

На правах рукописи

**Усатенко Елена Валерьевна**

**Сравнительный анализ тревожных расстройств (клинико-  
динамические проявления, когнитивно-стилевые и личностные  
особенности больных)**

14.01.06 – «психиатрия»

**Автореферат**

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2022

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, профессор **Бобров Алексей Евгеньевич.**

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук, профессор **Иванов Станислав Викторович** - главный научный сотрудник отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»;

доктор медицинских наук, профессор **Авдеева Татьяна Ивановна** - профессор кафедры психиатрии и наркологии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России.

**Ведущее учреждение:** ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург.

Защита диссертации состоится «        » мая 2022 года в 14.00 на заседании диссертационного совета в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России по адресу: 119034, г. Москва, Кропоткинский пер., 23.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России и на сайте организации: <https://serbsky.ru>

Автореферат разослан «        » \_\_\_\_\_ 2022 года

Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
доктор медицинских наук

И. Н. Винникова

## Общая характеристика исследования

**Актуальность исследования.** Тревожные расстройства имеют высокую распространенность, их текущая частота в населении составляет от 11,0% до 18,1%, а на протяжении жизни она достигает 33,7% (Kessler R.C. et al., 2005, Terrie E. et al., 2007, G. Perna et al., 2020). Значительное число этих больных склонно к суицидальным действиям (Bolton J.M. et al. 2015; Crawford E.A. et al. 2019), нередко тревожные расстройства ассоциируются с аффективными, соматоформными и психосоматическими расстройствами, а также расстройствами личности (Schiele M.A. et al., 2020; Henker J. et al., 2019; Latas M., Milovanovic S., 2014). Социально-экономическое бремя этих расстройств не меньше, чем при таких соматических заболеваниях, как сахарный диабет (Alonso J. et al., 2005; Vandelow B. et al., 2017).

Наиболее известными формами тревожных расстройств являются генерализованное тревожное расстройство (ГТР), паническое расстройство (ПР) и агорафобия (АФ) (Vandelow B., Michaelis S., 2015). Частота ГТР на протяжении жизни составляет от 4,1 до 5,1% (Kendler K.S. et al., 1992; De Martini J. et al., 2019; Аведисова А.С., 2004; Вельтищев Д.Ю., 2018; Полищук Ю.И., Летникова З.В., 2019). Текущая распространенность ПР составляет 0,8–6,0% (Martin P., 2003), а агорафобии (АФ) – 0,6% (Мосолов С.Н., Калинин В.В., 1998).

Тревожные расстройства нередко сопутствуют различным соматическим заболеваниям. Они ухудшают их течение и прогноз, затрудняют диагностику и терапию, снижают качество жизни больных и удовлетворенность терапией, требуют дополнительных обследований. Уровень использования медицинских услуг больными тревожными расстройствами очень высок (Greenberg P.E. et al., 1999; Довженко Т.В. с соавт., 2016). Хронический тревожный синдром обычно сопутствует стенокардии, бронхиальной астме, сахарному диабету и патологии щитовидной железы (Старостина Е.Г., 2004; Леви О.С., 2016; Ромасенко Л.В., 2016; Latas M. et al., 2019). Острота клинических проявлений ПР, дифференциально-диагностические трудности с ургентными состояниями определяют его большую медико-социальную значимость (Borkovec T. et al., 2001; Калинин В.В., Максимова М.А., 1993; Аведисова А.С., 2004; Тутер Н.В., Тювина Н.А., 2008; Тукаев Р.Д., Кузнецов В.Е., 2013). Серьезнейшим

социальным последствием АФ является стойкая потеря трудоспособности и выраженные межличностные затруднения (Павличенко А.В., Чугунов Д.А., 2012).

До настоящего времени недостаточно разработанной остается проблема типологии и дифференциальной диагностики тревожных расстройств, мало изучены варианты течения и исходы тревожных расстройств, а также факторы, предрасполагающие к их рецидивам (Бобров А.Е. 2006; Мартынихин И.А, Незнанов Н.Г., 2018; Taylor J.H. et al., 2015; Park S.C., Kim Y.K., 2020).

Остается недостаточно изученной проблема взаимосвязи аномалий личности и тревожных расстройств (Gruber M. et al., 2020), а также роли когнитивных нарушений в возникновении патологической тревоги (Hur J. et al., 2019). Много спорных вопросов связано с дифференцированной психотерапией тревожных расстройств и оценкой ее эффективности (Bandelow B. et al., 2015). Все сказанное свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения проблемы тревожных расстройств (Холмогорова А.Б., 2011; Тукаев Р.Д. с соавт., 2013; Strohle A., Fudrich T., 2018).

**Целью исследования** являлся комплексный и сопоставительный анализ клинико-психопатологических, личностных и когнитивных нарушений при паническом расстройстве, агорафобии и генерализованном тревожном расстройстве, а также разработка рекомендаций по их психотерапии.

#### **Задачи исследования**

1. Провести сравнительный анализ клинико-психопатологических проявлений панического расстройства, агорафобии и генерализованного тревожного расстройства на основе изучения психического состояния и анамнеза больных указанных групп.
2. Выделить характерологические и поведенческие особенности больных с различными вариантами тревожных расстройств в ходе комплексного клинического, психологического обследования и психотерапевтического анализа их состояния.
3. Установить когнитивно-стилевые особенности больных с разными вариантами тревожных расстройств.

4. Определить закономерности терапевтической динамики клинико-описательных, личностных и когнитивно-стилевых характеристик больных с различными вариантами тревожных расстройств.
5. Выработать дифференцированные подходы к психотерапии больных паническим расстройством, агорафобией и генерализованным тревожным расстройством.

#### **Научная новизна результатов исследования**

Впервые проведено исследование больных тревожными расстройствами на основании комплексного подхода с использованием клинико-описательной методологии, психотерапевтического анализа, психодиагностического тестирования, а также оценки когнитивно-стилевых параметров психики. Был уточнен и дополнен ряд клинических и психодиагностических характеристик пароксизмальной спонтанной и ситуационной, а также постоянной тревоги, включая диссоциативные нарушения и синдром общего недомогания. Были прослежены особенности динамики указанных вариантов патологической тревоги, изучен характер ключевых переживаний, формы избегающего поведения, а также показана их связь с деперсонализацией. Впервые были выделены личностные и когнитивно-стилевые характеристики различных форм патологической тревоги. Впервые были разработаны научные рекомендации по дифференцированной психотерапии больных ГТР, ПР и АФ, исходя из присущих им личностных и когнитивно-стилевых особенностей.

#### **Теоретическая и практическая значимость исследования**

При выполнении исследования были расширены теоретические представления о природе тревожных расстройств. Показано, что большую роль в их происхождении играют когнитивно-стилевые особенности личности больных, продемонстрировано клиническое значение феноменов острой диссоциации и деперсонализации, а также их взаимосвязь с когнитивными процессами.

Были уточнены принципы реализации ряда клинических и психодиагностических подходов и методик, показана их применимость для выявления терапевтически значимых проблемных зон личности. Была подтверждена научная обоснованность дифференциации ПР и АФ, получены

данные, свидетельствующие о клинко-психопатологическом своеобразии ГТР. При этом были выделены дополнительные клинические, личностные и когнитивные характеристики отдельных вариантов тревожных расстройств. Указанные характеристики могут быть использованы при их клинической квалификации, дифференциальной диагностике, а также для оценки результатов лечения. В работе в сопоставительном плане была прослежена динамика состояния больных ГТР, ПР и АФ. В результате исследования определены основные направления дифференцированной психотерапии тревожных расстройств, которые могут быть использованы при создании персонализированных протоколов ведения таких больных.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Психопатологические нарушения при ПР, АФ и ГТР имеют существенные отличия, которые связаны с их неодинаковой синдромальной структурой, включающей помимо эмоциональных и психофизиологических компонентов, когнитивные нарушения, нарушения самосознания, поведенческие и характерологические реакции.
2. Важным компонентом приступообразной тревоги при паническом расстройстве и агорафобии является психическая диссоциация. Она создает условия для формирования синдрома общего недомогания, на основе которого развивается тревога ожидания при ПР и фобическое избегание при АФ. Постоянная тревога при ГТР связана с длительным когнитивным диссонансом и хроническим нарушением самосознания.
3. Больные ПР характеризуются выраженностью демонстративных черт личности, тенденцией к вытеснению, недостаточностью регуляторных нейрокогнитивных функций, категоричным когнитивным стилем со склонностью к неосознаваемым и невербализуемым оценкам.
4. Больным АФ свойственны импульсивно-протестные черты, а также недостаточность регуляторных нейрокогнитивных функций. Указанные функции сопровождаются снижением тормозного контроля, категоричным когнитивным стилем и общим упрощением системы субъективных оценок.
5. Отличительной особенностью больных ГТР является общий пессимистический настрой с нарушением процессов прогнозирования. Им свойственны разнообразные патохарактерологические реакции,

психовегетативные сдвиги и сужение межличностных контактов. Отмечается также когнитивный дефицит и избегающий когнитивный стиль.

6. Терапевтическая динамика состояния больных с различными вариантами тревожных расстройств взаимосвязана с изменениями личностных реакций, поведения, а также параметров когнитивного функционирования.
7. Психотерапия тревожных расстройств должна проводиться дифференцированно с учетом личностных особенностей пациентов и присущего им когнитивного стиля. Большое значение имеет правильное сочетание невербальных и поведенческих подходов с воздействием на когнитивно-смысловые структуры личности.

### **Апробация и внедрение результатов исследования**

Результаты настоящего исследования и практические рекомендации по диссертации были внедрены в работе Центра неврологии и психотерапии «Гранат» (г. Москва), многопрофильной клиники «Юнион Клиник», отделения психотерапии и клинической психологии (г. Санкт-Петербург), медицинского центра «Кардиоклиника», амбулаторное отделение (г. Санкт-Петербург).

### **Объем и структура работы**

Диссертация изложена на 203 страницах машинописного текста, иллюстрирована 26 таблицами и 12 рисунками, содержит 4 клинических наблюдения, 1 приложение. Данная работа состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, списка литературы. Библиографический указатель содержит 126 источников, из них 59 отечественных и 67 зарубежных.

### **Материалы и методы исследования**

Работа выполнена по результатам обследования и лечения амбулаторных пациентов, страдающих тревожными расстройствами, в МНИИП-филиале ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Медицинском центре «Юнион Клиник» г. Санкт-Петербурга, а также в Медицинском центре «Кардиоклиника» г. Санкт-Петербург.

В основную группу вошло 112 больных (25 мужчин, 87 женщин, средний возраст  $34,9 \pm 10,9$  года). Диагноз ПР имелся у 41 из них, АФ – у 25, ГТР – у 46. В контрольную группу вошли 83 психически здоровых человека

(23 мужчины и 60 женщин, средний возраст  $32,6 \pm 9,0$ ). Это были студенты, врачи-курсанты, а также лица, обратившиеся к психотерапевту по вопросам межличностных отношений.

**Критерии включения в основную группу.**

1. Наличие клинических критериев ГТР, ПР или АФ по МКБ-10.
2. Длительность расстройства не менее 1 года.
3. Возраст от 18 до 65 лет.
4. Добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

**Критерии исключения:** аффективные расстройства настроения; психические расстройства шизофренического спектра; зависимость от алкоголя или других психоактивных веществ; соматические заболевания в стадии декомпенсации.

В ходе работы использовался клинико-психопатологический метод с использованием Глоссария симптомов для психических расстройств МКБ-10 (Issac M., Janga A., Sartorius N., 1994). Наряду с этим осуществлялся психотерапевтический анализ состояния больных с учетом ключевых психологических переживаний, защит и механизмов совладания (Бобров А.Е., 2016; 2019). Применялись также следующие психометрические методики:

1. Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ) (Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д., 2011).
2. Репертуарный матричный тест (РМТ) (Похилько В.Н., Федотова Е.О., 1984; Бобров А.Е., Кулыгина М.А., 1998).
3. Опросник когнитивных ошибок (ОКО) (Freeman A., 1992; Бобров А.Е., Файзрахманова Е.В., 2017).
4. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (ГШТД) (Zigmond A.S. и Snaith R.P., 1983).
5. Шкала общего клинического впечатления (ШОКВ), подшкала «Улучшение» (Guy W., 1976).
6. Батарея лобной дисфункции (БЛД) (Dubois M. et al., 2000).

Дизайн исследования был одобрен Этическим комитетом ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России» (№ 29/8, 02.03.2020).

**Характер исследования:** клиническое проспективное сравнительное.



Больные обследовались клинически и с помощью психометрических методик. На протяжении последующих трех месяцев они проходили психотерапию в соответствии со специально разработанным протоколом. При необходимости им назначались антидепрессанты (пароксетин 20 мг/сут., флувоксамин (50-100 мг/сут.) и/или анксиолитик гидроксизин (12,5-50 мг/сут.). Затем им проводилось повторное клиническое и психометрическое исследование. Статистическая обработка материала осуществлялась методами описательной статистики и факторного анализа. Изучалось распределение данных, использовались критерии Стьюдента, Краскела-Уоллиса, Уитни-Манна, хи-квадрат и Вилкоксона.

### Результаты исследования

В результате выполненного исследования было показано, что тревожные расстройства характеризуются сложным психопатологическим синдромом, который включает расстройства тревожного ряда в виде страха, тревоги, психофизического дискомфорта, острых и пролонгированных состояний измененного самосознания, а также разнообразных психовегетативных и двигательных нарушений. У больных отмечаются изменения поведения и когнитивных функций, а также нарушения личностного функционирования. Было установлено, что синдром патологической тревоги при различных вариантах тревожных расстройств имеет свои особенности (таб. 1).

**Таблица 1. Сравнительная характеристика симптоматики тревожных расстройств**

Диагноз	Паническое расстройство (n=41)	Агорафобия (n=25)	Генерализованное тревожное расстройство (n=46)
Приступы немотивированного страха, тревоги и дискомфорта (паники)	41 (100%) **	11 (44%) *	5 (11%)
Страх потери контроля, сумасшествия	18 (44%)	14 (56%)	15 (33%)
Страх смерти	23 (56%)	22 (88%) *	10 (22%) ***
Страх и избегание мест и ситуаций, в которых сложно получить помощь	13 (32%)	25 (100%) *	10 (22%) ***
Страх социального осуждения	15 (36%)	20 (81%)	15 (33%)
Длительное беспокойство с ожиданием	13 (32%)	9 (37%) *	46 (100%) ***

предстоящих неприятностей			
Учащенное сердцебиение	31 (76%) **	19 (75%) *	10 (22%)
Чувство нехватки воздуха	31 (76%)	23 (94%)	18 (39%) ***
Потливость	15 (36%)	14 (56%)	8 (17%)
Сухость во рту	23 (56%)	20 (81%) *	10 (22%)
Тремор	21 (52%)	13 (50%)	15 (33%)
Неприятные ощущения в грудной клетке	26 (64%) **	22 (88%)	18 (39%) ***
Тошнота	8 (20%)	3 (12%)	8 (17%)
Неприятные ощущения в животе	5 (12%)	3 (12%)	5 (11%)
Головокружение	18 (44%) **	9 (37%)	13 (28%)
Симптомы мышечного напряжения	5 (12%) **	14 (56%)	33 (72%)
Деперсонализация	39 (95%) **	22 (88%)	15 (33%)

\* значимость различий  $p \leq 0,05$  между агорафобией и паническим расстройством, \*\* значимость различий  $p \leq 0,05$  между паническим расстройством и генерализованным тревожным расстройством, \*\*\* значимость  $p \leq 0,05$  различий между агорафобией и генерализованным тревожным расстройством.

Клинические проявления ПР определяли расстройства тревожного ряда, среди которых выделялись приступы страха или сильной тревоги, сочетавшиеся с психовегетативными нарушениями. Эти явления возникали неожиданно для пациентов и субъективно переживались как чувство наступающей смерти, сумасшествия или утраты контроля. При приступах у больных возникало ощущение неспособности управлять собой в связи с изменениями в психике, физическом состоянии и окружающей реальности (сочетание аутопсихической, соматопсихической и аллопсихической деперсонализации). Их поведение характеризовалось психомоторным возбуждением или заторможенностью, поиском помощи, фиксацией на соматических симптомах и частичной потерей чувства «Я». Эпизоды паники в значительной степени амнезировались и вспоминались только фрагментарно, что позволяет говорить о значительной глубине диссоциации, которая развивалась по механизму, напоминающему самогипнотизацию. Это сопровождалось регрессией к наглядно-образному мышлению и редукцией понятийного словесно-логического мышления.

Ретроспективный психотерапевтический анализ состояния больных нередко выявлял наличие предшествовавших межличностных конфликтов или ситуационно обусловленную актуализацию ключевых психологических

переживаний (фрустрация потребности в близости и доверии в 26% случаев, фрустрация сексуальных потребностей – 22%, сдерживание агрессивных тенденций – 22%). Однако сами больные игнорировали и даже отрицали эту связь (в 65% случаях), в связи с чем данный вариант патологической тревоги был обозначен как *пароксизмальная спонтанная тревога*.

Анализ динамики ПР показал, что после перенесенного приступа у больных формировались устойчивые ощущения физического нездоровья, слабости и тревожного ожидания повторения приступа. При этом причины панических приступов и недомогания сами пациенты относили на счет неких неизвестных нарушений в деятельности организма, с целью поиска и лечения которых они начинали усиленно обращаться к врачам различных специальностей. Все это соответствовало характерному для соматоформных расстройств синдрому общего недомогания или «болезненного поведения» (Fava G. et al., 2013, Chaturvedi S.K. et al., 2013).

Катамнез больных ПР свидетельствует о его преимущественно рецидивирующем течении (в 63% случаев) и общей тенденции к формированию соматоформных расстройств.

Клиника АФ определялась ситуационно обусловленными приступами страха, психической или соматической тревоги, которые характеризовались эмоционально-шоковыми переживаниями, отчетливой диссоциацией самосознания и психовегетативной симптоматикой, в которой отмечалось некоторое преобладание телесных ощущений, связанных с ощущением удушья (таб. 1). Основная особенность приступов при АФ заключалась в прямой зависимости от конкретных ситуаций. Поэтому указанный вариант синдрома патологической тревоги при АФ был обозначен как *пароксизмальная фиксированная тревога*.

Отличительной чертой ситуаций, на которых фиксировались страхи и опасения пациентов, являлась субъективно воспринимаемая ими неспособность немедленного преодоления пространственных ограничений, что препятствовало получению помощи. Как показывал психотерапевтический анализ этих случаев, переживание беспомощности у пациентов с АФ корреспондировало с жизненными обстоятельствами, причем сами больные обычно не связывали эти переживания с имеющимися психологическими проблемами (неосознаваемые сложности сепарации,

трудности достижения автономии и овладения формами конструктивного выражения протеста, блокада потребности в достижениях и интимности), а относили их исключительно к страху перед фобическими ситуациями (в 56% случаев). Таким образом, страх при данном варианте синдрома патологической тревоги имел *смещенный* характер.

Тревожные приступы, также, как и при ПР, развивались по механизму патологической самогипнотизации за исключением того, что пусковую роль в их возникновении играли ситуационные стимулы. Большое значение имело также ожидание попадания в соответствующие ситуации или попытки представить их в воображении. Это обычно провоцировало деперсонализационные переживания и реактивную тревогу (тревогу избегания), побуждающую к избегающему поведению. В этих случаях, как и при паническом расстройстве, как правило, развивался синдром общего недомогания, сопряжённый с поиском медицинской помощи.

Аллопсихическая деперсонализация была наиболее острой в моменты приступов страха, тогда как в последующем отмечалось постепенное усиление аутопсихической деперсонализации. Что касается соматопсихической деперсонализации, то при пароксизмальной фиксированной тревоге она появлялась на высоте тревожных пароксизмов, но была выражена в существенно меньшей степени, чем при ПР.

Последующее наблюдение показало, что АФ имеет тенденцию к хроническому непрерывному (в 50% случаев) или рецидивирующему течению (42%) с формированием вторичной депрессии.

Клиническая картина ГТР характеризовалась наличием *постоянной тревоги*, которая проявлялась в форме нестойких тревожных опасений по поводу разнообразных, часто незначительных обстоятельств, в основе которых лежала хроническая обеспокоенность и дискомфорт, не поддающихся рациональному объяснению. При этом у большинства пациентов вырабатывался своеобразный «защитный» стиль отношения к тревожным переживаниям: они воспринимались как некая иррациональная «защита» от истинных несчастий. Тревожные опасения как бы «оправдывали» пассивно-избегающий стиль поведения и восприятия реальности больными ГТР. Эти опасения становились особенно заметными в ситуациях с недостаточно прогнозируемым исходом либо при появлении

даже иллюзорной опасности, актуализировались у пациентов под влиянием изменения образа жизни и утраты поддержки. Пациенты часто сообщали об изменениях в восприятии своей личности, что свидетельствовало о наличии субклинической аутопсихической деперсонализации. Она проявлялась в несвойственной таким людям ранее хронической растерянности, неуверенности и ощущении потери «почвы».

У больных ГТР уровень психосоциальной дезадаптации формально был неглубоким. Тем не менее, у пациентов формировался специфический стиль восприятия и поведения, который характеризовался субтотальным ограничением поведения, эмоциональных реакций, побуждений и мышления, который обосновывался жестко воспринимаемыми социальными нормативами. За фасадом тревоги нередко обнаруживались мало осознаваемые эмоции и потребности, связанные с повышенной враждебностью, властностью, страхом перед ответственностью. Осознание тревоги носило у них парциальный характер и проявлялось лишь при ее значительном усилении.

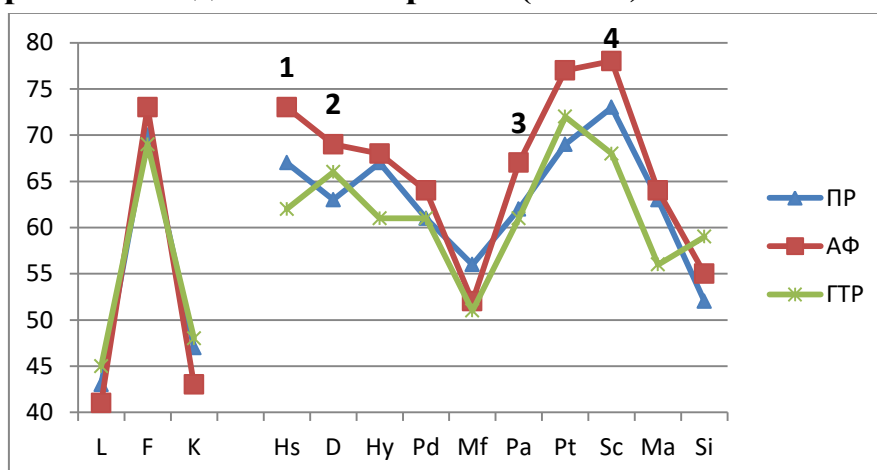
ГТР по данным анамнеза обычно не имело четко очерченного дебюта, хотя нередко (в 67% случаев) было связано с перенесенными стрессовыми событиями. Оно протекало волнообразно на протяжении многих лет (более 10), тревога становилась привычной для личности, определяя патохарактерологическое развитие (в 67% случаев).

В ходе исследования был произведен специальный анализ частоты расстройств личности и акцентуаций у больных с разными вариантами патологической тревоги. При ПР преобладали гистрионные черты (69% больных), при АФ – эмоционально-неустойчивые (52%), при ГТР – тревожно-зависимые или избегающие (44%).

Наряду с клиническим и психотерапевтическим анализом личности и поведения больных в ходе работы было проведено их психологическое обследование. Так, по данным методики ММИЛ (рис. 1) пациенты с ПР обнаруживали наличие психосоциальной дезадаптации с установкой на поиск помощи. Конфигурация шкал теста указывает на конверсионную симптоматику (пики по шкалам NS и Nu). При этом соматические жалобы больных являлись выражением тревоги (подъем по шкале Pt), а также сигнализировали о поиске поддержки (пик по шкале F). У пациентов с ПР

обнаруживались также отчетливые признаки деперсонализации со своеобразием восприятия реальности и собственной личности (пик по шкале Sc). Психологический профиль ММИЛ больных АФ (рис. 1) свидетельствовал о психосоциальной дезадаптации, которая определялась сниженным фоном настроения с тревогой (подъем по шкале Pt), а также нарушением восприятия собственной личности и окружающей действительности (подъем по шкале Sc). Выявлялось большое количество соматических дисфункций (пик по шкале Hs), субдепрессивные тенденции (подъем по шкале D), выраженная демонстративная акцентуация (подъем по шкале Hy), отчетливая импульсивность и протест (подъем по шкале Pd). В целом же данный профиль говорит о преобладании при АФ тревоги и деперсонализационных расстройств, при которых тревога частично соматизируется и канализируется в демонстративно-протестные реакции. При ГТР профиль ММИЛ (рис. 1) характеризовался отчетливой психосоциальной дезадаптацией, которая сочеталась с поиском помощи со стороны (пик по шкале F). Однако величина ее была меньше, чем при других тревожных расстройствах. Дезадаптация была обусловлена, главным образом, чрезмерной тревогой (пик по шкале Pt), а также деперсонализационными тенденциями и пессимистической оценкой перспектив.

**Рисунок 1. Усредненный профиль ММИЛ больных тревожными расстройствами до начала терапии (n=112)**



Обозначения: PR – паническое расстройство, АФ – агорафобия, ГТР – генерализованное тревожное расстройство; 1 и 2 – значимость различий между ГТР и ПР при  $p \leq 0,05$ , критерий Стьюдента t-тест; 3 – значимость различий между АФ и ГТР при  $p \leq 0,05$ , критерий Стьюдента t-тест; 4 – значимость различий между АФ и ПР при  $p \leq 0,05$ , критерий Стьюдента t-тест. L – представление себя в выгодном свете, F – искажение результатов обследования, K – конформность, Hs – соматизация, D – депрессивные тенденции, Hy – вытеснение, Pd – реализация напряжения в поведении, Mf – выраженность мужских/женских черт, Pa –

ригидность аффекта, Pt – фиксация тревоги, ограничительное поведение, Sc – аутизация, Ma – отрицание тревоги/гипомания, Si – социальные контакты

Специальное внимание в ходе работы уделялось изучению когнитивных процессов, ассоциированных с тревогой. При использовании Батареи лобной дисфункции (БЛД) было обнаружено, что когнитивные ошибки у пациентов встречались значительно чаще, чем в контроле (табл. 2). Общее же когнитивное снижение не менее, чем в 38% доходило до уровня легкой лобной дисфункции.

**Таблица 2. Показатели нейркогнитивного функционирования по данным Батареи лобной дисфункции у больных тревожными расстройствами**

Диагноз	Нет ошибок абс. (%)	Одна и более ошибок абс. (%)	Наличие легкой лобной дисфункции (более 2 ошибок) абс. (%)	Концептуализация	Речевая беглость	Динамический праксис	Простая реакция выбора	Усложненная реакция выбора	Суммарный балл
				Me [25%-75%]	Me [25%-75%]	Me [25%-75%]	Me [25%-75%]	Me [25%-75%]	Me [25%-75%]
ПР (n=41)	6 (5)	106 (95)	43 (38)	2,5 [1,25-3]	3 [3-3]	2 [2-2,75]	3 [3-3]	3 [3-3]	14 [12,25-14]*
АФ (n=25)				3 [3-3]	3 [3-3]	1 [0,5-2]	3 [2,5-3]	2 [2-2,5]*	12 [11,5-13]
ГТР (n=46)				3 [2,5-3]	3 [3-3]	2 [1,5-2]**	3 [3-3]	3 [3-3]	13 [12,5-14]*
Контроль (n=83)	51 (61)**	33 (39)**	5 (6)*	3 [3-3]	3 [3-3]	3 [2,25-3]	3 [3-3]	3 [3-3]	15 [14-15]

ПР – паническое расстройство, ГТР – генерализованное тревожное расстройство, АФ – агорафобия. Данные представлены в виде медианы (Me) и квартильного размаха (Медиана [25 процентиль - 75 процентиль] (Me [Q3-Q1])). \* – значимость различий с группой контроля  $p \leq 0,05$ . Критерий Хи-квадрат. \*\* – значимость различий с группой контроля -  $p \leq 0,01$ . Критерий Хи-квадрат.

Общим признаком когнитивного дефицита при различных формах тревожных расстройств являлось нарушение исполнительных (регуляторных) функций. При ГТР оно достигало статистически значимого уровня по домену «Динамический праксис», что указывает на нарушение процессов программирования деятельности, функций прогнозирования и поддержания гибкости когнитивных процессов. У пациентов с АФ ведущие когнитивные нарушения отмечались по домену «Усложненная реакция выбора», что свидетельствует о нарушениях в системе активного торможения импульсов. При ПР признаки когнитивного дефицита равномерно распределялись по

различным доменам, причем имело место значимое снижение суммарного балла БЛД (таб. 2).

На следующем этапе работы было проведено исследование ряда функциональных показателей когнитивного стиля личности при помощи теста РМТ (таб. 3). В результате при АФ выявлялось значимое уменьшение когнитивной дифференцированности со снижением способности к независимой категоризации объектов реальности. При ГТР и АФ наблюдалось значимое уменьшение описательной категоризации, характеризующей способность к дифференцированной качественной оценке. У больных ПР отмечалось преобладание описательной категоризации над предметной, что указывает на диссоциативность их мышления. Самооценка больных характеризовалась дисбалансом между актуальным самоотношением и идеализированными ожиданиями от себя. Указанный дисбаланс самооценки в наибольшей степени отмечался у больных АФ (таб. 3).

**Таблица 3. Медианы показателей когнитивно-смысловой организации при тревожных расстройствах по данным РМТ**

Диагноз	Когнитивная дифференцированность	Предметная категоризация	Описательная категоризация	Сопряженность оценок	Медиана сумм квадратов корреляций (МСКК) по элементам, характеризующим «Я-состояния»			
					Я сейчас	Я идеал	Я в прошлом	Я в будущем
ПР (n=41)	0,543 [0,461;0,690]	3 [3; 4]	10 [8,8; 10]	1 [0; 1]	1,95 [1,52; 3,61]	4,10 [2,77; 5,48] *	3,14 [1,77; 4,71]	3,80 [2,61; 5,42]
АФ (n=25)	0,713 [0,550;0,929] *	3 [2; 3,3] *	5,5 [2; 8] *	1 [0; 1,3]	2,46 [1,58; 4,19]	5,25 [4,10; 6,30] *	3,68 [2,02; 5,14] *	5,10 [2,70; 6,467] *
ГТР (n=46)	0,519 [0,412; 0,929] *	4 [3; 3,3]	9 [7; 8] *	1 [0; 1,3]	2,13 [1,46; 4,19]	3,79 [2,29; 6,30]	2,76 [1,50; 5,14]	3,96 [1,85; 6,47]
Контроль (n=85)	0,385 [0,324; 0,491]	4 [4; 5]	10 [9; 10]	1 [1; 2]	1,68 [1,43; 2,84] *	2,84 [1,86; 4,03]	1,70 [1,47; 2,07]	2,19 [1,60; 3,70]
<b>p</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,061	<b>0,0456</b>	<b>0,0000</b>	<b>0,0000</b>	<b>0,0000</b>

Обозначения: ПР – паническое расстройство, АФ – агорафобия, ГТР – генерализованное тревожное расстройство; значимость различий с группой контроля p, критерий Манна-Уитни (\* p≤0,05). Значения представлены в виде Me [10%; 90%]. Me – медиана, 10% – 10-й процентиль, 90% – 90-й процентиль.



Дальнейшее изучение особенностей когнитивного функционирования у больных тревожными расстройствами было сфокусировано на когнитивных искажениях, поддерживающих патологическую тревогу. В результате факторного анализа ответов на тест ОКО, отражающих наиболее частые при патологической тревоге когнитивные искажения, оказалось, что указанные искажения сводятся к двум наиболее частым категориям – «Категоричность» и «Избегание» (таб. 4). При этом у пациентов с ПР, АФ, а также у ряда больных ГТР преобладали когнитивные искажения, отражающие повышенную категоричность суждений (склонность к крайним оценкам, максимализму и морализации).

**Таблица 4. Результаты факторного анализа ОКО при тревожных расстройствах**

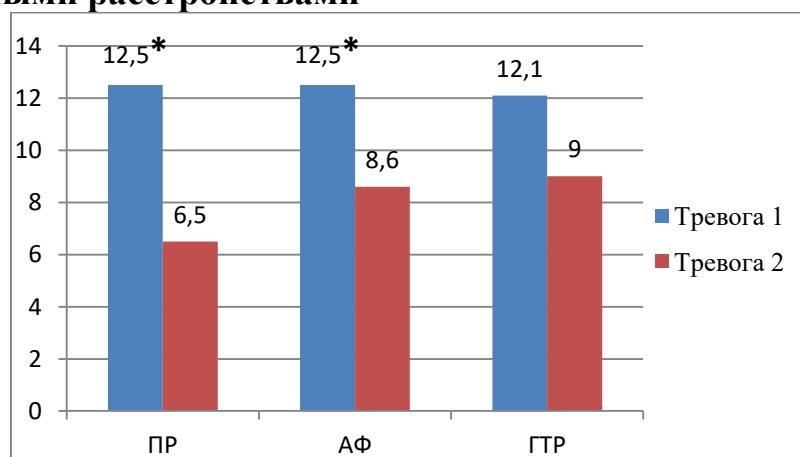
Названия шкал ОКО	Нагрузки по 1 фактору «Категоричность»	Нагрузки по 2 фактору «Избегание»
Персонализация	0,5456	0,4821
Чтение мыслей	0,3151	0,3276
Категоричность	<b>0,9078</b>	0,0840
Катастрофизация	<b>0,8277</b>	0,1520
Выученная беспомощность	0,4276	<b>0,7260</b>
Максимализм	<b>0,7720</b>	0,2894
Избегание	0,1189	<b>0,8112</b>
Гипернормативность	0,1193	<b>0,6906</b>
Долженствование	<b>0,8382</b>	0,2539

У больных ГТР в основном выявлялся избегающий когнитивный стиль, который также был присущ ряду пациентов с АФ. Этот стиль характеризовался негативным селективированием и пессимистической оценкой перспектив. В поведении избегающий стиль проявлялся склонностью к уклонению от ситуаций с неопределенным исходом, выученной беспомощностью, а также гипернормативностью.

Завершающий этап работы заключался в оценке результатов комплексной терапии. Выраженное и умеренное улучшение в состоянии больных на протяжении трех месяцев терапии по ШОКВ было достигнуто в 72,7% случаев. При этом оказалось, что результаты терапии в значительной степени связаны с комплаентностью пациентов. Коэффициент корреляции между ними составил 0,623 ( $p < 0,05$ ).

Изучение терапевтической динамики по ГШТД выявило значимое уменьшение по подшкале тревоги у больных АФ и ПР. У больных ГТР также отмечалось существенное снижение баллов, однако статистически значимого уровня оно не достигало (рис. 2).

**Рис 2. Динамика показателей по субшкале «Тревога» ГШТД пациентов с тревожными расстройствами**



\*Значимость различий ( $p < 0,05$ ) критерий Вилкоксона для связанных выборок. ПР – паническое расстройство; АФ – агорафобия; ГТР – генерализованное тревожное расстройство, тревога 1 – субшкала тревоги ГШТД до терапии, тревога 2 – субшкала тревоги ГШТД через 3 месяца терапии.

Динамическая оценка результатов психологического тестирования по ММИЛ продемонстрировала, что через три месяца терапии общая высота и конфигурация усредненного профиля во всех группах больных изменялась (таб. 5).

**Таблица 5. Усредненные значения по шкалам ММИЛ для тревожных расстройств до терапии и через 3 месяца терапии**

Шкалы ММИЛ	ГТР (n=12)			ПР (n=17)			АФ (n=15)		
	До терапии	После терапии		До терапии	После терапии		До терапии	После терапии	
	M±SD	M±SD	p	M±SD	M±SD		M±SD	M±SD	
L	47,0±9,0	44,5±15	0,448	42,7±9,1	40,5±7,1	0,185	42,9±8,1	45,1±7,7	0,074
F	64,6±13,2	58,2±15,5	0,086	71,1±20,1	65,3±10,5	0,200	73,1±18,5	62,3*±12,5	0,168
K	49,1±9,8	51,7±10,7	0,344	47,5±11,2	47,9±7,5	0,100	43,6±9,2	55,7±7	0,056
Hs	60,5±8,7	51,8±16,5	<b>0,030*</b>	68,2±13,3	60,7±10,8	0,157	73,9±9,8	72,4±6,8	0,224
D	64,2±10,3	55,7*±7,6	<b>0,010</b>	63,7±15,1	54,8±15,9	<b>0,023*</b>	68,8±13,4	57,9±14,2	<b>0,046*</b>
Hu	59,6±7,0	51,8±5,8	0,064	67,0±13,2	56±13,3	0,201	68,5±7,9	63,3±6,8	0,116
Pd	60,6±9,2	52,2±12,5	0,126	62,7±13,9	61±11,6	0,447	63,5±11,1	62,1±11,2	0,146
Mf	52,0±12,4	50±16,1	0,258	55,8±10,2	62,3±12,9	<b>0,034*</b>	48,3±11,0	50±8,2	0,098
Pa	61,0±12,9	51,7*±12,5	<b>0,046*</b>	64,3±20,4	57,9±15	0,230	68,8±10,1	57±14,7	0,057
Pt	67,9±11,4	67,7*±9,3	<b>0,002**</b>	69,5±13,2	64,1±12,7	0,134	77,3±13,4	63,6*±11,8	<b>0,014*</b>

Sc	66,9±12,5	61,3±8,5	0,057	74,2±18,6	64,6±11	0,151	79,5±17,3	61,7*±8,4	<b>0,013*</b>
Ma	55,2±9,0	51,5±15,6	0,245	62,5±11,2	63,9*±8,5	0,270	65,8±9,3	53,1±7	0,084
Si	56,1±12,8	55±14,6	0,439	52,2±11,6	50,5±12,2	0,367	53,3±13,0	45,9±13,5	0,106

\* Значимость различий  $p \leq 0,05$ ; \*\* значимость различий при  $p \leq 0,01$ . М – среднее значение. SD – среднее квадратичное отклонение. ПР – паническое расстройство; АФ – агорафобия; ГТР – генерализованное тревожное расстройство. Сравнение производилось с помощью t-теста с зависимыми выборками.

Так, у больных ПР отмечалось статистически значимое снижение баллов по шкале D и повышение профиля по шкале Mf. Эти изменения указывают на улучшение настроения и самооценки, повышение внутренней детерминированности поступков, появление в поведении большей независимости, на коррекцию полоролевых установок.

У пациентов с АФ по ММИЛ в ходе терапии статистически значимо уменьшалась фиксированная тревога и ограничительное поведение (снижение по шкале Pt). Также имела место значимая редукция деперсонализационных переживаний (снижение по шкале Sc) и улучшение настроения (снижение по шкале D). В результате уровень психосоциальной адаптации больных существенно повышался.

В группе больных ГТР через 3 месяца терапии по данным ММИЛ происходило статистически значимое уменьшение соматизации тревоги (шкала Hs), тревоги и депрессивных тенденций (шкала D), фиксированной тревоги и ограничительного поведения (шкала Pt), а также склонности к сверхценным образованиям (шкала Pa). Последнее, в частности, может свидетельствовать о позитивных изменениях в когнитивной сфере, обусловленных терапией.

Изучение терапевтической динамики по данным РМТ выявило следующее: в целом у больных тревожными расстройствами происходило упрощение когнитивно-смысловой организации. При ПР отмечалось статистически значимое снижение описательной категоризации, что свидетельствует о частичной компенсации диссоциативных тенденций. При АФ наблюдалось увеличение сопряженности системы конструкторов, которое может отражать рост интеграции и реструктуризации когнитивно-смысловой системы. Были также получены данные, свидетельствующие об изменении самооценки. Так, у больных АФ статистически значимо, а при ПР на уровне выраженной тенденции происходило уменьшение сцепленности самооценки с прошлым. Что же касается пациентов с ГТР, то существенных сдвигов по показателям РМТ у них не происходило.

Полученные данные позволяют выделить прогностически важные направления в психотерапии пациентов с тревожными расстройствами. На начальном этапе лечения важнейшую роль играли невербальные факторы, влияющие на комплаентность. На этом этапе, помимо гарантий психологического принятия и конгруэнтного восприятия жалоб, эффективными оказывались релаксационные и отвлекающие мероприятия. Терапевтический контакт с больным существенно укреплялся в процессе совместного выполнения поведенческих упражнений и мероприятий по десенситизации. Все это создавало надлежащие условия для перехода к проведению поведенческих тренировок и формированию навыков совладания с фобиями и тревогой, а также партнерского анализа эффектов психофармакологических препаратов.

На втором этапе терапии важнейшее значение приобретали шаги, направленные на когнитивное переструктурирование с целью преодоления аномальных когнитивно-поведенческих стереотипов. В частности, преодоление категоричного и избегающего когнитивных стилей, снижение дисбаланса между актуальным восприятием и идеализированными представлениями о своем «Я».

Третий, завершающий этап терапии, связан с переосмыслением пациентом имеющихся межличностных затруднений.

### **Выводы**

1. Сравнительный анализ клинических проявлений панического расстройства, агорафобии и генерализованного тревожного расстройства показал, что для них характерны различные изменения самосознания, поведения, характерологические особенности, а также отличия в реакциях на психотравмирующие факторы.

1.1. При паническом расстройстве и агорафобии приступообразный характер страха и тревоги сопряжен с острыми диссоциативными состояниями, развивающимися в результате транзиторного сужения сознания по механизмам самогипнотизации, тогда как при генерализованном тревожном расстройстве хроническая тревога связана с парциальным изменением самосознания, возникающим на основе длительного когнитивного диссонанса.

1.2. При паническом расстройстве с постоянством выявляются демонстративные черты характера, при агорафобии наряду с демонстративностью отмечается эмоциональная неустойчивость. При генерализованном тревожном расстройстве преобладают уклоняющиеся и зависимые характерологические черты.

1.3. Возникновение панического расстройства и агорафобии происходит в психотравмирующих ситуациях, которые сопряжены с сепарацией, интимностью, необходимостью преодоления внутренних «запретов» и внешних ограничений. При этом значимость блокирующих ситуационных факторов, выраженность конфронтационного поведения и степень осознания пациентами межличностных конфликтов при агорафобии выше, чем при паническом расстройстве.

1.4. Формирование генерализованного тревожного расстройства связано с ситуациями субтотальной блокады потребностей в близости и достижении, что сочетается с выраженным подавлением активности и ограничительным поведением.

1.5. Тревога ожидания при паническом расстройстве и тревога избегания при агорафобии связаны с синдромом общего недомогания, который способствует формированию соматоформной симптоматики, тогда как хроническая тревога при генерализованном тревожном расстройстве сочетается с формированием хронических депрессивных состояний.

2. Патологическая тревога часто возникает на фоне тонких нарушений высших регуляторных процессов в ЦНС. Нейрокогнитивные ошибки при использовании Батареи лобной дисфункции отмечаются у 95% больных, а признаки легкой лобной дисфункции фиксируются у 38% таких больных, среди которых преобладают пациенты с генерализованным тревожным расстройством.

3. Когнитивно-стилевые различия при патологической тревоге прослеживаются в нарушениях структуры когнитивно-смысловой организации личности, а также в характере когнитивных искажений. При паническом расстройстве и агорафобии преобладает категоричный когнитивный личностный стиль, который определяется «черно-белым» мышлением, максимализмом и склонностью к морализации. Для генерализованного тревожного расстройства наиболее характерен

избегающий когнитивный стиль, выражающийся склонностью к уклонению от ситуаций с мало предсказуемым исходом, выученной беспомощностью и декларативной гипернормативностью.

4. При терапии больных тревожными расстройствами клиническое улучшение в большой степени связано с комплаентностью больных.

5. Положительная терапевтическая динамика на протяжении трех месяцев лечения отмечалась у 72,7% больных, сохранивших приверженность терапии. Она проявлялась в исчезновении или редукции тревожных приступов и постоянной тревоги, уменьшении выраженности тревоги ожидания и ограничительного поведения, что сопровождалось повышением интегрированности когнитивно-смысловой системы, а также уменьшением сцепленности самооценки больных с прошлым.

6. Терапевтические исходы при паническом расстройстве и агорафобии определяются редукцией диссоциативных компонентов их состояния и синдрома общего недомогания, освоением пациентами компромиссных подходов к межличностным отношениям, а также формированием более гибкой самооценки. При генерализованной тревоге положительный исход терапии коррелирует с преодолением ограничительного и зависимого поведения, осознанием личностных ресурсов, выработкой навыков прогностической оценки, а также развитием ассертивных стратегий поведения.

### **Список работ, опубликованных по теме диссертации**

- 1. Бобров А.Е., Файзрахманова Е.В., Гомозова А.К. Дифференцированная клиничко-психологическая оценка больных с различными вариантами тревожных расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. - 2011. - N 3. - С. 43-48.**
2. Bobrov A., Fayzrakhmanova E. Anxiety disorders differentiation: clinical, behavioral and cognitive style characteristics. - DGPPN Kongress 2011. Deutsche Gesellschaft fur Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. - ICC Berlin: 2011. - P. 23.-26
3. Бобров А.Е., Файзрахманова Е.В. Клиничко-психологические характеристики тревожных расстройств, протекающих за фасадом вегето-сосудистой дистонии. В кн: Материалы научно-практической

конференции с международным участием «Профилактика 2014». М.: 2014.- С. 35.

- 4. Бобров А.Е., Файзрахманова Е.В. Клинические личностные и когнитивно-стилевые особенности больных с тревожными расстройствами // Российский психиатрический журнал. 2017. №5. С. 50-58.**
- 5. Бобров А.Е., Файзрахманова Е.В. Опросник когнитивных ошибок как инструмент оценки компонентов патологической тревоги // Журнал Доктор.ру. 2017. №8. С. 59-65.**