

Нормуминова Диляфруз Эркиновна
преподаватель
кафедра Психология Термезский государственный университет
Узбекистан. Термез

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ТРЕВОЖНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ.

Аннотация: После того как в течение многих десятилетий идиопатическая болезнь в психической тревожности рассматривалась как исключительно двигательный феномен, за последнее десятилетие выросла чувствительность к тому факту, что эта клиническая картина сопровождается немалыми психологическими изменениями, которые в очень значительной степени влияют на качество жизни человека. Психические расстройства возникают в результате следующих подразделов: когнитивные нарушения, деменция, депрессия, тревога и психотические эпизоды. Однако не следует забывать, что, хотя значительный прогресс уже был достигнут с новыми антидепрессантами и атипичными нейрорептиками, полное восстановление не всегда возможно и что в отдельных случаях могут быть достигнуты лишь небольшие успехи.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, деменция, депрессия, тревога, психотические эпизоды, антидепрессанты.

Normuminova Dilyafruz Erkinovna teacher
Department of Psychology Termez State University
Uzbekistan. Termez

USE OF COGNITIVE PSYCHOTHERAPY IN MENTAL ANXIETY.

Resume: After for many decades idiopathic illness in mental anxiety was considered as an exclusively motor phenomenon, over the past decade, sensitivity has grown to the fact that this clinical picture is accompanied by considerable psychological changes that greatly affect the quality of human life. Mental disorders result from the following subsections: cognitive impairment, dementia, depression, anxiety, and psychotic episodes. It should not be forgotten, however, that although significant progress has already been made with newer antidepressants and atypical antipsychotics, full recovery is not always possible and that only small gains can be made in some cases.

Key words: cognitive impairment, dementia, depression, anxiety, psychotic episodes, antidepressants.

Только в последнее десятилетие научный интерес все больше сосредоточился на психологических явлениях, сопровождающих состояние тревожности, так что сегодня больше нет сомнений в том, что психопатологические изменения часто сопровождают состояние тревожности и иногда могут даже опережать двигательные расстройства. В частности, с возрастом и, следовательно, особенно у пожилых и очень старых пациентов с соматическими психические расстройства, связанные с болезнью или лекарствами, играют важную роль, так что на фоне неуклонно увеличивающейся продолжительности жизни. Психические или психопатические изменения того или иного рода могут быть обнаружены более чем у половины пациентов с состоянием тревожности. По сути, их можно свести к пяти комплексам симптомов:

- частичные когнитивные расстройства
- развитие слабоумия
- депрессия

- беспокойство
- психотические декомпенсации.

В ходе состояния тревожности и с увеличением возраста пациента эти психологические изменения, происходящие по отдельности или в сочетании, могут ухудшить ситуацию с уходом в большей степени, чем двигательные нарушения. Таким образом, они являются решающими прогностическими факторами в отношении качества жизни пациента с симптомами тревожности и имеют решающее влияние на показания к домашнему помещению.

На этом фоне кажется тем более важным иметь адекватные и строгие стратегии действий, готовые к сложной области психологических изменений, чтобы как можно лучше стабилизировать качество жизни этих людей и их родственников и, таким образом, позволить им оставаться в домашней обстановке как можно дольше. Когнитивные расстройства частичной работоспособности, примерно у 20% пациентов с состоянием тревожности может быть продемонстрирован ограниченный нейропсихологический дефицит, который в большинстве случаев действительно проявляется на очень ранней стадии появления этого состояния. Подобные когнитивные ограничения нередко являются предвестниками возникновения синдрома деменции. Прежде всего, когнитивные расстройства частичной работоспособности характеризуются нарушениями, которые связаны с функциями лобных долей и, прежде всего, влияют на психомоторную и умственную гибкость. Что касается замедления психомоторного развития, то в клинической практике часто используется термин «брадифрения». Снижение умственной гибкости может проявляться как в более сложной адаптации к новым ситуациям, так и в форме снижения решительности и способности решать проблемы. Кроме того, пациенты с когнитивными нарушениями испытывают ограниченные нарушения памяти, а также дефицит пространственно-

визуальной обработки информации. В зависимости от степени когнитивных нарушений границы развития деменции могут быть размыты. С другой стороны, не всегда можно с уверенностью идентифицировать когнитивные нарушения в результате депрессии, т.е. от депрессивной псевдодеменции до более дифференцированной, расстройства которой, однако, обычно более глобальны и менее ограничены, чем те, которые рассматриваются ранее, используемые для улучшения двигательных навыков, также помогают благоприятно влиять на когнитивные нарушения. (А.Т., 2020)

Как уже упоминалось, ограниченные когнитивные ограничения могут быть первыми признаками надвигающегося развития деменции. Однако информация в литературе о частоте полностью развившейся деменции при тревожности в прошлом значительно колебалась и составляла от 8 до 80%. В тщательном и широкомасштабном исследовании норвежского коллектива в 1996 году Aarsland et al. [1] можно показать, что примерно у 28% пациентов с состоянием тревожности одновременно наблюдается картина деменции. В этом отношении теперь можно с относительной уверенностью предположить, что около трети пациентов с тревожностью психики страдают деменцией в дополнение к их двигательному дефициту. С другой стороны, эпидемиологические утверждения о возможных факторах риска несколько более противоречивы, согласно которым существует повышенный риск деменции у пациентов с тревожностью психики, которые заболевают относительно поздно, имеют тяжелые двигательные нарушения с обеих сторон, имеют относительно низкий уровень образования. Поскольку термин «поведенческая терапия», то есть тревожность психики впервые в научном издании всплыло ровно 50 лет назад, вряд ли кто-то мог подумать, что это станет началом самой большой на сегодняшний день истории успеха в лечении психических расстройств и связанных с ними

отмеченных проблем. Если ввести в Google термин "поведенческая терапия" или его английский эквивалент во-первых, вы получите 6-7 миллионов посещений. Сегодня существуют поведенческие процедуры для чтобы изучить большинство психических расстройств, это направление в психологии развито и успешно было проверено, для многих они являются методом выбора исследования. Успех поведенческой терапии отсутствие единого направления основоположника, широта движения и непрерывный динамизм дальнейшего развития также уникальны в области психотерапии.

Депрессия с частотой около 30–60% играет центральную роль среди всех сопутствующих заболеваний с состоянием тревожности. Следовательно, депрессивные расстройства чаще встречаются у людей с психической тревожностью, чем у пациентов с такими же прогрессирующими физическими недостатками. Примерно у пятой части пациентов с состоянием тревожности депрессивные настроения появляются еще до двигательных нарушений. Сопутствующая депрессия при психической тревожности классифицируется в соответствии с обычными критериями с различием по степени тяжести и основным симптомам или особым симптомам. Основные симптомы включают подавленное настроение, снижение влечения и повышенную утомляемость, а также отсутствие интереса; другие симптомы включают нарушения концентрации, снижение самооценки и уверенности в себе, чувство вины, негативные и пессимистические перспективы на будущее, нарушения сна и плохой аппетит и потеря веса, суицидальные мысли, а также повышенная безнадежность и пессимизм. Кроме того, пациенты с состоянием тревожности характеризуются высоким потенциалом суицидальных мыслей - 27% по сравнению с 5% у обычных лиц. Чувства вины и самообвинения, как правило, возникают чаще. Корректирующий эмоциональный опыт (или корректирующее эмоциональное переживание)

включает: переживание и анализ своего эмоционального опыта (прошлого, в том числе относящегося к родительской семье, и актуального, связанного собственно с процессом психотерапии) и эмоциональную поддержку.

Эмоциональная поддержка означает для пациента принятие его психотерапевтом (или группой), признание его человеческой ценности и значимости, уникальности его внутреннего мира, готовность понимать его, исходя из его отношений, установок и ценностей. (А.Т., 2019) Конструктивная переработка содержания обратной связи, становление адекватного самопонимания предполагает принятие пациентом новой информации о себе, которая часто не согласуется с собственными представлениями. Низкая самооценка, эмоционально неблагоприятное отношение к себе препятствуют восприятию пациентом новой информации, обостряя действие защитных механизмов; более позитивная самооценка, напротив, снижает уровень психологической угрозы, уменьшает сопротивление, делает пациента более открытым для новой информации и нового опыта. Это означает, что самооценка и отношение к себе играют чрезвычайно важную роль в становлении адекватного самопонимания и могут как способствовать, так и препятствовать этому процессу. Эмоциональная поддержка оказывает стабилизирующее положительное воздействие на самооценку; повышает степень самоуважения; производит корригирующее эмоциональное воздействие на такой важнейший элемент системы отношений, каким является отношение к себе, практически всегда неадекватное в структуре отношений невротической личности. П

Литература

1. Абдурахманова А.Т. Обзор проблемы обесценивания норм социализации в девиантном поведении / Мир педагогики и психологии: международный научно-практический журнал. 2020. № 04 (45).

2. Абдурахманова А. Т. Деструктивное поведение как проблема адаптации в обществе // Вестник науки и образования. 2020. №7-2 (85).

3. Залуцкая Н.М. Генерализованное тревожное расстройство: современные теоретические модели и подходы к диагностике и терапии. Часть 2. /Обозрение психиатрии и медицинской психологии.—2014.—№ 4. — С.129-134.

4. Карвасарский Б.Д. Психотерапия: учебник для ВУЗов.—Изд-во Питер—2012—672 с.

5. Караваева Т.А. Основные тенденции изменения психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротических расстройств / Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.—2010.—№ 3.—С. 71–74.

6. Караваева Т.А., Колотильщикова, Е.А. Мизинова Е.Б. Изменение психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротических расстройств в условиях социально-экономических перемен.—2010.—№3.—С. 63-65.

7. Колотильщикова, Е.А., Мизинова Е.Б., Чехлатий Е.И. Копинг-поведение у больных невротизмом и его динамика в процессе краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии // Вестник психотерапии.—2004.—№ 12 (17).—С. 9-23.

8. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Бутома Б.Г., Еричев А.Н., Мельникова Ю.В., Саврасов Р.Г. Холистический диагностический подход в психиатрии. Сообщение 1. // Социальная и клиническая психиатрия.—2013—Т. 23.— № 4—С.45-50.

9. Полтораки С.В., Караваева Т.А., Васильева А.В. Изменение соотношения психотерапии и фармакотерапии при невротических расстройствах во второй половине XX и начале XXI веков. // Вестник психотерапии.—2013.—№47(52).—С.29-37.

10. Прибытков А.А., Еричев А.Н., Коцюбинский А.П., Юркова И.О. Вопросы терапии соматоформных расстройств: медикаментозные и психотерапевтические подходы // Социальная и клиническая психиатрия.—2014.—Т. 24.—№ 4—С.73-80.

10. Beck A. T. [et al.]. Cognitive Therapy of Depression.—N.Y. : Guilford Press.—1980.—425 стр.