

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ ПСИХОТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

КУ «Винницкая областная психоневрологическая больница им. О. И. Ющенко»

Представлены результаты изучения клинико-психопатологических особенностей тревожно-фобических расстройств невротического генеза (эпизодическая пароксизмальная тревога, генерализованное тревожное расстройство и смешанное тревожно-депрессивное расстройство), их динамика в процессе терапии 136 больных. Обоснована и разработана система психотерапии и психокоррекции.

Ключевые слова: эпизодическая пароксизмальная тревога, генерализованное тревожное расстройство, смешанное тревожно-депрессивное расстройство, психотерапия.

В связи с социально-экономическими изменениями, произошедшими в последнее десятилетие, тревожные расстройства (ТР) признаны наиболее частой категорией психических расстройств, которая встречается в популяции в 3,7–5,1 % случаев. В Украине наблюдается та же тенденция [1, 2].

Возрастает число как самостоятельных форм ТР, так и различных вариантов тревожных синдромов, которые входят в структуру иных психических заболеваний [3–6]. Основная тенденция — коморбидность тревожных проявлений с другими, более или менее выраженными группами расстройств, в частности тенденция к соматизации или «депрессивности» тревоги, особенно непсихотического уровня [7–10].

ТР в МКБ-10 относятся к кластеру F4 — невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства и рубрифицируются следующим образом: F40 (тревожно-фобические расстройства), F41 (другие тревожные расстройства), F42 (обсессивно-компульсивные расстройства), F43 (реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации). Отмечаются и другие нозо-синдромальные формы: F60.6 (тревожное расстройство личности), F92 (смешанные расстройства поведения и эмоций), F93 (эмоциональные расстройства с началом, специфическим для детского возраста). Все эти обстоятельства обуславливают необходимость углубленного изучения клинической структуры и динамики ТР.

Целью проведенного исследования было изучение клинико-психопатологических особенностей ТР невротического генеза и их динамики в процессе терапии.

Было обследовано 136 больных с ТР, которые проходили стационарный курс лечения в психиатрическом отделении Винницкой областной психоневрологической больницы им. А. И. Ющенко. Обследуемые были разделены на три группы соот-

ветственно рубрикам МКБ-10: первая — 35 пациентов с паническим расстройством (ПР) (эпизодической пароксизмальной тревогой (ЭПТ) (F41.0), вторая — 34 больных с генерализованным ТР (ГТР) (F41.1), третья — 67 лиц со смешанным тревожно-депрессивным расстройством (СТДР) (F41.2).

Исследование включало клиническое и клинико-психопатологическое наблюдение больных, в ходе которого оценивалось состояние психической и соматической сфер; клинико-анамнестическую методику. В патопсихологическом исследовании использовались опросник для изучения акцентуированных черт личности (методика К. Леонгарда — Г. Шмишека), опросник Г. Айзенка (Eysenck Personality Inventory — EPI) для определения темперамента, уровня нейротизма, экстра- и интроверсии, шкала личностной тревожности и реактивной тревоги С. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина, шкала М. Гамильтона для оценки депрессии (HDRS).

Клиническая картина у всех больных характеризовалась перманентными и пароксизмальными проявлениями. Так, у пациентов с ЭПТ наиболее частыми пароксизмальными состояниями были панические атаки (ПА), которые характеризовались дискретным эпизодом интенсивного страха или дискомфорта, внезапным началом. Психосенсорные расстройства достигали максимума в течение нескольких минут и проявлялись чувством головокружения, неустойчивостью, обморочным состоянием, ощущением, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное «Я» отделилось или «находится не здесь» (деперсонализация), страхом потери контроля, наступающего сумасшествия или смерти.

Из вегетативных симптомов сердечно-сосудистой адресной принадлежности наблюдались усиленное или учащенное сердцебиение, потливость, дрожание или тремор, сухость во рту (не обусловленная

Таблица 1

Распределение уровней реактивной тревоги и личностной тревожности у пациентов трех клинических групп (по шкале Спилбергера — Ханина)

Уровень тревожности	Группы					
	первая, n = 35		вторая, n = 34		третья, n = 67	
	абс. ч.	%±m	абс. ч.	%±m	абс. ч.	%±m
<i>Реактивная тревога</i>						
Низкий	—		—		—	
Умеренный	3	8,50±2,67	1	2,86±0,85	8	10,60±2,10
Высокий	32	91,42±4,39	33	97,14±4,17	59	89,39±2,25
<i>Личностная тревожность</i>						
Низкий	6	17,10±0,83	8	22,86±1,39	9	12,12±3,51
Умеренный	9	25,71±2,09	7	20,00±2,78	24	36,36±2,22
Высокий	20	57,14±3,91	19	56,12±1,39	34	51,51±1,31

Таблица 2

Распределение уровней экстраверсии, интроверсии и нейротизма у пациентов трех клинических групп (по методике ЕРІ)

Уровни	Группы					
	первая, n = 35		вторая, n = 34		третья, n = 67	
	абс. ч.	%±m	абс. ч.	%±m	абс. ч.	%±m
<i>Уровень экстраверсии и интроверсии</i>						
Экстраверты	18	51,42±2,00	13	40±2,44	25	37,88±1,07
Интроверты	17	48,57±2,00	21	60±3,44	42	62,12±4,07
<i>Уровень нейротизма</i>						
Больше 12 баллов	25	63,14±4,12	20	58,24±2,91	61	92,54±1,87
Меньше 12 баллов	10	36,86±2,88	14	41,76±1,16	6	5,97±0,73

приемом препаратов или дегидратацией). Из симптомов другой системно-органной локализации наблюдались затруднения в дыхании, чувство удушья, боль или дискомфорт в груди, тошнота.

Для клинической картины СТДР были характерны симптомы депрессивного спектра (эмоциональные изменения, изменения в когнитивной сфере, изменения мотивации); тревожного и соматико-вегетативного спектров. Эти симптомы наблюдались в различных сочетаниях, что формировало выраженную интерференционную клиническую картину.

У больных второй группы с ГТР в течение не менее 6 мес наблюдалась сочетанная пароксизмальная и перманентная симптоматика с выраженной напряженностью, беспокойством и чувством предстоящих неприятностей в повседневных событиях. Пароксизмальная симптоматика была полиморфной и наименее выраженной: усиленное или учащенное сердцебиение, потливость, тремор или дрожь, затруднение дыхания, чувство удушья, боль или дискомфорт в груди, тошнота или абдоминальный дистресс, головокружение, неустойчивость, восприятие предметов как нереальных (дереализация), ощущение, что собственное «Я» где-то далеко (деперсонализация), онемение или

ощущение покалывания, страх перед сумасшествием или наступающей смертью.

В результате проведенных патопсихологических исследований были получены следующие данные (табл. 1–5).

По данным методики Спилбергера — Ханина (табл. 1) у большинства пациентов всех трех групп наблюдался высокий уровень реактивной тревоги, который был наиболее выраженным у больных с ГТР (97,14±4,17%). Уровень личностной тревожности был высоким у 57,14±3,91% больных ЭПТ и у пациентов с ГТР (56,12±1,39%) соответственно.

Анализ данных, полученных с помощью опросника ЕРІ (табл. 2), указывает на относительное доминирование низкого уровня нейротизма. Обращает на себя внимание преобладание интровертированности, которая была наиболее выражена у пациентов с ГТР и СТДР (60,67±3,44 и 60,61±4,07% соответственно). Экстравертированность преобладала у пациентов с ЭПТ — 51,42±2,00%.

Оценка показателей по шкалам нейротизма и экстраверсии (интроверсии) позволила провести анализ типов темперамента (табл. 3). Преобладание меланхолического и холерического типов темперамента было наиболее выражено во всех трех нозологических группах.

Таблица 3

Распределение типов темперамента у пациентов трех клинических групп (по данным теста Айзенка)

Типы темперамента	Группы					
	первая, n = 35		вторая, n = 34		третья, n = 67	
	абс. ч.	%±m	абс. ч.	%±m	абс. ч.	%±m
Флегматичный	3	8,57±3,44	1	2,85±3,17	5	6,06±1,73
Холерический	14	40±9,06	14	42,85±2,44	29	43,94±2,07
Меланхолический	17	48,57±1,92	19	54,28±4,83	33	48,48±13,88
Сангвинический	1	2,86±1,44	—	—	—	—

Таблица 4

Распределение по степени выраженности депрессии у пациентов трех клинических групп (по данным методики HDRS)

Степень депрессии	Группы					
	первая, n = 35		вторая, n = 34		третья, n = 67	
	абс. ч.	%±m	абс. ч.	%±m	абс. ч.	%±m
Норма (0–7 баллов)	13	37,14±1,62	20	57,14±1,36	3	3,03±2,35
Легкая (7–12 баллов)	22	62,86±2,60	14	42,86±1,38	46	69,29±1,69
Умеренная (14–18 баллов)	—	—	—	—	18	27,21±5,54
Тяжелая (19–22 бала)	—	—	—	—	—	—
Крайне тяжелая (более 23 баллов)	—	—	—	—	—	—

Таблица 5

Распределение по типам акцентуаций личности пациентов трех клинических групп (по методике Леонгарда — Шмишека)

Типы акцентуаций	Группы					
	первая, n = 35		вторая, n = 34		третья, n = 67	
	абс. ч.	%±m	абс. ч.	%±m	абс. ч.	%±m
Гипертимный	2	5,71±0,28	1	2,85±3,17	3	4,45±3,53
Возбудимый	—	—	—	—	1	1,51±0,48
Эмотивный	12	34,28±1,10	3	8,57±1,39	26	39,19±2,86
Педантичный	1	2,85±1,72	3	8,57±1,39	—	—
Тревожный	12	34,28±2,20	16	48,57±9,15	12	18,18±8,35
Циклотимный	3	8,57±3,99	4	11,42±2,34	9	13,63±4,74
Демонстративный	1	2,85±1,72	5	14,28±3,57	2	3,03±0,95
Неуравновешенный	—	—	1	2,85±1,78	5	6,06±2,95
Дистимный	3	8,57±3,99	—	—	5	7,57±0,19
Экзальтированный	—	—	1	2,85±1,78	2	3,03±0,95
Нет акцентуаций	1	2,85±1,72	—	—	2	3,03±0,95

У 62,86±2,6% пациентов с ЭПТ и у 42,86±1,38% больных с ГТР был выявлен легкий уровень депрессии (табл. 4). У пациентов с СТДР легкий уровень отмечен в 69,29±1,69% случаев и умеренный — в 27,21±0,54% соответственно.

По данным, полученным с помощью исследования акцентуации личности по методике Леонгарда — Шмишека (табл. 5), обнаружилось значительное преобладание тревожного типа у пациентов с ГТР — 48,57±3,15% и ЭПТ — 34,28±2,20%, эмотивного типа у больных с СТДР — 39,19±2,86%.

На основании полученных результатов была обоснована и разработана система психотерапии и психокоррекции больных с ЭПТ, ГТР и СТДР.

Основным методом реализации медико-психологической реабилитации пациентов была групповая психотерапия, которая сочеталась с элементами рациональной, позитивной, суггестивной и семейной психотерапии. Относительно нарушений эмоциональной сферы в виде фобически-депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств применялась когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ) по А. Беку.

Система психотерапії формувалась в чотири етапи її проведення:

I — оцінка психоемоціонального стану. Починався з моменту поступлення хворого в стаціонар і був направлений на визначення стану емоціональної сфери і мішеней психокорекції (1 сеанс);

II — формування комплайенсу. Зміщував заходи по формуванню комплайенсу, первинного встановлення психологічного контакту і позитивної мотивації до лікування (2 сеанси);

III — психотерапія і психокорекція. Включав індивідуальну і групову психотерапію, які були направлені на змінення активної життєвої стратегії, самовпевненість шляхом усвідомлення значення життя і його якості, наявності важливої стратегічної цілі (10 сеансів);

IV — сугестивне психологічне супроводження. Складався з чотирьох сеансів індивідуальної психотерапії з елементами сімейної психокорекції.

Оцінка ефективності використовуваної системи психокорекції показала, що у хворих всіх трьох груп спостерігалась позитивна клінічна динаміка. Зменшились суб'єктивні переживання тривожного спектру і соматовегетативна симптоматика.

За даними патопсихологічного дослідження найбільш позитивна динаміка була досягнута за показателем реактивної тривоги у всіх трьох групах хворих.

В цілому значительне покращення відзначалося у 72% хворих першої, 68% пацієнтів другої і у 78% обстежуваних третьої груп.

Список літератури

1. Виничук С. М. Тривожні розлади з порушенням адаптації і методи їх терапії / С. М. Виничук,

В. Ю. Крылова, С. В. Рогоза // Міжнар. неврологічний журн.— Донецьк, 2008.— № 2.— С. 74–80.

2. Волошок О. В. Психологічний аналіз проблеми тривожності особистості / О. В. Волошок // Проблеми сучасної психології: зб. наук. пр.— Кам'янець-Подільський, 2010.— Вип. 10.— С. 120–128.

3. Дюкова Г. М. Пароксизмальні стани при неврозах / Г. М. Дюкова, Х. Г. Алиева, Н. Б. Хаспекова // Журн. невропатології і психіатрії ім. С. С. Корсакова.— 1989.— Т. 89, вип. 11.— С. 12–17.

4. Краснов В. Н. Тривожні розлади: їх місце в сучасній систематикі і підходи до терапії / В. Н. Краснов // Соціальна і клінічна психіатрія.— 2008.— Т. 18, вип. 3.— С. 33–38.

5. Марута Н. А. Особливості діагностики і терапії тривожних розладів невротичного і органічного генезу / Н. А. Марута // Укр. вісн. психоневрології.— 2013.— Т. 21, вип. 1 (74)— С. 5–82.

6. Марута Н. А. Пароксизмальні стани при невротичних розладах (клініко-психопатологічна структура і принципи терапії) / Н. А. Марута, С. П. Колядко // Укр. вісн. психоневрології.— 2013.— Т. 21, вип. 3 (76)— С. 7–12.

7. Михайлов Б. В. Сучасний стан проблеми депресивних розладів / Б. В. Михайлов, Т. Е. Яковцова // Проблеми медичної науки та освіти.— 2006.— № 2.— С. 65–69.

8. Allgulander C. Prevention of relapse in generalized anxiety disorder by escitalopram treatment / C. Allgulander, I. Florea, A. K. Huusom // Int. J. Neuropsychopharmacol.— 2006.— Vol. 9.— P. 495–505.

9. Allgulander C. Generalized Anxiety Disorder: Review of Recent Finding / C. Allgulander // J. Exp. Clin. Med.— 2012.— Vol. 4.— P. 88–91.

10. Allgulander C. Morbid anxiety as a risk factor in patients with somatic diseases: a review of recent findings / C. Allgulander // Mind Brain J. Psychiatry.— 2010.— Vol. 1.— P. 11–19.

КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА ТА ПРИНЦИПИ ПСИХОТЕРАПІЇ ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Т. С. ЧОРНА

Подано результати вивчення клініко-психопатологічних особливостей тривожно-фобічних розладів невротичного генезу (епізодична пароксизмальна тривога, генералізований тривожний розлад і змішаний тривожно-депресивний розлад), їх динаміка у процесі терапії 136 хворих. Обґрунтовано і розроблено систему психотерапії та психокорекції.

Ключові слова: епізодична пароксизмальна тривога, генералізований тривожний розлад, змішаний тривожно-депресивний розлад, психотерапія.

CLINICAL PRESENTATION, DIAGNOSIS AND PRINCIPLES OF PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF ANXIETY AND PHOBIC DISORDERS

T. S. CHORNA

The results of the study of clinical and psychopathological features of anxiety-phobic disorders of neurotic origin (episodic paroxysmal anxiety, generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depressive disorder) and the dynamics of these disorders in the course of therapy in 136 patients are reported. A system of psychotherapy and psychocorrection was substantiated and developed.

Key words: episodic paroxysmal anxiety, generalized anxiety disorder, mixed anxiety-depressive disorder, psychotherapy.