накладення ресурсу на проблему і приєднання до майбутнього), прийоми психосинтезу (виділення субособистостей, техніка «розсадження по стільцях», функціональний аналіз субособистостей) та психогімнастики. Використовування психодрами у межах групової психотерапії дозволяє пацієнткам з новою силою пережити ті або інші психотравмуючі моменти, оцінити власні реакції, отримати можливість оцінити ефективність комунікацій з позиції тендерного підходу.

Застосування технік нейролінгвістичного програмування спрямоване на адаптивне використання ресурсних переживань, захисних форм поведінки, перенесення досягнутих в процесі психотерапії результатів в реальне життя.

За допомогою прийомів психосинтезу підвищується когнітивна диференціація «Я-образу» (в тому числі і його тендерних компонентів) шляхом співвідношення субособистостей, що виділяються за вербально фіксуються з тими або іншими когнітивними складовими «Я-образу» пацієнток. При цьому підвищується адекватність самосприйняття і, як наслідок, - рівень успішності особистісного функціонування в особистісно-ситуаційних взаємодіях. Критерієм успішності є поява у пацієнток усвідомлення відмежування себе від окремих субособистостей і отримання в такий спосіб здатності їх рефлексувати і контролювати. Потім проводиться робота з вербально зафіксованими субособистостями з метою диференціації кожної з них від інших, що відображає окремих когнітивний аспект «Я-образу»; комунікація між субособистостями («переговори» між ними) та об'єднання їх в гнучкі «функціональні групи», необхідний для здійснення тієї або іншої діяльності (в першу чергу адекватних тендерних комунікацій), ухвалення того або іншого рішення, для адекватного реагування в особистісно-значущій ситуації. Тривалість II етапу становить 10-12 днів.

3. етап (активуючий) спрямований на остаточне усунення симптоматики та реалізацію нових, більш адаптивних форм і моделей поведінки, придбання досвіду пізнання самих себе і оточуючого середовища. На даному етапі хворі продовжують лікування за допомогою фармакотерапії, групової

психотерапії, в межах якої використовуються техніки нейролінгвістичного програмування і психосинтезу і приєднується функціональний тренінг, який дозволяє під контролем лікаря реалізувати і оцінити успішність або неуспішність власних дій, оцінок, очікувань. Тривалість III етапу становить 5-6 днів.

4. етап терапії (підтримуючий) проводиться амбулаторно (в умовах психоневрологічних диспансерів або психотерапевтичних кабінетів загальносоматичних поліклінік). Метою цього етапу є адаптація пацієнтів в реальних умовах життя. Мета досягається за допомогою використання раціональної психотерапії, функціонального тренінгу та групової психотерапії, яка носить підтримуючий та корегуючий характер. Тривалість етапу становить 3 - 4 місяці. На цьому етапі можливий прийом підтримуючих доз фармакологічних засобів.

Застосування засобу лікування приводить до нормалізації психоемоційного стану пацієнток, покращує його, змінює відношення до хвороби та психотравмуючих чинників, підвищує функціонування жінок.

Приклад. Хвора В. 35 років, історія хвороби № 244. Знаходилась в відділенні неврозів та пограничних станів з діагнозом: тривожно-фобічний розлад.

Скарги під час поступлення до стаціонару: на тривогу, страх смерті, страх, що з нею щось станеться, страх смерті суттєво посилюється під час приступів з приливами до голови («в голові як кип'яток»), запамороченням, коливанням артеріального тиску від 80/60 до 140/90 мм.рт.ст., при цьому, розвивається паніка, «хочеться бігти куди-небудь, щоб хтось допоміг»; гірше почувається, коли залишається одна, зниження настрою, порушення сну, не може самостійно користуватися транспортом, ходити в магазин, тощо, погано переносить скупчення людей, періодично турбує серцебиття, неприємні відчуття в області серця, відчуття «груди в горлі», спазми за грудиною, ватність в руках, ногах.

Анамнез хвороби: хворіє на протязі 4 років. Перші симптоми хвороби виникли під час поїздки на автомобілі, коли була задуха і вперше виникло серцебиття, нестачі повітря, які супроводжувалися тривогою, страхом, панікою. Дуже перелякалася свого стану, виникло відчуття очікування нападів і вони стали повторюватися спочатку в транспорті, потім в ситуаціях не пов'язаних з їздою. Після виникнення перших симптомів з'явилося побоювання, що в неї може розвинути інфаркт, як і в її матері, за якою вона доглядає на протязі 2 років. Стала боятися виходити з дому. Зверталася до кардіологів, невропатологів, психотерапевтів, двічі лікувалася у відділенні неврозів, відчувала себе деякий час після лікування краще. Теперішнє погіршення пов'язує з двома ситуаціями - конфліктами із чоловіком (чоловік не розуміє її хвороби, не приділяє уваги її важкому стану) і лікування у зв'язку з ОРВІ.

Анамнез життя: розвиток у дитинстві без особливостей. Освіта незакінчена вища. Останні 2 роки не працює у зв'язку з хворобою. Одружена, шлюб другий. Має двох дітей. Відносини в сім'ї конфліктні. Хворобу Боткіна, туберкульоз, шкірні захворювання, ВІЧ-інфекцію, травми голови запе-

речує. В анамнезі - ОРВІ, аднексит, алергія на амі-триптілін.

В сомато-неврологічному статусі без патології.

Психічний статус: контакт продуктивний. В бесіді образно описує свої скарги, емоційно переживає свій стан. Виражена тривога, неспокій по відношенню до свого здоров'я. Говорить про те, що сама абсолютно не може справлятися із собою, подолати власні страхи. Вкрай фіксована на своєму стані. Фон настрою знижений, нестійкий, коливається залежно від змісту бесіди. Признаки активної боротьби відсутні. Продуктивної симптоматики не виявлено.

Психопатологічне обстеження:

- за даними анкети виразності психопатологічної симптоматики виявлено, що окрім факторів психічної травматизації у вигляді хвороби матері та конфліктних відносин з чоловіком, на які вказує хвора психотравмуюче значення мають відсутність роботи, власний стан здоров'я; серед симптомів переважають афективні, нав'язливі жахи та вегетативні прояви;

- за даними опитувальника виразності психопатологічної симптоматики хвора оцінює наявні скарги як сильні та дуже сильні - на рівні 3-4 балів;

- результати тесту «Незакінчене речення» свідчать про наявність конфліктів в сімейній сфері - незадоволеність відносинами з чоловіком;

- результати тесту Люшера свідчать про наявність у хворої емоційної лабільності та стурбованості за власне фізичне благополуччя;

- оцінка рівня задоволеності у різних сферах життя свідчить про середній рівень незадоволеності по відношенню до своєї освіти, яку не закінчила, до своєї професії, яка була монотонною, а "зараз і цієї нема", відносинами в сім'ї, умовами життя - недостатня кількість кімнат, хоча у сім'ї є власне житло, відносинами з оточуючими;

- результати тесту психологічної статі особливості свідчать про переважання фемінінного типу психологічної статі;

- інтегративний показник якості життя має досить низьке значення - 4,10 бали.

РЕГ: кровообіг достатній в обох басейнах. Незначне порушення венозного відтоку. Тонус судів нестійкий з тенденцією до підвищення.

ЕЕГ: переважає середньоамплітудний альфаритм, регіональні розбіжності збережені. Після гіпервентиляції пароксизмальна активність різного частотного діапазону.

ЕХО-ЕГ: М-ЕХО - без зміщення. В межах норми.

ЕКГ: без патологічних відхилень.

В перші дні лікування у відділенні хвора більшу частину часу знаходиться в межах відділення, поблизу медичного персоналу. На протязі дня неодноразово звертається з проханням поміряти тиск, порадити пульс, дати щось заспокійливе. Постійно стверджує, що її стан є важким, що вона не може виходити самостійно з відділення. Прояв-

ляє зацікавленість відносно засобів лікування. Задає питання стосовно ефективності використовуваних препаратів. Має місце реакція опору проти її активної участі в лікувальному процесі.

Лікування хворої проводилось за описаною методикою.

Вже на 6 день (закінчення 1 етапу лікування) у хворої спостерігалась позитивна динаміка в клінічному стані: хвора стала значно спокійнішою, знизився рівень тривоги, хвора перестала постійно міряти тиск, пульс, стала самостійно ходити на фізіотерапевтичні процедури, менше зверталася за допомогою до медперсоналу. При проведенні психотерапії погоджується, що між її хворобою та хворобою матері «немає нічого спільного».

Оцінка стану пацієнтки на 18 день (закінчення 2 етапу) свідчить про значне покращення стану хворої: пацієнтка в процесі групової та індивідуальної психотерапії змінила своє ставлення до виникаючих симптомів, почуває себе досить спокійно, самостійно виходить за межі відділення та почала самостійно користуватися транспортом, хоча й відчуває при цьому певну напругу.

На 23 день (закінчення 3 етапу лікування) стан хворої значно покращився: знизився рівень тривоги та страхів, вирівнявся настрій, відсутні приступи з серцебиттям, не хваткою повітря, панікою, самостійно ходить та користується транспортом, виказує бажання повернутися на роботу, хоча інколи виказує сумніви, чи не погіршиться її стан. На момент виписки із стаціонару у хворої підвищився показник якості життя до 6,90 балів, рівень задоволеності у різних сферах життя покращився та має низькі показники задоволеності до 1,40 балів.

Після закінчення курсу терапії стан хворої характеризувався нормалізацією афективної сфери - зниженням рівня тривоги, страхів, стабілізацією настрою, значно зменшилися сомато-вегетативні прояви - серцебиття, нестача повітря, «грудка у горлі», стабілізувалися показники артеріального тиску на рівні 110-115/70-75мм.рт.ст., закріпилася віра у одужання.

На протязі всього курсу лікування хвора отримувала фармакологічні препарати: паксил 40мг, гідазепам 20мг 3 рази на добу, беласпон 1т 3 рази на добу, луцетам 800мг 2 рази на добу, вітаміни групи В.

Катамнез через 6 місяців. Після виписки із стаціонару хвора продовжувала підтримуюче лікування у психотерапевтичному кабінеті поліклініки за місцем проживання. Весь цей час почувала себе добре, але зрідка в окремих ситуаціях відмічала появу невпевненості у собі, з якою справлялась самостійно. Через 2 місяці після виписки із стаціонару, коли, як каже хвора, стала впевненішою в собі, повернулася до роботи.

Катамнез через 1,5 року - хвора почувала себе добре. Працює, самостійно ходить та користується транспортом. Вказує на покращення відносин в сім'ї.