

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА КОРЕКЦІЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ І ВОЛЬОВИХ СТАНІВ, СПРИЧИНЕНИХ ПЕРЕЖИТИМ ГОРЕМ, У ЖІНОК

Інститут психології імені Г. С. Костюка Національної академії педагогічних наук України, Київ

**Визначено ефективність когнітивно-поведінкової терапії (корекції) психоемоційних та вольових станів у жінок, на яких вплинули тривога, тривожні переживання (горе). У результаті такої терапії (корекції) було досягнуто 50–60% успіху після швидкого виявлення причини тривоги (горя) та створення позитивного періоду адаптації особистості. Особливу увагу приділено патопсихологічній діагностиці, зокрема тематичному аперцептивному тесту, який рекомендують використовувати на початкових етапах індивідуальної психотерапії, і шкалі діагностики особистісної та ситуаційної тривоги Спілбергера — Ханіна, що дає змогу виявити перші істотні уточнення про якість інтегральної тривоги та самооцінки особистості.**

**Ключові слова:** когнітивно-поведінкова терапія (корекція), психоемоційні стани, вольові стани, тривожні переживання (горе).

За результатами досліджень, проведених у 2014 р. фахівцями Нью-Йоркського медично-го центру, 18% жінок віком від 20 до 35 років страждають на різноманітні форми тривоги, 30% пацієнток у віці 38–65 років із затяжними формами депресії мають тривожно-фобічні розлади, пов'язані із пережитою втратою (горем) [1].

Психогенез розвитку стану, спричиненого тривогою (горем), залежить як від сили стресора (суб'єктивна близькість втрати), так і від адаптаційних механізмів і копінг-стратегій суб'єкта, який переніс втрату. При його дезадаптації виникають патологічні (хворобливі) стани, що вимагають кваліфікованої медико-психологічної допомоги [2].

Горе визначають як реакцію на втрату значущого об'єкта, частини власної ідентичності або очікуваного майбутнього. У вузькому розумінні втрата — це людський досвід, пов'язаний зі смертю близької людини, а горе — почуття (страждання) з проявами (наприклад, плачем). Реакція втрати може бути пов'язана не тільки зі смертю близької людини, а й з видаленням частини тіла (руки, молочної залози), розривом родинних зв'язків (розлучення), звільненням із роботи, втратою колективу [3].

Метод корекції включає поступове і неодноразове зменшення чутливості до тривожності, що виникає у відповідь на сигнали тривоги або страху, для створення стимулу на ситуацію, поки людина не в змозі подолати негативні асоціації і реакції [4].

Критерієм «нормального» горя є реакція, яка «відповідає загальноприйнятим у даному культурному середовищі нормам і триває, як правило, не більше шести місяців». Якщо така реакція при відносно нормальному змісті і формі триває

понад шість місяців, то для її визначення застосовується код МКБ-10 [5].

Патологічні адаптаційні розлади за МКХ-10 можуть спостерігатися в таких клінічних варіантах:

F43.20 — короткочасна депресивна реакція. Транзисторний легкий депресивний стан тривалістю не більше місяця;

F43.21 — пролонгована депресивна реакція. Легкий депресивний стан, що виникає у відповідь на тривалий вплив стресової ситуації, але тривалістю не більше двох років;

F43.22 — змішана тривожно-депресивна реакція;

F43.23 — з переважанням порушення інших емоцій, таких як тривога, депресія, неспокій, напруженість і гнів;

F43.24 — з переважанням порушень поведінки. Домінуючу роль у клінічній картині відіграють порушення поведінки;

F43.25 — зі змішаним порушенням емоцій і поведінки. Чітко виражені і емоційні симптоми, і порушення поведінки;

F43.28 — з іншими уточненими переважаними симптомами.

Таким чином, на підставі проведеної когнітивно-поведінкової терапії (корекції) було відмічено значне поліпшення психоемоційного та вольового фону особистості. По мірі адаптації особистості відбувалась переоцінка Я-концепції та перегляд власних очікувань щодо пережитої тривоги (горя).

Зазвичай мозок людини працює подібно до губки, яка за певний віковий проміжок збирає інформацію, накопичує її та час від часу відтворює, все це називається життєвим досвідом. Але мозок зберігає не тільки позитивну, але й негативно забарвлену інформацію, фіксується на ній та інколи спричиняє значні порушення функціонування

як органів, так і систем усього організму. Такою є людська природа: події, які потрясли нас, значною мірою впливають на перебіг життя. Вони вриваються в нашу пам'ять незгладимими шрами і рубцями — це формує негативні емоційні шаблони. Зберігається фіксація на неприємних думках і образах, пригнічених почуттях та переживаннях, що виявляється, зокрема, в уникненні ситуацій, пов'язаних із травмою [6].

Найчастіше хворі відмовляються від спеціальної медико-психологічної корекції, яку пропонує їм лікар-психолог. Нерідко і без жодного приводу в них виникають спалахи гніву, люті, злості, які призводять іноді до прояву агресії, спрямованої на найближче оточення (сім'я, родичі, співробітники), у тому числі і медичний персонал. Зазвичай за такою поведінкою та емоціями злоби й агресії ховаються тривога і страх, які відчувають жінки протягом тривалого часу [7].

Друге місце за частотою виникнення посідають тривожно-іпохондричний і астено-депресивний синдроми. У хворих відзначається постійне занепокоєння: вони шукають і знаходять «негаразди» у функціонуванні свого організму, посилаючись при цьому на невиражені, незначні відчуття, які інтерпретуються пацієнтками як свідчення того, що в них є порушення роботи серцево-судинної, нервової, ендокринної систем, наявна злаякісна пухлина тощо [8].

Симптоми, на думку пацієнток, мають тенденцію до швидкого поширення по всьому організму. Проведені комплекси діагностичних досліджень здаються жінкам безнадійно застарілими, при цьому лікарі, на їх погляд, можуть приховувати справжні негативні результати обстежень. До такого виду психогенних реакцій схильні хворі, особистості яких властиві виражені тривога та страх із наявним тривожно-фобічним синдромом [1].

Сформульовано основні положення, що стосуються переживання «гострого» горя.

1. «Гостре» горе — це певний синдром із психологічною та соматичною симптоматикою.

2. Цей синдром може виникати відразу ж після кризи, може бути відстроченим, може помітно не виявлятися або, навпаки, виявлятися надмірно.

3. Замість типового синдрому можуть спостерігатися спотворені картини, кожна з яких є особливим аспектом синдрому горя.

4. Ці спотворені картини відповідними методами можуть бути трансформовані в нормальну реакцію горя, що супроводжується «катарсисом» [9].

Особистість постійно перебуває в навіязливих думках, образах і спогадах про людину, яку втратила, та прагненні до соціальної ізоляції. Туга і печаль є найбільш видимими негативними емоціями, які

часто супроводжуються відчуттям недовіри до себе та оточуючих, адже особистість перенесла найбільшу втрату у своєму житті — кохану людину [10].

Кожне розчарування сприймається як невдача, що призводить до неприязні і глибокої депресії, спричиняє неконтрольовану реакцію та порушення поведінки з наявними досить частими суїцидальними думками, невпевненості у собі, зниженням самооцінки, неспроможністю раціонально мислити та дивитись у майбутнє. У таких ситуаціях більшість пацієнток реагують надмірними негативними емоційними реакціями у вигляді тілесних проявів психомоторного збудження, слізливості з бурхливими сплесками поведінки, зазвичай ці емоції значною мірою суперечливі [11].

Метою даною роботи є створення за допомогою когнітивно-поведінкової терапії (корекції) адаптаційного компоненту особистості для зниження хворобливого стану у жінок, спровокованого тривогою (горем).

Дослідження тривало протягом 7 міс, у ньому брали участь 56 жінок віком від 25 до 65 років, які звернулись до лікувального закладу зі скаргами неврологічного та терапевтичного характеру. Об'єднувальним фактором між усіма пацієнтками була нещодавно (6 міс — 1 рік) пережита туга втрати, тривожний стан (горе). За результатами проведеного дослідження патопсихологічного (тематичний апперцептивний тест (ТАТ), тест Спілбергера — Ханіна) та психодіагностичного інтерв'ю було підтверджено наявність симптомів психологічної природи, які і спричиняли порушення апетиту, настрою, психофізіологічної активності та розлади кардіологічної, неврологічної, ендокринної систем. Найчастішими скаргами були: порушення сну, втрата апетиту, роздратованість, виражена слабкість навіть при незначній фізичній та когнітивно-мнестичній діяльності, часте серцебиття, прискорення пульсу, виражена пітливість тіла, зниження бажання до продуктивного чи навіть незначного спілкування, потреба до усамітнення. Наявні скарги пацієнток свідчать про психосоматичний генез захворювання, що виникає на підставі перебування особистості в тривалій негативній ситуації, тузі, тривожному стані (горі). Когнітивно-поведінкова психотерапія ґрунтується на уявленнях, відповідно до яких емоції, почуття і поведінка пацієнтів визначаються не ситуацією, в якій вони опинились, а сприйняттям цієї ситуації.

Шкала реактивної й особистісної тривожності (ШРОТ), яка використовувалась, є досить надійним інформативним інструментом для вимірювання тривожності — як властивості особистості, так і стану особистості. Серед найактуальніших проблем були такі, що пов'язані з неуспішною

діяльністю, сімейними негараздами, погіршенням самопочуття, власною негативною реакцією у складних умовах, та дуже високим рівнем тривоги, постійним тривалим передчуттям горя. З отриманих результатів випливає, що проблема поведінки в ситуації стресу, емоційної напруженості, тривоги (горя) є першою емоційною ситуативною реакцією на різноманітні негативні впливи. У зв'язку з цим діагностика ступеня особистісної тривожності в апробованій групі жінок виявилась необхідним методом для ефективності терапевтичної роботи та корекції. Це є результатом негативних життєвих ситуацій та частих зіткнень із різними стресовими чинниками, повсякденної роботи, діяльності, сімейних ситуацій, особливо в тих моментах, коли виникали вираженні ускладнення тривоги та неспроможність контролювати ці реакції самосвідомістю.

Когнітивно-поведінкова терапія позитивно вплинула на різке сприйняття змін, які створювали негативні уявлення, пов'язані з втратою частини себе, рідної чи близької людини, втратою улюбленої роботи чи переїзду на нове місце. А головне — пацієнти навчилися інакше сприймати оточуючий їх соціум та спробували «знову брати участь у соціальному житті».

Таким чином, зазначена робота стосується надання ефективної своєчасної когнітивно-поведінкової терапії (корекції) жінкам при психоемоційних та вольових порушеннях особистісного стану в період гострого впливу та відстроченої дії негативних емоційних переживань у поєднанні з негативним впливом, створеним тривалою тривогою, тривожними переживаннями (горем). У ході дослідження відзначено виражену позитивну динаміку самими пацієнтами, родичами та лікарями з досить тривалим позитивним ефектом. Також під час психокорекційної терапії були вирішені супровідні проблеми, що могли спричинити повторний рецидив загострення хворобливого стану і тим самим значно погіршити відновлену самоідентифікацію та самосприйняття себе як повноцінної особистості.

#### Список літератури

1. Cognitive behaviour therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: cluster randomised controlled trial / M. de Groot, J. de Keijser, J. Neeleman [et al.] // *BMJ*.— 2007.— № 334.— P. 962–963.
2. Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11 / H. G. Prigerson, M. J. Horowitz, S. C. Jacobs [et al.] // *PLOS Medicine*.— 2009.— № 6 (8).— P. 12.
3. Lifetime prevalence of mental disorders in U. S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication — Adolescent Supplement (NCS-A) / K. R. Merikangas, J. P. He, M. Burstein [et al.] // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*.— 2010.— № 49.— P. 980–989.
4. Fear and anxiety from principle to practice: implications for when to treat youth with anxiety disorders / A. T. Drysdale, C. A. Hartley, S. S. Pattwell [et al.] // *Biol. Psychiatry*.— 2013.— № 75.— P. 19–20.
5. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств.— СПб.: Оверлайд, 1994.— 305 с.
6. Андрющенко А. В. Посттравматическое стрессовое расстройство при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости / А. В. Андрющенко // *Психиатрия и психофармакотерапия*.— 2000.— № 4.— С. 104–109.
7. Wittchen H. U. Generalized anxiety disorder: nature and course / H. U. Wittchen, J. Hoyer // *J. Clin. Psychiatry*.— 2001.— № 62 (Suppl. 11).— P. 15–19.
8. Boelen P. A. A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief / P. A. Boelen, M. A. van den Hout, J. van den Bout // *Clin. Psychol. Sci. Pract.*— 2006.— № 13.— P. 109–128.
9. Линдемманн Э. Клиника острого горя / Э. Линдемманн // *Психология эмоций*; под ред. В. К. Вильянаса, Ю. Б. Гиппенрейтер.— 2-е изд.— М.: Изд-во МГУ, 2000.— С. 232.
10. Craig L. Prolonged Grief Disorder / L. Craig // *Curr. Opin. Psychiatry*.— 2012.— № 25 (1).— P. 46–51.
11. Изард К. Эмоции человека / К. Изард.— М.: Изд-во МГУ, 1980.— С. 289.

### КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ВОЛЕВЫХ СОСТОЯНИЙ, ВЫЗВАННЫХ ПЕРЕЖИТЫМ ГОРЕМ, У ЖЕНЩИН

В. П. КУЛЬТЕНКО

**Определена эффективность когнитивно-поведенческой терапии (коррекции) психоэмоциональных и волевых состояний у женщин, на которых повлияли тревога, тревожные переживания (горе). В результате такой терапии (коррекции) было достигнуто 50–60 % успеха после быстрого выявления причины тревоги (горя) и создания положительного периода адаптации личности. Особое внимание уделено патопсихологической диагностике, в частности тематическому апперцептивному тесту, который рекомендуют использовать на начальных этапах индивидуальной психотерапии, и шкале диагностики личностной и ситуационной тревоги Спилбергера — Ханина,**

**позволяющей выявить первые существенные уточнения о качестве интегральной тревоги и самооценки личности.**

*Ключевые слова: когнитивно-поведенческая терапия (коррекция), психоэмоциональные состояния, волевые состояния, тревожные переживания (горе).*

---

## COGNITIVE-BEHAVIORAL CORRECTION OF PSYCHOEMOTIONAL AND VOLITIONAL STATES IN WOMEN CAUSED BY EXPERIENCED GRIEF

V. P. KULTENKO

**The effectiveness of cognitive-behavioral therapy (correction) of psychoemotional and volitional states in women, influenced by anxiety, anxiety experience (grief) was determined. This therapy (correction) allowed to achieve 50–60% of success rate after a rapid identification of the causes of anxiety (grief) and creation a positive period of personality adaptation. Special attention was paid to psychological diagnosis, in particular, Thematic Apperception Test, which is recommended to use in the initial stages of individual psychotherapy, and the scale of trait and state anxiety by Spielberg – Hanin, which allows to determine the first significant details of the quality of integrated anxiety and self-identity.**

*Key words: cognitive-behavioral therapy (correction), psychoemotional states, volitional states, anxiety experience (grief).*

---

*Надійшла 10.03.2015*