

КЛИНИКА И ПРИНЦИПЫ ПСИХОТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ ТРЕВОЖНОГО СПЕКТРА

Б. В. Михайлов¹, Т. С. Черная²,

КЛІНІКА ТА ПРИНЦИПИ ПСИХОТЕРАПІЇ РОЗЛАДІВ ТРИВОЖНОГО СПЕКТРУ

B. Mykhaylov¹, T. Chornaya²,

CLINIC AND PRINCIPLES OF PSYCHOTHERAPY ANXIETY SPECTRUM DISORDERS

¹ Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра психотерапии;

² Винницкая областная психоневрологическая больница им. О.и. Ющенко.

¹ *Kharkov Medical academy of postgraduate education, department of psychotherapy;*

² *Vinnitsa Regional Psychoneurological hospital a.i. Yuschenko.*

Статья поступила в редакцию 04.10.2016.

Резюме

Целью работы было определение особенности нарушений эмоциональной сферы у больных тревожными расстройствами различной нозосиндромальной принадлежности.

Материалы и методы. Проведено комплексное исследование 115 больных, которые распределялись на 3 группы: I группа – 27 больных с паническим расстройством (ПР), II группа – 21 больной с генерализованным тревожным расстройством (ГТР), III группа – 67 больных со смешанным тревожно-депрессивным расстройством (СТДР).

Результаты. Установлено, что у больных I группы наиболее выраженными были пароксизмальные проявления, у больных III группы – перманентные. II группа занимает промежуточное положение. По данным патопсихологического исследования у больных всех трех групп определялись высокие показатели личностной тревожности и реактивной тревоги.

Выводы. На основании полученных данных была построена дифференцированно-интегративная модель психотерапии с применением когнитивно-бихевиоральной (КБТ) и групповой психотерапии. После проведенной системы психотерапии значительное улучшение было достигнуто у 72% больных I группы, 68% больных II группы, 78% больных III группы.

Ключевые слова

тревожные расстройства, эмоциональные нарушения, психотерапевтическая коррекция.

Резюме

Метою роботи було визначення особливостей порушення емоційної сфери у хворих тривожними розладами різної нозосиндромальної приналежності.

Матеріали і методи. Було проведено комплексне дослідження 115 хворих, які розподілялися на 3 групи: I група – 27 хворих з панічним розладом (ПР), II група – 21 хворий на генералізований тривожний розлад (ГТР), III група – 67 хворих зі змішаним тривожно-депресивним розладом (ЗТДР).

Результати. Встановлено, що у хворих I групи найбільш вираженими були пароксизмальні прояви, у хворих III групи – перманентні. II група займає проміжне положення. За даними патопсихологічного дослідження у хворих всіх трьох груп визначалися високі показники особистісної тривожності і реактивної тривоги.

Висновки. На підставі отриманих даних була побудована диференційовано-інтеграційна модель психотерапії із застосуванням когнітивно-біхевіоральної (КБТ) і групової психотерапії. Після проведеної системи психотерапії значне поліпшення було досягнуто у 72% хворих I групи, 68% хворих II групи, 78% хворих III групи.

Ключові слова

тривожні розлади, емоційні порушення, психотерапевтична корекція.

Resume

The aim of the research was to determine peculiarities of emotional disturbances of patients with anxiety disorders of different nososyndromal origin.

Materials and methods. Complex examination of 115 patients was conducted. They were divided into 3 groups: group I - 27 patients with panic disorder (PD), group II - 21 patient with generalized anxiety disorder (GAD) and group III - 67 with mixed anxiety-depressive disorder (MADD).

Result. It was established that patients of group I featured paroxysmal manifestations and patients in group III - the permanent ones. Group II occupied an intermediate position. According to pathopsychological study, patients of all three groups had high rates of personal anxiety and reactive anxiety.

Conclusion. Based on the research data, a differential psychotherapy model with the cognitive-behavioral therapy (CBT) and group therapy (GT) was developed. Upon undergoing system mental therapy, increased improvement was evidences by 72% of group I patients, 68% of group II patients and 78% of group III patients.

Keywords

anxiety disorders, emotional disturbances, psychotherapy correction.

На протяженні последнего десятилетия в мире сохраняется устойчивая тенденция к прогрессирующему росту невротических расстройств, прежде всего тревожного спектра. В их структуре значительное место занимают эмоциональные нарушения с соответствующими соматовегетативными проявлениями. В Украине наблюдается такая же ситуация [1 – 3].

Известно, что тревожные расстройства (ТР) по своей распространенности и последствиям могут быть в полной мере отнесены к числу социально значимых гетерогенных расстройств, которые представляют собой одну из важнейших общемедицинских проблем [4 – 7]. По данным Европейского эпидемиологического исследования 1 – 5,2% населения страдают ТР [2, 3, 8, 9], при этом распространенность тревожных расстройств в структуре расстройств психики и поведения составляет 13,6% [2, 9, 10].

Актуальность проблемы определяется распространенностью данной патологии психической сферы, тяжестью субъективных переживаний больных со снижением качества жизни и уровня социального функционирования, прогрессирующим течением у 70% больных и резистентностью к терапии [11 – 13]. В большинстве случаев при ТР наблюдается феномен взаимного отягощения в виде сочетания нарушений психической активности, субъективных эмоциональных переживаний негативного характера и соматовегетативных компонентов [14 – 17].

В соответствии МКБ-10 ТР относятся к кластеру f4 – невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства [8, 18, 19]. В структуре тревожных расстройств значительное место по распространенности, а главное – по субъективно переживаемой тяжести занимают панические расстройства (ПР). Не менее значительное место занимают смешанные тревожно-депрессивные расстройства (СТДР) и генерализованные тревожные расстройства (ГТР) [2, 14, 20, 21].

ПР обычно возникают на фоне predispositional психогенных (конфликтной ситуации), а также биологических (гормональная перестройка, соматические заболевания и т.д.) факторов.

Наряду с этим, в общих диагностических критериях ПР указано, что панические атаки (ПА) развиваются вне всякой связи с текущими психологическими факторами. Нерешенным является вопрос доминирующего патологического компонента при СТДР – тревожного или депрессивного. В структуре ГТР недостаточно определено соотношение перманентных и пароксизмальных проявлений.

В то же время, многие авторы указывают на недостаточное изучение вопросов медико-психологического сопровождения этой категории больных и психотерапевтической коррекции имеющих у них нарушений психической сферы [4, 5, 18, 19, 22].

Эффективность терапии пациентов с патологической тревогой достаточно невысока, что связано с недостаточным применением комплексного подхода к лечению. Это обусловлено различными факторами, в том числе недооценкой их распространенности и возможных тяжелых последствий хронизации [2, 8].

Все вышеизложенное обусловило проведение нашего исследования, целью которого была сравнительная характеристика эмоциональных нарушений и типологических особенностей пациентов с тревожными расстройствами различной нозосиндромальной принадлежности.

Исследование проводилось 115 пациентам, которые были распределены на 3 группы. I группа – 27 пациентов с паническим расстройством (ПР) (эпизодическая пароксизмальная тревога (f41.0)). II группа – 21 пациент с генерализованным тревожным расстройством (ГТР) (f41.1). III группа – 67 пациентов со смешанным тревожно-депрессивным расстройством (СТДР) (f41.2).

В обследовании использовались следующие методы: клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический и статистический. Применялись методики патопсихологического исследования: уровень личностной тревожности и реактивной тревоги изучался по шкале самооценки (Spilberger C.D., в адаптации Ю.Л.Ханина, 1971), личностный опросник Айзенка (epi), шкала Гамильтона (HDRS) для оценки депрессии, исследования акцентуации личности по методике Леонгарда – Шмишека. Проведенное исследование позволило определить структуру проявлений и общие закономерности формирования тревожных расстройств невротического регистра.

Психопатологическая структура тревожных расстройств во всех выделенных группах имела свои количественные и качественные особенности.

У больных I группы (с ПР) преобладали расстройства пароксизмального характера. Пароксизмы начинались внезапно, с переживанием чувства критически нарастающего интенсивного страха. В структуру пароксизма входили вегетативные симптомы: тахикардия, гипергидроз, сухость во рту; вегето-висцеральные симптомы: затрудненное дыхание, ощущение удушья, чувство дискомфорта или боли в грудной клетке, тошнота или неприятные ощущения в области брюшной полости, приливы жара и озноб, парестезии; идеаторно-эмоциональные симптомы: головокружение, атаксия, тошнота, слабость с элементами дереализации, деперсонализации, страх безумия, смерти, потери самоконтроля или потери сознания. У этих больных перманентные проявления наблюдались в структуре ведущих психопатологических синдромов: астенического (у 20% больных), тревожно-депрессивного (у 33% больных), ипохондрического (у 47% больных).

Во II группе больных (с ГТР) наблюдались преимущественно перманентные проявления, которые характеризовались астеническими, тревожными и субдепрессивными симптомами. Они входили в структуру различных синдромов: тревожно-фобического – у 31%; астено-депрессивного у 16%; астено-ипохондрического – у 16%; астено-тревожного – у 21%, астенического – у 14% больных.

Больные III группы (с СТДР) занимали промежуточное место по клиническим проявлениям. У них наблюдались достаточно умеренные пароксизмальные проявления с идеаторно-эмоциональными и соматовегетативными составляющими. Перманентные проявления наблюдались в структуре тревожно-депрессивного (у 68% больных), тревожно-фобического (у 22% больных) и тревожно-ипохондрического (у 10% больных) синдромов.

В результате психодиагностического исследования были получены следующие **результаты**.

По данным методики Спилбергера – Ханина у большинства пациентов наблюдался высокий уровень реактивной тревожности во всех трех группах (средний показатель представленности – $88,76 \pm 6,48\%$), который был наиболее представленным у пациентов с ГТР ($95,24 \pm 4,17\%$). Уровень личностной тревоги был высоким у $52,15 \pm 4,99\%$ больных с ПР, и у $57,14 \pm 1,39\%$ пациентов с ГТР соответственно.

Анализ данных, полученных с помощью опросника EPI, указывает на доминирование низкого уровня нейротизма, который был зарегистрирован в $93,46 \pm 2,67\%$. Также обращает на себя внимание преобладание интровертированности $57,67 \pm 9,26\%$, которая была наиболее выражена у пациентов с ГТР ($66,67 \pm 19,44$). Экстравертированность преобладала у пациентов с ПР ($51,85 \pm 2,00\%$).

Сопоставительная оценка показателей по шкалам нейротизма и экстраверсии (интроверсии) позволила провести анализ типов темперамента. Преобладание меланхолического и холе-

рического типов темперамента было наиболее выражено у больных всех трех нозологических групп.

По данным полученным с помощью шкалы Гамильтона (hdrs) для оценки депрессии у 59,26 ± 9,60% больных I группы (с ПР), и у 42,86 ± 1,38% больных II группы (с ГТР) был выявлен легкий уровень депрессии. У пациентов больных III группы (с СТДР) преобладали легкий уровень у 67,16 ± 1,69% и умеренный уровень у 29,85 ± 5,54% пациентов соответственно.

По данным полученным с помощью исследования акцентуации личности по методике К. Леонгарда – Г. Шмишека, значительное преимущество тревожного типа наблюдалось у больных II группы (с ГТР) (52,38 ± 6,15%) и больных I группы (с ПР) (40,74 ± 2,20%). Эмотивный тип преобладал у больных III группы (с СТДР) (38,82 ± 2,86%).

Данные обследования стали основой в разработке концептуального подхода и построения патогенетически обоснованной системы психотерапии пациентов с тревожными расстройствами невротического регистра с учетом эмоциональных и личностно-типологических особенностей.

Принципами проведения психотерапии были:

1. Партнерство психотерапевта и пациента.
2. Этапность воздействий и усложнение применяемых методик.
3. Апелляция к положительным чертам личности.
4. Применение когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), как базовой.
5. Обучение навыкам ауторегуляции эмоций отрицательного спектра: тревоги, депрессии.
6. Коррекция социальных установок.
7. Обучение рациональным копинг-стратегиям.

Основным методом психотерапевтической коррекции нарушений эмоциональной сферы в виде фобически-депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств была когнитивно-бихевиоральная терапия по А. Беку.

Групповая психотерапия применялась для формирования социальных установок и рациональных копинг-стратегий. Она сочеталась с элементами рациональной, суггестивной и семейной психотерапии.

Система психотерапии реализовывалась в 4 этапа.

I Этап «Оценка психоэмоционального состояния» – начинался с момента поступления больного в стационар и был направлен на определение состояния эмоциональной сферы и мишеней психо-коррекции (1 сессия).

II Этап «Формирование комплаенса» – включал в себя мероприятия по формированию комплаенса, первичного установления психологического контакта и формирования положительной мотивации к лечению (2 сессии).

III Этап «Психотерапия и психокоррекция» – включал индивидуальную и групповую психотерапию, направленные на формирование активной жизненной стратегии, изменение самовосприятия путем осознания смысла жизни и его качества, наличия важной стратегической цели (10 сессий). IV этап «Суппортивное психологическое сопровождение» – включал 4 сеанса индивидуальной психотерапии с элементами семейной психокоррекции.

Оценка эффективности проведенной системы показала следующее. У больных всех 3-х групп произошла положительная клиническая динамика. Уменьшились субъективные переживания тревожного спектра и соматовегетативная симптоматика.

По данным патопсихологического исследования наиболее положительная динамика была достигнута по показателям реактивной тревоги во всех 3-х группах больных.

В целом значительное улучшение было достигнуто у 72% больных I группы, у 68% больных II группы и у 78% больных III группы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Депрессивные расстройства в общей медицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога / Р. Г. Оганов, Г. В. Погосова, С. А. Шальнова [и др.] // Кардиология. – 2005. – №8 – С. 38 – 44.

2. Пинчук И. Я. Распространенность психических расстройств в Украине // Журн. АМН України. – 2010. – Т. 16, №1. – С. 168 – 176.
3. Смулевич А. Б. Психокardiология / А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин. – М.: МИА, 2005. – 778с.
4. Долженко М. Н. Депрессивные и тревожные расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях / М. Н. Долженко // Практична ангіологія. – 2006. – Т.2, №1. – С. 17 – 23.
5. Карвасарский Б. Д. Невротические расстройства внутренних органов / Б. Д. Карвасарский, В. Ф. Простомолотов. – Кишинев: Штиинца, 1988. – 165 с.
6. Михайлов Б. В. Психотерапия в общесоматической медицине: клин. Руководство / Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, В. А. Федосеев. – Х.: Прапор, 2002. – 108 с.
7. Марута Н. О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / Н. О. Марута // нейронews. Психоневрология и нейропсихиатрия. – 2010. – №5 (24). – С. 83 – 90.
8. Сарториус Н. Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств / Н. Сарториус. – К.: Сфера, 1997. – 104 с.
9. Карфhammer Н.-Р. Concept of somatoform disorder / Н.-Р. Карфhammer // Journal of The Europe Psych. Ass. – 2011. – Vol. 26, Suppl. 1. – P. 63.
10. Шестопалова Л. Ф. Довіра до лікаря як чинник формування комплаєнсу у хворих на невротичні та психічні розлади / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевникова, О. О. Бородавко // Медицинская психология. – 2013. – Т. 8. №4 (32). – С. 3 – 7.
11. Юрьева Л. Н. Динамика распространения психических и поведенческих расстройств в мире и в Украине / Л. Н. Юрьева // Медицинские исследования. – 2001. – Т. 1, Вып. 1. – С. 32 – 33.
12. Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine: findings from the Ukraine World Mental Health survey / E. J. Bromet, S. F. Gluzman, V. I. Panioitio [et al.] // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. – 2005. – Vol. 40. – P. 681 – 690.
13. Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication / R. S. Kessler, W.N. Chui, J. Demler [et al.] // Archives of General Psychiatry. – 2005. – 62. – P. 617 – 127.
14. Напрєєнко О. К. Психіатрична наука в Україні у 2013 році та напрямки її вдосконалення (за даними Проблемної комісії «Психіатрія» МОЗ і НАМН України) / О.К. Напрєєнко // Укр. Вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22 – Вип. 1 – №(78) 2 – С. 18 – 22.
15. Хаустова Е. А. Современные представления о диагностике и терапии тревожных расстройств / Е. А. Хаустова, В. Г. Безшейко // Международный неврологический журнал. – 2012. – №2 (48). – С. 33 – 37.
16. The esemed/MHEDEA 2000 Investigators. Prevalence of Mental disorders in Europe. Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (esemed) project // Acta Psychiatr. Scand. – 2004. – Vol. 109, Suppl. 420. – P. 21 – 27.
17. The epidemiology of anxiety disorders / J. Comer, M. Olfson / Н. Simpson, Y. Neria, R. Levis-Fernandez, F. Schneier (Eds.) // Anxiety disorders. – Cambridge, 2010.
18. Гельдер М. Оксфордское руководство по психиатрии / Пер. С англ. / М. Гельдер, Д. Гэт, Р. Мейо. – К.: Сфера, 1997. – Т. 2. – 435 с.
19. Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: Справочник / В. Я. Гиндикин. – М.: Триада-Х, 2000. – 256 с.
20. Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication / R. S. Kessler, V. Berglund, O. Demler [et al.] // Archives of General Psychiatry. – 2005. – Vol. 62. – P. 593 – 602.
21. Состояние психического здоровья населения и тенденции развития психиатрической помощи на постсоветском пространстве/ П. В. Морозов, Н. Г. Незнанов, О. В. Лимакин [и др.] // Укр. Вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22 – Вип. 1 (78) – 2014. – С. 11 – 17.
22. Бройтигам В. Психосоматическая медицина: Пер. С нем. / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. – М., 1999. – 376 с.