

В.П. Культенко

СТРУКТУРА КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ ПРИ КАРДІОНЕВРОЗІ, САМОСПРИЙНЯТТЯ І САМОВПЕВНЕНІСТЬ ОСОБИСТОСТІ

Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, м. Київ

kultenko.viktori@mail.ru

Метою дослідження є розробка структури когнітивно-поведінкової терапії для перебудови та зміни в ставленні пацієнтів до своїх емоційних переживань, які призводять до нападу кардіоневрозу, тривають під час нападу, турбують після його закінчення.

Дослідження тривало з вересня 2013 по травень 2014 р. в кардіологічному відділенні та відділенні граничних станів психоневрологічного диспансеру, м. Київ. Було оглянуто 95 молодих осіб (віком від 25 до 37 років) з кардіоневрозом, який виник вперше (40 жінок та 55 чоловіків). Були використані: психодіагностичний тест ММРІ, кольоровий тест Люшера, методика «типу ставлення до хвороби», особистісний опитувальник Бехтерівського інституту (ООБІ). Під час клінічного та патопсихологічного обстеження у значній кількості пацієнтів (87 осіб) було діагностовано поєднання в клінічній картині хвороби соматичних симптомів з граничними психічними порушеннями, невротичними, неврозоподібними та особистісними розладами, які погіршували самосприйняття та самовпевненість особистості після перенесеного кардіоневрозу. У 43 осіб з обстежених було відмічено розлад адаптації з надмірним психоемоційним порушенням та соматизованим, іпохондричним, панічним та генералізованим тривожними розладами. Афективні ознаки порушення спостерігали у 25 осіб, особистісні – у 19 осіб (залежні від істероїдних розладів), 8 осіб мали вираженні особистісні порушення з втратою віри в майбутнє без хвороби, на які впливало зниження самосприйняття та самовпевненості.

Висновки. У результаті проведеної роботи була проведена оцінка ефективності структурності КПТ у пацієнтів з кардіоневрозом та рівнем самосприйняття та самовпевненості особистості. Для купірування рецидиву, що виникає у хворого, який пройшов курс звичайної когнітивно-поведінкової терапії, часто досить короткого нагадування основних психотерапевтичних технік.

Наш досвід свідчить про те, що описаний варіант когнітивного втручання принаймні не поступається результатам, отриманим при медикаментозній терапії, якщо пацієнт бере активну участь у психотерапевтичному процесі і виконує «домашні завдання».

Зрозуміло, що не всім пацієнтам з кардіоневрозом, психосоматичними порушеннями та розладами підходить даний варіант когнітивної терапії. Здатність до рефлексії, певний рівень інтелекту і довіра до наукового способу мислення – необхідні передумови для успішності лікування.

Ключові слова:

кардіоневроз, самосприйняття особистості, самовпевненість особистості, структура когнітивно-поведінкової психотерапії.

Робота стосується самосприйняття та самовпевненості особистості, яка перенесла кардіоневроз вперше, та створення структури когнітивно-поведінкової терапії для подальшого лікування та корекції, паралельно з медикаментозною терапією. Дослідження тривало з вересня 2013 по травень 2014 р. в м. Київ, у кардіологічному відділенні та відділенні граничних станів психоневрологічного диспансеру, було оглянуто та діагностовано 95 молодих осіб (віком від 25 до 37 років) з кардіоневрозом, який виник вперше (40 жінок та 55 чоловіків). Для діагностики були використані психодіагностичний тест ММРІ, кольоровий тест Люшера, методика «типу відношення до хвороби» особистісний опитувальник Бехтерівського інституту (ООБІ).

Актуальність дослідження. Впродовж останніх десятиріч були досягнуті значні результати в дослідженні виникнення та лікування кардіоневрозів у пацієнтів молодого віку. Добрі результати лікування були відмічені при застосуванні медикаментозної терапії, при цьому необхідно вказати на позитивний вплив когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) на подальший перебіг хвороби та значну ремісію. Будь-який медикаментозний препарат має, як мінімум, дві сторони впливу: з одного боку це швидкий лікувальний ефект, а з іншого – неприємні побічні ускладнення, значна тривалість вживання препарату, яка лякає більшість пацієнтів. Тому, на противагу медикаментозним препаратам, існує когнітивно-пове-

дінкова терапія, яка дозволяє організму за допомогою власних сил впоратись із хворобою, а також зафіксувати у поведінці позитивні реакції для запобігання рецидиву виникнення повторного розладу.

У розвитку кардіоневрозу головною етіопатогенетичною ланкою є недосконалість у функціонуванні вегетативної нервової системи, що виникає з різних причин і має єдині клінічні прояви у вигляді психологічного дискомфорту і появи нетипових фізіологічних відчуттів. Провокатором виникнення нападу кардіоневрозу є значної сили негативні емоції та дія стресового впливу на організм, а інколи навіть позитивні, радісні емоції можуть стати причиною нападу кардіоневрозу. Люди, які страждають на психоемоційні розлади, більше за інших схильні до розвитку клініко-морфологічних змін, характерних для кардіоневрозу. Однак у деяких випадках напад кардіоневрозу може розвиватися на тлі повного благополуччя у осіб, які не страждають на органічну патологію серця. У такій ситуації мають значення навіть найменші зміни режиму праці і відпочинку, а також порушення харчової поведінки у вигляді короткочасного зловживання алкоголем і вживання продуктів, що містять кофеїн, нікотин у більшій, ніж звичайно, кількості. Групу ризику з даного захворювання складають особи молодого віку, які страждають на психоемоційні розлади різного ступеня вираженості [7].

Більшість діагнованих та оглянутих нами пацієнтів характеризуються виникненням та перебігом кардіоневрозу з такими симптомами: значно виражений страх, що виникає як наслідок біохімічного дисбалансу або неусвідомлюваних психологічних процесів. Через певний проміжок часу страх проявляється у вигляді фізичних симптомів, пов'язаних з активізацією вегетативної нервової системи (тахікардія, підвищення АТ, прискорення пульсу), неспроможністю відповідати за себе чи власні дії та нерозумінням де вони знаходяться, спогляданням себе з боку (деперсоналізація). Пацієнти відчували страх за власне життя. Різка посилення страху відбувається коли виникає відчуття порушення психічного здоров'я, та неспроможність контролювати власне життя та поточну ситуацію. Пацієнтам було запропоновано класичні техніки та прийоми класичного когнітивного підходу [8], при якому важливе місце займає використання способів раціонального впливу на когнітивні процеси, що пов'язані з неправильною оцінкою пацієнтами наявних у них симптомів.

Самосприйняття трактуємо як самоприйняття, саморозуміння й самооцінку людини. Установки, переконання та самооцінка – характеристики людей, які значною мірою залежать від їхніх спостережень за власною поведінкою. Проблему самосприйняття вивчали чимало закордонних психологів, але досліджень, спрямованих на з'ясування особливостей самосприйняття в осіб із психосоматичними розладами, практично немає. Поняття самосприйняття випрацьовували здебільшого в контексті західної соціальної психології (Д. Бем [5], С. Беєр [6], Х. Кляйн [9] та інші), досліджуючи впливи та особливості формування самосприйняття особистості в процесах соціальної взаємодії. Проте його елементи наявні і в інших фундаментальних психологічних напрямках, зокрема в психоаналізі (як основний процес форму-

вання Его за З. Фрейдом; елемент формування "образу Я" за К. Горні), еґо-психології (елемент формування Еґо-ідентичності за Е. Еріксоном), гуманістичній психології (Я-концепція К. Роджерса; три функції проприуму за Г. Олпортом: відчуття власного тіла, відчуття самоідентичності, самопізнання людини) [10]. Застосовуючи поняття самосприйняття до вивчення психосоматичних розладів припускаємо, що самосприйняття людини залежатиме від її психологічного і фізичного стану та впливатиме на її стійкість до зовнішніх і внутрішніх проблем.

Метою дослідження є розробка структури когнітивно-поведінкової терапії для перебудови та зміни в ставленні пацієнтів до своїх емоційних переживань, які виникають до нападу кардіоневрозу, тривають під час нападу, турбують після його закінчення. Цього можна домогтися за допомогою інформування пацієнтів про причини виникнення у них фізичних і психоемоційних симптомів, навчити справлятися з ними за допомогою способів когнітивно-поведінкової терапії, а також сприймати ці симптоми, як абсолютно безпечні та звичайні, що не є небезпечними для життя та не порушують якість життєдіяльності. Адже без методів корекції, на підставі значної тривалості та сили даних симптомів, досить часто відмічається перехід симптомів з психосоматичних в психопатологічний розлад.

Створюючи структуру корекційної когнітивно поведінкової терапії для пацієнтів з кардіоневрозом необхідно пояснити, яким чином виникає розлад, що спричиняє больовий синдром різної поширеності та ступеня вираженості в проекції грудної стінки. Необхідно не лише розповідати про вплив негативних, а інколи і позитивних високих емоцій на початок виникнення кардіоневрозу, а й впроваджувати методи раціоналізації та візуалізації, які допоможуть пацієнтам усвідомити, що вказане відчуття тимчасове, і зникне так само швидко, як і виникло. А сильне відчуття страху в даній ситуації є природним, зазвичай супроводжується значним серцебиттям, підвищенням АТ, м'язовою напругою або тремтінням, посиленням дихання. У таких ситуаціях можливе виникнення нападу паніки, який виникає на тлі кардіалгії та супроводжується посиленою пітливістю і стійким похолодінням шкірних покривів, відчуттям поколювання в дистальних відділах кінцівок, що також свідчить про дисфункцію вегетативної нервової системи. Таким чином, для всіх хворих на кардіоневроз характерний хвилеподібний перебіг захворювання із частими змінами періодів виникнення нападу та фазою повного благополуччя. Кардіоневроз у вигляді панічних атак виникає на рівному місці, без причини – в ситуації, яка жодної небезпеки для пацієнта не становить – наприклад удома, на прогулянці або в автобусі [4]. В абсолютно спокійній ситуації виникає сильний страх як прояв неврозу, наприклад як дисбаланс біохімічних процесів у клітинах головного мозку.

Напад при кардіоневрозі хворі характеризують та описують як значний больовий синдром, як «гострий кинджальний біль в ділянці серця, що супроводжується відчуттям зупинки серцебиття, після чого спостерігається різке збільшення частоти серцевих скорочень. У таких ситуаціях пацієнти відчувають сильний безпричинний

страх і одночасно тяжкі фізичні відчуття, тому найбільше уваги при нападах надається саме небезпеці фізичних проявів при кардіоневрозі. Адже пацієнти сприймають ці симптоми як небезпечні для життя (наприклад, сильне серцебиття – «Серце не витримає, розірветься», запаморочення – «Втрачу свідомість»), а це, в свою чергу, тільки підсилює страх, створюється замкнуте коло: страх сам себе підтримує, при цьому напад «накочує» з ще більшою інтенсивністю. Але, якщо пацієнта навчити ставитися до своїх симптомів менш емоційно та намагатись їх контролювати за допомогою раціонально-когнітивної сфери, то страх та тривожно-фобічний синдром не зможуть вплинути на особистість, а хвиля нападу не буде «накривати» та посилюватись [2].

Ще одним досить важливим та необхідним моментом у когнітивно-поведінковій терапії є поетапне детальне обговорювання з пацієнтом страхів щодо завданої шкоди органам та системам під час кардіоневрозу, та запевнення пацієнта, спираючись на когнітивно-мнестичну сферу особистості, у відмінному функціонуванні органів та систем.

Серцебиття і підвищення АТ викликають у пацієнтів думку про можливу зупинку серця або розрив судини в мозку («серце та мозок не витримають навантаження»). Слід детально пояснити пацієнту, що здорове серце, як і здорові судини, витримують будь-яке можливе навантаження – це фізіологічний закон. Корисно розповісти пацієнту про системи зворотного зв'язку в організмі, які здійснюють при необхідності перерозподіл сил. Нормальна ЕКГ може теж слугувати гарантією нормального серцебиття або відсутності артеріальної гіпертензії. А значить, серце може битися як завгодно довго і як завгодно сильно [1].

Матеріали та методи дослідження

Дане дослідження тривало з вересня 2013 по травень 2014 р. на базі кардіологічного відділення та відділення граничних станів психоневрологічного диспансеру, було оглянуто та діагностовано 95 молодих осіб (віком від 25 до 37 років) з кардіоневрозом, який виник вперше (40 жінок та 55 чоловіків). Були використані психодіагностичний тест ММРІ, кольоровий тест Люшера, методика «типу ставлення до хвороби ООБІ». Під час клінічного та патопсихологічного обстежень у значній кількості пацієнтів (87 осіб) було діагностовано поєднання в клінічній картині хвороби соматичних симптомів з граничними психічними порушеннями, невротичними, неврозоподібними та особистісними розладами. Вони погіршували самосприйняття та самовпевненість особистості після перенесеного кардіоневрозу, та значно негативно впливали на перебіг когнітивно-поведінкової терапії, адже знижували мотивацію та позитивність налаштування на ефективність лікування. У 43 обстежених осіб було відмічено розлад адаптації з надмірним психоемоційним порушенням та соматизованим, іпохондричним панічним та генералізованим тривожним розладами. Афективні ознаки порушення спостерігали у 25 осіб, особистісні – у 19 осіб (залежні від істероїдний розладів), 8 осіб мали виражені особистісні порушення з втратою віри в майбутнє без хвороби, на які впливало зниження самосприйняття та самовпевненості. Як ви-

дно з отриманих результатів, у пацієнтів молодого віку з психосоматичними порушеннями та кардіоневрозом переважають функціонально-динамічні психічні розлади невротичного регістру, та особистісні, на які впливає афективна сфера та значні порушення психоемоційного фону, який досить складно контролювати лише самосвідомістю. Використання структурної когнітивної психотерапії сприяє підвищенню не лише загальної ефективності лікування, а й створює тривалу позитивну динаміку з мінімальними ознаками рецидиву. Тому КПТ як метод лікування та корекції дозволяє домогтись тривалої ремісії, яка позитивно фіксується когнітивно-мнестичною сферою особистості.

Результати та їх обговорення

Особливості самосприйняття і самовпевненості особистості, яка перенесла кардіоневроз

Після перенесеного нападу відмічаються порушення власної психічної адаптації, що призводить до зниження адекватності функціонування психічної сфери і ефективності інтелектуальної діяльності. Відбувається це внаслідок того, що при дезадаптації функціональної ланки забезпечується переробка інформації – пошук, сприйняття, аналіз і синтез, зберігання і використання. Психічна напруженість виявляється в зниженні стійкості психічних функцій, що призводить до зниження ефективності діяльності, її дезінтеграції. Перебігає когнітивно-мнестична сфера в наступних формах:

- гальмівній (уповільнення виконання інтелектуальних операцій);
- імпульсній (помилкові дії, метушливість)
- генералізованій (зрив діяльності, що супроводжується відчуттям байдужості, приреченості і депресією).

Також у діагностованих пацієнтів відмічали погіршення міжособистісної взаємодії, тобто порушення соціально-психологічної адаптації: порушення комунікації, відчуття відчуженості від інших людей, неприязнь до всякої ініціативи, а також небажання відповідальності, невпевненість у власній здатності справлятися з життєвими труднощами та криза ідентичності.

На початку проведення когнітивно-поведінкової терапії відмічали певні труднощі, які були пов'язані з низькою мотивацією хворих, стійкою впевненістю в соматичному походженні симптомів хвороби. При подальшій психологічній корекції значна увага приділялась втраті актуальності та «знеціненню» бажаного ступеня ефективності КПТ, яка постійно суперечила з враженістю алекситимічних рис хворобливої особистості. В більшості ситуацій навіть при позитивному налаштуванні та повній готовності пацієнтів, як вони стверджували, ефективність КПТ дещо відставала та не давала бажаного результату в цей момент, як цього очікували пацієнти.

На підставі цього були виділені умови та час досягнення бажаного результату індивідуально для кожного пацієнта, при умові тривалого збереження терапевтичного контакту. Збільшення ефективності у хворих з кардіоневрозом вдалося домогтись за рахунок використання поетапного залучення пацієнтів у психотерапевтичний процес. На початковому етапі пацієнту розповідали про причини виникнення хвороби, раціональну терапію усвідомлення відсутності небезпечності для життя,

тих відчуттів, які турбували. Увага була направлена на вирішення короткочасних особистісно-орієнтованих поведінкових проблем, що дало можливість за короткий проміжок часу досягнути усвідомлення пацієнтом значного ефекту в лікуванні.

Висновки

У результаті проведеної роботи була оцінена об'єктивна ефективність КПТ, як методу лікування та корекції, незважаючи на виражені труднощі, особливо в ситуації переконання пацієнтів у відсутності соматичних порушень в роботі серцево-судинної системи. Ми оцінили вплив КПТ на хворих даної групи шляхом порівняння ефективності лікування і частоти рецидивів протягом 6 міс. у пацієнтів, яким був наданий різноманітний обсяг психотерапевтичної допомоги.

Оскільки в результаті когнітивно поведінкової терапії пацієнт отримує надійний засіб самопомоги, можна говорити і про більш надійний, ніж внаслідок прийому медикаментів, антирецидивний ефект. Для купірування рецидиву, що виникає у хворого, який отримав курс звичайної когнітивно-поведінкової терапії, часто досить короткого нагадування основних психотерапевтичних технік. Наш досвід свідчить про те, що описаний варіант когнітивного втручання принаймні не поступається результатам, отриманим при медикаментозній терапії, якщо пацієнт бере активну участь у психотерапевтичному процесі і виконує «домашні завдання». Зрозуміло, що не всім пацієнтам з кардіоневрозом та психосоматични-

ми порушеннями і розладами підходить даний варіант когнітивної терапії. Здатність до рефлексії, певний рівень інтелекту і довіра до наукового способу мислення – необхідні передумови для успішності лікування.

Перспективи подальших досліджень полягають у покращенні структури медико-психологічної корекції пацієнтів, які перенесли кардіоневроз вперше, за допомогою когнітивно-поведінкової терапії та поліпшення самосприйняття та самовпевненості особистості.

Список використаної літератури

1. Бурно А. М. Медицинское информирование в структуре когнитивной терапии панического расстройства // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. – 2009, – №1.
2. Джекобсон Джеймс Л. *Секреты психиатрии*; пер. с англ. / Джекобсон Джеймс Л., Джекобсон Алан М. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 576 с.
3. Коростий В. И. Когнитивная психотерапия в лечении тревожных и депрессивных расстройств у молодых лиц с психосоматическими заболеваниями // В. И. Коростий // *Медицинская психология*. – 2011. – № 3. – С. 76–81.
4. Сидоров П. И. Психосоматические заболевания: концепции, распространенность, качество жизни, медико-социальная помощь больным // П. И. Сидоров, И.А. Новикова // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* – 2010. – № 1. – С. 55.
5. Bem D. *Self-Perception theory. Advances in Experimental Social Psychology*, Vol. 6 Academic Press Inc, New York and London, 2000.
6. Beyer S. *Gender Differences in Self-Perception and Negative Recall Biases. Sex Roles* // *A Journal of Research*. – 2008. – Vol. 38. Issue 1–2. – P. 103.
7. Clarc David M. *Anxiety states: panic and generalized anxiety for Psychiatric Problems. A Practical Guide* / Clarc David M. – New York: Oxford University Press, 1993. – 456 p.
8. Clarc David M. *Panic disorder and social phobia. Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. Ed. by Clarc D.M. and Fairburn C.G. – New York: Oxford University Press, 1997. – 437 p.
9. Klein H. *Self-Perception in Late Adolescence: An Interactive Perspective. Adolescence*. – 2005. – Vol. 30. Issue 119. – P. 579.
10. Хьелл Л. *Теории личности* / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – СПб.: Питер, 2003.

СТРУКТУРА КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ КАРДИОНЕВРОЗЕ, САМОВОСПРИЯТИЕ И САМОУВЕРЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ

В.П. Кульченко

Целью исследования стала разработка структуры когнитивно-поведенческой терапии для перестройки и изменения в отношении пациентов к своим эмоциональным переживаниям, которые возникают перед приступом кардионевроза, продолжаются во время приступа, беспокоят после его окончания. Исследование продолжалось с сентября 2013 по май 2014 г. в кардиологическом отделении и отделении пограничных состояний психоневрологического диспансера, г.Киев. Было осмотрено 95 молодых людей (в возрасте от 25 до 37 лет) с кардионеврозом, возникшим впервые (40 женщин и 55 мужчин). Были использованы психодиагностические тесты ММПИ, цветной тест Люшера, методика «типа отношения к болезни», личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ). Во время клинического и патопсихологического обследования у значительного числа пациентов (87 человек) было диагностировано сочетание в клинической картине болезни соматических симптомов с пограничными психическими нарушениями, невротическими, неврозоподобными и личностными расстройствами, которые ухудшали самовосприятие и самоуверенность личности после перенесенного кардионевроза. У 43 человек из диагностированных было отмечено расстройство адаптации с чрезмерным психоэмоциональным нарушением, а также соматизированным, ипохондрическим, паническим и генерализованным тревожными расстройствами. Аффективные признаки нарушения наблюдались у 25 человек, личностные – у 19 человек (зависящие от истероидных расстройств), у 8 человек имели место выраженные личностные нарушения с потерей веры в будущее без болезни, на которые влияло снижение самовосприятия и самоуверенности.

Выводы. В результате проведенной работы была оценена эффективность структурности КПТ у пациентов с кардионеврозом и уровень самовосприятия и самоуверенности личности. Для купирования рецидива, возникающего у больного, прошедшего курс обычной когнитивно-поведенческой терапии, часто достаточно короткого напоминания основных психотерапевтических техник.

Наш опыт свидетельствует о том, что описанный вариант когнитивного вмешательства по крайней мере не уступает результатам, полученным при медикаментозной терапии, если пациент принимает активное участие в психотерапевтическом процессе и выполняет «домашнее задание».

Разумеется, не всем пациентам с кардионеврозом и психосоматическими нарушениями и расстройствами подходит данный вариант когнитивной терапии. Способность к рефлексии, определенный уровень интеллекта и доверия к научно-образному мышлению – необходимые предпосылки для успешности лечения.

Ключевые слова: кардионевроз, самовосприятие личности, самоуверенность личности, структура когнитивно-поведенческой психотерапии.

STRUCTURE OF COGNITIVE-BEHAVIOURAL PSYCHOTHERAPY IN CASE OF CARDIAC NEUROSIS, SELF-PERCEPTION AND SELF-ASSERTIVENESS OF PERSONALITY

V. Kulchenko

The aim of the study is to develop a structure of cognitive-behavioral therapy for adjustment and change in the attitude of patients to their emotional experiences that occur before the attack of cardio neurosis, continued during the attack, concerned at the end.

The study lasted from September 2013 to May 2014 in Kiev, cardiology department and department of border states neuropsychiatric clinic, were examined 95 young people (aged 25 to 37 years) with cardio neurosis appeared first time (40 women and 55 men). We used psychodiagnostic tests MMPI, Luscher color test, the technique «type of attitude to the disease», «Personality Inventory of Bechterov Institute (PIBI)». During the clinical and pathopsychological examination a significant number of patients (87) were diagnosed a combination in the clinical picture of the disease somatic symptoms with borderline mental disorders, neurotic, neurosis and personality disorders that impair the individual's self-perception and self-confidence after borne cardioneurosis. 43 people have been diagnosed the adaptation disorder with excessive psycho-emotional disorder and somatic, hypochondriacal, panic and generalized anxiety disorders. Affective disorders symptoms were observed in 25 people, 19 people have personally disorders (depending on hysteroid disorders), 8 people have been pronounced personality disorders with loss of faith in the future without the disease that are affected by decrease in self-perception and self-confidence.

Conclusions: As a result of this work it was made an evaluation of efficiency of structural CBT in patients with cardio neurosis, their self-perception and the level of self-confidence and personality.

For relief of recurrence, which occurs in a patient after the course of normal cognitive-behavioral therapy is often sufficient a short reminder of basic psychotherapeutic techniques. Our experience shows that described variant of cognitive intervention, at least not inferior to the results obtained with drug therapy if the patient takes an active part in the psychotherapeutic process and performs the «homework».

Of course, this version of cognitive therapy is not suitable for all patients with cardio neurosis and psychosomatic violations and disorders. The capability for reflection, a certain level of intelligence and trust to the scientific and imaginative thinking are the backgrounds for successful treatment.

Key words: cardio neurosis, self-perception of personality, self-confidence of personality, structure of cognitive-behavioral psychotherapy.