

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПАНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

**Изучены нарушения эмоциональной сферы у 40 больных паническими расстройствами и 20 — с агорафобией по данным клинических и психопатологических исследований. При панических расстройствах установлен высокий уровень личностной тревожности на фоне относительно низких показателей нейротизма и депрессии. Разработана система психоневротической коррекции, показавшая высокую эффективность.**

**Ключевые слова:** эмоциональная сфера, паническое расстройство, психотерапевтическая коррекция.

Пароксизмальные состояния являются одной из актуальных проблем современной медицины, что обусловлено их значительной распространенностью. По данным эпидемиологических исследований, до 80 % населения Украины испытывают пароксизмальные и перманентные вегетативные нарушения, которые клинически проявляются в виде вегетативной дисфункции [1, 2]. Одной из наиболее часто встречающихся форм вегетативной дисфункции в настоящее время является паническое расстройство (ПР), которое выражено пароксизмальными нарушениями в виде панических атак (ПА) с вегетативными, эмоциональными и идеаторными составляющими [3].

Современная концепция ПР формировалась в XIX ст. в двух направлениях: медицинском и психологическом. Детальное клиническое описание этого заболевания впервые сделал американский терапевт J. M. Da Costa в 1876 г., хотя сам автор оценил это состояние как расстройство сердечной деятельности. После этого возник термин «синдром Да Коста» [4]. В психологической медицине ПА первым описал О. Domrich (1849), который считал, что они вызваны сильными эмоциональными реакциями. Как отдельная диагностическая категория впервые появились американской классификации DSM-III [5]. Были выделены следующие диагностические критерии: четкая повторяемость приступов тревоги (паники); появление тревоги ожидания в «межприступном периоде» и частое развитие агорафобии; повышенный наследственно-генетический риск развития ПР; выраженная связь с депрессией и алкоголизмом; часто наличие пролапса митрального клапана; провокация приступов паники лактатом натрия и углекислым газом; высокая эффективность антидепрессантов; низкая эффективность использования традиционных бензодиазепиновых транквилизаторов и психотерапии.

В рамках традиционного нозологического подхода наиболее часто ПР описывались в структуре неврозов в виде «вегетативных кризов» (чаще симпатикотонических, реже смешанных, или вагоинсулярных), в структуру которых включались состояния тревоги и страха [6]. В дальнейшем при прогрессивном развитии возникают фобические расстройства в виде агора-, кардио- и инсультофобии. В то же время несомненным патогенетическим звеном развития ПР являются эмоциональные нарушения. В МКБ-10 ПР выделяются как самостоятельная диагностическая единица (F41.0) в кластере невротических и соматоформных расстройств [7].

В соответствии с проведенными статистическими исследованиями от 1 до 4 % взрослого населения страдают ПА в установленные периоды своей жизни (J. Angst, W. Wicki, 1993). В специальном эпидемиологическом исследовании было показано, что субсиндромальные (т. е. не достигшие диагностических критериев МКБ-10 и DSM-IV), но синдромально очерченные и требующие терапевтической интервенции формы ПА встречаются у 9–19 % взрослого населения (J. Angst, W. Wicki, 1994). Около 15 % людей переживают ПА в течение жизни: чаще всего они встречаются у молодых людей (преимущественно у женщин), дебютируют в возрасте 20–30 лет и чрезвычайно редко в возрастных периодах до 15 и после 65 лет (А. М. Вейн, 1998; А. Б. Смулевич, 2000) [3–5, 8].

ПА обычно возникает на фоне психогенных (кульминации конфликта, острого стрессового воздействия), а также биологических (гормональная перестройка, начало половой жизни) факторов. Однако в общих диагностических критериях ПР указывается, что ПА развиваются вне какой-либо связи с текущими психологическими факторами.

Цель нашего исследования — изучение состояния эмоциональной сферы больных с ПР.

Нами были обследованы 40 пациентов с ПР (F41.0), которые составили основную группу, и 20 больных агорафобией (F40.0), представлявших контрольную группу. Всем больным были проведены клинико-психопатологическое и психодиагностическое исследования с использованием шкалы депрессии М. Гамильтона (HDRS), шкалы личностной тревожности и реактивной тревоги И. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина, личностного опросника Г. Айзенка, опросника личностной акцентуации К. Леонгарда — Г. Шмишека.

Клинико-психопатологическое обследование больных с ПР показало, что пароксизмальные проявления укладывались в картину симптомокомплекса ПА.

Пароксизм начинается внезапным ощущением страха, интенсивность которого критически нарастает. В структуру пароксизма входят симптомы: вегетативные — тахикардия, гипергидроз, сухость во рту; вегето-висцеральные — затрудненное дыхание, чувство удушья, ощущение дискомфорта или боли в грудной клетке, тошнота или неприятные ощущения в животе, приливы жара и озноб, парестезии; идеаторно-эмоциональные — головокружение, неустойчивость, дурнота, слабость с элементами дереализации, деперсонализации, страх смерти, сумасшествия, утраты самоконтроля или надвигающейся потери сознания.

Перманентные проявления ПА наблюдались преимущественно у пациентов контрольной группы и характеризовались астенической, тревожной и субдепрессивной симптоматикой, оформленной в виде различных синдромов: тревожно-фобического — 31 %; астено-депрессивного — 16 %; астено-ипохондрического — 16 %; астено-тревожно-го — 21 %; астенического — 14 % случаев.

У больных с ПР ведущими психопатологическими синдромами были: астенический (20,0 % случаев), тревожно-депрессивный (33,0 %) и ипохондрический (46,66 %).

Патопсихологическое исследование показало, что у больных с ПР, по данным методики Г. Айзенка, в 55 % случаев регистрировался высокий уровень нейротизма, в то время как у пациентов с агорафобией в 47 % случаев преобладал средний уровень.

По шкале депрессии Гамильтона пациенты ПР получили 16 баллов, что соответствовало среднему уровню, а у больных агорафобией этот показатель составлял 20 баллов, что указывало на высокий уровень депрессии.

По методике Спилбергера — Ханина у больных основной группы средний показатель личностной тревожности достигал 39 баллов, а контрольной — 42 балла. Показатели реактивной тревоги существенно отличались: у пациентов

с ПР — 33 балла, а у больных агорафобией — 54 балла.

По данным опросника Леонгарда — Шмишека было установлено, что у больных с ПР преобладали: демонстративность (средний балл 17), застреваемость (16,5), экзальтированность (20), а у пациентов с агорафобией — гипертимность (19), дистимичность (18), тревожность (21).

Нами была разработана система психотерапевтической коррекции больных с ПР. Психотерапевтические методы применялись на фоне стабилизирующей психофармакотерапии и продолжались после ее прекращения. Наибольшую эффективность у больных показала когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ) по А. Беку и А. Эллису, которая проводилась 2–4 раза в неделю, длительность курса составляла от 4 до 6 нед.

Методика, разработанная Aaron Beck, представляет собой кратковременную структурированную терапию, которая предусматривает активное сотрудничество врача и больного для достижения лечебных целей и ориентирована на текущие проблемы и их разрешение.

Теоретической основой КБТ является положение о том, что аффективные и соматовегетативные изменения взаимосвязаны и требуют когнитивной коррекции.

Основными целями терапии были: идентификация ложных представлений пациентов о своей болезни; обучение их альтернативным способам реагирования; закрепление новых когнитивных представлений и новых поведенческих реакций.

КБТ состояла из трех основных компонентов: дидактического, когнитивного и поведенческого.

Дидактический компонент включает рациональное объяснение больному ложных представлений и ошибочной логики. Проводится разъяснение взаимосвязи мышления, аффектов и поведения и логическое обоснование терапевтического процесса.

Когнитивный компонент состоит из четырех процессов: 1) формирования нового стереотипа мышления; 2) тестирования нового стереотипа; 3) идентификации дезадаптивных положений, лежащих в основе патологической симптоматики; 4) изменения стереотипа дезадаптивных положений.

Поведенческий компонент использовался для изменения дезадаптивного или ошибочного стереотипа мышления и поведения с помощью методов: создания оптимальной схемы деятельности, ретенции новых стереотипов, обучения самоуважению, ролевых игр и методов отвлечения.

Разработанная схема психокоррекции показала свою достаточно высокую эффективность: полная редукция симптоматики ПР была достигнута

у 68% пацієнтів, значительные улучшения — у 20%, существенные изменения отсутствовали у 12% больных.

Список літератури

1. *Табачников С. І.* Про удосконалення і подальший розвиток соціальної і судової психіатрії та наркології в Україні / С. І. Табачников // Архів психіатрії.— 2010.— Т. 16, вип. 1 (60).— С.
2. *Михайлов Б. В.* Стан і стратегія реформування психотерапії і медичної психології в Україні / Б. В. Михайлов // Мед. психологія.— 2011.— Т. 6, № 3 (23).— С. 44–47.
3. Соматоформные расстройства как междисциплинарная проблема современной медицины / Б. В. Михайлов, И. Н. Сарвир, Н. В. Мирошниченко [и др.] // Вісн. психіатрії та психофармакотерапії.— 2002.— № 1.— С. 38–43.
4. *Марута Н. А.* Особенности диагностики и терапии тревожных расстройств невротического и органического генеза / Н. А. Марута // Укр. вісн. психоневрології.— 2013.— Т. 21, вип. 1 (74).— С. 5–82.
5. *Напреєнко О. К.* Депресії та тривога в загально-медичній практиці (соціальні, діагностичні та лікувально-профілактичні аспекти) / О. К. Напреєнко // Вісн. психіатрії та психофармакотерапії.— 2002.— № 1.— С. 7–12.
6. *Гиндикин В. Я.* Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства / В. Я. Гиндикин.— М.: Триада-Х, 2000.— 256 с.
7. *Коркина М. В.* Психосоматические расстройства / М. В. Коркина, В. В. Мариллов // Психиатрия.— М.: Медицина, 1995.— С. 501–502.
8. *Сарториус Н.* Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств / Н. Сарториус.— Киев, 1997.— 104 с.
9. *Вейн А. М.* Панические атаки / А. М. Вейн // Междунар. мед. журн.— 1997.— № 3.— С. 75–79.

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ  
У ХВОРИХ НА ПАНІЧНІ РОЗЛАДИ**

О. І. КУДІНОВА

**Вивчено порушення емоційної сфери у 40 хворих із панічними розладами і 20 — з агорафобією за даними клінічних та психопатологічних досліджень. При панічних розладах визначено високий рівень особистісної тривожності на тлі відносно низьких показників нейротизму та депресії. Розроблено систему психоневротичної корекції, що показала високу ефективність.**

*Ключові слова: емоційна сфера, панічний розлад, психотерапевтична корекція.*

**PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF EMOTIONAL DISORDERS  
IN PANIC DISORDER PATIENTS**

O. I. KUDINOVA

**Emotional disorders of 40 patients with panic disorders and 20 patients with agoraphobia were investigated using clinical and pathopsychological methods. High level of trait anxiety was shown in panic disorders against a background of relatively low indices of neurotism and depression. A highly effective system of psychotherapy correction was worked out.**

*Key words: emotional disorders, panic disorder, psychotherapy correction.*

*Поступила 19.08.2015*