

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный
медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.
Сербского» Минздрава России

На правах рукописи

Усатенко Елена Валерьевна
**«Сравнительный анализ тревожных расстройств (клинико-
динамические проявления, когнитивно-стилевые и личностные
особенности больных)»**

14.01.06-«психиатрия»

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук,
профессор А.Е. Бобров

Москва – 2022 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	2
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	
ОШИБКА! ЗАКЛАДКА НЕ ОПРЕДЕЛЕНА.	2
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	31
ГЛАВА 3. СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКО- ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ПАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ, АГОРАФОБИЕЙ И ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ТРЕВОЖНЫМ РАССТРОЙСТВОМ.....	40
ГЛАВА 4. ЛИЧНОСТНЫЕ И КОГНИТИВНО-СТИЛЕВЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ПАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ, АГОРАФОБИЕЙ И ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ТРЕВОЖНЫМ РАССТРОЙСТВОМ.....	80
ГЛАВА 5. ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ, ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И КОГНИТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОСЛЕ 3-Х МЕСЯЦЕВ ТЕРАПИИ.....	106
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	118
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	Ошибк
а! Закладка не определена.	37
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	193

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы тревожных расстройств

Текущая частота тревожных расстройств в населении составляет по разным оценкам от 11,0% до 18,1%. Частота этих расстройств в течение жизни достигает 33,7% [93, 106]. Женщины страдают указанными расстройствами в 2 раза чаще мужчин (5,2-8,7%). Наиболее часто тревожные расстройства диагностируются у молодых людей до 35 лет (2,5-9,1%) и у лиц с хроническими соматическими заболеваниями (онкологическими, сердечно-сосудистыми, респираторными, сахарным диабетом) – 1,4-70,0% [109]. Тревожные расстройства являются существенным социально-экономическим бременем. В исследованиях последних лет было показано, что общие затраты на здравоохранение несут преимущественно сами больные, и они в 2,52 раза выше, чем у индивидуумов без тревожных расстройств [97]. Количество дней потери работоспособности при некоторых тревожных расстройствах выше, чем при сахарном диабете [60, 63].

Наиболее распространенным из тревожных расстройств является генерализованное тревожное расстройство (ГТР), частота которого в течение жизни составляет от 4,1 до 5,1% [70, 91, 122]. В большинстве случаев больные ГТР обращаются к врачам первичной медицинской помощи, а не к специалистам по психическому здоровью. Уровень использования ими медицинских услуг очень высок [66, 82]. Гастроэнтерологи, кардиологи, эндокринологи наиболее часто ведут пациентов с ГТР. Так, половина пациентов, страдающих синдромом раздраженного кишечника, соответствует критериям ГТР [92]. Хронический тревожный синдром обычно сопутствует стенокардии, бронхиальной астме, сахарному диабету и патологии щитовидной железы, отягощая их течение и ухудшая прогноз [35, 99].

Другой распространенной формой тревожных расстройств является паническое расстройство (ПР), заболеваемость которым в течение года составляет 0,8-6,0% [101]. Острота клинических проявлений ПР, дифференциально-диагностические трудности с ургентными состояниями определяют его большую медико-социальную значимость [1, 81]. С 1980 года ПР рассматривается в DSM-III как самостоятельная клиническая единица [25]. В 30-50 % случаев ПР сочетается с агорафобией [123].

Распространенность агорафобии (АФ) как самостоятельного расстройства в населении составляет 0,6% [18]. В 50% случаев АФ является коморбидной депрессивным и личностным расстройствам [1, 8, 81]. Серьезнейшее социальное последствие АФ – стойкая потеря трудоспособности вследствие ограничительного поведения и выраженных межличностных затруднений [39].

Тревожные расстройства нередко сопутствуют различным соматическим—заболеваниям. Они ухудшают течение и прогноз этих заболеваний, затрудняют их диагностику и терапию, снижают качество жизни больных и их удовлетворенность терапией, требуют дополнительных обследований [99, 126]. Частота тревожных расстройств у больных соматическими заболеваниями колеблется от 23% до 78%, при этом среди амбулаторных больных тревожные расстройства диагностируются почти в 46% случаев [48]. Панические приступы в течение жизни у пациентов общесоматической практики встречаются в 22,7%, а частота генерализованного тревожного расстройства, социальной фобии и изолированных фобий доходит до 13,3% [94, 95]. При оказании помощи таким больным возникают существенные трудности, поскольку эти пациенты обычно обращаются к врачам общесоматического профиля и существенно реже попадают в поле зрения психотерапевтов и психиатров [26, 30].

Различные формы патологической тревоги нередко сопутствуют другим психическим расстройствам. В результате большого

эпидемиологического исследования, проведенного в Гарвардском университете, установлено, что у 67% больных ГТР в течение жизни может быть диагностирован депрессивный эпизод и у 17% – биполярное аффективное расстройство [89]. Тревожные расстройства также обнаруживают высокую коморбидность друг с другом: ГТР и АФ сочетаются в 27% случаев, ПР и ГТР – в 26%, ГТР и специфические фобии – в 35% [89]. По данным различных исследований коморбидность является фундаментальным свойством ГТР. Указанное расстройство часто встречается у лиц с патологическими зависимостями. Так, у пациентов с алкогольной зависимостью ГТР диагностируется в 36% случаев, при зависимости от других психоактивных веществ – в 28% [80, 122].

Степень разработанности проблемы

В настоящее время довольно сложной остается проблема типологии и дифференциальной диагностики тревожных расстройств, что связано с трудностями категоризации и научного обоснования самостоятельности данной группы патологических состояний, отсутствием их клинко-патогенетической концепции [10, 36, 105]. Этим обусловлены существенные трудности в определении доминирующего синдрома при сочетании двух и более вариантов патологической тревоги у одного пациента, а также в диагностике субсиндромальных тревожных состояний, тревожных расстройств, сопутствующих соматическим и другим психическим заболеваниям [17, 35, 126].

Кроме того, мало изучены варианты течения и исходы тревожных расстройств, а также факторы, предрасполагающие к их рецидивам. По данным исследований последних лет у 33% пациентов, наблюдавшихся по поводу тревожных расстройств в условиях первичной медицинской помощи, на протяжении следующего года после наступления ремиссии симптомы возникали повторно [113].

Следствием всего вышесказанного является недостаточная научная обоснованность подходов к терапии тревожных расстройств [49, 55]. По данным различных исследований клинические проявления названных расстройств тесно сопряжены с личностными особенностями больных и, что особенно важно, с особенностями их когнитивного функционирования (когнитивными стилями) [42, 68, 104, 117].

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 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 также 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, а также

получены данные, свидетельствующие о клинико-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.

Методология, объект и предмет исследования

В ходе работы применялись клинико-психопатологический метод, а также метод психотерапевтического анализа, использовались психометрический и статистический методы исследования. Диагностика осуществлялась в соответствии с Исследовательскими диагностическими критериями МКБ-10 [Психические расстройства и расстройства поведения /F00-F99/ Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации. Москва. 1998]. В исследование включались амбулаторные пациенты с паническим расстройством (ПР), агорафобией (АФ) и генерализованным тревожным расстройством (ГТР). Предметом исследования являлись клинические проявления, а также данные психометрического обследования перед началом терапии и спустя 3 месяца на фоне терапии. Всем пациентам проводилась комплексная психотерапия с использованием когнитивно-поведенческих и интерперсональных техник [14]. Наряду с этим назначались антидепрессанты из группы СИОЗС (пароксетин 20 мг в сутки, флувоксамин 50-100 мг в сутки), при большой выраженности симптомов применялся небензодиазепиновый транквилизатор гидроксизин (12,5-50 мг в сутки).

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, психовегетативная 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.

Степень достоверности результатов

Достоверность результатов подтверждается благодаря репрезентативной выборке обследованных больных тревожными расстройствами (n=112), а также включением в исследование сопоставимой по половозрастному составу контрольной группы здоровых испытуемых (84 человека). Отбор больных осуществлялся в строгом соответствии с критериями включения и исключения. Сравнения проводились в сопоставимых группах больных тревожными расстройствами (по половозрастным характеристикам, средней длительности тревожного расстройства, уровню образования). Кроме того, в ходе исследования были использованы валидизированные психометрические тесты, материалы валидации опросника когнитивных ошибок (ОКО), шкалы, позволяющие стандартизировать выраженность терапевтических эффектов и комплаентности, а также статистический анализ материала. Достоверность полученных данных также подтверждалась катamnестическим исследованием динамики состояния обследованных больных.

Апробация диссертационной работы

Основные положения работы доложены, обсуждены и одобрены на:

1. А. Bobrov, E. Fayzrakhmanova. Anxiety disorders differentiation: clinical, behavioral and cognitive style characteristics// DGPPN Kongress 2011. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. - ICC Berlin: 2011. - P. 23.-26.
2. Бобров А.Е., Файзрахманова Е.В. Клинико-психологические характеристики тревожных расстройств, протекающих за фасадом вегето-

сосудистой дистонии//Материалы научно-практической конференции с международным участием «Профилактика 2014». М.: 2014.- С. 35.

3. Бобров А. Е., Файзрахманова Е. В., Гомозова А. К.//Дифференцированная клинико-психологическая оценка больных с различными вариантами тревожных расстройств/ Социальная и клиническая психиатрия. - 2011. - N 3. - С. 43-48.
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.

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» (г. Санкт-Петербург), медицинского центра «Кардиоклиника» (г. Санкт-Петербург).

Личный вклад автора

Автором лично были определены цели и задачи настоящего исследования, отобраны методы исследования. Кроме того, сформирована база данных, собран анамнез входящих в исследование больных, проведено их клиническое и психодиагностическое обследование, а также терапия. Выполнена также статистическая обработка полученных данных, их интерпретация, сформулированы положения, выносимые на защиту, выводы и практические рекомендации.

Объем и структура работы

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

ГЛАВА 1. Обзор литературы

Тревожные расстройства являются наиболее распространенными психическими расстройствами. Текущая частота тревожных расстройств в населении составляет по разным оценкам от 11,0% до 18,1% [93, 106]. Среди этих расстройств чаще всего наблюдаются специфические фобии, распространенность которых составляет 10,3%. Следующее по частоте выявления - паническое расстройство (с агорафобией или без нее), которое отмечается в 6,0%, затем идет генерализованное тревожное расстройство - 5,1% и социальная фобия - 2,7% [63, 70]. Женщины более склонны к развитию тревожных расстройств с началом в подростковом возрасте. Вероятность возникновения этих расстройств у них в 1,5-2 раза выше, чем у мужчин.

С тревожными расстройствами связаны значительные экономические и социальные потери [61, 63]. Ежегодные затраты, связанные с тревожными расстройствами в Европейском союзе, составляют 41 миллиард евро. В частности, в Германии в 2004 году на каждый такой случай было израсходовано от 500 до 1600 евро [60]. Потерянные годы жизни с поправкой на инвалидность – это глобальный показатель бремени болезни, выражаемый как количество лет, потерянных из-за болезни, инвалидности или ранней смерти, при паническом расстройстве было оценено в 383783 лет. Это больше, чем при болезни Паркинсона, эпилепсии или рассеянном склерозе [63, 121]. С точки зрения стоимости, наиболее экономически затратными являются ГТР и ПР. Это связано с повышенным использованием медицинских услуг, как специализированных клиник, так и служб неотложной помощи, что значительно повышает непсихиатрические расходы [26, 77, 87]. Тревожные расстройства часто приводят к временной и постоянной нетрудоспособности, низкому качеству жизни, могут обуславливать инвалидизацию, и, в целом ряде случаев, создавать условия для

суицидальных действий [10, 106, 111]. В частности, 17-32% больных ПР сообщили о суицидальных мыслях в предыдущем месяце, 33% из них имели в анамнезе суицидальные попытки. ГТР оказалось наиболее частым тревожным расстройством у пациентов, совершивших завершённое самоубийство. Оно зарегистрировано в 3% таких случаев. Важно отметить, что повышенная суицидальность наблюдается и у лиц с субсиндромальными формами ГТР [98].

Кроме того, тревожные расстройства обуславливают значительные экономические потери и производственные риски. До 60% трудовых потерь определяется наличием симптомов депрессии и тревоги, а также расстройствами сна. В то же время вклад соматических расстройств в трудовые потери существенно ниже (до 20%), он определяется, главным образом, общим утомлением [110].

Возникновение патологической тревоги seriously сказывается на течении соматических заболеваний, вероятно, имеющих патогенетические взаимосвязи с ней [99]. Сочетание тревожных расстройств с соматическими болезнями отмечается в кардиологической практике при эндокринных, гинекологических нарушениях и в онкологии [99, 126].

Принципиальное значение приобретает отделение патологической и нормальной тревоги. На клиническом уровне эти состояния различаются следующими чертами [9]. Нормальная (адаптивная) тревога возникает, как правило, в связи с конкретной угрожающей ситуацией [107]. Она усиливается в условиях значимости выбора, а также при недостатке информации и времени. Нормальная тревога поддается субъективному контролю и может произвольно подавляться индивидуумом.

Патологическая тревога также может провоцироваться внешними обстоятельствами, однако на самом деле она в большой степени

обусловлена внутренними причинами. Патологическая тревога, как правило, чрезмерна по отношению к поводу, ее вызвавшему, или вообще не связана с реальной угрозой. Иными словами, она не соответствует значимости реально складывающейся ситуации и блокирует принятие конструктивных решений. Указанная тревога не поддается субъективному контролю, доминирует в сознании, и, что особенно важно, проявляется в виде конкретных психопатологических синдромов. В частности, можно выделить три основных синдрома патологической тревоги: пароксизмальную тревогу, постоянную тревогу (включая ее субсиндромальные формы) и стрессовую тревогу.

Тревога имеет несколько компонентов. Во-первых, это эмоциональный компонент. Он включает субъективное переживание внутреннего напряжения, неприятные предчувствия, колебания и сомнения. Во-вторых, познавательный (когнитивный) аспект, который характеризуется активизацией внимания, экстренной оценкой ситуации и построением прогнозов. Третий компонент тревоги связан с блокадой двигательной активности, повышением мышечного тонуса, моторным возбуждением [79].

Изменение научных представлений о тревожных расстройствах, их классификации и клинических проявлениях

Существуют различные концепции происхождения тревожных расстройств. Так, в рамках психодинамического подхода З. Фрейд выделял три основных вида тревожности [53]. Первый вид – объективная (реалистичная) тревога, вызванная реальной внешней опасностью. При чрезмерной выраженности реалистичная тревога ослабляет способность индивида эффективно справляться с источником опасности. Переходя во внутренний план в процессе формирования личности, она служит

основой еще для двух типов тревожности, которые различаются по характеру осознания.

С учетом сказанного выделяют второй вид тревоги. Речь идет о невротической тревожности, которая вызвана неизвестной и неопределенной опасностью. Она может существовать в трех основных формах. Во-первых, «свободно плавающая» тревожность, или «готовность в виде тревоги». Ее, как образно замечал Фрейд, тревожный человек носит повсюду с собой, и она всегда готова фиксироваться прикрепиться на любом внешнем или внутреннем объекте (фиксированная тревога). Например, воплотиться в страх ожидания. Во-вторых, фобические реакции, которые характеризуются несоразмерностью вызвавшей их ситуации: боязнь высоты, змей, толпы, грома и т.п. В-третьих, страх, возникающий при истерии и тяжелых неврозах, и характеризующийся полным отсутствием связи с какой-либо внешней опасностью.

И, наконец, третий вид тревоги, определяемый Фрейдом как «тревожность совести» или моральная тревога. Эта тревожность трактовалась как проявление интрапсихического конфликта между «Сверх - Я» и «Оно», то есть как реакция личности на угрозу моральным принципам со стороны чрезмерных требований бессознательного.

В когнитивной психологии патологическая тревога рассматривается как эмоциональная реакция, являющаяся следствием когнитивного диссонанса, при котором сталкиваются противоречивые убеждения индивида или возникает конфликт убеждений с фактами реальности [50]. К когнитивным концепциям относят также и формирование дисфункционального когнитивного стиля как патогенетического фактора тревожных расстройств [24, 28, 64]. Мэй Р.Р. трактовал тревогу в терминах гуманистической психологии как реакцию индивида на ситуацию, в которой возникает субъективное ощущение угрозы

существованию личностной ценности, а также как двигатель развития личности [38].

В отечественной психиатрии до начала 90-ых годов тревожные расстройства рассматривались преимущественно в рамках невроза навязчивых состояний [46]. При этом отдельные типы тревожных расстройств не выделялись. Большинство случаев пароксизмальной тревоги расценивались как фобические состояния или ипохондрические раптусы, а постоянная тревога интерпретировалась как компонент реактивных и астенических состояний, а также невротической депрессии, невротических развитий или тревожно-депрессивного синдрома [29, 33]. Позже начали выделять два условно самостоятельных тревожных синдрома – фобический и обсессивный. Фобический синдром характеризовался навязчивыми страхами, различными по содержанию: кардиофобия, агорафобия, лиссофобия, эрейтофобия, нозофобия, социофобия и др. При этом тревожные пароксизмы, которые в настоящее время рассматриваются как панические приступы, относились к группе фобий и расценивались как тревожные раптусы, характеризующие тяжесть тревожного аффекта. Связь с травмирующей ситуацией отражала стадию развития и тяжесть патологической тревоги. При этом фобическая тревога рассматривалась в контексте условно-рефлекторной теории как усвоенные реакции избегания.

Обсессивная же тревога понималась как заученные поведенческие или идеаторные реакции, обусловленные нарушением процессов подкрепления [47, 54]. Однако большинство клиницистов предпочитало не углубляться в патогенез этих сложных синдромальных образований и ограничивалось их чисто психопатологической квалификацией.

По мнению ряда авторитетных клиницистов того времени начальную стадию фобий и obsessions характеризовала тревога или навязчивый страх, которые возникали лишь под непосредственным влиянием травмирующего раздражителя; во второй стадии тревога возникала также

в случае одного лишь ожидания встречи с травмирующей ситуацией; для третьей стадии типичным было возникновение страха даже под влиянием представлений о возможности встречи с травмирующими обстоятельствами. При этом избегающее поведение с вовлечением в защитные действия близких людей рассматривалось как признак тяжести течения невроза [29].

В дальнейшем оценка тревожных состояний под влиянием МКБ-10 претерпела существенные изменения. Были приняты представления о тревожно-фобических и других тревожных расстройствах, в основу которых положены представления З. Фрейда о свободно плавающей тревоге. Кроме того, теория реактивных состояний и психогений трансформировалась в концепцию стрессовых расстройств. Из невроза навязчивых состояний было выделено обсессивно-компульсивное расстройство, а ипохондрические фобии начали интерпретироваться в рамках соматоформных расстройств [10, 11]. С учетом сказанного, в настоящее время в отечественной классификации психических расстройств, базирующейся на МКБ-10, выделяются следующие тревожные расстройства: генерализованное тревожное расстройство, агорафобия, паническое расстройство, социальная фобия, специфические фобии, смешанное тревожное и депрессивное расстройство [МКБ-10. Класс V. М. 1998]. Обсессивно-компульсивное расстройство, соматоформное расстройство и стрессовые расстройства стали самостоятельными разделами, не вошедшими в группу тревожных расстройств.

Ключевыми критериями-признаками ГТР является чрезмерная постоянная (или часто возникающая) тревога, тревожные опасения, не ограничивающиеся какими-либо специфическими обстоятельствами или ситуациями. Эта тревога выражается в волнении или беспокойстве по самым различным, нередко малозначимым и маловероятным поводам из-за событий, которые могут произойти в будущем [1].

Она возникает как реакция на ситуации с неопределенным исходом [10, 75]. Отмечается также «свободно плавающая» (т.е. беспредметная, нефиксированная, переходящая с одного предмета на другой) тревога, а также чувство напряжения, неспособность расслабиться и смутные негативные предчувствия по поводу ближайших перспектив. К симптомам ГТР относятся также раздражительность, трудности концентрации внимания, различные опасения (часто по поводу здоровья), сниженное настроение. Соматические симптомы ГТР включают признаки мышечного напряжения и вегетативной гиперактивации [1]. Мышечное напряжение нередко обуславливает появление тремора, мышечных болей, в частности, в спине и плечах, головные боли напряжения. Характерными являются разнообразные нарушения цикла «сон-бодрствование», а также усиление ориентировочной реакции (реакция вздрагивания на неожиданные стимулы).

Паническое расстройство (ПР) характеризуется повторными приступами выраженной тревоги, паники, которые не ограничиваются определенной ситуацией и непредсказуемы [23]. Во время приступа должны иметь место вегетативные симптомы (повышение частоты сердечных сокращений, артериального давления, чувство нехватки воздуха, повышенное потоотделение, похолодания конечностей и т.д.), деперсонализация и страх смерти (сойти с ума, потерять сознание, умереть). Характерна также тревога ожидания приступов, постоянная озабоченность возможностью повторения приступов и катастрофическая интерпретация их последствий. Большая роль в генезе панических приступов приписывается чрезмерному вниманию больных к неприятным телесным ощущениям, что приводит к нарастанию тревоги ожидания приступа, а это, в свою очередь, способствует еще большему усилению вегетативных нарушений и связанных с ними телесных ощущений. Поскольку больные не в состоянии рационально объяснить возникновение указанных приступов, то они начинают связывать их

появление не с эмоциональными факторами, а с сопутствующими соматическими проявлениями [10, 23, 75].

Тревога при агорафобии (АФ) возникает по поводу пребывания в местах или ситуациях, быстрый выход из которых объективно или субъективно затруднен либо невозможен, либо где пациент не сможет получить помощь в случае возникновения панического приступа. Наиболее типичными ситуациями, вызывающими страх, являются: поездка в транспорте, пребывание в одиночестве, в лифте, в очереди, на мосту и т.п. Характерно избегание пугающих ситуаций, при этом страх связан не столько с самой ситуацией, сколько с чувством беспомощности перед паническим приступом. Клинической картине агорафобии часто сопутствуют патохарактерологические, соматоформные и депрессивные синдромы [2, 18]. В поведении больных помимо избегания отмечаются такие тенденции как зависимость от ближайшего окружения, повышенный контроль над ситуацией, своим самочувствием и поведением.

Тревога при социальной фобии связана с социальными взаимодействиями. Она возникает либо в типичных ситуациях (например, выступления перед аудиторией) или охватывает любые виды контактов с людьми, как правило, вне семьи. Характерным является избегающее поведение, иногда достигающее степени социальной изоляции.

Изолированные фобии сопровождаются иррациональным страхом, часто достигающим паники, в отношении одного или нескольких специфических объектов или ситуаций (страх высоты, медицинских манипуляций, пауков, грома и т.д.). При этом, также как и при других видах фобий, больной стремится избегать указанных объектов или ситуаций.

Таким образом, в рамках клинико-описательного критериального подхода, на котором построена МКБ-10, оценка различных вариантов тревожных расстройств стала более детальной. В исследованиях

последних десятилетий она дополняется психометрическим принципом. Это позволяет расширить категориальную квалификацию психического состояния больного количественной и степенной оценкой имеющейся симптоматики, а также давать взвешенную характеристику психопатологическим «радикалам» и «спектрам» психических расстройств [11]. Вместе с тем, в рамках клинко-описательного подхода так и не была дана приемлемая клинко-патогенетическая концепция тревожных расстройств, что затрудняет их дифференциальную диагностику, особенно при субсиндромальных, «стертых» и сочетанных вариантах патологической тревоги, сопутствующих соматическим и другим психическим заболеваниям [17, 35, 126].

Наиболее общие тенденции развития концепции тревожных расстройств наглядно выступают в DSM-5, а также в проекте МКБ-11. Эти тенденции характеризуются дальнейшей дифференциацией и разработкой диагностических критериев тревожных расстройств. В частности, проведены более четкие разграничения между паническим расстройством и агорафобией. Обсессивно-компульсивное расстройство окончательно отделено от группы тревожных расстройств, в качестве самостоятельного расстройства выделен хординг. Кроме этого, в концепцию тревожных расстройств, благодаря достижениям когнитивно-поведенческой психотерапии, вошли представления о когнитивных механизмах тревоги. Следует также отметить все больший отход от традиционных психодинамических концепций тревоги.

ГТР начинает рассматриваться как базисное расстройство тревожно-депрессивного спектра. Оно определяется наличием специфичного симптома – тревожных опасений, относящихся к предстоящим событиям и делам. Эти опасения избыточны и негативно подкрепляются стратегией избегания. ГТР тесно связано с когнитивными нарушениями, которые в крайних случаях отражают процессы формирования затяжных депрессий и мягкой или легкой когнитивной дисфункции [42]. В то же время

нарушение этих когнитивных процессов может создавать условия для формирования других форм тревожных расстройств, в первую очередь ПР и АФ. Как самостоятельное явление обычно выделяется панический приступ, в структуре которого прослеживаются несколько существенных компонентов: физиологический панический ответ, тревога, связанная с изменением восприятия окружающего (дереализацией), тревога ожидания. Панический приступ может рассматриваться как важный критерий или признак наличия тревоги при диагностической оценке тревожных и аффективных расстройств, расстройств приема пищи, психотических расстройств и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ.

В диагностических критериях DSM-5 сделан заметный акцент на критериях, отражающих нарушения когнитивных процессов. Это, в частности, выражается в выделении при ГТР специфического клинического феномена, который описывается как транзиторные тревожные опасения по поводу различных событий или форм деятельности. Другим важным критерием является неспособность контролировать тревогу, а также затруднения при концентрации и мышлении.

При АФ в качестве самостоятельного критерия рассматриваются дисфункциональные мысли и неспособность реально оценить степень угрозы, связанной с фобической ситуацией. При ПР – симптомы деперсонализации и дереализации, а также чувство появления серьезных нарушений психики (страх “сойти с ума”).

Кроме этого, при обсуждении клинических особенностей тревожных расстройств в настоящее время обращается внимание на целый ряд дополнительных когнитивно-поведенческих феноменов. К ним относятся избегающие стратегии поведения, связанные с нарушением механизмов прогнозирования, а также формирование вторичных защитных стратегий, субъективно «обосновывающих» необходимость волнений [62].

В МКБ-11 тревожные расстройства объединены в рубрику «Расстройства, вызванные тревогой и страхом». Сюда вошли состояния, ключевые клинические проявления которых связаны с симптомами тревоги или страха. Это тревожное расстройство, связанное с разлукой; селективный мутизм; генерализованное тревожное расстройство, паническое расстройство, агорафобия, социальное тревожное расстройство [78].

Расстройства этой рубрики разделены по типу стимула, вызывающего тревогу или страх, а также чрезмерную физиологическую реакцию, либо дезадаптивное поведение. Основным признаком для ГТР в МКБ-11 является тревога, не ограниченная конкретным стимулом, которая проявляется общим опасением и беспокойством. В критерии ГТР добавлены вторичные депрессивные расстройства, кроме того, не реализуется иерархическое правило исключения (ГТР как остаточная категория). Большая часть вегетативных симптомов исключена из критериев ГТР.

При диагностике агорафобии в МКБ-11 применяется уточненное содержание феномена патологического страха. Больные агорафобией опасаются не столько ситуаций, которые затруднительно быстро покинуть (скопление людей, транспорт), сколько негативных последствий тревожного приступа (например, выставить себя в неприглядном свете перед окружающими во время приступа) [78].

Паническое расстройство характеризуется в МКБ-11 повторяющимися тревожными приступами, неограниченными конкретными стимулами и ситуациями. Приступы сопровождаются различными вегетативными симптомами, на которых фиксировано внимание больного и которые интерпретируются как телесные ощущения. Подчеркивается, что панические приступы неспецифичны и могут быть добавлены как классификатор «с паническими атаками» к другому

аффективному расстройству, в случае большой выраженности тревоги и страха.

Диагноз «социальное тревожное расстройство» в МКБ-11 был включен вместо прежде используемого в МКБ-10 термина – «Социальная фобия». Описано также сепарационное расстройство у взрослых в связи с утратой партнера или ребенка [78].

Таким образом, принципы, положенные в основу классификации и диагностики тревожных расстройств, на протяжении нескольких последних десятилетий были существенно видоизменены. Важно подчеркнуть, что переход от традиционных клинических подходов к диагностике указанных расстройств на операциональных принципах МКБ-10 был продиктован отказом от чисто феноменологического описания наблюдаемой клинической симптоматики. Это связано с тем, что клиническая квалификация состояния больного в значительной степени базировалось на субъективной интуитивной оценке психопатологических феноменов клиницистом, которая валидизировалась экспертным соглашением между несколькими специалистами.

С введением же в клиническую практику критериального клиничко-описательного метода квалификация тревожных расстройств стала основываться на регистрации объективно наблюдаемых признаков, которые фиксируются в соответствии со стандартизированными дефинициями поведенческих, психопатологических и физиологических проявлений, а затем валидизируются констатацией нарушений социального функционирования. Такая разновидность клиничко-психопатологической методологии, заложенная в МКБ-10, позволяет существенно дополнить традиционный феноменологический подход и более обоснованно использовать фармакотерапевтические методы. Вместе с тем критериальный клиничко-описательный подход не решает всех дифференциально-диагностических и терапевтических задач,

которые особенно актуальны для психотерапии. В связи с этим большое значение приобретает дальнейшая разработка принципов диагностики психических расстройств, на основе которых оказалось бы возможным интегрировать представления об их феноменологии, динамике и внутренней системной организации. Существенный вклад в разработку этой научной проблемы позволяет сделать объективация тех поведенческих и психологических факторов, которые в значительной степени определяют клиническую сущность тревожных расстройств [10, 11]. С этой целью для изучения тонких психопатологических проявлений все чаще используют различные психометрические методики [11, 31].

Когнитивные процессы и патологическая тревога

В последние десятилетия активно обсуждается вопрос о роли и месте когнитивных нарушений в происхождении, динамике и клиническом своеобразии тревожных расстройств. Еще Пьер Жане придавал большое значение познавательным процессам при патологической тревоге. Он особо подчеркивал весомость нарушений восприятия реальности у больных психастенией [27]. На облигатность идеаторных нарушений в клинической картине тревожных расстройств указывается и в целом ряде более поздних исследований [28, 33, 44, 57, 67, 85, 118].

Базисными для когнитивного подхода явились нейрофизиологические и нейропсихологические исследования. Они показали, что у значительной части больных тревожными расстройствами серьезно страдают познавательные функции. В результате этого появляются клинически значимые нейрокогнитивные нарушения. В частности, к ним относится феномен так называемой гипофронтальности, который выражается в нарушении регуляторных (или исполнительных) функций префронтальной области коры головного мозга. Эти функции определяют целенаправленность и прогнозируемость поведения, а также обеспечивают подконтрольность аффектов и побуждений.

Клинические признаки нейрокогнитивных нарушений выражаются в затруднениях при распознавании и дифференциации стимулов, а также в других аномалиях восприятия, таких как нарушения внимания, галлюцинации, иллюзии, патологические телесные сенсации. В этом же ряду следует указать на дефицит социальной перцепции и нарушения мышления, включая замедление ассоциативного процесса, недостаточную гибкость, целенаправленность и прогностическую эффективность мыслительных операций. К важным признакам поражения нейрокогнитивных функций относятся мнестические нарушения, в том числе, снижение объема рабочей памяти и возникновение руминаций, то есть стереотипных воспоминаний и связанных с ними размышлений на одну и ту же, как правило, эмоционально значимую тему.

Еще одним основанием для когнитивного подхода к изучению психических расстройств и, в частности, расстройств тревожного спектра явились успехи рационально-эмоционально-поведенческой психотерапии А.Эллиса и когнитивно-бихевиоральной психотерапии [64, 76]. В рамках этих близких по содержанию направлений показана тесная зависимость эмоционального состояния от особенностей восприятия, мышления и памяти, как в норме, так и при психических расстройствах. Важнейшую роль при этом играют присущие человеку автоматизированные и неполностью осознаваемые ожидания, убеждения, установки и оценки, под влиянием которых возникают и закрепляются дисфункциональные эмоциональные психологические реакции и состояния. Важно подчеркнуть, что указанные концепции являются развитием представлений классической психопатологии о голотимных и кататимных нарушениях мышления и восприятия [6, 37].

Развитие этих представлений привело в последующем к созданию концепции когнитивных «схем». Данная концепция объясняет возникновение аномалий личности и поведения, предрасполагающих к аффективным расстройствам. Под схемами понимаются устойчивые и

самоподдерживающиеся сочетания дисфункциональных установок и переживаний, которые формируются в раннем возрасте и реализуются в шаблонах оценочной деятельности и поступков. Различные схемы можно объединить в несколько групп. Наиболее важными из них являются следующие: неспособность устанавливать отношения и принимать отвержение, неумение достигать и поддерживать автономию, нарушение границ личности, чрезмерная ориентация на других, избыточный самоконтроль и эмоциональное подавление.

Важным источником формирования представлений о когнитивных нарушениях явились работы Дж. Келли, во многом предвосхитившим названные выше направления, и определившим своеобразие индивидуального восприятия и оценки реальности через взаимодействие личностных конструктов [90]. В соответствии с разработанной им теорией, конструкт – это внутренняя система координат или некий психологический шаблон, через который человек воспринимает отдельные явления окружающего мира и некоторые свойства собственной личности. Совокупность личностных конструктов формирует ее когнитивно-смысловую сферу. Именно на нее и опирается человек в процессе восприятия, оценивания и прогнозирования событий. Теория когнитивных конструктов оказалась весьма полезной базой для введения в клинический и психотерапевтический обиход представлений об установках, значениях и смыслах, что корреспондирует с отечественными разработками в сфере психотерапии и психокоррекции [44, 59].

Отмеченное разнообразие когнитивной интерпретации психических расстройств (как результат морфологических и дисфункциональных нейрофизиологических нарушений, как следствие врожденных или усвоенных с детства когнитивно-поведенческих схем или как проявление несбалансированности и дезинтеграции когнитивно-смысловых образований, при помощи которых субъект описывает реальность)

побуждает к их интеграции в рамках системы клинически адекватных понятий. Это тем более оправдано, что в настоящее время четко разделить морфологические, нейрофизиологические, интрапсихические, когнитивные и межперсональные механизмы патологической тревоги не представляется возможным. В связи с этим одним из перспективных интегрирующих подходов является рассмотрение когнитивных дисфункций на основе концепции когнитивных стилей [40, 56, 119].

Под когнитивным стилем понимается характеризующая личность совокупность функциональных особенностей восприятия, внимания и мышления, а также способов коммуникации с окружающими [103]. Когнитивный стиль в соответствии с данной точкой зрения является одной из важнейших клинических характеристик состояния больного и имеет непосредственное отношение к психопатологии тревожных расстройств [8, 20].

На сегодняшний день представления о когнитивном стиле носят достаточно общий характер. В частности, выделяют полезависимый когнитивный стиль, при котором когнитивная оценка определяется, прежде всего, внешними стимулами, что решающим образом влияет на поведение индивидуума. Такой стиль, например, считается характерным для некоторых форм алкоголизма и алиментарного ожирения [120]. Близким к нему является также характеристика внутреннего/ внешнего локуса контроля. Полезависимость впервые была выявлена в экспериментах Виткина в 1954 году. Он исследовал влияние зрительных и проприоцептивных стимулов на ориентировку человека в пространстве (сохранение испытуемым своего вертикального положения). Испытуемый сидел в затемненной комнате в кресле. Ему предъявлялся на стене комнаты светящийся стержень внутри светящейся рамки. Стержень отклонялся от вертикали. Рамка изменяла свое положение независимо от стержня, отклоняясь от вертикали, вместе с комнатой, внутри которой сидел испытуемый. Испытуемый должен был привести стержень в

вертикальное положение с помощью рукоятки, используя при ориентации либо зрительные, либо проприоцептивные ощущения о степени своего отклонения от вертикали. Более точно определяли положение стержня испытуемые, опиравшиеся на проприоцептивные ощущения. Эта когнитивная особенность и была названа полнезависимостью. Затем Виткин обнаружил, что полнезависимость определяет успешность вычленения фигуры из целостного образа. Полнезависимость коррелирует с уровнем невербального интеллекта по Д. Векслеру. Позже Виткин пришел к выводу, что характеристика «полнезависимость-полнезависимость» является проявлением в восприятии более общего свойства, а именно «психологической дифференциации». Психологическая дифференциация характеризует степень ясности, расчлененности, отчетливости отражения реальности субъектом и проявляется в четырех основных сферах: 1) способности к структурированию видимого поля; 2) дифференцированности образа своего физического «Я»; 3) автономии при межличностном общении; 4) наличии специализированных механизмов личностной защиты и контроля моторной и аффективной активности.

Выделяют также ригидный и гибкий когнитивные стили, которые определяются способностью изменять стратегии решения когнитивных задач. Например, ригидный стиль свойственен больным нервной анорексией. Для них же характерен так называемый контрастный когнитивный стиль, при котором реальность оценивается дихотомически, а способность к сбалансированной и взвешенной оценке действий и объектов реальности затруднена [115]. Такой когнитивный стиль присущ и многим другим психопатологическим состояниям, сопряженным с изменениями личности.

Выделяют еще целый ряд когнитивных стилей, основанных на таких особенностях восприятия, мышления и памяти как чувствительность к различиям и умение воспринимать факты, противоречащие

субъективному опыту. Сюда же относятся способность к категоризации объектов, навык перехода от абстрактных к конкретным оценкам, а также гибко применять эмоциональный либо рациональный подход. Еще одной важной особенностью когнитивного стиля является возможность целостного или фрагментарного восприятия реальности [3].

Ценность когнитивно-стилевого подхода состоит в том, что он позволяет рассматривать психопатологию познавательной сферы не столько как нарушения отдельных психических функций, а как универсальную личностную характеристику, в которой отражаются такие важные особенности личности как мотивация, самоконтроль и воображение, построение моделей поведения. Холодная М.А. приводит описание десяти когнитивных стилей: 1) полезависимость – полenezависимость; 2) импульсивность – рефлексивность; 3) ригидность – гибкость когнитивного контроля; 4) узость – широта диапазона эквивалентности; 5) ширина категорий; 6) толерантность к нереалистическому опыту; 7) когнитивная простота – когнитивная сложность; 8) узость – широта сканирования; 9) конкретная – абстрактная концептуализация; 10) сглаживание – заострение различий [56].

С учетом этого особую важность приобретают выделенные в последние годы когнитивные стили, характерные для больных тревожными расстройствами. Так в работе Uhlenhuth et al. (2002) показано, что для больных с патологической тревогой характерен специфический когнитивный стиль, предрасполагающий к тревоге. При этом когнитивно-стилевые характеристики больных агорафобией и ГТР существенно отличают их от пациентов с паническим расстройством и социальной фобией [116].

В работе Dugasa et al. (2005) выделяются специфические особенности когнитивного стиля при ГТР [74]. В частности, для этих больных в отличие от больных агорафобией характерна непереносимость неопределенности. Причем указанная интолерантность к

неопределенности оказалась связанной с ключевым для ГТР феноменом тревожных опасений.

О специфическом когнитивном стиле, характерном для тревожных расстройств, который можно обозначить как «настороженный» (*looming cognitive style*), пишут и другие исследователи. Он предрасполагает к повышенной стрессовой уязвимости и может даже способствовать повышенной подверженности таких лиц негативным жизненным событиям [96].

На существенные различия в когнитивных стилях при тревожных расстройствах и влиянии указанных стилей на психотерапию обращали внимание также отечественные авторы [20]. В частности, ими было показано, что при различных тревожных расстройствах имеются неодинаковые соотношения между предметной и описательной категоризацией. Такие соотношения создают условия для формирования «тоннельного» когнитивного стиля при ГТР, а также придают черты «диссоциативности» при ПР и «амбитендентности» при АФ.

Таким образом, на протяжении последних десятилетий наблюдалось существенное изменение концептуального подхода к тревожным расстройствам. Оно определялось переходом от феноменологического описания и условно-рефлекторной интерпретации невротических состояний к операциональной клинической квалификации, опирающейся на биопсихосоциальную модель [11]. При этом дальнейшее развитие клинической психиатрии, создающее основу для разработки персонализированной психиатрической помощи и широкого внедрения лично ориентированных психотерапевтических подходов, показало, что в формировании патологической тревоги большую роль играют когнитивные процессы. Одним из перспективных направлений в этом плане представляется дифференцированное изучение когнитивно-стилевых особенностей больных.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА

Работа выполнена по результатам обследования пациентов, страдающих тревожными расстройствами. Эти пациенты на протяжении 9 лет проходили обследование и лечение в Московском НИИ психиатрии Минздрава России, в центре неврологии и психотерапии «Гранат» г. Москва, многопрофильном медицинском центре «Юнион Клиник» г. Санкт-Петербурга, а также в медицинском центре «Кардиоклиника» г. Санкт-Петербурга.

Всего обследовано 112 человек (25 мужчин, 87 женщин), возраст больных от 18 до 65 лет (в среднем $34,9 \pm 10,9$ года). В контрольную группу ($n=83$) вошли студенты педагогического вуза, врачи-курсанты, а также лица, обратившиеся в психотерапевтический кабинет по вопросам межличностных отношений. Контрольная группа была сопоставима с обследованными пациентами по половозрастному составу (23 мужчины и 60 женщин в возрасте от 21 года до 63 лет, в среднем $32,6 \pm 9,0$).

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 (в анамнезе и на момент исследования).

1. Аффективные расстройства настроения.
2. Психические расстройства шизофренического спектра (шизофрения или шизоаффективное расстройство, шизотипическое расстройство).
3. Зависимость от алкоголя или других психоактивных веществ.

4. Соматические заболевания в стадии декомпенсации.

От всех участников было получено письменное информированное согласие на участие в исследовании. До утверждения Положения об этическом комитете при ФГБУ «МНИИП» Минздрава России от 06 ноября 2013 г. исследование проводилось без заключения Этического комитета. В 2017 году протокол исследования был одобрен Этическим комитетом. Дополнительно протокол исследования был одобрен Этическим комитетом ФГБУ «МНИИП» (№29/8, 03.03.2020) в связи с продлением сроков написания диссертации.

Улучшение симптоматики оценивалось при помощи шкалы Общего клинического впечатления об изменениях (ШОКВ), подшкала улучшение [83]. Основные анамнестические данные и коморбидность по психическим расстройствам регистрировались при помощи Глоссария симптомов для психических расстройств МКБ-10 [88]. Наряду с клинико-психопатологическим исследованием в ходе работы осуществлялся также психотерапевтический интерпретативный анализ, ориентированный на изучение ключевых психологических переживаний, психологических защит и механизмов совладания [12, 13].

2.2. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При выполнении исследования были использованы также следующие клинические, психометрические и психодиагностические методики:

1. Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ) [5]. В ходе тестирования обследуемым лицам предлагалось последовательно оценить стандартный набор утверждений по отношению к ним как «верные» или «не верные». Методика позволяет выявлять устойчивые паттерны реагирования на стандартные стимулы, квалифицировать их по определенным параметрам (шкалам), а также количественно оценивать выраженность соответствующих поведенческих тенденций с учетом

установок испытуемого в отношении самой процедуры тестирования. Интерпретация результатов данного тестирования осуществлялась в соответствии со специальным руководством [5].

2. Репертуарный матричный тест (РМТ), вариант с заданными конструктами. Эта методика направлена на изучение процессов смыслообразования (когнитивная сложность, контрастность оценок, категоризация) [44]. В ее основу положен психосемантический эксперимент. В ходе проведения данного эксперимента испытуемые соотносили различные заранее заданные качественные признаки (конструкты) со стандартным перечнем объектов, составленным из списка лиц, входящих в их ближайшее окружение (мать, отец, сестра и др.), а также так называемых Я-состояний («Я сейчас», «Идеал Я» и др.). Характер интеркорреляций между различными оценками, которые давались испытуемыми, и результаты их факторного анализа позволяют судить о способности испытуемых к дифференцированной смысловой категоризации объектов и их признаков. Чем ниже коэффициенты корреляций между конструктами, тем сложнее индивидуальная система конструктов испытуемого (величина когнитивной сложности). Кроме того, в процессе работы вычислялись параметры предметной и описательной категоризации по опубликованным ранее алгоритмам (Похилько В.И., Страхов Н.Н. Тест репертуарных решеток «Келли», компьютеризированная версия. М. 1990) [8].

3. Опросник Фримена «Опросник когнитивных ошибок» (ОКО) [15]. В ходе тестирования обследуемым лицам предлагалось последовательно оценить стандартный набор утверждений (по отношению к себе) следующим образом: «верно редко» (1 балл), «верно иногда» (2 балла), «верно часто» (3 балла), «верно всегда» (4 балла). По каждой когнитивной ошибке подсчитывалось абсолютное число баллов. Данная методика позволяет выявлять наличие и количественно оценить степень активации систематических искажений (иррациональных схем, когнитивных ошибок) в

обработке информации, при интерпретации и припоминании различных переживаний [15].

4. HADS - госпитальная шкала тревоги и депрессии (ГШТД) [125].

5. Шкала общего клинического впечатления (ШОКВ), подшкала улучшения [83].

6. Батарея лобной дисфункции – БЛД [72]. БЛД включает в себя шесть субтестов-доменов, направленных на исследование регуляторно-исполнительных функций: «концептуализация» (оценка способности к обобщению), «речевая беглость» (оценка лексического запаса, скорости ассоциативного процесса), «динамический праксис» (способность программировать моторные действия), «простая реакция выбора» (оценка устойчивости психической деятельности к помехам) и «усложненная реакции выбора» (оценка развитости ингибирующего контроля, то есть способности произвольно блокировать действия). Шестой домен – исследование хватательных рефлексов – не был включён в связи с отсутствием выраженных органических нарушений у обследованных больных.

Статистическая обработка материала осуществлялась методами факторного анализа (для значений ОКО, РМТ). Оценка значимости различий между двумя независимыми группами производилась по t-критерию Стьюдента для результатов, полученных с помощью ММИЛ, поскольку Т-баллы имеют нормальное распределение [5]. Для анализа результатов РМТ и ОКО, БЛД и ГШТД применялись непараметрические критерии Краскела-Уоллиса, Уитни-Манна, хи-квадрат, так как показатели этих тестов имеют распределение, отличное от нормального. Динамика исследуемых параметров оценивалась с помощью t-теста для связанных выборок (для ММИЛ) и критерия Вилкоксона (для РМТ, ОКО, ГШТД).

2.3 ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

Все больные, включённые в исследование, были обследованы клинически (Рис 2.1). Затем они проходили психологическое тестирование с помощью ММИЛ, ОКО, ГШТД, РМТ, БЛД. При этом у 106 пациентов результаты оказались достоверными. Для оценки результатов терапии пациенты всех исследованных групп были обследованы через 3 месяца. На этом этапе были включены 44 больных (17 пациентов с ПР; 12 пациентов с ГТР; 15 пациентов с АФ). Из 112 пациентов 68 досрочно выбыли из исследования: 22% пациентов вследствие существенного субъективного улучшения были выписаны до окончания протокола исследования; 10% – сослались на неэффективность терапии, вследствие чего выбыли; 14% – данных о причинах отказа от участия не имеется; 15% – были исключены вследствие недостоверности результатов тестирования (до терапии или через 3 месяца терапии) и невозможности их использования в анализе.

По результатам комплексного обследования на каждого больного заполнялась разработанная «Индивидуальная карта испытуемого», в которую заносились результаты, полученные в ходе исследования. На основании этой «Карты» была подготовлена соответствующая база данных.

Рисунок 2.1 Дизайн исследования



2.4 ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Всем пациентам, вошедшим в исследование, проводилась комплексная психотерапия в соответствии с ранее разработанным психотерапевтическим протоколом [2] (таб. 2). Наряду с психотерапией 81 пациент (72%) получал психофармакотерапию: антидепрессанты группы СИОЗС (пароксетин 20 мг в сутки, флувоксамин 50 - 100 мг в сутки) и (или) небензодиазепиновый транквилизатор гидроксизин (12,5 - 50 мг в сутки). Гидроксизин включался в терапию при назначении пароксетина с целью снизить инициальный анксиогенный эффект СИОЗС. Помимо этого, гидроксизин был дополнительным назначением к антидепрессанту в случаях большой выраженности тревоги или при выраженных симптомах бессонницы, курсом 1 месяц (до развития противотревожных эффектов антидепрессанта), а также как «скорая помощь» при панических приступах. Длительность фармакотерапии составляла от 4 до 6 месяцев.

Таблица 2.1 Психотерапевтический протокол

Номер и количество сеансов	Психотерапевтические методы и приемы		
	Паническое расстройство	Агорафобия	Генерализованное тревожное расстройство
1-2	Психообразовательное занятие		
3-4	Релаксационные и гипносуггетивные методы, приемы на повышение уровня осознания себя и окружающей	Релаксационные и гипносуггетивные методы, приемы на повышение уровня осознания себя и окружающей	Релаксационные и гипносуггетивные методы, приемы на повышение уровня осознания себя и окружающей

	действительности Функциональные десенситизирующие тренировки по совладанию с тревогой	действительности Функциональные тренировки на основе экспозиционных техник	действительности Поддерживающая психотерапия с элементами психодинамически ориентированной терапии
10-12	Когнитивно-поведенческая психотерапия: техника «дневника», четырехпольной таблицы (выявление и коррекция ошибок суждения, переформулирование дезадаптивных убеждений, переосмысление прошлого опыта, техника сократовского диалога, декатастрофизация, изучение аргументов «За» и «Против», смена ролей, обучение навыкам планирования действий, техники десенситизации)		
2-3	Развитие коммуникативных навыков (повышение психологической пластичности, то есть способности к более быстрой смене моделей поведения в меняющихся условиях, развитие коммуникативных навыков, ролевая игра). Элементы личностно ориентированной реконструктивной психотерапии (реорганизация межперсональных отношений).		
Всего 16-21 индивидуальных сеанса (1-2 раза в неделю). При наличии заинтересованности пациента поддерживающая психотерапия продолжалась после протокола с частотой один сеанс в 1-2 месяца.			

Таблица 2.2 Мишени психотерапии при тревожных расстройствах

ФОРМА ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА	КЛЮЧЕВЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МИШЕНИ
Генерализованное тревожное расстройство	<ol style="list-style-type: none"> 1. Моторная напряженность и вегетативная гиперактивация 2. Тревожные опасения и защитная концептуализация тревоги 3. Негативное селектирование с нарушением прогнозирования 4. Ригидность и дефицитарность когнитивной сферы, глобальность и низкая пластичность ценностно-смысловой системы 5. Сниженная самооценка, психологическая зависимость, дефицит

	<p>ассертивности</p> <p>6. Субтотально ограничительная оценка реальности и поведение</p>
Паническое расстройство	<ol style="list-style-type: none"> 1. Диссоциативные реакции 2. Моторная напряженность и вегетативная гиперактивация 3. Фиксация на соматических нарушениях и внутренне противоречивое отношение к роли больного 4. Деперсонализация и сцепленность «Я»-концепции с прошлым 5. Категоричность, другие когнитивные искажения, недостаточная рациональность и эмоциональная дифференцированность, вытеснение 6. Межличностные затруднения 7. Недифференцированные представления о перенесенных в прошлом стрессовых событиях 8. Несбалансированная самооценка, конфликт с идеализированными представлениями о себе 9. Неадекватные смысловые установки, ролевые позиции
Агорафобия	<ol style="list-style-type: none"> 1. Диссоциативные реакции 2. Моторная напряженность и вегетативная гиперактивация 3. Избирательно ограничительное поведение 4. Деперсонализация и низкая пластичность «Я»-концепции 5. Категоричность, другие когнитивные искажения, недостаточная когнитивная дифференцированность, смещение. 6. Межличностные затруднения, недостаточное осознание и дифференциация потребностей в опеке и автономии, интимности и протесте 7. Недифференцированные представления о перенесенных в прошлом стрессовых событиях 8. Несбалансированная самооценка, ее сцепленность с прошлым 9. Неадекватные смысловые установки, ролевые позиции

Таблица 2.3 Этапы психотерапии при тревожных расстройствах

Цели и задачи этапа	Содержание этапа
Формирование терапевтического альянса	Психообразование, формирование доверительных отношений, формулирование и уточнение запроса на психотерапию, обучение методам релаксации, отвлечения внимания и преодоление катастрофизации.
Повышение осознания	Дифференциация эмоций и формирование новых последовательностей эмоционального реагирования: десенситизация, изменение отношения к объектам, побуждение к новым эмоциональным переживаниям, снятие «запретов» на чувства.

	Дифференциация когнитивных процессов, развитие диалектического мышления, переформулирование прошлого опыта и стрессовых переживаний, углубленное осознание чувств и побуждений, построение адекватной модели, концептуализация имеющихся расстройств, преобразование когнитивных стилей, проработка и углубление «Я»-концепции.
Самоосвобождение	Улучшение самооценки, преодоление внутренних ситуационных и межличностных ограничений, разрешение межличностных и экзистенциальных конфликтов (принятие ответственности, реализация свободы выбора, преодоление страха смерти).
Управление обстоятельствами, противообусловливание	Индукция и кристаллизация универсальных защитных типов межличностного взаимодействия (зависимость, открытость, асертивность, групповая сплоченность).
	Формирование новых стилей поведения (оперантное обусловливание, имитация, межличностное научение).

Глава 3. СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ПАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ, АГОРАФОБИЕЙ И ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ТРЕВОЖНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

На основании клинического обследования по критериям МКБ-10 диагноз ПР был поставлен 41 пациенту, АФ – 25, ГТР – 46. Возрастно-половой состав соответствующих групп, а также длительность расстройства на момент обращения приведены в таблице 3.1. Для сопоставительного изучения психометрических показателей в исследование была включена контрольная группа здоровых испытуемых (n=84), сопоставимая по полу и возрасту с группой обследованных пациентов.

Таблица 3.1 Пол, возраст и длительность заболевания обследованных больных тревожными расстройствами

Диагноз	Количество больных	Пол муж./жен.	Ср. возраст ± ст. откл.	Ср. длит. заболевания ± ст. откл.
Паническое р-во	41	10/31	33,7 ± 12,8	2,7 ± 2,0
Агорафобия	25	4/21	33,2 ± 13,7	4,0 ± 2,5
Генерализованное тревожное р-во	46	9/37	35,0 ± 10,9	2,0 ± 1,2
Всего	112	23/89	34,9±11,0	3,5±3,2

Для систематизации поводов обращения был использован идентификатор, который является разделом чек-листа (Оценочный перечень симптомов и глоссарий для психических расстройств МКБ-10) (таб. 3.2) [124].

Таблица 3.2 Социальные и профессиональные характеристики больных тревожными расстройствами

Диагноз	средний возраст	Уровень образования		Семейное положение		Занятость	
		среднее	высшее	в браке	нет	работает\ учится	нет
ПР (n=41)	31,6	23 (57%)	18 (43%)	19 (46%)	22 (54%)	22 (54%)	19 (46%)
ГТР (n=46)	39,2	19 (42%)	27 (58%)	27 (58%)	19 (42%)	29 (63%)	17 (37%)

АФ (n=25)	31,5	19 (77%)*	6 (23%)	12 (48%)	13 (52%)	11 (44%)	14 (56%)
--------------	------	-----------	---------	----------	----------	----------	----------

АФ – агорафобия, ПР – паническое расстройство, ГТР – генерализованное тревожное расстройство;
*p<0,05 значимость различий (Хи-квадрат) между группами ГТР и АФ.

Из таблицы 3.2 видно, что пациенты из группы ГТР отличались более высоким образованием (различия статистически значимы между группой АФ и ГТР), а также чаще, чем пациенты других групп работали или учились, состояли в браке. Это отражает просоциальные установки, характерные для больных ГТР.

Таблица 3.3 Идентификатор поводов обращения больных тревожными расстройствами (чек-лист из оценочного перечня симптомов и глоссария для психических расстройств МКБ-10)

Поводы обращения для психотерапевту к	ГТР абс. (%)	ПР абс. (%)	АФ абс. (%)	p1\p2\p3
1. Жалобы на психическое состояние	44 (95%)	33 (81%)	25 (100%)	p1= ,3518 p2= ,1194 p3=1,0000
2. Необъяснимые соматические жалобы	23 (50%)	26 (62%)	16 (65%)	p1= ,5550 p2= ,8703 p3= ,5224
3. Социальные или профессиональные затруднения, инвалидизация	9 (20%)	25 (61%)	16 (65%)	p1= ,2334 p2= ,1771 p3= ,0105
4. Сопутствующее соматическое заболевание или расстройство	25 (55%)	8 (19%)	6 (25%)	p1= ,0215 p2= ,8600 p3= ,1066
5. Психосоциальный стрессор (текущий)	30 (65%)	18 (44%)	5 (20%)	p1= ,1466 p2= ,1506 p3= ,0105

ГТР – генерализованное тревожное расстройство, ПР – паническое расстройство, АФ – агорафобия. Значимость различий p_1 между ПР и ГТР, p_2 между ПР и АФ, p_3 между ГТР и АФ (критерий Хи-квадрат).

Как следует из таб. 3.3 пациенты, главным образом, обращались с жалобами на свое психическое состояние. В большинстве случаев это были больные АФ. Значительная часть обследованных выдвигала жалобы соматического порядка, которые, как правило, носили необъяснимый с медицинской точки зрения характер. В основном, такого рода жалобы предъявляли пациенты с ПР и АФ. Также они жаловались на нарушения, связанные с выполнением профессиональных или социальных функций либо с общей инвалидизацией. Особенно характерно это было для больных АФ – 16 пациентов (65 %). Однако довольно часто подобные жалобы наблюдалось при ПР у 25 чел. (61%), реже при ГТР - у 9 чел. (20%). Хронические соматические заболевания имели место у 55% (25 чел.) пациентов с ГТР. Почти треть из них обращалась к психотерапевту с учетом выраженного психосоциального стрессора, который был связан с семейными проблемами либо с затруднениями, возникшими на работе. Чаще всего в актуальной стрессовой ситуации на момент обращения находились пациенты с ГТР и ПР.

Важнейшим этапом настоящего исследования явилось клинико-психопатологическое изучение психического статуса указанных больных, их преморбида и предшествующего течения (таб. 3.4).

Таблица 3.4. Сравнительная характеристика симптоматики тревожных расстройств

Диагноз	ПР (n=41)	АФ (n=25)	ГТР (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, из которых трудно выбраться и где сложно получить помощь (замкнутых, открытых пространств, толпы, выходить из дома, пребывания в одиночестве и т.п.)	13 (32%)	25 (100%)*	10 (22%)*

Страх социального осуждения	15 (36%)	20 (81%)	15 (33%)
Длительное беспокойство с чувством предстоящих неприятностей	13 (32%)	9 (37%)*	46 (100%)***
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%)

ПР – паническое расстройство, ГТР – генерализованное тревожное расстройство, АФ – агорафобия. * 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.

Паническое расстройство

Психопатологические проявления панического расстройства у обследованных больных характеризовались достаточно типичным сочетанием периодически возникающих психовегетативных пароксизмов с тревогой ожидания.

Психовегетативные пароксизмы (панические приступы) в этих случаях возникали без видимого внешнего повода и были неожиданными для самих пациентов. Каждый приступ представлял собой четко очерченный эпизод сильного страха или выраженного тревожного дискомфорта. Такие переживания обычно носили безотчетный характер и сопровождалась страхом смерти или потери рассудка. Указанный страх, как показывает клинический анализ, имел вторичный характер и был вызван острой деперсонализацией с ощущением беспомощности и потери контроля над своим телом и психикой.

Наряду с указанными эмоциональными состояниями в течение нескольких минут развивалась дополнительная симптоматика. Она характеризовалась появлением вегетативных нарушений, таких как усиленное или учащенное сердцебиение, тахикардия, потливость, ощущение удушья, нехватки воздуха или духоты. У ряда больных развивалась боль или дискомфорт в груди, тошнота, желудочно-кишечные расстройства, «внутреннее» головокружение, неустойчивость, ощущение приближающегося обморока, различного рода телесные сенсации и парестезии, а также ознобы или приливы жара. При этом динамика вегетативных расстройств имела общие тенденции. В начале преобладали расстройства симпатoadреналового спектра (сердцебиение, тахикардия и тахипноэ, тремор, чувство жара), которые на протяжении определенного времени (от 15 до 40-60 минут) сменялись парасимпатической или смешанной симптоматикой (учащенное мочеиспускание, усиление перистальтики кишечника, головокружение, слюноотделение, потливость, озноб). Общая продолжительность таких кризов обычно составляла от 15 до 60 минут. Однако в ряде случаев у пациентов отмечались повторяющиеся кризы, которые шли своеобразными «сериями». В этих случаях общая длительность панических состояний достигала нескольких часов.

Помимо психовегетативной симптоматики при панических приступах, как правило, возникали различные двигательные нарушения. Преимущественно это были псевдосудорожные состояния с истероформными проявлениями (судорожное «сведение» рук или ног, крупноразмашистый тремор конечностей или головы, потеря чувствительности, сужение полей зрения, «двоение» в глазах, специфические моторные дискинезии, дизартрия, потеря голоса и др.). Кроме того, двигательные нарушения могли проявляться в форме двигательного возбуждения (ажитации). Нередко пациенты указывали также на произвольные мышечные подергивания или сильную внутреннюю дрожь.

Еще одним важнейшим компонентом тревожных пароксизмов у обследованных пациентов являлись симптомы, относящиеся к когнитивной сфере. Обычно эти симптомы принимали форму специфических (парциальных) диссоциативных расстройств, преимущественно в виде деперсонализационно-дереализационного синдрома, наиболее выраженного у больных паническим расстройством. Сюда относились уже упомянутые переживания утраты контроля, страх смерти и потери рассудка. Важно отметить, что эти частые жалобы были тесно переплетены со специфическим ощущением измененного восприятия окружающей обстановки и своего тела. Пациенты жаловались на «рябь» перед глазами, «изменение» формы или очертаний окружающих предметов, их «отдаление», неприятную утрату чувственного компонента восприятия. Одновременно у них возникало ощущение потери способности руководить своим телом, а также необычное усиление или, наоборот, ослабление естественных проявлений физиологических процессов («пульсации» в голове или теле, «ослабление» или затруднение дыхания, трудность поддержания равновесия, «изменение» голоса, «замирание» сердца, «шум» в ушах и др.). Во многих случаях пациенты рассказывали также об ощущении изменения собственного «Я». Им казалось, что «душа расстается с телом», они как будто куда-то «проваливались» или ими «овладевала некая чуждая сила».

В этих состояниях телесные и психические процессы, а также предметы и люди, находившиеся вокруг, начинали восприниматься как не вполне реальные, «отдельные» или «безжизненные».

Мышление было затруднено и утрачивало произвольный характер (казалось, что «мозг скован»). Пациенты отмечали неспособность без посторонней помощи отвлечься от охватившего их страха и фиксации на телесных ощущениях.

Возникновение указанных диссоциативных нарушений было сопряжено с фиксацией внимания пациента на неприятных телесных ощущениях. Эта фиксация внимания возникала в самом начале приступа и

постепенно нарастала по мере его развития. Такое развитие симптоматики панических приступов описано в литературе как своеобразный порочный круг, который начинается с того, что пациент обращает внимание на какой-то отдельный симптом (например, ощущение духоты), вызывающий дискомфорт [21]. При этом он начинает тревожно «прислушиваться» к этому симптому, что влечет за собой усиление тревоги и, соответственно, приводит к появлению новых признаков вегетативного возбуждения. Далее, как считается, процесс возбуждения нарастает, поскольку субъективная выраженность и разнообразие симптоматики, сопряженной с вегетативной активацией, увеличиваются. В результате возникает панический страх, и развивается полная клиническая картина панического приступа.

При наблюдении за такими больными в ходе выполнения данной работы было выделено важное психопатологическое звено возникновения панических приступов. Сам факт избирательного внимания пациента к первичному симптому способствовал формированию состояний измененного сознания, как это, например, происходит при гипнотизации. По мере развития тревожного приступа указанная фиксация и связанное с ним изменение сознания драматически нарастают, что приводит к деперсонализационно-диссоциативным состояниям, которые, в свою очередь, порождают неадекватный по силе и глубине воздействия на сознания страх.

Так, одна из обследованных пациенток в процессе психотерапевтической сессии неожиданно пожаловалась на усиление сердцебиения. Вскоре она стала указывать, что сердцебиение усиливается еще больше. К нему присоединилась «пульсация в голове», а затем – чувство жара, нехватка воздуха, слабость и страх. Появился тремор рук, легкое головокружение, сухость слизистых.

Внешне это выглядело так, что контакт с больной становился все более затрудненным. Пациентка как бы отстранялась, погружалась в свои переживания, ее захватывал страх. При этом отмечались внешние признаки

транса: внимание рассеивалось, реакция на вопросы врача становилась все более отсроченной, произвольные движения постепенно замедлялись, появилась скованность и отстраненность. Она с затруднением сохраняла контакт глазами, из-за сухости во рту изменился голос. Создавалось такое впечатление, что пациентка утрачивала осознанную связь с окружающим миром, фиксируясь на неприятных ощущениях в теле и погружаясь в связанные с этим тревожные переживания.

После прекращения паники эта женщина рассказала, что, несмотря на присутствие психотерапевта, ей все сложнее становилось следить за ходом беседы, и она никак не могла сосредоточиться на том, что говорил врач. Все ее внимание начинали занимать неприятные телесные ощущения и связанные с этим тревожные мысли. Одновременно развивались тревожные ожидания «чего-то неладного в организме». В конце концов, на пике этих переживаний появилось чувство приближающегося обморока и потери контроля над собой и своими действиями. Возникающий страх был обусловлен именно потерей привычного самоконтроля и ощущением беспомощности. При этом, по словам пациентки, только присутствие рядом психотерапевта не позволяло ей полностью «отключиться».

Как следует из приведенного примера, нарастание симптоматики, типичной для панических приступов, в данном случае происходило постепенно. Причем важнейшим элементом этого приступа явилась быстро нарастающая частичная утрата контакта больной с действительностью, редукция произвольных процессов и изменение самосознания.

Все вышесказанное дает основание полагать, что именно когнитивные нарушения играют ведущую роль в генезисе описываемых нарушений. Иначе говоря, возникновение панических приступов, согласно приведенному наблюдению и другим подобным случаям, тесно связано с развитием дисфункциональных трансоподобных (диссоциативных) состояний, одним из клинических проявлений которых и является отмеченная выше деперсонализация и дереализация. Но в отличие от деперсонализационно-

дереализационного расстройства, при котором преобладает чувство постоянного изменения либо утраты ядра собственной личности, во время панических приступов отмечалось меняющееся по интенсивности экзистенциально глубинное переживание беспомощности и неспособности «насыщенно» или «непосредственно» воспринимать объекты реальности (так называемая аллопсихическая деперсонализация). По мере развития приступа, у обследованных пациентов это переживание обычно отходило на второй план по отношению к собственному тревожному аффекту, что соответствует понятию вторичной или «невротической» деперсонализации, характерной для тревожных расстройств [22].

Во многих случаях у пациентов, переносивших панические приступы, формировались устойчивые ощущения соматического нездоровья, слабости и тревожного ожидания повторения приступа. Указанные ощущения усиливались после каждого нового эпизода расстройства, что приводило к изменению самоощущения и восприятия собственной личности. При этом больные отмечали существенные изменения в своем психическом состоянии, потерю жизненного тонуса, изменение отношения к жизни, а также повышенную тревожность. Все это, с одной стороны, позволяло констатировать наличие хронического тревожного состояния, которое в литературе трактуется как тревога ожидания (антиципационная тревога) [84]. С другой стороны, пациенты указывали, что после первых приступов они с трудом могли прийти в себя, а некоторые из них прямо говорили, что внутри них как будто «что-то обломилось» или появлялось чувство «раздвоенности». Все это указывало на то, эта тревога ожидания появлялась не сама по себе, а в тесной взаимосвязи с резидуальными изменениями самосознания больных, которые являлись продолжением диссоциативных и деперсонализационных нарушений, составлявших психопатологическое ядро панических приступов.

На первом этапе формирования панического расстройства сами пациенты причину панических приступов и недомогания относили на счет

неких неизвестных нарушений в деятельности организма, с целью поиска и лечения которых они начинали усиленно обращаться к врачам различных специальностей. Подобные «поиски», как правило, ни к чему не приводили. Однако общая ипохондрическая направленность у таких больных закреплялась. При этом их психическое состояние и поведение характеризовались стойким субъективным изменением восприятия своей телесности с ощущением напряжения, общей слабости, сосредоточении на физическом самочувствии. Фиксация соответствующей установки у этих больных формировалась под влиянием механизмов нерегулярного подкрепления в результате многочисленных контактов с врачами, а также особого положения в микросоциальном окружении, которое обеспечивал статус больного. Все это соответствовало характерному для соматоформных расстройств синдрому общего недомогания или «болезненного поведения» [69, 112]. Говоря другими словами, при повторениях панических приступов острая диссоциация постепенно уменьшалась и трансформировалась в пролонгированную соматопсихическую деперсонализацию, которая сохранялась в рамках синдрома общего недомогания и сочеталась с тревогой ожидания. С учетом сказанного важно отметить, что, как показывает анализ клинических наблюдений, тревога ожидания при ПР тесно сопряжена с изменениями самосознания больных. При этом в динамике данного расстройства большую роль играет первоначальный послеприступный период, когда пациенты не всегда осознанно «ищут» причину возникающих пароксизмов и начинают связывать ее с физическим неблагополучием.

Настроение пациентов, переживающих тревогу ожидания, как правило, отличалось нестабильностью. Зачастую у них отмечалась легко возникающая раздражительность, обидчивость, чувство слабости и склонность к гипотимным аффективным реакциям. В целом ряде случаев (у 25 пациентов, 62%) развивались транзиторные ипохондрические опасения, которые, однако, не перерастали в устойчивую и развернутую ипохондрическую

концептуализацию. Описываемые состояния можно было охарактеризовать как затяжные тревожно-субдепрессивные или тревожно-дисфорические эпизоды, выраженность которых усиливалась в случае повторения панических приступов и несколько ослабевала при их исчезновении или редукции. Характерная особенность описываемых состояний – это произвольное распределение внимания с формированием его второго фокуса на соматических функциях. Соответствующим образом происходило и смещение общей направленности личности в область контроля над состоянием своего здоровья. При этом выраженность антиципационной тревоги была пропорциональна изменениям направленности личности в сторону ипохондрической настроенности.

Динамика расстройства во многих случаях имела общие черты. Приступы паники чаще всего возникали у больных в возрасте 18-25 лет (у 16 чел., 39%), однако нередко паническое расстройство начиналось и в более позднем возрасте – в 34-65 лет (у 13 чел., 31%). Данное расстройство манифестировало паническими приступами, которые почти сразу приобретали повторяющийся характер. Частота приступов была различной. В отдельных случаях начало заболевания характеризовалось частыми приступами (до 2-3 ежедневно), но такие приступы могли возникать и реже, например, с частотой один в 1-2 недели. Первые панические приступы, как правило, отличались высокой интенсивностью и побуждали пациентов обращаться за разнообразной медицинской помощью, включая неотложную и скорую. В течение 1-2 лет больные посещали различных специалистов соматического профиля, включая неврологов. Затем, наконец, они попадали в поле зрения психиатров или психотерапевтов. На фоне транквилизирующей или антидепрессивной терапии первые эпизоды панического расстройства в большинстве случаев редуцировались или исчезали полностью. Приступы начинали приобретать более сглаженный и менее острый характер, а их частота уменьшалась.

Рецидивы панического расстройства в последующем возникали у 20 пациентов (48%). При этом интенсивность тревоги и сопровождавших ее вегетативных нарушений значительно уменьшалась. Характер доминирующих жалоб необязательно сохранялся, но общая психопатологическая структура расстройства оставалась. Большинство из обследованных пациентов, вошедших в данное исследование, перенесли в прошлом как минимум один эпизод панического расстройства, рецидив которого развивался через несколько лет. А почти у трети больных приступы паники непрерывно продолжались на протяжении нескольких лет (таб. 3.6).

Таблица 3.6. Варианты течения различных тревожных расстройств по данным последующего наблюдения (2-5 лет)

Группы больных	Непрерывное течение	Рецидивирующее течение	Волнообразное течение
ПР (n=16)	1 (6%)	10 (63%)	5 (31%)
АФ (n=12)	6 (50%)	5 (42%)	1 (8%)
ГТР (n=15)	2 (13%)	3 (20%)	10 (67%)

ПР –паническое расстройство, ГТР –генерализованное тревожное расстройство, АФ – агорафобия.

На этом фоне у больных появлялись сопутствующие психопатологические нарушения. Они включали дистимические состояния (25 чел., 61%), генерализованное тревожное расстройство (8 чел., 19%), изолированные фобии (16 чел., 38%), соматоформные расстройства (16 чел., 38%).

Следует обратить особое внимание на анамнез данной группы обследуемых пациентов. Большинство из них родились в полных семьях, однако отношения в родительских семьях часто носили конфликтный характер. В детском возрасте эти пациенты отличались выраженной привязанностью к матери, а в некоторых случаях (у 16 чел., 38%) ретроспективно можно было даже говорить о расстройстве привязанности детского возраста. Семейная структура, со слов больных, нередко имела коалиционный характер. У 24% (10 чел.) больных отмечалась наследственная предрасположенность к паническому расстройству, которым страдали матери или другие родственники 1 и 2 степени родства.

Раннее развитие и дошкольный период в большинстве случаев протекал без особенностей. В школьные годы у многих пациентов, особенно женского пола, обнаруживались демонстративные черты (таб. 3.7). Их отличительной чертой являлась повышенная общительность, выраженная потребность в одобрении и признании. В начальных классах и в подростковом возрасте часто наблюдались различные вегетативные дисфункции и беспричинные колебания настроения, которые нередко сочетались с конфликтами со сверстниками, учителями или с обострением внутрисемейных отношений. Зачастую эти эпизоды совпадали с периодом полового созревания.

Таблица 3.7. Особенности личности больных с различными вариантами тревожных расстройств

Группы больных	Типы личности			
	Эмоционально-неустойчивые	Гистрионные	Ананкастные	Избегающие и зависимые
ПР (n=41)	4 (12%)	28 (69%)	0%	8 (19%)
АФ (n=25)	13 (52%)	5 (19%)	0%	8 (31%)
ГТР (n=46)	3 (6%)	8 (17%)	5 (11%)	20 (44%)

ПР – паническое расстройство, ГТР – генерализованное тревожное расстройство, АФ – агорафобия

Манифестация панического расстройства обычно была связана с осознаваемыми или неосознаваемыми конфликтными ситуациями, имеющими выраженный морально-этический компонент (таб. 3.8). Так, у одного из наших больных, получивших патриархальное воспитание, панические приступы впервые возникли в период медового месяца. При этом он женился на девушке вопреки желанию родителей. Через 2 года развелся и во время повторного обращения рассказал, что через несколько месяцев брака случайно узнал из подслушанного телефонного разговора, что жена вышла за него по настойчивому требованию ее родителей, которые стремились породниться с его состоятельной семьей.

Таблица 3.8. Ключевые психологические конфликты и переживания при тревожных расстройствах (по данным психотерапевтического анализа)

Ключевые переживания	ПР (n=41) абс. (%)	АФ (n=25) абс. (%)	ГТР (n=46) абс. (%)
Осознание связи со стрессовыми факторами	14 (35%)	11 (44%)	31 (67%)*
Связь со стрессовыми факторами не осознается	27 (65%)	14 (56%)	15 (33%)
Проблемы сепарации (отделение от родителей, смена места жительства)	37 (90%)**	2 (6%)	8 (17%)
Фрустрация потребности в близости и доверии (семейные и межличностные проблемы)	18 (44%)	5 (19%)	10 (22%)
Фрустрация потребностей в автономии (внешний контроль, проблемы, связанные с ответственностью)	11 (26%)**	16 (62%)***	12 (26%)
Фрустрация потребности в самореализации	5 (13%)	2 (6%)	10 (22%)
Фрустрация потребности в контроле над ситуацией	5 (13%)	2 (6%)	15 (33%)
Фрустрация сексуальных потребностей	9 (22%)	5 (19%)	8 (17%)
Сдерживаемые агрессивные тенденции, гнев	9 (22%)*	5 (19%)	1 (3%)
Протест, непринятие обстоятельств	3 (8%)	8 (31%)	2 (5%)***

ПР – паническое расстройство, ГТР – генерализованное тревожное расстройство, АФ – агорафобия

Значимость различий χ^2 (критерий Хи-квадрат) * между генерализованным тревожным расстройством и паническим расстройством, ** между агорафобией и паническим расстройством, *** между агорафобией и генерализованным тревожным расстройством.

У другой больной панический приступ возник в первую неделю беременности, наступившей от мужа, которому она изменяла. При этом сама пациентка в этот момент еще не знала, что беременна и надеялась на продолжение карьеры. У ряда больных первые панические приступы развились в период сложностей в семейной жизни или отношений с близкими людьми, когда партнеры начинали тайно им изменять.

Таким образом, изучение клиники и динамики панического расстройства у обследованных пациентов показало следующее: чаще всего это расстройство возникало у пациентов, с детства отличавшихся психологическими особенностями, такими, как экстравертированность, потребность в принятии и одобрении, повышенная ранимость, психологическая зависимость от старших, эмоциональная неустойчивость. В прошлом у некоторых из этих пациентов были эпизоды асоциального поведения или открыто агрессивных взаимоотношений (скандалы, рукоприкладство, потребление психоактивных веществ). У другой

подгруппы больных в анамнезе отмечались усиленные гиперсоциальные установки с высокой конформностью и тенденцией ригидно придерживаться социально одобряемых стереотипов поведения. При этом у них отчетливо выявлялись скрытые агрессивные экстрапунитивные установки.

Панические приступы впервые возникали в ситуациях моральных конфликтов, этиологическая роль которых как правило не осознавались самими пациентами. Течение расстройства часто имело рецидивирующий или хронический характер. Паническое расстройство могло сочетаться с другими психопатологическими состояниями, среди которых преобладали дистимии, тревожное и депрессивное расстройство, соматоформные расстройства, химические зависимости, а также расстройства личности. При этом с течением времени острота панических приступов сглаживалась, а структура их психовегетативных и моторных компонентов могла изменяться. Тем не менее, во всех случаях большую роль играли когнитивные механизмы, выразившиеся в тенденции к нарастающей фиксации на соматических ощущениях, развитию деперсонализации и дереализации с переходом к транзиторным трансподобным состояниям измененного сознания.

Агорафобия

Клинические проявления агорафобии с паническими приступами определялись ситуационно возникающей тревогой, которая по психопатологической структуре была близкой к паническим пароксизмам. Эта тревога также, как и при паническом расстройстве, помимо собственно эмоционального, включала ряд дополнительных компонентов – психовегетативный, двигательный и когнитивный.

Психовегетативный компонент характеризовался быстрым появлением симпатoadреналовой симптоматики в виде ощущения «нехватки воздуха», сердцебиения, повышения артериального давления, учащения пульса, жара,

тремора. Однако вскоре к этому присоединялась смешанная и парасимпатическая симптоматика в форме головокружения, нарушения равновесия, сильных позывов на мочеиспускание или дефекацию, падения артериального давления, предобморочных состояний. Отмечались бледность и похолодание кожных покровов, а также ощущение перебоев в сердце. Динамика приступов тревоги во многом повторяла таковую при паническом расстройстве. Она выражалась в относительной редукции собственно эмоционального, вегетативного и моторного компонентов при сохранении, а в ряде случаев даже нарастании когнитивных изменений. Правда, указанная редукция происходила далеко не всегда.

Главным отличием агорафобии являлось то, что тревожно-вегетативные приступы возникали у таких больных преимущественно лишь в определённых ситуациях. Это были ситуации одиночества, выхода из дома или другого привычного места пребывания, поездки в транспорте, особенно при вынужденной остановке в пробках на дороге. Наиболее типичными являлись ситуации спуска в метро, остановки поезда, полетов в самолетах. Приступы могли возникать также в лесу, в поле, в общественных местах, где скапливается большое количество других людей. При этом главным субъективным переживанием был страх, связанный с невозможностью выйти из этой ситуации и, как следствие, ограничением доступа к помощи и поддержке. В подавляющем большинстве случаев агорафобия развивалась на фоне предшествующих панических приступов. При этом вместе со страхом пациенты нередко испытывали чувство стыда за свою «слабость» или «трусливость».

Важно подчеркнуть, что у большинства больных наряду с собственно фобическими приступами, которые носили ситуационный характер, возникали и «чистые» панические приступы, которые появлялись вне зависимости от обстановки (11 чел., 44%). Однако данные приступы сосуществовали с ситуационно обусловленными относительно короткое время. На момент исследования у подавляющего числа больных ситуационно

необусловленные панические приступы имели редуцированный характер или вообще исчезали.

Следующим отличием тревожных приступов при агорафобии являлось то, что они носили менее драматичный характер, чем при паническом расстройстве, а их продолжительность прямо зависела от того, насколько долго пациент находился в субъективно угрожающей ситуации.

Во время тревожных приступов у больных агорафобией отмечались также выраженные двигательные нарушения, которые определялись повышением мышечного тонуса, двигательным «замиранием», нарушением тонкой моторики, тремором. При этом истероподобных двигательных и сенсорных симптомов практически не наблюдалось. Важным отличием от чисто панических приступов было стремление больных как можно быстрее (порой, без оглядки) покинуть то место, где у них развился приступ паники. Согласно высказываниям пациентов, «в этот момент никаких других мыслей не было».

Как и при паническом расстройстве, у лиц, страдающих агорафобией, выявлялись отчетливые когнитивные нарушения. Они заключались в сенсорных и идеаторных симптомах, которые во многом были аналогичными таковым при паническом расстройстве. Для этих больных была характерна чрезмерная фокусировка внимания на своем соматическом состоянии, изменение чувства «Я», обуславливающее ощущение утраты контроля над своим поведением и психической деятельностью. При попадании в фобическую ситуацию у них возникали состояния измененного сознания с частично утраченной ориентировкой в месте и времени. При этом пациенты фиксировались на своих телесных ощущениях, а также эмоциональных переживаниях. Только присутствие другого человека, разговор с ним или прямое указание психотерапевта обратить внимание на окружающую обстановку помогали пациентам восстанавливать ориентировку в месте и времени. Это становилось особенно очевидным при проведении с такими больными функциональных тренировок. Например, одна больная, с которой

проводились указанные тренировки, на начальных этапах терапии всякий раз при поездке в транспорте непроизвольно хватала психотерапевта за руку или прижималась к нему и только после этого частично восстанавливала контроль над своим состоянием. По ее словам, подобные «необычные» для нее ощущения помогали ей преодолевать страх и дезориентировку.

Отмеченные когнитивные и поведенческие изменения оказались чрезвычайно характерными для больных данной категории и, по существу, представляли собой транзиторные формы деперсонализации и дереализации (таб. 3.5). Во многих случаях пациенты весьма четко осознавали переход из одного психологического состояния в другое. Некоторые ретроспективно описывали его как «погружение в растерянность», появление непонятного «ощущения беспомощности», «смесь дезориентации и страха» или сравнивали изменение своего состояния с неожиданной «потерей способности понимания и осознания», «изменения способности воспринимать окружающее и себя», либо вообще с утратой своего «Я».

Отмеченные субъективные переживания и особенности поведения пациентов с агорафобией ясно указывали на возникающие у них в фобических ситуациях состояний парциально измененного сознания. Со слов больных можно было понять, что описываемые состояния формировались у них по механизмам оперантного научения, когда реакции страха, сопряженные с какими-либо видами деятельности, закреплялись и в последующем возникали «автоматически». Это подтверждается также появлением аналогичных состояний у больных агорафобией не только в фобических ситуациях, но и при воспроизведении их в воображении. В этих случаях, также, как и при паническом расстройстве, обычно развивался синдром общего недомогания, сопряжённый с поиском медицинской помощи. Однако его выраженность была существенно меньше и поиск медицинской помощи у врачей различных специальностей занимал более

короткое время. Это в значительной степени было обусловлено быстро развивающимся ограничительным поведением.

Динамика агорафобии имела ряд немаловажных отличий от динамики панического расстройства (таб. 3.6). Прежде всего, пациенты с агорафобией отмечали, что начало заболевания у них происходило несколько раньше. Редукция симптоматики также происходила по-разному. Здесь прослеживалась более четкая связь с ситуационными факторами.

У подавляющего числа больных агорафобия возникала в ситуациях конфронтации с трудно преодолимыми жизненными обстоятельствами. Эти обстоятельства создавали условия для нарастания у пациентов внутренне противоречивых взаимоотношений с близкими людьми, при которых актуализировались психологически альтернативные тенденции. Содержание указанных тенденций во многом соответствовало представлениям о конфликте между стремлением к автономии и невозможностью преодолеть психологическую зависимость (таб. 3.8). В психологическом отношении можно было говорить о трудностях в установлении границ своего «Я». Подобные обстоятельства весьма часто были связаны с супружескими конфликтами, сопряженными с проблемами в интимной сфере, а также с выходом пациентов из-под родительской опеки. При этом следует заметить, что даже в тех случаях, когда формальные внешние препятствия снимались (например, в результате развода или отъезда), у пациентов еще длительное время сохранялся не вполне осознаваемый конфронтационный настрой по отношению к некоторым фигурам или обстоятельствам, символизирующим эти запреты.

Так, один из пациентов обратился в связи с обострением агорафобии после смерти отца, с которым длительное время находился в напряженных отношениях. Отец, долгое время работавший в милиции, с подросткового возраста ограничивал сына и строго пресекал асоциальные тенденции в его поведении. При контакте с психотерапевтом этот мужчина вел себя крайне развязно, матерился, негативно отзывался в адрес начальства, соседей и

своей супруги, подчеркивал свое знание «неформальных» отношений в бизнес-среде. После существенной редукции агорафобической симптоматики его поведение стало существенно более адекватным и социально приемлемым.

Еще один пациент, который приехал из провинциального города, рассказывал, что его отец, занимающий видное место в руководстве этого города, старался разными способами помочь сыну сделать карьеру в управленческих структурах. Однако многое в стиле жизни и взаимоотношениях с непосредственным окружением молодого человека не устраивало и даже раздражало. Он часто дерзил отцу, нередко серьезно с ним конфликтовал и, в конце концов, решил перебраться в Петербург, чтобы жить самостоятельно. Поначалу при протекции отца дела у него шли неплохо, однако, отказавшись от помощи, он столкнулся с серьезными проблемами в коммерческой деятельности. При этом данный пациент признавался, что ощутил «недостаточную готовность» к самостоятельной жизни. На указанном фоне у него развились панические приступы, которые вскоре перешли в агорафобический синдром. Дальнейшее усиление расстройства произошло после того, как он женился на девушке из родного города и узнал о ее беременности.

Многие пациенты, страдающие агорафобией в детстве и юности, переживали отчетливые периоды оппозиционности по отношению к родителям или преподавателям, у них преобладали эмоционально-неустойчивые личностные сдвиги (таб. 3.7). Достаточно типичным было участие в асоциальных подростковых группах, раннее потребление алкоголя и «знакомство» с другими психоактивными веществами. Некоторые могли «шокировать взрослых» необычными нарядами, прической, татуировками и т.п. В целом ряде случаев манифестации агорафобической симптоматики предшествовал период существенного изменения стиля поведения, в частности, в форме принятия того, что прежде отрицалось. Это выражалось в

возвращении в семью к родителям, отказе от злоупотребления алкоголем, разрыве с полукриминальными компаниями, попытках сформировать собственную семью и взять ответственность за детей либо в переходе на работу в организации со строгой дисциплиной. Немаловажную роль играли скрытые ролевые и сексуальные семейные конфликты, во время которых на протяжении длительного времени пациентам приходилось подчинять свои побуждения требованиям социального окружения.

Протекание агорафобии, как уже отмечалось выше, существенно зависело от складывающейся микросоциальной ситуации и проводимого лечения. В большинстве случаев, при адекватном терапевтическом вмешательстве, собственно агорафобическая симптоматика редуцировалась, однако личностные аномалии и когнитивные нарушения в виде так называемой «парциальной некритичности» продолжали сохраняться.

Вместе с тем, в ряде наблюдений агорафобическая симптоматика отмечалась на протяжении длительного времени. При этом у больных развивались серьезные социальные последствия, которые, в итоге, приводили к фактической инвалидизации. Такая динамика, как правило, имела место при сохранении неблагоприятной психотравмирующей ситуации. Например, одна из пациенток на протяжении 7 лет не выходила из квартиры вследствие страхов перед открытыми пространствами. При этом важнейшим психотравмирующим фактором стало то, что в результате генетической несовместимости с мужем у нее 3 раза рождались и умирали дети с тяжелой генетической патологией (муковисцидоз). Четвертого ребенка она родила от знакомого семьи, длительное время скрывая это от мужа и его родителей. На этом фоне между супругами развились хронические сексуальные нарушения и непреодолимый межличностный конфликт, который, тем не менее, не позволял этой женщине уйти от мужа вследствие психологической и материальной зависимости от него. Впоследствии на фоне терапии пациентка смогла начать относительно свободно выходить из дома и вести автономный образ жизни. Показательно, что при этом она развелась с супругом,

устроилась на работу, оставаясь, однако, при этом, повышено внушаемой и не вполне приспособленной к жизни. В частности, она поддалась влиянию одной из религиозных сект, потом пыталась участвовать в организациях, занимавшихся сетевым маркетингом. Отношения с бывшим мужем оставались амбивалентными. Она постоянно требовала от него материальной поддержки, и пыталась восстановить супружеские отношения. Однако этого не получилось.

Указанный пример, как и целый ряд других случаев хронической агорафобии, показывает, что продолжительному сохранению агорафобической симптоматики способствует условная психологическая выгода от зависимого положения в семье или на работе. При этом больные как бы «разменивают» преимущества от самостоятельного и автономного существования на зависимость от окружения, к которому испытывают стойко негативные чувства, ради решения частных психологических задач. Эти задачи чаще всего связаны с социальными «условиями ценности» и являются важным субъективным компонентом психологической идентичности. В результате складывается парадоксальная ситуация «золотой клетки», когда пациент живет в условиях, к которым он стремился как личность, но эти условия в целом ряде важных аспектов оказываются для него неприемлемыми. При этом выраженность мотивации достижения уравнивается стремлением к избеганию, а преодолеть это противоречие вследствие категоричного «черно-белого» восприятия реальности такие больные оказываются не в силах. Из этого следует, что важным психопатологическим механизмом агорафобии, по имеющимся наблюдениям, являются особенности когнитивного функционирования, не позволяющие таким больным генерировать и гибко трансформировать многовариантные личностные смыслы, относящиеся к сферам психофизиологической адаптации и социального благополучия. В этом отношении можно было говорить о своеобразном «противоречивом слиянии»

разнонаправленных побуждений, из которых наиболее очевидными являлись потребность в безопасности и потребность в достижении.

Важно обратить внимание еще на одну особенность динамики агорафобии, которая выражалась в частом сочетании агорафобической симптоматики с вторичными или атипичными депрессивными симптомами. Несмотря на то, что у обследованных пациентов на момент их обращения за помощью очерченных депрессивных эпизодов не было, у многих из них выявлялись субклинические или парциальные депрессивные симптомы в виде пессимизма, апатии, самоограничений, уменьшения контактов с окружающими, нередко отмечалась также избирательная ангедония. Интересно, что такие дистимические состояния обычно развивались у пациентов, исходно наделенных стеничным и деятельным темпераментом с сильными психологическими установками на достижение.

Таким образом, обобщая наблюдения за пациентами с агорафобией, следует подчеркнуть, что клиническая картина этого расстройства характеризовалась пароксизмальной, фиксированной тревогой, выражающейся в ограничительном поведении, сопряженном с невозможностью конструктивной реализации мотивов достижения. Указанная невозможность была обусловлена выявляемой у пациентов определенной дефицитарностью когнитивных процессов, не позволяющих интегрировать разнонаправленные устремления. По всей видимости, в связи с этой дефицитарностью у таких больных развивались диссоциативные и деперсонализационные состояния, составляющие ядро тревожных пароксизмов. Тревожные приступы, как и при паническом расстройстве, сопровождались возникновением и нарастанием специфических диссоциативных состояний с деперсонализацией и дереализацией. При этом 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, также, как и при спонтанной, появлялась на высоте тревожных пароксизмов, но была выражена в существенно меньшей степени, чем при ПР. Соответственно и синдром общего недомогания был выражен в меньшей степени.

В поведении больных агорафобией в значительно меньшей степени, чем при паническом расстройстве без агорафобии, был выражен демонстративный компонент. Более того, начиная с преморбида, у этих больных более четко проявлялись черты подростково-юношеской конфронтационности, а также ситуационный и психотравмирующий компонент. Кроме того, агорафобия возникала в более раннем возрасте, чем паническое расстройство, а редукция ее симптоматики обычно происходила более быстро. При этом скорость редукции и рецидивирование в значительной степени зависели от ситуационных обстоятельств.

Генерализованное тревожное расстройство

Главным психопатологическим проявлением генерализованного тревожного расстройства у обследованных больных являлась чрезмерная по выраженности и постоянная по продолжительности тревога. Она выражалась хроническим беспокойством, которое проявлялось в повторяющихся опасениях, тревожных ожиданиях и волнении по различным, как правило, незначительным поводам. Именно эти тревожные опасения и являлись специфическим признаком постоянной тревоги. При этом наиболее удручающим обстоятельством, на которое указывали пациенты, было постоянство, с которым возникали тревожные переживания, а также очевидная субъективная неспособность самих больных поставить эти переживания под контроль. «Вектор тревоги» при этом был направлен в будущее, и, хотя в ряде случаев он был связан с прошлыми событиями, тем не менее, эти события расценивались больными в контексте «будущих неприятностей и катастроф».

Такая тревожность возникала у обследованных пациентов по нескольким не связанным друг с другом поводам (например, из-за семьи, экономического положения, работы, состояния здоровья и т.п.). Поводы для беспокойства обычно носили житейский характер, часто сменяли друг друга или сосуществовали. При этом готовность к возникновению тревоги сохранялась даже тогда, когда беспокоившие их прежде события благополучно разрешались. Пациенты, страдавшие генерализованным тревожным расстройством, как правило, осознавали чрезмерность своей обеспокоенности, а также неспособность справиться с нею собственными силами. В тоже время они полагали, что эти волнения имели под собой реальные основания. При углубленном расспросе эти пациенты начинали «обосновывать» необходимость волноваться тем, что такое беспокойство «предохраняет» от возможных неприятностей в будущем. Говоря другими словами, они интерпретировали свою склонность к тревоге как своеобразный механизм иррационального предупреждения «негативных сценариев» развития ситуации.

Следует обратить внимание, что у ряда пациентов в те периоды, когда конкретных поводов для возникновения тревожных опасений не было, возникали эмоциональные переживания, которые они характеризовали, как «смутное напряжение» или «нехорошие предчувствия». Подобные состояния, которые в полной мере можно отнести к «свободноплавающей тревоге», удавалось выявить у 28 пациентов (60%) с ГТР.

Таким образом, тревога у больных данной группы существенно отличалась от приступообразной тревоги при ПР и АФ. Прежде всего, эта тревога носила постоянный характер, т.е. занимала более 50% времени бодрствования. Типичным для тревожных переживаний при ГТР было преобладание обеспокоенности по поводу текущих и весьма определенных аспектов жизни, эти переживания были связаны с неподконтрольностью обстоятельств и пессимистическими ожиданиями. Тревожные ожидания обычно касались настоящего или ближайшего будущего либо могли

распространяться на отдаленную перспективу. Однако и при этом они все равно оставались достаточно конкретными и непосредственно связанными с реальностью. Даже в тех случаях, когда тревога затрагивала состояние самих пациентов, она была опосредована внешними обстоятельствами или источниками информации (например, информацией, полученной из телепередач, из газет или от знакомых).

Помимо собственно эмоциональных компонентов, в клинической картине ГТР присутствовал еще ряд признаков. К ним, в частности, относились нарушения цикла «сон-бодрствование» и повышение общей эмоциональной возбудимости. У целого ряда больных это проявлялось в повышенной раздражительности, резкости и даже конфронтационности. Обычно после эмоциональных «вспышек» и конфликтных эпизодов у таких пациентов тревога заметно возрастала. Кроме этого, они жаловались на постоянное ощущение внутренней напряженности, сочетающееся с повышенной утомляемостью, а также на нарушение способности к концентрации.

Наиболее типичные нарушения сна при данном расстройстве проявлялись затрудненным засыпанием, повышено чутким сном с пробуждениями и неприятными сновидениями. Однако, были возможны и иные варианты этих нарушений, например, своеобразная астеническая симптоматика, характерная для случаев длительно протекающего ГТР. В таких случаях пациенты как бы «привыкали» к тревоге и она, утрачивая субъективную «чужеродность», начинала субъективно восприниматься ими как слабость и утомление. При этом отдых и покой не приносили облечения. Пациенты часто отмечали, что, несмотря на усталость, они не могли заснуть и расслабиться.

Как правило, при ГТР выявлялась также симптоматика, относящаяся к двигательной сфере. У больных наблюдалась суетливость и непоседливость, неспособность физически расслабиться. Кроме того, они жаловались на повышенный мышечный тонус. На этом фоне часто появлялись головные

боли напряжения, боли в спине, симптом «беспокойных» ног, тремор и другие, близкие к ним, клинические феномены.

Наряду с названными клиническими проявлениями у обследованных больных были и другие признаки повышенного вегетативного возбуждения. Они выражались в тахикардии, потливости, сухости слизистых, затруднении дыхания, тошноте, ознобах, желудочно-кишечных и других соматических симптомах (таб. 3.4). В то же время в целом ряде наблюдений психовегетативные нарушения оставались малозаметными.

Здесь следует подчеркнуть важное обстоятельство. Случаи ГТР, сопровождавшиеся повышенным беспокойством больных по поводу своего соматического состояния, были весьма распространенными среди лиц, страдавших каким-либо тяжелым соматическим заболеванием. При этом в отличие от пациентов с соматоформными расстройствами, такие больные всячески избегали обращаться к врачам, уклонялись от дополнительных обследований и каких-либо серьезных медицинских вмешательств. Многие пациенты такого рода обращались к психотерапевту исключительно ради получения «успокоения» в том, что у них отсутствуют серьезные заболевания. В то же время врачебные рекомендации они обычно не выполняли и медикаментозную терапию не принимали. В тех же случаях, когда врачам удавалось уговорить таких пациентов на какие-либо необходимые медицинские вмешательства (например, удаление желчного пузыря, или сканирование печени), они длительное время жаловались на побочные эффекты, вызванные этими вмешательствами, причем не только физические, но психологические. Например, одна из пациенток после выявления у нее при МРТ-обследовании кисты в печени «зареклась» еще раз обращаться в эту клинику. Она категорически отказывалась от дальнейших обследований и каких-либо медицинских мероприятий, утверждая, что надо «поскорее забыть этот кошмар».

При клиническом обследовании указанных больных нельзя было не заметить, что их субъективный самоотчет о своем физическом самочувствии

существенно расходился с объективно регистрируемыми изменениями. Это позволяло сделать вывод о том, что жалобы на соматическое состояние у больных генерализованной тревогой в решающей степени зависят от когнитивной переработки телесных ощущений. Немаловажную роль здесь играли усвоенные ими с детства установки и субъективные ожидания, предпочтительное переключение внимания на телесные ощущения, а также повышенная реактивность на сам факт изменения психофизиологического состояния вне зависимости от величины этого изменения [86].

Как уже отмечалось, важнейшим признаком ГТР являлось переживание хронического всепроникающего беспокойства, неуверенности и неопределенности, при котором конкретные обстоятельства и события являются лишь поводом для «опредмечивания» тревоги. Интерпретация клинических данных свидетельствует о том, что в основе тревожных опасений и ожиданий лежала неадекватность когнитивной оценки окружающего, присущая таким больным [108]. В процессе клинического обследования у больных ГТР выявлялась четко прослеживаемая тенденция к построению односторонней и упрощенной картины мира. Эти больные оказывались неспособными к сбалансированному восприятию разнородных и противоречивых аспектов реальности, что приводило к нарушению их способности оценивать вероятность и, соответственно, негативно сказывалось на прогностических функциях. Для больных этой группы было характерно «черно-белое» мышление с «понижением порога» восприятия угрожающей информации, на что ранее указывалось целым рядом авторов [71, 100]. Типичным являлось так называемое негативное селективное восприятие, при котором из всех возможных вариантов пациенты обращали внимание на наихудшие и начинали беспокоиться по этому поводу. Они были не в состоянии самостоятельно оценить приоритетность мер, которые следует предпринять в сложных ситуациях, постоянно смещали фокус внимания на частные и текущие проблемы. Нередко отмечалась неспособность к свободному фантазированию, построению вероятностных планов,

фактически отсутствовал навык разносторонней оценки складывающихся и изменяющихся обстоятельств. Еще одно последствие нарушения прогностических функций при ГТР – это наличие такого ключевого для патологической тревоги феномена, как «непереносимость неопределенности» [73].

В процессе психотерапевтических контактов с больными рассматриваемой группы приходилось нередко сталкиваться с ситуациями, когда ухудшение их самочувствия провоцировалось внешними обстоятельствами. В этом плане можно указать на реальные стрессовые ситуации (утрату близких, увольнение, несчастные случаи с родственниками), соматические заболевания, конфронтацию на работе или в семье, и, что наблюдалось особенно часто, это ограничение психологической автономии (таб. 3.8). Ситуации такого рода провоцировались, например, эмиграцией в другую страну, переездом к родственникам с целью улучшения жилищных условий, сменой места работы, изменением состава семьи, инвалидизацией. При этом многие пациенты отмечали происходившие с ними психологические изменения, связанные с «потерей» своего «Я». Эти деперсонализационные переживания особенно ярко выражались при болезненных воспоминаниях о «счастливым» прошлом, контрастировавшим с неопределенностью и отсутствием психологической опоры в настоящем.

Все указанные обстоятельства способствовали появлению у обследованных пациентов интуитивных и недостаточно обоснованных предположений или прогностических суждений катастрофического и пессимистического содержания, порожденных возникающим в новых условиях когнитивным диссонансом. При этом в субъективном восприятии новые факты и события вступали в противоречие с традиционными, устоявшимися и трудно изменяемыми представлениями, среди которых выделялись представления о собственной несамостоятельности, непривлекательности и повышенной уязвимости. В результате возникали ошибки суждения, обусловленные аффективной переоценкой вероятности

негативных последствий реальных событий. Эти искажения когнитивной деятельности отражали устойчивый субтотально избегающий стиль восприятия реальности, когда пациенты ограничивали свою деятельность и мышление только текущими, во многом стереотипными действиями и представлениями. Такая блокада во многом носила осознанный характер. Например, одна из пациенток установила на телефонном автоответчике сообщение о том, чтобы ей не звонили с неожиданными и неприятными новостями.

Отмеченные негативные ожидания не достигали степени абсолютной уверенности, не приобретали устойчивого характера, поддавались коррекции и имели определенные реальные основания. Причем, чем более субъективно значимой являлась какая-то конкретная проблема, тем менее дифференцированной становилась ее оценка. При психотерапевтической работе с такими пациентами складывалось впечатление, что описываемые тревожные опасения выполняли у них компенсаторную функцию субъективного контроля над ситуацией в условиях пониженной пластичности, т.е. способности к гибкой и многосторонней оценке обстоятельств, необходимой для динамичной адаптации к изменяющимся условиям среды.

Больные неоднократно рассказывали о том, что тревожные опасения, особенно высказанные другим людям, с субъективной точки зрения самих пациентов как бы снижали вероятность возникновения неприятностей. Очевидно, в этом проявлялись элементы магического мышления, сближающие генерализованную тревогу с навязчивостями. Такое сходство тревожных ожиданий и опасений с obsessions усиливалось также неспособностью самих пациентов их контролировать.

Однако выраженность внутренней борьбы при тревожных ожиданиях и опасениях никогда не достигала такой силы, как при obsessions. Они не были изолированы от остального сознания, а воспринимались как полностью произвольные феномены. Кроме того, тревожные опасения при ГТР не были

стабильными и стереотипными как obsessions, и, наоборот, существенно изменялись по содержанию.

Важно также обратить внимание на сходство между тревожными ожиданиями при ГТР и интрузивной симптоматикой, составляющей ядро стрессовых расстройств. Основные отличия между ними заключались в отсутствии при тревожных ожиданиях повторяющегося воспроизведения конкретных обстоятельств (флэш-беков), а также в том, что тревожные переживания не овладевали сознанием больных в такой степени, как это бывает при реактивно обусловленных овладевающих представлениях.

У большинства обследованных пациентов ГТР начиналось в более старшем возрасте, чем ПР и АФ. Как правило – в диапазоне 35-50 лет (25 чел., 54%). Однако среди обследованных была подгруппа больных с ранним началом ГТР – с 18-25 лет (11 чел., 25%). В 55% случаев (25 пациентов) имели место хронические соматические заболевания, причем особенно выделялись сахарный диабет, гипертоническая болезнь и алиментарное ожирение.

У многих обследованных пациентов в прошлом имели место достаточно серьезные психологические затруднения, с которыми можно было связать развитие ГТР. Однако обстоятельства, порождавшие такие затруднения, не угрожали непосредственно жизни или здоровью пациентов и не сопровождалась острыми травматическими переживаниями. Описываемые ситуации обычно имели затяжной характер, например, уход за больными родственниками, длительное пребывание в социальной изоляции, утрата социального или семейного статуса, отвержение со стороны значимых близких. В этих случаях ретроспективно можно было говорить о перенесенных пролонгированных расстройствах адаптации, которые постепенно переходили в ГТР.

Наряду с реактивно спровоцированным ГТР, отмечались формы этого расстройства, связанные с исходным тревожно-избегающим преморбидом

(таб. 3.7). В этих случаях можно было говорить о затяжных патохарактерологических развитиях личности.

Течение ГТР у всех обследованных больных носило хронический характер, при котором периоды обострения чередовались с относительным ослаблением симптомов тревоги (таб. 3.6). Обострение расстройства обычно происходило либо на фоне ухудшения психосоциальной ситуации, либо на фоне возникающих соматических заболеваний. При этом усиление симптоматики часто наступало с возрастом и особенно в преклимактерическом и климактерическом периоде.

Таким образом, постоянная тревога при ГТР характеризуется специфическими психопатологическими феноменами в виде тревожных опасений или ожиданий. При этом у пациентов возникает своеобразный избегающий стиль отношения к реальности, когда блокируются любые побуждения, а также интеллектуальная или практическая деятельность, противоречащие сложившимся представлениям и установкам. Эта форма патологической тревоги имеет постоянный характер, хотя под влиянием разнообразных факторов ее интенсивность может заметно усиливаться, достигая степени ажитации. ГТР включает психомоторный компонент, который иногда приобретает ведущую роль в субъективных жалобах больных, например, в форме синдрома «беспокойных ног» или головных болей напряжения. Вегетативный компонент ГТР непостоянен, а жалобы на соматическое состояние даже в тех случаях, когда они имеют под собой конкретное содержание, мало коррелируют с поведением больных. Важнейшим компонентом ГТР являются когнитивные нарушения. Они характеризуются недостаточной гибкостью (пластичностью) и дифференцированностью познавательной деятельности. Для пациентов этой группы характерно нарушение прогностических функций, у них существенно искажена способность к воображению, взвешенной и сбалансированной оценке ситуации. При возникновении ГТР у многих пациентов отмечаются явления неглубокой, но отчетливой деперсонализации. Она выражаются в

ощущении собственного психологического изменения, а также чувстве утраты имевшейся в прошлом «уверенности» в себе. При этом тревожные ожидания выступают в качестве своеобразного «защитного механизма» позволяющего сформировать ощущение иллюзорного контроля над обстоятельствами жизни и «оправдания» для субтотального ограничения деятельности. Динамика ГТР обычно имеет хронический характер, тесно связанный с ситуационными, соматическими и возрастными факторами. По данным катамнеза у этих пациентов нередко возникали тревожно-депрессивные и депрессивные расстройства.

С целью обобщения клинических наблюдений в процессе работы был осуществлен сопоставительный анализ проявления синдрома патологической тревоги при разных нозографических формах тревожных расстройств (таб. 3.4). Как показал этот анализ, патологическая тревога у больных в трех изученных группах имела неодинаковый характер. Тем не менее, тревожный синдром облигатно включал ряд общих компонентов: эмоциональный, психовегетативный, моторный и когнитивный. Важными элементами этого синдрома явились также нарушения в сфере потребностей и особенности ограничительного поведения.

При ПР тревога имеет пароксизмальный спонтанный характер. Ее приступы возникают на фоне неосознаваемой блокады фрустрированных потребностей в близости, признании и опеке. Пароксизмы тревоги развиваются по механизмам самогипнотизации, сопровождаются глубокой диссоциацией, на фоне которой возникает деперсонализация, потенцирующая развитие синдрома общего недомогания и тревоги ожидания. Ограничительное поведение исчерпывается повышенным беспокойством по поводу своего соматического состояния и амбивалентным принятием роли больного. Важную роль при этом играет синдром общего недомогания, сопряженный с соматопсихической деперсонализацией. Тревога при ПР связана с различными типами блокадой неосознаваемых невербализуемых потребностей в близости, независимости, безопасности. В

преморбиде пациентов с ПР преобладали демонстративные и нарциссические личностные особенности с развитой способностью к вытеснению, явлениями эмоциональной незрелости, склонностью к формированию зависимых отношений и недостаточно сформированными ролевыми поведенческими стереотипами. При этом у целого ряда пациентов отмечалась склонность к циркулярным колебаниям аффекта с преобладанием гипертимных черт. Манифестация тревожных пароксизмов обычно происходила в период наступления «второй взрослости» – в 23-30 лет. Динамика расстройства имела рецидивирующий характер с тенденцией к формированию соматоформных расстройств и ипохондрических развитий.

При АФ тревога носит пароксизмальный фиксированный характер. Приступы были ситуационно обусловлены и корреспондировали с ситуационно «определенным» конфликте между амбивалентными потребностями в близости/независимости, а также опеке/протесте. Пароксизмы тревоги развивались по механизмам самогипнотизации и сопровождались диссоциацией с развитием стойкой деперсонализации. Поведение больных имело отчетливый избирательно ограничительный характер. Оно выражало страх перед изоляцией и беспомощностью, в которых актуализировались потребности в поддержке и защите. Преморбид этих пациентов часто характеризовался наличием эмоциональной неустойчивости, истеро-возбудимыми и протестными чертами. У них также отмечались отчетливые колебания аффекта по циркулярному типу с преобладанием гипертимного радикала. При этом со значительной частотой в прошлом отмечались серьезные стрессовые реакции (участие в боях, нападениях, насилии, вынужденная изоляция, сложности в бизнесе и т.п.). Начало заболевания чаще приходилось на молодой возраст – 17-25 лет, а протекание характеризовалось возникновением повторных эпизодов и в неблагоприятных случаях сопровождалась формированием депрессивных и соматоформных расстройств с исходом в соответствующие развития личности.

При ГТР тревога имела постоянный характер, выражающийся в возникновении различных по содержанию тревожных опасений. Указанные опасения были тесно сопряжены с нарушениями прогнозирования и когнитивным диссонансом, а также сопряженной с ними деперсонализацией. Поведение носило субтотально ограничительный характер, а переживания пациентов отражали фрустрированные потребности в безопасности, опеке и стабильности. Преморбид пациентов с ГТР характеризовался уклоняющимися и зависимыми чертами. Нередко в анамнезе отмечалось когнитивное снижение, обусловленное сопутствующими соматическими заболеваниями и возрастными изменениями. По возрасту начала ГТР можно было выделить две основных разновидности. Первый тип ГТР возникал в относительно молодом возрасте (15-17 лет). Он был тесно связан с неблагоприятным характером воспитания, неблагоприятной наследственностью и ранним стрессом. Второй тип начинался в более старшем возрасте. Обычно после 30 лет. Его возникновение было сопряжено с хроническими стрессовыми ситуациями, утратами, изоляцией и соматическими заболеваниями. Спонтанное протекание ГТР, как правило, сопровождалось нарастанием дистимических, тревожно-депрессивных или депрессивных проявлений, а в целом ряде случаев – когнитивным снижением. У ряда больных в преморбиде имелся отчетливый циклотимный радикал, и в таких случаях можно было говорить о формировании затяжных депрессивных фаз с двойной депрессией.

Таблица 3.9. Сравнение основных клинических характеристик при тревожных расстройствах

Клинические проявления и их характеристики	Паническое расстройство	Агорафобия	Генерализованное тревожное расстройство
Преморбид	Гистрионные, тревожно-ипохондрические личностные черты	Эмоционально-неустойчивые черты личности	Уклоняющиеся и зависимые личностные черты
Начало	Молодой и средний	Молодой возраст (17-25)	Подростковый (15 лет)

заболевания	возраст (23-30 лет)	лет)	и средний возраст (31-39 лет)
Ключевые переживания	Неосознаваемые (вытесняемые) проблемы, связанные с сепарацией, неспособность конструктивного выражения гнева, фрустрированная потребность в признании, интимности и безопасности, соматизация тревоги	Неосознаваемые (смещенные) проблемы сепарации и неспособность конструктивного выражения протеста, проблемы с установлением границ, смещение и фиксация тревоги на внешних объектах, соматизация тревоги	Непереносимость неопределенности, растерянность и протест, обусловленные когнитивным диссонансом, чувство собственной беспомощности
Связь с текущими обстоятельствами	Имеется, но, как правило, отрицается	Имеется и частично осознается	Имеется, но поверхностная
Характер тревоги	Пароксизмальная спонтанная	Пароксизмальная фиксированная	Постоянная
Поведение	Неосознанно ограничительное	Частично осознанное, избирательно ограничительное	Частично осознанное субтотально ограничительное
Тревога ожидания	Имеется	Частично имеется	Нет, тревога воспринимается как защитный механизм
Деперсонализация	Соматопсихическая, аллопсихическая, аутопсихическая	Соматопсихическая, аутопсихическая	Аутопсихическая
Течение	Рецидивирующее	Перманентное или рецидивирующее	Волнообразное, с периодами улучшения и ухудшения состояния

Коморбидность

Тревожные расстройства характеризовались высокой коморбидностью с другими психическими расстройствами и разнообразными психопатологическими состояниями.

В первую группу коморбидных состояний вошли другие тревожные расстройства. Так, у 8 пациентов (32 %) с АФ обнаруживались признаки ГТР,

ПР в 9 случаях (21 %) сочеталось с АФ, а сочетание ПР и ГТР отмечалось в 9 наблюдениях (23%). В единичных случаях наблюдались пациенты с признаками всех трех изучаемых нозографических групп, чаще всего при длительном многолетнем течении тревожного расстройства (более 10 лет) или при наличии коморбидных личностных сдвигов.

Нередко у обследованных пациентов возникали сопутствующие специфические фобии. Они были диагностированы у трети больных ГТР (12 больных), у 5 больных (20%) АФ, и всего у 2 пациентов (4%) с ПР. Ведущим признаком специфической фобии являлась приступообразная предметная тревога, возникающая исключительно в связи с конкретными фобическими ситуациями (страх насекомых, полетов на самолете, высоты и т.п.). При этих состояниях тревога по своим клиническим проявлениям была близка к паникам. Она также обычно сопровождалась усилением симпатической вегетативной симптоматики и вегетативными нарушениями, характерными для панического приступа. Вместе с тем встречались фобии с преобладанием смешанных или парасимпатических расстройств или быстрой сменой симпатической симптоматики на парасимпатическую (например, фобия крови, медицинских вмешательств). Несмотря на схожесть ситуационно обусловленной изолированной фобии с агорафобией, основным признаком, свидетельствующим в пользу изолированной фобии, являлась направленность страха на внешний объект (обычно единичный), а не ожидание панического приступа и его последствий. Тревога ожидания при изолированных фобиях провоцировалась либо внешним стимулом, либо произвольным представлением в воображении фобической ситуации. Кроме того, изолированные фобии существенно не влияли на образ жизни пациентов.

В клинической картине обследованных пациентов встречались obsessions и compulsions. Наиболее часто они отмечались при ГТР – в 9 случаях (19%), реже при АФ – 2 пациента (7%) и при ПР – у 7 пациентов (17 %). Obsessions представляют собой устойчивые идеи, мысли, побуждения или

образы, которые субъективно переживаются больными как чужеродные, бессмысленные, вторгающиеся в сознание. При этом возникновение указанных явлений вызывало у пациентов значительную тревогу и дополнительные страдания. Больные, как правило, делали попытки сопротивляться, игнорировать или подавлять эти переживания. Нередко они пытались нейтрализовать obsessions с помощью других «защитных» мыслей или действий, на основании которых формировались компульсии. У некоторых больных развивались устойчивые стереотипные сочетания действий («ритуалы»), в основу которых были положены субъективно выработанные «правила», не поддающиеся рациональному объяснению. Пациенты были критичны к подобным нарушениям. При этом среди обследованных больных obsessions и компульсии носили транзиторный характер, не были ведущими в клинической картине, а сами больные сообщали о них лишь при целенаправленном расспросе.

Диссоциативные симптомы (таб. 3.10) в виде элементов вытеснения, включая частичную амнезию, а также конверсионных элементов в структуре соматоформных проявлений чаще всего встречались у пациентов с ПР – 11 чел. (27%) и АФ – 4 чел. (16%), реже при ГТР – 3 чел. (6%). Расстройства приема пищи (компульсивное переедание, «заедание» напряжения, пищевые эксцессы, снижение аппетита) обычно наблюдалось у больных ГТР. Более чем у половины обследованных пациентов отмечались расстройства сна, наиболее частыми из которых были трудности засыпания (ранняя бессонница), прерывистый сон, пробуждения «как от толчка» (ночные панические приступы), субъективная неудовлетворенность сном. Сексуальные дисфункции выражались преимущественно в снижении либидо, аноргазмии, синдроме тревожного ожидания неудачи, реже – гиперсексуальности (чаще у пациентов с личностными сдвигами).

Таб. 3.10 Коморбидные расстройства у больных тревожными расстройствами

Симптомы и синдромы	ГТР абс. (%)	ПР абс. (%)	АФ абс.
1. Обсессии или компульсии	9 (19%)	7 (17%)	2 (7%)
2. Диссоциативные (конверсионные) состояния	3 (6%)*	11 (27%)	4 (16%)
3. Расстройства приема пищи	12 (25%)	9 (21%)	5 (20%)
4. Расстройства сна или парасомнии	17 (38%)	20 (50%)	8 (33%)
5. Сексуальные дисфункции	12 (25%)	14 (33%)	10 (40%)
6. Соматоформные расстройства	12 (25%)	17 (42%)	10 (40%)
7. Расстройства настроения	14 (31%)	22 (54%)	12 (47%)
8. Специфические фобии	14 (31%)	2 (4%)*	5 (20%)
9. Личностные расстройства	14 (31%)	9 (21%)**	17 (67%)

ГТР – генерализованное тревожное расстройство, ПР – паническое расстройство, АФ – агорафобия.

* Значимость различий $p \leq 0,05$ между ГТР и ПР; ** значимость различий $p \leq 0,05$ между ГТР и АФ (критерий Хи-квадрат).

Во вторую группу коморбидных расстройств входили соматоформные, в частности, расстройство соматизации и соматоформная вегетативная дисфункция. В основном они встречались у больных ПР – 17 чел. (42%), и АФ – 10 чел. (40%), реже у больных ГТР 12 чел. (25%).

Так, соматоформная вегетативная дисфункция часто сопровождалась нарушениями в деятельности сердечно-сосудистой системы, причем у пациентов отмечалась чрезмерная фиксация на симптомах вегетативного дисбаланса. Эпизодически эти пациенты жаловались на желудочно-кишечные симптомы и были фиксированы на неприятных ощущениях в области кишечника. Наряду с вегетативной дисфункцией у обследованных пациентов выявлялись черты расстройства соматизации (соматизированного расстройства). Это расстройство проявлялось различными полиморфными и динамично изменяющимися соматическими симптомами, которые не имели определенного медицинского объяснения.

Характерным признаком всех соматоформных расстройств было несоответствие симптоматики объективным результатам обследования, а также многократное необоснованное обращение за медицинской помощью.

Третья группа сопутствующих состояний включала различного рода аффективные нарушения. Почти у половины всех обследованных пациентов были выявлены вторичные депрессии, в значительной степени связанные с теми ограничениями образа жизни, которые накладывало на них тревожное расстройство. При ослаблении симптомов тревоги депрессивные проявления ослабевали или полностью отступали. Многие из этих состояний можно было квалифицировать как расстройство адаптации депрессивного типа либо дистимию. У 18 пациентов (16%) отмечались субклинические колебания аффекта, а в ряде случаев, как показал катамнез, речь шла о циклотимии. С этими состояниями особенно часто были связаны ПР и АФ. Так, нарушения настроения выявлялись в группе больных ПР у 22 чел. (54%), при АФ – у 12 чел. (47%), а при ГТР – у 14 чел. (31%).

Почти половина обследованных больных тревожными расстройствами имела личностные аномалии, достигающие степени расстройства личности. Чаще всего они наблюдались у больных АФ -17 чел. (67%), несколько реже при ГТР – 14 чел. (31%) и ПР – 7 чел. (21%). Среди них следует указать на гистрионное, нарциссическое и эмоционально неустойчивое расстройства личности, а также уклоняющееся и зависимое. Эти расстройства, с одной стороны, являлись результатом отклонений в развитии и характере семейного воспитания в детском возрасте. С другой же стороны, указанные личностные аномалии отражали определенную психологическую незрелость пациентов и их предрасположенность к попаданию в конфликтные межличностные ситуации.

ГЛАВА 4. ЛИЧНОСТНЫЕ И КОГНИТИВНО-СТИЛЕВЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ПАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ, АГОРАФОБИЕЙ И ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ТРЕВОЖНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

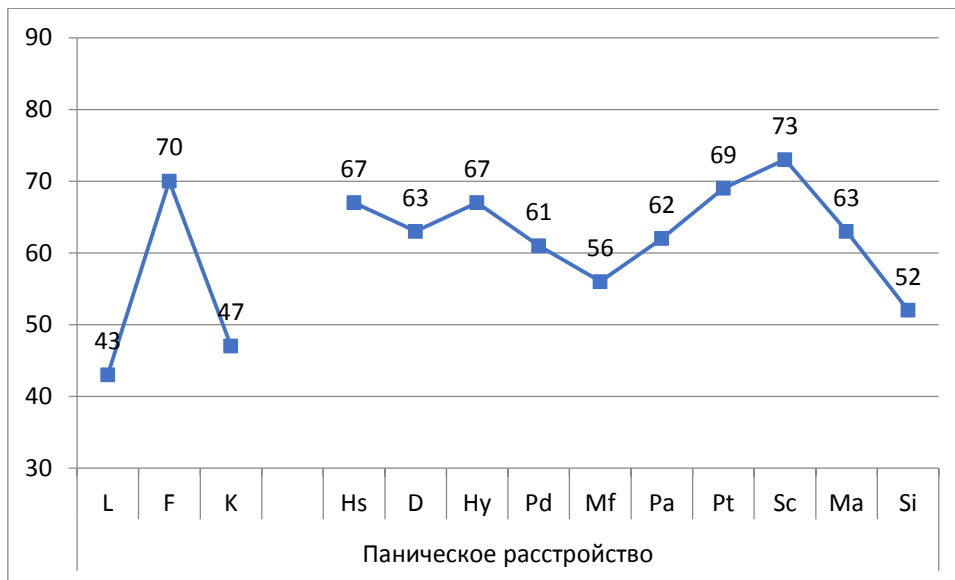
Изучение личностных особенностей больных тревожными расстройствами

Учитывая существенную роль личности при тревожных расстройствах, в ходе исследования был произведен специальный клинический анализ частоты личностных типов, которые включали не только соответствующие расстройства, но и имеющиеся у больных акцентуации. Оказалось, распределение различных типов личности между нозографическими группами больных патологической тревогой было неравномерным. При паническом расстройстве преобладали гистрионные черты (69% больных), при агорафобии – эмоционально-неустойчивые (52%), при генерализованном тревожном расстройстве – тревожно-зависимые или избегающие (44%).

С целью уточнения этих данных и более глубокого изучения личностных факторов в генезе и динамике тревожных расстройств пациенты, включенные в исследование, были обследованы с помощью специальных психодиагностических методик.

Так с помощью теста ММИЛ были обследованы больные ПР и в результате были выявлены следующие особенности их поведения, сопряженные с синдромом спонтанной пароксизмальной тревоги (Рис. 4.1).

Рисунок 4.1. Усредненный профиль ММИЛ больных ПР (n=41)



ПР – паническое расстройство
Значение шкал¹

В целом профиль методики указывает на психосоциальную дезадаптацию больных и их установку на поиск помощи. Конфигурация шкал свидетельствует о наличии конверсионной симптоматики. Об этом говорят пики по 1-й (соматизация) и 3-й (вытеснение) шкалам. В таких случаях соматические жалобы, предъявляемые больными, с одной стороны, являются выражением тревоги (подъем по 7-й шкале), а, с другой – сигнализируют о поиске поддержки и деятельного сочувствия окружающих. При этом следует обратить особое внимание на пик по 8-й шкале (аутизация), указывающий на своеобразие восприятия реальности и собственной личности. Это говорит о выраженной деперсонализации, которая отражает декомпенсацию присущих этим больным защит, связанных с вытеснением, и недостаточную эффективность присущего им истеро-демонстративного поведения. Важно обратить внимание на следующее: пик по 8-й шкале является ведущим для всего усредненного профиля, что

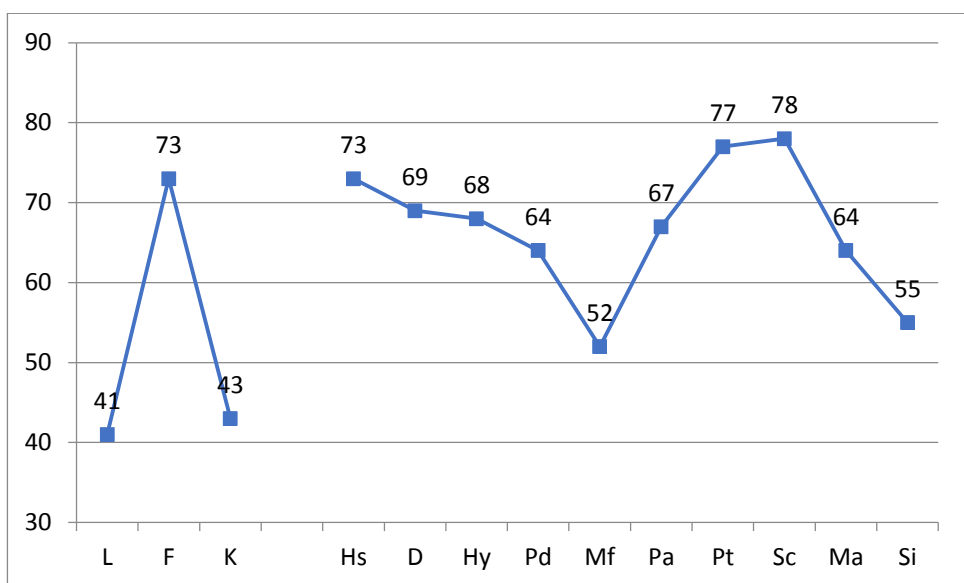
¹ L – представление себя в выгодном свете, F – искажение результатов обследования, K – конформность, Hs – соматизация, D – депрессивные тенденции, Hy – вытеснение, Pd – реализация напряжения в поведении, Mf – выраженность мужских/женских черт, Pa – ригидность аффекта, Pt – фиксация тревоги, ограничительное поведение, Sc – аутизация, Ma – отрицание тревоги/гипомания, Si – социальные контакты

свидетельствует об определяющей роли когнитивных механизмов в нарушениях адаптации и поведения при ПР.

В процессе психологического обследования пациентов, страдающих АФ с паническим расстройством, при помощи методики ММИЛ были выявлены следующие особенности присущего им поведения (Рис. 4.2). Эти особенности отражают основные черты поведения больных с фиксированной пароксизмальной тревогой.

Представленный на рисунке профиль свидетельствует об отчетливом нарушении психосоциальной адаптации, которая определяется сниженным фоном настроения с тревогой (7-я шкала), нарушением восприятия собственной личности и окружающей действительности (8-я шкала). Одновременно выявляется большое количество соматических дисфункций и неприятных телесных ощущений. Наряду с этим отмечаются субдепрессивные проявления (подъем по 2-й шкале), выраженная демонстративная акцентуация (3-я шкала), а также отчетливая импульсивность и протест (4-я шкала), которые в среднем по группе остаются на уровне акцентуации. В целом же данный профиль говорит о преобладании у больных АФ тревожно-деперсонализационных расстройств, при которых тревога частично соматизируется, а также канализируется в демонстративно-протестные реакции. Описываемая конфигурация психологических черт характерна для эмоционально-неустойчивых личностей.

Рисунок 4.2. Усредненный профиль ММИЛ больных агорафобией (n=25)



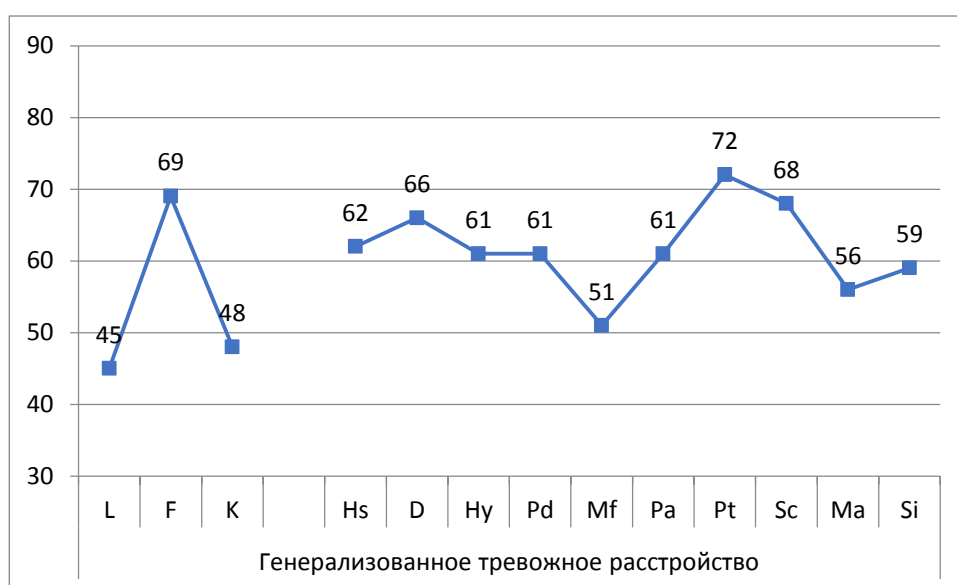
При психодиагностическом обследовании больных с постоянной тревогой, наблюдавшейся при генерализованном тревожном расстройстве, с помощью ММИЛ была получена еще одна конфигурация профиля, свидетельствующая об особенностях их поведения (Рис 4.3).

Представленный профиль показывает наличие психосоциальной дезадаптации и говорит о поиске больными помощи со стороны. Дезадаптация больных обусловлена, главным образом, чрезмерной и постоянной тревогой (подъем по 7-й шкале). Наряду с этим отмечается ряд выраженных акцентов по 8-й (аутизация) и 2-й шкале (тревога и депрессивные тенденции). Кроме того, следует отметить легкие акценты по 1-й (соматизация), 3-й (демонстративность, вытеснение) и 4-й (импульсивность и протест), а также по 6-й (паранояльность) и 0-й (социальная изоляция) шкалам.

Психопатологические особенности, описываемые данной конфигурацией шкал, свидетельствуют о деперсонализационных тенденциях, пессимистической оценке перспектив и преобладании установок на избегание ситуаций с мало прогнозируемым исходом. Эти особенности отражают наиболее общие черты личности и поведения больных с постоянной патологической тревогой. Вместе с тем подъемы по другим

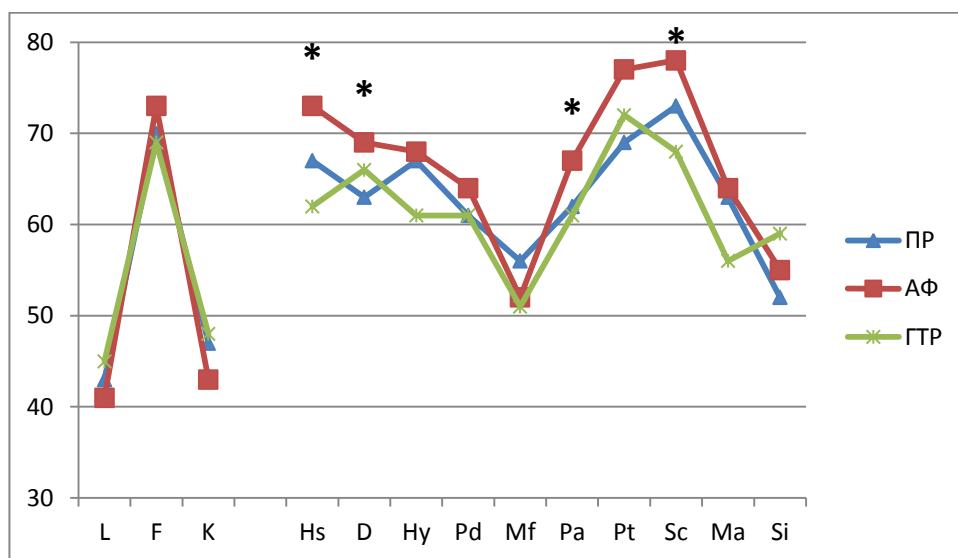
шкалам указывают на наличие у некоторых больных ГТР патохарактерологических реакций, психовегетативных расстройств и стремления к уменьшению контактов с окружающими. В целом же данный паттерн профиля ММИЛ характерен для уклоняющихся (тревожных) и зависимых личностей, поведение которых определяется преобладанием в когнитивно-смысловой сфере установок на стремление к безопасности и консервацию жизненного стереотипа.

Рисунок 4.3. Усредненный профиль больных генерализованным тревожным расстройством (n=46)



Анализ данных психологического обследования позволяет выявить некоторые особенности личности, отличающие пациентов из разных групп больных тревожными расстройствами (Рис. 4.4). Эти данные, а также результаты статистического анализа показывают, что наибольшая степень психосоциальной дезадаптации отмечается у больных АФ, что связано с выраженностью депрессивно-дистимических проявлений (плато по шкалам Pt-Sc). У них также наблюдается более высокая аффективная ригидность (Pa) и демонстративно-протестные тенденции (Hy, Pd). При ПР отмечаются отчетливые конверсионные черты, характеризующиеся доминированием диссоциативных тенденций (пики по шкалам Sc, Hy, Hs). При ГТР имеют место тревожно-субдепрессивные черты.

Рисунок 4.4. Усредненные профили ММИЛ больных тревожными расстройствами (n=112)



Обозначения: ПР – паническое расстройство, АФ – агорафобия, ГТР – генерализованное тревожное расстройство; * значимость различий $p \leq 0,05$, критерий Стьюдента t-тест.

Таблица 4.1 Значимость различий p по шкалам ММИЛ в группах больных тревожными расстройствами

Шкалы	Значимость различий между группами больных		
	ПР-АФ	ГТР-ПР	АФ-ГТР
L	0,908295	0,853442	0,176586
F	-	0,125735	0,147656
K	0,826025	0,677919	0,738685
Hs	0,947611	0,038100	0,487754
D	0,093783	0,013727	0,559775
Hy	0,830052	0,601347	0,212296
Pd	-	0,580971	-
Mf	0,593480	0,499392	0,666667
Pa	-	-	0,050139
Pt	-	0,179000	-
Sc	0,049076	0,159450	0,667050
Ma	0,372270	0,159450	0,535394
Si	0,292550	0,588012	0,779537

Обозначения: ПР – паническое расстройство, АФ – агорафобия, ГТР – генерализованное тревожное расстройство. Красным выделены статистически значимые различия ($p \leq 0,05$).

Как следует из клинических наблюдений, а также приведенных выше результатов обследования больных с помощью опросника ММИЛ, у больных тревожными расстройствами имеются отчетливые нарушения в когнитивной

сфере. С учетом этого, в ходе настоящей работы была дополнительно произведена оценка особенностей их когнитивного функционирования.

Исследование нейрокогнитивных функций у больных различными типами тревожных расстройств

На первом этапе для оценки психобиологических основ когнитивной деятельности этих больных была использована Батарея лобной дисфункции (БЛД). Домены БЛД нацелены на исследование высших регуляторных (т.н. исполнительных) функций, которые включают комплекс процессов, обеспечивающих целенаправленную деятельность: рабочую память, целеполагание, торможение нерелевантных реакций и самоконтроль, а также управление вниманием [32, 72].

Показатели по названным доменам, а также их суммарный балл анализировался в исследованных группах больных тревожными расстройствами и в контрольной группе здоровых испытуемых. Кроме того, в связи с малой размерностью шкал БЛД анализировалась частота ошибок при выполнении проб (таб. 4.2).

Таблица 4.2. Частота ошибок при выполнении проб батареи лобной дисфункции в группе больных тревожными расстройствами и контрольной группе

	Нет ошибок	Одна и более ошибка	Легкий когнитивный дефицит
Больные ТР	5%	95%	38%
Контроль	61%	39%	6%
p	p= ,0006	p= ,0001	p= ,0431

Результаты применения БЛД для исследования пациентах в исследуемых группах приведены в таблице 4.3.

Таблица 4.3 Результаты обследования больных при помощи Батареи лобной дисфункции (БЛД)

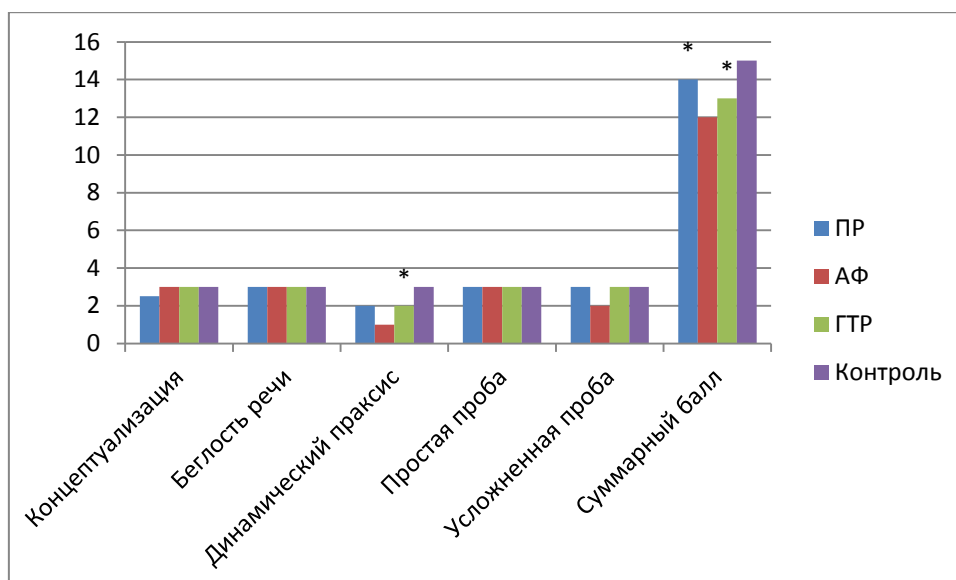
Диагноз	Концептуализация	Речевая беглость	Динамический праксис	Простая реакция выбора	Усложненная реакция выбора	Суммарный балл
	Me [25%-75%]	Me [25%-75%]	Me [25%-75%]	Me [25%-75%]	Me [25%-75%]	Me [25%-75%]
ПР	2,5 [1,25-3]	3 [3-3]	2 [2-2,75]	3 [3-3]	3 [3-3]	14 [12,25-14]*
АФ	3 [3-3]	3 [3-3]	1 [0,5-2]	3 [2,5-3]	2 [2-2,5]*	12 [11,5-13]
ГТР	3 [2,5-3]	3 [3-3]	2 [1,5-2]**	3 [3-3]	3 [3-3]	13 [12,5-14]*
Контроль	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

Рисунок 4.5. Результаты обследования больных при помощи Батареи лобной дисфункции



АФ – агорафобия, ПР – паническое расстройство, ГТР – генерализованное тревожное расстройство;

* $p < 0,05$ значимость различий (Хи-квадрат) между группами с тревожными расстройствами и группой контроля.

Результаты обследования показали, что в среднем показатели нейрокогнитивного функционирования по БЛД соответствовали нижней

границе нормы, при этом у 38% всех обследованных больных был легкий когнитивный дефицит. При этом статистически значимый по сравнению с группой контроля когнитивный дефицит отмечался у больных ГТР и ПР. В наибольшей степени когнитивные функции у больных всех обследованных групп страдали по домену «Динамический праксис». Статистически значимое снижение по этому домену отмечалось при ГТР. По домену «Усложненная реакция выбора» наибольшее снижение показателей зафиксировано у больных АФ.

Полученные результаты говорят о том, что наибольшее нарушение когнитивных функций отмечалось при ГТР. На это указывает снижение суммарного балла БДЛ, а также нарушения динамического праксиса. Очевидно, что при постоянной тревоге наблюдается наиболее выраженная дезорганизация когнитивных и аффективных процессов. Именно это обуславливает снижение способности к организации и программированию действий, выявляемое при данном расстройстве. Не исключено, что некоторых из пациентов данной группы можно назвать кандидатами на развитие в будущем мягкой когнитивной дисфункции. Известно, что ГТР нередко предшествует или маскирует легкие когнитивные расстройства [4, 43, 45].

Нарушения усложненной реакции выбора при АФ указывают на тенденцию к снижению произвольного тормозного контроля у больных данной группы. По всей вероятности, по этой причине пациенты выбирают стратегию полного избегания потенциально опасных раздражителей вместо более гибкого и постепенного их преодоления. Отмеченное обстоятельство вполне соответствует вышеописанным фактам протестного и делинквентного поведения в анамнезе больных данной категории.

Общее снижение суммарного балла по БЛД при ПР по сравнению с контролем выявляет у пациентов этой подгруппы общее падение умственной продуктивности за счет недостаточности исполнительных (регуляторных) функций.

В то же время отсутствие значимых различий с контролем по ряду доменов БЛД («концептуализация», «вербальная беглость», «простая реакция выбора») может быть связано с тем, что трёхбалльная размерность доменов в данной методике недостаточна для оценки относительно неглубоких нейрокогнитивных сдвигов при тревожных расстройствах, также как это имеет место при аффективных расстройствах неорганического генеза [16].

Таблица 4.3. Корреляционный анализ (коэффициент корреляции r Спирмена), показателей по доменам БЛД и шкалам ММИЛ у больных тревожными расстройствами

Шкала лобной дисфункции		Концептуализация	Речевая беглость	Динамический праксис	Простая реакция выбора	Усложненная реакция выбора	Суммарный балл
ММИЛ	L	-0,508945	0,206267	-0,442930	0,158752	0,158752	-0,498190
	F	-0,199138	0,014677	-0,271531	-0,248415	-0,469860	-0,527168
	K	-0,125498	0,035249	0,321647	0,075568	0,592615	0,358507
	Hs	0,382937	-0,460795	0,253961	0,148890	0,087443	0,332324
	D	-0,065541	-0,045408	-0,532410	0,009222	-0,190597	-0,509863
	Hu	0,448923	-0,536596	0,213626	0,224820	-0,131602	0,276791
	Pd	0,036748	-0,222771	-0,185161	-0,634606	0,027421	-0,367227
	Mf	0,044921	0,067601	0,274867	-0,279776	0,191699	0,236620
	Pa	0,123434	-0,267497	-0,359702	-0,127590	-0,288107	-0,405621
	Pt	0,031811	-0,381344	-0,249396	-0,092274	-0,321977	-0,424722
	Sc	-0,064404	-0,280273	-0,171510	-0,275650	-0,447460	-0,476514
	Ma	-0,035371	0,190999	0,062165	-0,314728	-0,156144	-0,035187
	Si	-0,098736	-0,223065	-0,229969	-0,263198	-0,113621	-0,425224

L – представление себя в выгодном свете, F – искажение результатов обследования, K – конформность, Hs – соматизация, D – депрессивные тенденции, Hu – 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.

Красным цветом обозначены корреляционные связи выше 0,5 (сильные и средней силы).

Как следует из таблицы 4.3, все домены БЛД имеют корреляционные связи средней силы с различными шкалами ММИЛ. Показатель

«концептуализация», отражающий способность к абстрагированию и обобщению, отрицательно коррелирует со стремлением представить себя в выгодном свете (шкала L по ММИЛ). «Речевая беглость» тем выше, чем меньше черты демонстративности (шкала Ну «вытеснение»). Суммарный балл БДЛ, а также домен «Динамический праксис», который характеризует уровень исполнительных функций (в частности, целеполагание и планирование действий) негативно коррелируют с величиной депрессивных тенденций по ММИЛ (2 шкала). Способность к переключению внимания в «простой реакции выбора» БДЛ отрицательно коррелирует у лиц с тенденцией к отреагированию во вне и непосредственной реализацией напряжения в поведении (4 шкала ММИЛ). Способность к блокированию реакции на нерелевантные стимулы (домен «Усложненная реакция выбора») более выражена у лиц с конформными установками (шкала К – конформность по ММИЛ).

Таким образом, корреляционные связи показателей БДЛ и шкал ММИЛ свидетельствуют о большей выраженности нейрокогнитивного дефицита у пациентов со склонностью к депрессии, а также при истерическом вытеснении и повышенной импульсивности.

Изучение особенностей смысловой категоризации у больных с различными формами тревожных расстройств

Как указывалось выше, важной характеристикой когнитивного личностного стиля является способность индивидуума к смысловой категоризации объектов реальности, включая сопоставление себя с другими людьми. При рассмотрении смысловой категоризации как элемента когнитивного стиля личности выделяют следующие характеризующие ее параметры: способность к типологизации (оценке эквивалентности) объектов и построению их иерархии (когнитивная сложность), нюансированной оценке их предметных (вещественных) и описательных характеристик, а также способность гибко видоизменять уровни и принципы такой

типологизации (когнитивная артикулированность, пластичность) [5, 10, 41, 44, 56, 58].

С учетом этого, на следующем этапе работы было выполнено изучение процессов смысловой категоризации у пациентов с разными формами тревожных расстройств при помощи методики Репертуарный матричный тест (РМТ), варианта с заданными конструктами [7, 44].

В основу этого раздела положен психосемантический эксперимент, в ходе которого испытуемые соотносили разнообразные заранее заданные качественные признаки (конструкты) со стандартным списком объектов, составленным из лиц ближайшего окружения (мать, отец, сестра и т.п.), а также так называемых Я-состояний («Я сейчас», «Я идеал», «Я в прошлом», «Я в будущем»). Характер интеркорреляций между оценками, которые давали испытуемые, и результаты их факторного анализа позволяют судить об индивидуальной системе смысловых расчленений, обобщений, противопоставлений, а также об особенностях субъективного семантического пространства в сфере межличностных отношений [7, 44].

Изучение формально-структурных характеристик мышления при разных тревожных расстройствах проводилось по следующим показателям РМТ: когнитивная дифференцированность, предметная категоризация, описательная категоризация, сопряженность конструктов, поляризованность оценок.

Когнитивная дифференцированность (когнитивная сложность) – это степень многообразия системы измерений, с помощью которых индивид воспринимает и описывает поведение других людей [65]. В РМТ этот показатель представлен величиной квадрата корреляции между конструктами. Чем эти конструкты меньше скоррелированы (то есть, чем более они автономны), тем сложнее индивидуальная смысловая система личности. Способность к предметной категоризации объектов реальности по их значению выражается количеством значимых факторов, выделяемых при обработке матрицы оценок по элементам. Способность к описательной

категоризации объектов по их свойствам – это количество значимых факторов, выделяемых при получении совместной конфигурации элементов и конструкторов. Контрастность субъективных оценок объектов определяется количеством поляризованных главных компонент. Жесткость связей между смысловыми образованиями – это количество общих элементов между различными компонентами [51].

Результаты выполненного исследования представлены в таблице 4.4.

Таблица 4.4. Медианы показателей когнитивно-смысловой организации при тревожных расстройствах по данным РМТ

Диагноз	Когнитивная дифференцированность	Предметная категоризация	Описательная категоризация	Сопряженность оценок
ПР (n=41)	0,543 [0,461;0,690]	3 [3; 4]	10 [8,8; 10]	1 [0; 1]
АФ (n=25)	0,713 [0,550;0,929]*	3 [2; 3,3]*	5,5 [2; 8]*	1 [0; 1,3]
ГТР (n=46)	0,519 [0,412; 0,929]*	4 [3; 3,3]	9 [7; 8]*	1 [0; 1,3]
Контроль (n=85)	0,385 [0,324; 0,491]	4 [4; 5]	10 [9; 10]	1 [1; 2]

Обозначения: ПР – паническое расстройство, АФ – агорафобия, ГТР – генерализованное тревожное расстройство; * значимость различий между группами пациентов с тревожным расстройством и группой контроля $p \leq 0,05$, критерий Манна-Уитни. Значения представлены в виде Me [10%; 90%]. Me – медиана, 10% – 10-й процентиль, 90% – 90-й процентиль

Как следует из таблицы 4.4, у больных ПР выявлялась пониженная по сравнению с контрольной группой способность к различению предметных элементов реальности (предметная категоризация). В то же время способность больных ПР различать качественные характеристики реальности (описательная категоризация) была заметно выше, чем у большинства пациентов других групп. При этом она по своей величине приближалась к описательной категоризации в группе контроля. Дисбаланс между предметной и описательной категоризацией определяет склонность пациентов этой группы к неосознаваемым, невербализуемым, противоречивым оценкам. Относительное снижение сопряженности системы конструкторов в группе больных ПР свидетельствует о «рыхлости»

когнитивной системы, что может быть связано с диссоциативными процессами.

При изучении параметров, отражающих процессы смыслообразования в группе больных АФ, было установлено существенное снижение когнитивной сложности, предметной и описательной категоризации по сравнению с пациентами других групп, а также лицами контрольной группы (таб. 4.4). Это свидетельствует об определенном схематизме суждений, а также склонности к упрощенным построениям и тенденции к глобальным оценкам (снижение сопряженности системы конструктов).

У пациентов с ГТР показатели, характеризующие процессы смыслообразования, оказались наиболее близкими к группе контроля по РМТ (таб. 4.4). Снижение описательной категоризации и относительное повышение сопряженности конструктов смысловой системы свидетельствовали об ограничениях чувственного восприятия мира и тенденции к глобальным и слабо дифференцированным оценкам.

Таблица 4.5. Корреляционный анализ показателей когнитивно-смысловой организации по данным РМТ и доменов БЛД при тревожных расстройствах

Шкала лобной дисфункции		Концептуализация	Речевая беглость	Динамический праксис	Простая реакция выбора	Усложненная реакция выбора	Суммарный балл
РМТ	когнитивная сложность	-0,392984	-0,113381	-0,029180	0,601609	-0,165736	-0,182541
	предметная категоризация	0,394447	0,536875	0,132353	-0,306786	0,115045	0,453878
	описательная категоризация	-0,108616	-0,306786	-0,083333	0,115045	-0,025565	-0,195573
	сопряженность	-0,143684	0,361449	-0,431229	-0,080322	-0,080322	-0,359398
	поляризация	0,251447	0,361449	-0,092406	-0,080322	-0,522093	0,023187

Из таблицы 4.5 видно, что повышение скорости ассоциаций, увеличение словарного запаса связаны с увеличением предметной

категоризации. Увеличение многообразия способов описания и восприятия окружающих (числовой показатель когнитивной сложности – обратная фактическому показателю величина) связано с меньшей устойчивостью к помехам (с увеличением ошибок в «простой реакции выбора»). А при увеличении контрастности в оценках (поляризации) способность к отторжению нерелевантных стимулов («усложненной реакции выбора») снижается.

Таким образом, когнитивные аномалии при тревожных расстройствах тесно взаимосвязаны с нарушениями процессов категоризации. Максимальные нарушения в форме тотального снижения способности к дифференцированной оценке реальности наблюдаются в группе больных АФ. При ПР нарушения менее выражены и касаются преимущественно снижения предметной категоризации. При ГТР, напротив, способность к категоризации объектов сохранена, а описательные характеристики объектов при этом слабо дифференцированы.

Особую важность в ходе изучения особенностей когнитивного функционирования у больных тревожными расстройствами представляет анализ когнитивно-смысловой структуры самосознания. РМТ дает такую возможность благодаря исследованию взаимосвязей между смысловыми образованиями, которые описывают так называемые «Я-состояния». Результаты этого анализа представлены в таблице 4.6.

Таблица 4.6. Средняя сумма квадратов корреляций по элементам, характеризующим «Я-состояния», при тревожных расстройствах

Диагноз	Медиана сумм квадратов корреляций (МСКК) по элементам, характеризующим «Я-состояния»			
	Я сейчас	Я идеал	Я в прошлом	Я в будущем
ПР (n=41)	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)	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)	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)	1,68 [1,43; 2,84]*	2,84 [1,86; 4,03]	1,70 [1,47; 2,07]	2,19 [1,60; 3,70]
p	0,0456	0,0000	0,0000	0,0000

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.

Психологический смысл интеркорреляций элементов, отражающих разные «Я»-состояния, указывает на степень связи субъективных репрезентаций личности со всеми остальными элементами матрицы теста: чем больше соответствующий показатель, тем более значимым для субъекта является данное «Я»-состояние. При этом, чем выше разность между отдельными «Я»-состояниями и «Я»-сейчас, тем выше напряженность внутренних конфликтов, отражающихся в самосознании. Из таблицы 4.5 видно, что у пациентов с ПР и АФ перед началом лечения отмечается более высокий уровень взаимосвязи элемента «Я-идеал» с другими элементами, чем в контрольной группе. Также статистически значимым у пациентов с АФ было увеличение медианы суммы квадратов корреляций (МСКК) по элементам «Я в прошлом» и «Я в будущем» в сравнении с группой контроля. Указанные особенности свидетельствуют о наличии выраженной эгоцентрической оценки реальности, которая наиболее заметна при АФ и несколько в меньшей степени при ПР и ГТР. Говоря другими словами, высокая степень связи «Я» состояний у пациентов с тревожными расстройствами с другими элементами указывает на то, что они рассматривают большинство явлений окружающей реальности через призму своего «Я», т.е. эгоцентрично.

Изучение дисфункциональных когниций у больных тревожными расстройствами

На третьем этапе исследования когнитивно-стилевых особенностей больных тревожными расстройствами предпринято выявление

дисфункциональных когниций, связанных с тревогой, при помощи Опросника когнитивных ошибок (ОКО) [52].

В ходе предварительной работы в процессе валидации на отечественной выборке Опросника когнитивных ошибок А. Фримена (ОКО) (приложение 1) по результатам факторного анализа было сконструировано 9 шкал, измеряющих склонность к определенным анксиогенным стереотипам мышления [15]. Эти шкалы, перечисленные ниже, отражают наиболее типичные для патологической тревоги искажения процессов смыслообразования и характеризуют присущий таким пациентам когнитивный личностный стиль.

1. Персонализация. Ожидание враждебного и неодобрительного отношения к себе; любое несогласие или замечание воспринимаются как отвержение, подавление или унижение. Персонализация проявляется в фиксации на критических замечаниях и несогласии с другими, обидчивости, недоверии и настороженности, ожидании негативно пристрастного отношения к себе, упреков, обмана, отвержения и унижения со стороны других.

2. «Чтение» мыслей. Склонность приходить к недостаточно логически обоснованным выводам; тенденция иррационально «додумывать» за других людей, опираясь на субъективные ожидания, интуитивные оценки и проекции. «Чтение» мыслей обнаруживается в односторонних, как правило, негативных суждениях о намерениях, поступках и оценках других людей; неумении логически и с различных сторон рассмотреть причины и обстоятельства поведения окружающих.

3. Категоричность. Настойчивое стремление отстаивать свою самооценку, обусловленное страхом ошибиться, эгоцентрическая иерархизация и сужение проблемного поля. Данная особенность когнитивного стиля проявляется в недостаточной гибкости суждений, преобладании эгоцентрических защитных высказываний и бездействия,

склонность явно или скрыто оспаривать мнение и предложения других людей «из принципа», отождествляя себя с предметом спора.

4. Долженствование. Декларирование повышенной моральной ответственности, стремление обеспечить безопасность за счет морального контроля над окружающими. Одним из основных выражений этой особенности является морализация, преобладание моральных суждений и оценок в восприятии явлений и людей, представляющих потенциальное неудобство или опасность.

5. Катастрофизация. Склонность преувеличивать значимость проблем и бурно на них реагировать, как правило, вследствие прямого столкновения идеализированных представлений о себе и окружающих с реальностью. Катастрофизация обнаруживает себя в обостренном, негативно преувеличенном реагировании на проблемы, которое выражается в нереалистичном ожидании угрозы жизни, здоровью, благосостоянию, общественному статусу, а также в потере доверия к другим людям и уверенности в обмане с их стороны. Сюда же следует отнести повышенную склонность к аффективно-шоковым и диссоциативным реакциям.

6. Выученная беспомощность. Обесценивание собственного «Я», принижение своих возможностей и способностей, сопряженное со стремлением снять с себя ответственность за жизненные неудачи и декларирование пессимистической установки. Данная особенность проявляется в повторяющемся очевидном обесценивании своих возможностей, положения и достижений, стремлении к поиску защиты и покровительства, декларировании своей слабости и беспомощности как оправдания неудач и нежелания активно преодолевать имеющиеся затруднения.

7. Максимализм. Амбициозность и крайность в оценках, потребность в восхищении, выражающаяся через нарциссическую безупречность. Признаками максимализма являются приверженность крайним оценкам, тенденция преувеличивать свои достижения и упрекать окружающих в их

недооценке, комплекс Золушки (фрустрация ожиданий восхищения как награды за трудолюбие и безупречность), а также обесценивание других за лень и необязательность.

8. Избегание. Уклонение от непредвиденных обстоятельств, избегание рисков, ответственности и соперничества вследствие преувеличения опасностей. На наличие данной особенности когнитивного стиля указывают самоограничения и повышенный самоконтроль со ссылками на многочисленные или преувеличенные опасности, неблагоприятные обстоятельства и/или недоброжелательное отношение; избегающая осторожность и пассивность.

9. Гипернормативность. Иррациональное стремление следовать стандартам поведения, предписанным обществом, которое декларируется, но не всегда выполнимо. Проявлением этой особенности когнитивного стиля являются безусловная и не всегда критичная приверженность правилам, нормам поведения и этикету, исполнительность и тщательность, избыточная вежливость и аккуратность во взаимоотношениях, тенденция к вынесению оценок, исходя из принятых в данной группе социальных нормативов.

Таб. 4.7 Медианы по шкалам ОКО для больных тревожными расстройствами

Диагноз	Персонализация	Чтение мыслей	Категоричность	Катастрофизация	Заученная беспомощность	Максимализм	Избегание	Гипернормативность	Долженствование	Суммарный балл
Контроль (n=84)	6 [5-8]	11 [10-13]	11 [10-12]	8 [6-9]	12,5 [11-14]	8 [6-9]	14 [12-15]	12 [11-13]	12 [10-13]	97 [86-103]
ГТР (n=36)	9 [7-12]	12 [10-14]	14 [12-15]	12 [10-14]	18 [15-21]	13 [10-14]	17 [16-18]	14* [13-15]	15 [13-16]	121 [107-136]

ПР (n=41)	6 [5,5-8]	11 [10-13]	14 [10-15]	11 [7,5-13]	15 [13,5-17]	10 [8-13]	14 [13-17]	13 [12-14]	14 [10,5-15]	109 [93-123]
АФ (n=25)	7 [6-8]	13 [1-17]	15 [13-15]	13 [8-13]	19 [16-23,5]	12 [11-12,5]	16 [16-17,5]	13 [11-13,5]	14 [12-15]	124 [106-128,5]

ПР – паническое расстройство, ГТР – генерализованное тревожное расстройство, АФ – агорафобия.

Данные представлены в виде медианы (Me) и квартильного размаха (Me [25 процентиль-75 процентиль] (Me [Q3-Q1]). *- значимость различий с группой контроля $p \leq 0,05$ * Значимость различий с группой контроля при $p \leq 0,05$ (критерий Уитни-Манна).

По данным ОКО (таб. 4.7) у больных ГТР обнаружены когнитивные сдвиги с доминированием «заученной беспомощности», максимализма, избегания, долженствования, гипернормативности. Этот когнитивный стиль характеризуется жесткими установками на избегание любых реальных и воображаемых затруднений и таким образом свидетельствует о нарушениях процессов прогнозирования. Кроме того, для пациентов с ГТР характерны повышенные значения суммарного балла по данной методике, что указывает на значительную выраженность когнитивных нарушений у этих больных. Так суммарный балл по тесту ОКО у 75% пациентов с ГТР – наибольший по сравнению с другими исследованными группами.

При ПР доминирует катастрофизация, категоричность, заученная беспомощность, отражающие категоричность в суждениях, преувеличение проблем, с субъективным ощущением неспособности справиться с ними. Такой вариант когнитивного стиля свидетельствует о склонности к одностороннему восприятию реальности с недостаточным осознанием континуума свойств реальности. Противоположные тенденции подавляются или вытесняются из сознания.

При АФ когнитивный стиль характеризуется катастрофизацией, категоричностью и максимализмом, а также «заученной беспомощностью», что сближает его с ПР. Однако при АФ когнитивные искажения выражены в большей степени. Этот стиль характерен для переживания собственной

беспомощности, неспособности к компромиссным решениям и предпочтения избегающих стратегий поведения.

Данные, полученные далее с помощью ОКО, были подвергнуты факторному анализу с варимакс вращением (Таб. 4.8). Эта статистическая процедура, исходя из оценки интеркорреляций между признаками, позволяет выявить скрытые и неявные группировки материала.

Таблица 4.8. 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	0,9078	0,0840
Катастрофизация	0,8277	0,1520
Выученная беспомощность	0,4276	0,7260
Максимализм	0,7720	0,2894
Избегание	0,1189	0,8112
Гипернормативность	0,1193	0,6906
Долженствование	0,8382	0,2539

Как следует из представленной таблицы, в результате анализа было выделено два фактора, характеризующих различия в присущем больным когнитивном стиле. Их интерпретация позволяет обозначить первый фактор как «Категоричность». Этот фактор отражает тенденцию к «черно-белому» мышлению и склонность давать полярные, однозначно жесткие оценки по отношению к явлениям окружающего мира. В него с высокими нагрузками вошли такие пункты теста как категоричность, долженствование, катастрофизация и максимализм. Этот вариант когнитивного стиля создает

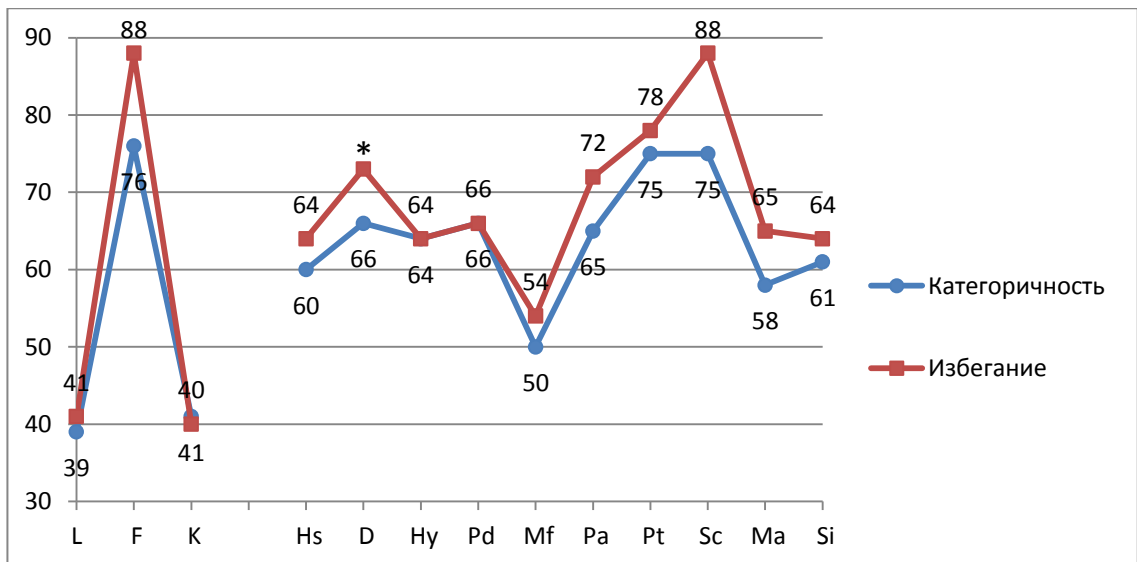
условия для настороженного восприятия окружающего мира, при котором основная линия поведения сопряжена со стремлением обеспечить безопасность за счет морального контроля над окружающими.

Второй выделенный фактор включал такие пункты теста как избегание, выученную беспомощность и гипернормативность. Он был обозначен как «Избегание», поскольку отражает общую тенденцию к уклонению и избеганию ситуаций с мало прогнозируемыми последствиями. При этом не критичная пассивность, приверженность правилам и самоограничения воспринимаются как главное средство защиты и социальной адаптации.

Клинически пациенты с высокими нагрузками по фактору «Категоричность» чаще всего страдали пароксизмальной тревогой с ведущим диагнозом ПР (29%) или АФ (29%). Однако в ряде случаев этот же вариант когнитивного стиля преобладал у больных ГТР (18%), у которых в клинической картине отмечались истеро-ипохондрические черты и\или соматоформные проявления. Фактор «Избегание» преобладал у пациентов с постоянной тревогой. При ГТР он фиксировался в 40% случаев, а у пациентов с АФ в 29%. При этом наряду с пароксизмальной тревогой у этих больных наблюдались сопутствующие специфические фобии или ГТР. При ПР преобладание фактора «Избегания» имело место в 3% случаев.

Интерес представляет сопоставление результатов ММИЛ в подгруппах больных с преобладанием различных когнитивных стилей (рис 4.6).

Рисунок 4.6. Усредненный профиль ММИЛ больных тревожными расстройствами с преобладанием категоричного и избегающего вариантов когнитивного стиля.



*значимость различий p (t-тест)

Пациенты с преобладанием фактора «Избегание» в усредненном профиле ММИЛ обнаруживают высокие пики по шкале F – «Поиск помощи» и 8 – «Аутизация», а также повышение по шкалам 2 – «Депрессивные тенденции», 7 – «Фиксация тревоги, ограничительное поведение» и 6 – «Ригидность аффекта» (Рис. 4.6). Такой профиль свидетельствует о наличии субъективных переживаний беспомощности, аггравации и стремлении получить поддержку. Кроме того, у пациентов выражены явления деперсонализации с ощущением собственной измененности и недостаточной адекватности, что сопровождается отчужденностью от других людей. Отчетливо выступает повышенная тревожность со склонностью к самоконтролю и ограничительному поведению. Имеются также признаки пониженного настроения с пессимизмом, снижением самооценки и блокадой витальных потребностей, которые сочетаются с явлениями аффективной ригидности.

В профиле ММИЛ пациентов с преобладанием варианта когнитивного стиля «Категоричность» также имеется пик по шкале F и повышенное плато по 7 и 8 шкале. Однако высота профиля в этой подгруппе больных заметно ниже. Кроме того, отмечается значимо более низкая величина пика по 2-й шкале.

Основной особенностью данного профиля является меньшая выраженность деперсонализации и депрессивных тенденций. При этом, как и при первом варианте профиля, поведение больных с высокой категоричностью определяется тревожно-дистимическими состояниями.

Таким образом, в ходе сравнительного изучения личностных особенностей и когнитивной сферы пациентов с различными тревожными расстройствами был выявлен целый ряд особенностей, характеризующих эти группы пациентов. У всех у них были обнаружены отчетливые признаки ограничительного поведения, сопряженные с явлениями деперсонализации. При этом степень психопатологических расстройств была существенно более выраженной при пароксизмальной тревоге, чем при постоянной.

Отмечалась также тенденция к параллелизму между интенсивностью тревоги и степенью деперсонализации, что особенно ярко проявлялось при АФ. Пароксизмальная тревога у этих больных носила ситуационно обусловленный характер и фиксировалась на избирательном избегании фобических ситуаций. У этой же категории пациентов отмечались депрессивные тенденции с парциальной блокадой побуждений, пессимизмом и пониженной самооценкой. При этом имела место склонность к патохарактерологическим реакциям, типичным для эмоционально-неустойчивых личностей. Они, как правило, проявлялись конфронтационными истеро-протестными и ипохондрическими формами поведения.

Группу больных ПР отличала значительно меньшая выраженность депрессивных тенденций и преобладание демонстративных конверсионных реакций с тенденцией к психической диссоциации и вытеснению. Спонтанная тревога также как и фиксированная пароксизмальная тревога, сопровождалась большим количеством соматических жалоб и психовегетативных дисфункций с повышенной озабоченностью больных

своим соматическим состоянием, однако ипохондрическая концептуализация в этих случаях не наблюдалась.

Постоянная тревога при ГТР сочеталась с относительно незначительной дисгармонией личностного склада, что было обусловлено отчетливой приверженностью больных этой категории просоциальным формам поведения. При этом у больных данной группы, как правило, выявлялись личностные акцентуации уклоняющегося (тревожного) типа, а также психологической зависимости. Кроме того, у них отмечались деперсонализационные переживания, которые в большой степени были связаны с когнитивным диссонансом.

Изучение когнитивной сферы больных тревожными расстройствами позволило выявить у них широкий спектр дисфункций, обусловленных дефицитарностью когнитивного аппарата. При этом наиболее выраженный и статистически значимый когнитивный дефицит по сравнению с контрольной группой отмечался у больных ГТР. На это указывает снижение суммарного балла БЛД, а также нарушения динамического праксиса. При АФ была зарегистрирована тенденция к нарушению произвольного тормозного контроля, что подтверждается ухудшением показателей усложненной реакции выбора. У пациентов с ПР на статистически значимом уровне отмечалось только общее уменьшение суммарного балла БЛД. Это свидетельствует о недостаточности исполнительных (регуляторных) функций и соответствующем нарушении когнитивной продуктивности.

На следующем этапе работы было обнаружено, что когнитивные аномалии при тревожных расстройствах взаимосвязаны с нарушениями процессов смыслообразования. Выполненные с помощью РМТ исследования показали, что максимальные нарушения в форме снижения способности к дифференцированной оценке реальности как в предметной, так и в чувственной сфере, наблюдаются в группе больных АФ. При ПР соответствующие нарушения менее выражены и преимущественно выражаются в снижении предметной категоризации. При ГТР, напротив,

способность к категоризации объектов сохранена, а описательные характеристики объектов дифференцируются слабо.

Анализ элементов самосознания, также осуществленный при помощи РМТ, показал наличие у больных тревожными расстройствами выраженной эгоцентрической оценки реальности. Такая оценка реальности наиболее заметна при АФ и несколько в меньшей степени при ПР и ГТР.

Наконец, в процессе работы было предпринято выявление и изучение присущих больным дисфункциональных когний. На этом основании в результате факторного анализа было выделено два основных варианта когнитивного личностного стиля: категоричного и избегающего. Избегающий стиль наиболее характерен для больных с постоянной тревогой ГТР, а категоричный чаще встречается при пароксизмальной тревоге у больных ПР и АФ.

ГЛАВА 5. ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ, ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И КОГНИТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОСЛЕ 3-Х МЕСЯЦЕВ ТЕРАПИИ

Для оценки результатов терапии пациенты всех исследованных групп были обследованы через 3 месяца после начала лечения. На этом этапе были включены 44 больных (17 пациентов с ПР; 12 пациентов с ГТР; 15 пациентов с АФ). Из 112 пациентов 68 досрочно выбыли из исследования по следующим причинам: 22% пациентов вследствие существенного субъективного улучшения были выписаны до окончания протокола исследования; 10% – сослались на неэффективность терапии, вследствие чего самостоятельно выбыли из исследования; 14% – выбыли по неизвестным причинам; 15% – были исключены вследствие недостоверности результатов тестирования и невозможности их использования в анализе.

С учетом большого числа выбывших, комплаентность пациентов оценивалась по следующей шкале.

- 1- низкая комплаентность (уход из терапии по субъективным причинам, не связанным с острым соматическим заболеванием или немедицинскими социально-экономическими причинами),
- 2- частичная комплаентность (нерегулярность посещений, самостоятельное изменение доз лекарственных препаратов или отказ от их приема, обращение за дополнительными консультациями у других психиатров, психотерапевтов),
- 3- полная комплаентность (выполнение всех врачебных рекомендаций по приему лекарственных препаратов, обязательное посещение психотерапевтических сеансов, выполнение психотерапевтических домашних заданий, самоотчетов).

Таб. 5.1 Комплаентность больных тревожными расстройствами

Группа	Полная комплаентность Абс.(%)	Неполная комплаентность Абс.(%)	Уход из терапии Абс.(%)
ПР (n=41)	11 (27%)	24 (56%)	6 (17%)
АФ (n=25)	6 (24%)	9 (36%)	10 (40%)
ГТР (n=46)	20 (44%)	15 (35%)	11 (21%)
Все пациенты с ТР (n=112)	40 (36%)	45 (40%)	27 (24%)

ПР – паническое расстройство, ГТР – генерализованное тревожное расстройство, АФ – агорафобия, ТР – тревожные расстройства

При формализованной оценке комплаентности (таб. 5.1) было обнаружено, что у пациентов с ГТР чаще всего отмечалась полная комплаентность. Больные АФ в 40% случаев уходили из терапии. Приверженность к терапии у пациентов с ПР была чаще средней в сравнении с другими тревожными расстройствами.

В результате изучения взаимосвязи между приверженностью терапии и когнитивно-смысловыми искажениями (по данным ОКО) было установлено, что доминирование установки на «Избегание» (коэффициент корреляции для непараметрических показателей Спирмена $R = 0,83$) прогностически благоприятно для полного комплаенса. Когнитивное искажение «Избегание» проявлялось в терапевтических отношениях как установка на поддержку, поиск понимания и помощи, с учетом преувеличения проблем, субъективной неспособностью справиться с ними самостоятельно, без привлечения психотерапевта, что было наиболее характерным для пациентов с ГТР. Кроме того, приверженность терапии имела тенденцию снижаться при увеличении показателя «Катастрофизация» (коэффициент корреляции для непараметрических показателей Спирена $R = - 0,5$). Наиболее характерным это было для пациентов с ПР и АФ и проявлялось в том, что исходно нереалистичные ожидания от процесса и результатов психотерапии на фоне катастрофизации сменялись резким разочарованием с потерей доверия и уверенности в компетентности врача.

Таблица 5.2 Результаты лечения больных тревожными расстройствами по Шкале общего клинического впечатления (подшкала улучшение) через 3 месяца терапии

Группа	Выраженность терапевтического эффекта			
	Выраженное улучшение (3 балла)	Умеренное улучшение (2 балла)	Минимальное улучшение или без изменений (1 балл)	Средний балл улучшения (диапазон 1-3 балла)
ПР	24%	41,2%	35,3%	1,9
ГТР	25%	58,3%	11,8%	2,1
АФ	6,7%	66,7%	26,7%	1,8
Средние по ГР	18,2%	54,5%	27,3%	1,9
Значимость различий (критерий хи-квадрат) p	0,0941	0,0153	0,0741	0,0000

Через 3 месяца терапии более чем у половины пациентов с тревожными расстройствами по ШОКВ отмечался умеренный положительный эффект (таб. 5.2). В результате терапии у больных ПР происходило уменьшение частоты приступов, изменение их интенсивности с редукцией отдельных симптомов. У пациентов этой группы развивалось «понимание» происходящего во время приступа, благодаря чему они успешно овладевали навыками снижения тревоги при помощи психотерапевтических техник, направленных на отвлечения внимания (приложение, клинический пример №3). Пациенты с АФ через 3 месяца терапии отмечали существенное улучшение настроения. При этом происходило некоторое усиление импульсивности в поступках и конфликтности в отношениях вследствие субъективного ощущения свободы передвижения, возникавшего в ходе функциональных тренировок (приложение, клинический пример № 1 и № 5). Пациенты с ГТР отмечали снижение интенсивности беспокойства,

улучшение настроения. Техники релаксации и проговаривание межличностных затруднений, психологических травм снижали у пациентов этой группы характерную настороженность, больные в ходе сеанса вели себя все более раскрепощенно, часто проявляя спонтанность, способность к самораскрытию во взаимоотношениях с людьми из ближайшего окружения (приложение, клинический пример №4).

Корреляционный анализ показателей комплаентности и данных по ШОКВ обнаружил положительную среднюю силу связи этих показателей у пациентов с ПР и ГТР, высокую положительную связь у пациентов с АФ (таб. 5.3). Такой результат может отражать зависимость эффективности терапии в первую очередь от диагноза и приверженности терапии, что подтверждается ранее проведенными исследованиями [19, 34].

Таблица 5.3 Корреляционный анализ показателей комплаентности и терапевтического эффекта по данным шкалы общего клинического впечатления при тревожных расстройствах

Диагноз	ПР n=41	ГТР n=46	АФ n=25	ТР n=112
r	0,480000	0,592220	0,757240	0,623440

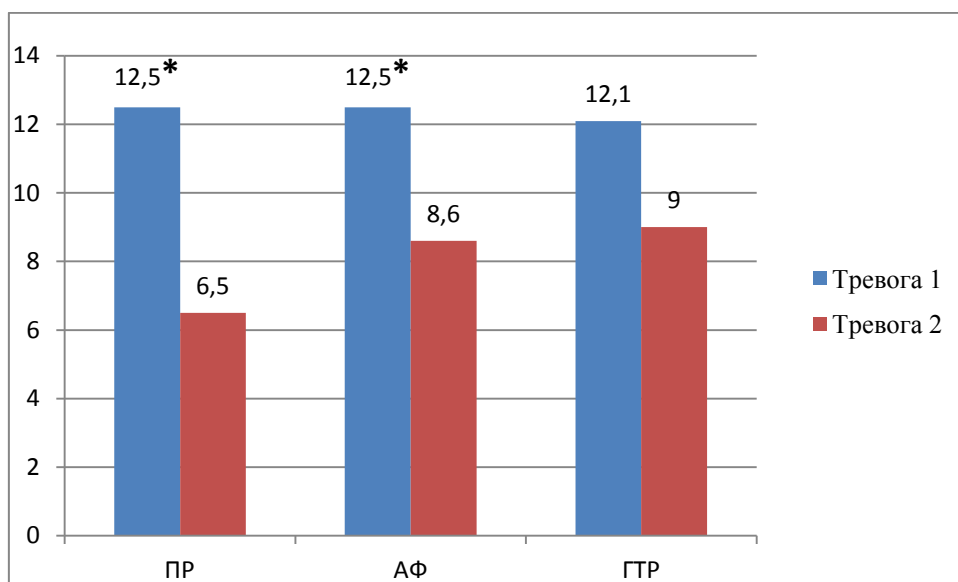
ПР – паническое расстройство, ГТР – генерализованное тревожное расстройство, АФ – агорафобия, ТР – тревожные расстройства, r – коэффициент корреляции Спирмена, при $p \leq 0,05$.

Динамика психометрических показателей

Показатели по шкалам тревоги и депрессии Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (ГШТД) снижались во всех исследованных группах. В группе больных АФ статистически значимые уменьшения показателей по подшкале тревоги (при $p = 0,0277$) соответствовали наилучшему (в сравнении с другими исследованными группами) клиническому впечатлению при оценке результатов терапии по ШОКВ. Тревога при АФ заметно снижалась по мере продолжения функциональных тренировок. У пациентов с ПР тревога также уменьшилась по данным ГШТД (при $p = 0,06$) (рис. 5.1). В ходе наблюдения за пациентами этой группы отмечалось снижение частоты и

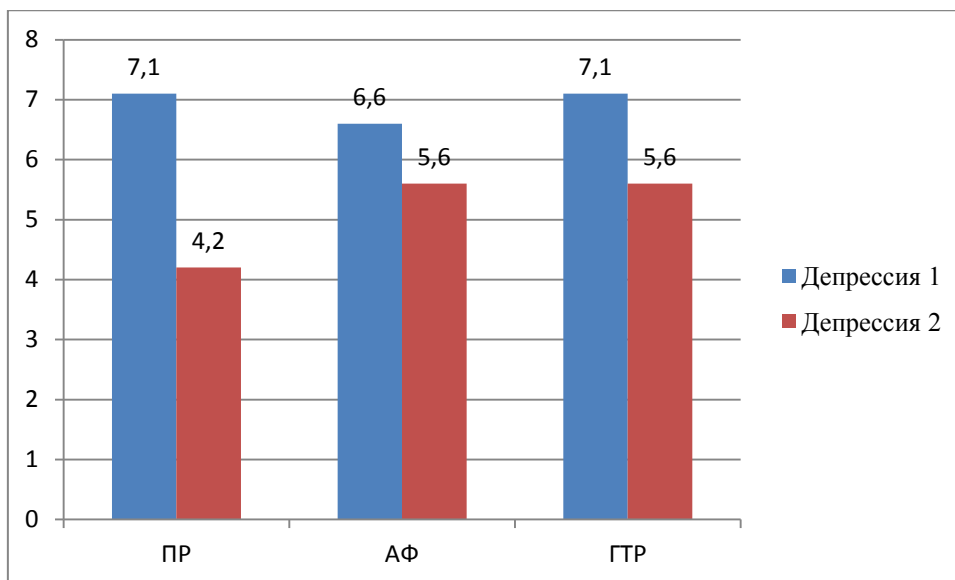
тяжести панических приступов, уменьшение истеро-ипохондрических проявлений. В группе больных ГТР выраженность тревоги изменялась волнообразно, периоды улучшения чередовались с ситуационно спровоцированными ухудшениями. В результате после трех месяцев терапии этот показатель по ГШТД у больных ГТР значимо не редуцировался (рис. 5.1). Показатель по шкале депрессии в ГШТД не достигал клинического уровня во всех исследованных группах. А его средние показатели хотя и снижались, но статистически значимого уровня это снижение не достигало (рис 5.2).

Рисунок 5.1. 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.

Рисунок 5.2. Динамика показателей по субшкале «Депрессия» ГШТД пациентов с тревожными расстройствами



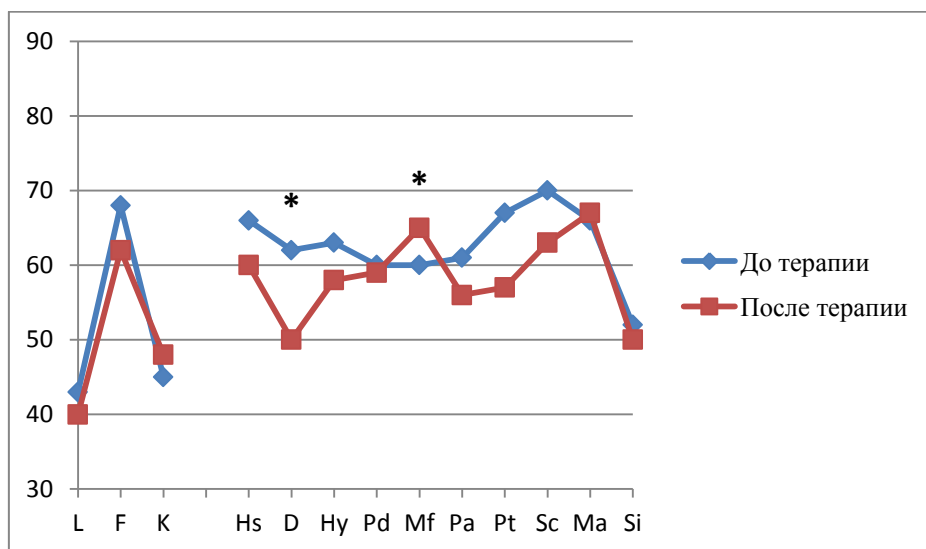
ПР – паническое расстройство; АФ – агорафобия; ГТР – генерализованное тревожное расстройство, депрессия 1 – субшкала «депрессия» ГШТД до терапии, депрессия 2 – субшкала «депрессия» ГШТД через 3 месяца терапии.

Наряду с оценкой динамики состояния обследованных пациентов по ШОКВ и ГШТД изучались также изменения в общем рисунке поведения. С этой целью использовалось сравнение результатов тестирования по ММИЛ до лечения и через 3 месяца терапии. При этом было обнаружено, что в процессе лечения общая высота и конфигурация усредненного профиля ММИЛ во всех исследованных группах больных существенно изменялась, что указывает на улучшение самочувствия и поведения больных.

Так, психологический профиль больных ПР через три месяца характеризовался существенной нормализацией (рис. 5.3). Как следует из таблицы 5.3, она определялась статистически значимым снижением баллов по 2-й шкале («Тревога и депрессивные тенденции»), а также статистически значимым повышением профиля по 5 шкале («Мужские/ женские черты»). Эти изменения указывают на улучшение настроения и самооценки, повышение внутренней детерминированности поведения, появление установки на более независимое поведение. При этом происходит определенная коррекция поло-ролевых установок, что сопровождается более полным осознанием существующих конфликтов в этой сфере.

Помимо отмеченных изменений следует указать на то, что общая конфигурация профиля также существенно преобразовалась. Она стала определяться тенденцией к отрицанию тревоги, повышенным настроением и усилением побуждений (шкала 9 – «Отрицание тревоги, гипоманиакальные тенденции»). Наряду с этим в психологическом профиле обращает на себя внимание усиление волевых установок, что проявляется в тенденциях к внутренне детерминированному поведению (5-я шкала).

Рис. 5.3 Усредненные профили ММИЛ больных ПР до терапии и после 3 месяцев терапии

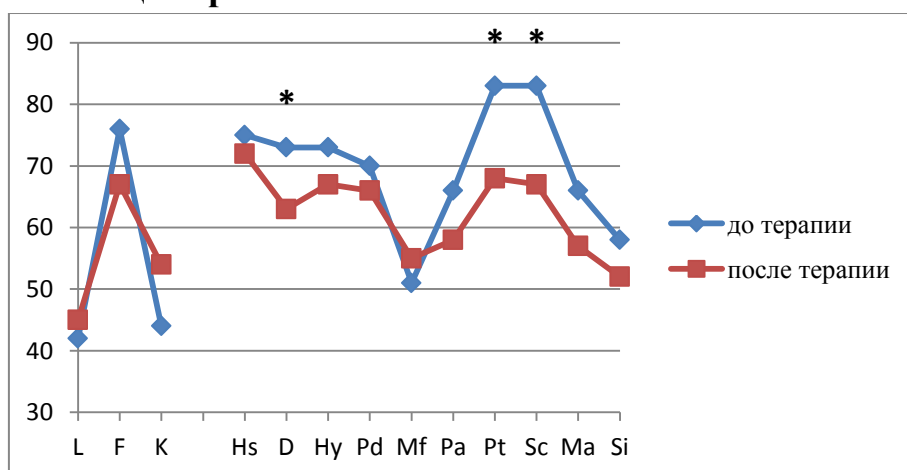


L – представление себя в выгодном свете, F – искажение результатов обследования, K – конформность, Hs – соматизация, D – депрессивные тенденции, Hy – вытеснение, Pd – реализация напряжения в поведении, Mf – выраженность мужских/женских черт, Pa – ригидность аффекта, Pt – фиксация тревоги, ограничительное поведение, Sc – аутизация, Ma – отрицание тревоги/гипомания, Si – социальные контакты. Значимость различий между показателями по шкалам ММИЛ * $p \leq 0,05$ (одностороннее распределение Стьюдента).

В группе АФ (рис 5.4) в ходе терапии статистически значимо снижалась фиксированная тревога и ограничительное поведение (снижение профиля по 7 шкале). Как следует из таблицы 5.3, у пациентов с АФ имело место также значимая редукция деперсонализационно-дереализационных переживаний (снижение по 8 шкале) и улучшалось настроение (снижение по 2 шкале). В результате уровень психосоциальной адаптации больных существенно повышался.

В целом же высота профиля больных АФ в результате терапии существенно снизилась, что свидетельствует о редукции тревоги и депрессивных симптомов и коррелирует с общим клиническим впечатлением. При этом заметно изменилась и общая конфигурация профиля. На первое место в самочувствии и поведении этих больных выходила озабоченность своим состоянием здоровья. На это указывает значительное количество жалоб на неприятные соматические ощущения и дисфункции (1-я шкала – «Соматизация тревоги»). Обращают на себя внимание также склонность к тревоге (7-я шкала – «Фиксация тревоги, ограничительное поведение»), а также своеобразие оценок и восприятия, отражающее деперсонализацию (8-я шкала – «Аутизация»). Наконец, следует отметить эмоциональную неустойчивость больных АФ, которая проявлялась в склонности к истеро-возбудимым реакциям (акценты по 3-й шкале – «Вытеснение» и 4-й шкале «Реализация эмоциональной напряженности в непосредственном окружении»).

Рис. 5.4 Усредненные профили ММИЛ больных АФ до терапии и после 3 месяца терапии

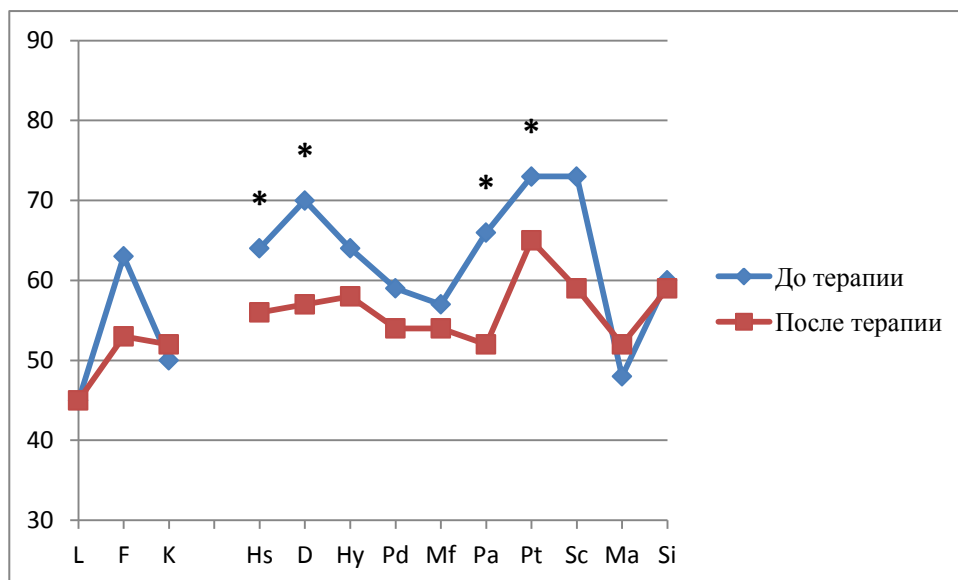


L – представление себя в выгодном свете, F – искажение результатов обследования, K – конформность, Hs – соматизация, D – депрессивные тенденции, Hy – вытеснение, Pd – реализация напряжения в поведении, Mf – выраженность мужских/женских черт, Pa – ригидность аффекта, Pt – фиксация тревоги, ограничительное поведение, Sc – аутизация, Ma – отрицание тревоги/гипомания, Si – социальные контакты. Значимость различий между показателями по шкалам ММИЛ * $p < 0,05$ (одностороннее распределение Стьюдента).

В группе больных ГТР в ходе терапии отмечались статистически значимые изменения показателей ММИЛ (рис. 5.5). Они отражали

уменьшение соматизации тревоги (1-я шкала), тревоги и депрессивных тенденций (2-я шкала), фиксированной тревоги и ограничительного поведения (7-я шкала), а также склонности к сверхценным образованиям (6-я шкала – «Ригидность аффекта»). Последнее, в частности, может свидетельствовать о серьезных позитивных изменениях в когнитивной сфере, обусловленных эффектом терапии. При этом отмечалось и общее видоизменение конфигурации усредненного профиля ММИЛ. Через 3 месяца лечения он определялся акцентированной склонностью к тревожно-астеническим состояниям с тенденцией к уменьшению социальной включенности. Все это отражало общее улучшение самочувствия и редукции психосоциальных затруднений.

Рис. 5.5 Усредненные профили ММИЛ больных ГТР до терапии и после 3 месяцев терапии



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. Значимость различий между показателями по шкалам ММИЛ * $p \leq 0,05$ (одностороннее распределение Стьюдента, t-тест для связанных выборок).

Таб. 5.4 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
s1	60,5±8,7	51,8±16,5	0,030*	68,2±13,3	60,7±10,8	0,157	73,9±9,8	72,4±6,8	0,224
s2	64,2±10,3	55,7*±7,6	0,010	63,7±15,1	54,8±15,9	0,023*	68,8±13,4	57,9±14,2	0,046*
s3	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
s4	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
s5	52,0±12,4	50±16,1	0,258	55,8±10,2	62,3±12,9	0,034*	48,3±11,0	50±8,2	0,098
s6	61,0±12,9	51,7*±12,5	0,046*	64,3±20,4	57,9±15	0,230	68,8±10,1	57±14,7	0,057
s7	67,9±11,4	67,7*±9,3	0,002**	69,5±13,2	64,1±12,7	0,134	77,3±13,4	63,6*±11,8	0,014*
s8	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	0,013*
s9	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
s0	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.

На следующем этапе анализа материала производилось изучение терапевтической динамики когнитивно-стилевых характеристик личности. Так, по данным РМТ в целом у больных имело место упрощение когнитивно-смысловой организации. При этом отмечалось снижение как предметной, так и описательной категоризации (таб. 5.5), а изменения показателей РМТ в исследуемых группах существенно различались.

Так, при ПР имело место статистически значимое снижение описательной категоризации. Это в сочетании с незначительным ростом предметной категоризации свидетельствует о том, что в результате терапии происходила частичная компенсация диссоциативных тенденций. При АФ наблюдалось увеличение сопряженности системы семантических

конструктов, что может отражать повышение интегрированности когнитивно-смысловой сферы.

Таб. 5.5 Показатели когнитивно-смысловой организации у больных тревожными расстройствами по РМТ до и через 3 месяца терапии

Группы	Фазы исследования	Сумма квадратов корреляций по элементам, характеризующим «Я-состояния»				Когнитивная дифференцированность	Предметная категоризация	Описательная категоризация	Соприженность оценок	Контрастность оценок
		Я сейчас	Я идеал	Я в прошлом	Я в будущем					
ПР	До терапии	2,4	4,0	3,4	3,6	0,5	3,2	9,4	0,7	1,3
	После терапии	2,5	3,8	2,8	3,6	0,5	3,5	7,6	1,0	1,3
	p	0,534	0,424	0,026	0,722	0,131	0,262	0,050	0,554	0,345
АФ	До терапии	2,8	5,5	3,6	5,4	0,7	3,0	5,7	0,9	1,4
	После терапии	3,1	5,1	2,1	5,0	0,7	3,4	6,0	1,4	1,5
	p	0,959	0,508	0,007	0,508	0,285	0,142	0,919	0,043	0,294
ГТР	До терапии	2,4	4,1	3,4	3,9	0,6	3,5	8,1	0,5	1
	После терапии	2,6	4,1	3,1	4,1	0,5	3,5	6,0	0,8	1,1
	p	0,889	0,889	0,263	0,161	0,263	1,000	0,091	0,500	0,361
Все ТР	До терапии	2,6	4,5	3,5	4,3	0,6	3,2	7,8	1	1,5
	После терапии	2,7	4,3	2,6	4,2	0,6	3,5	6,6	0,9	1,6
	p	0,7375	0,3695	0,0002	0,8712	0,0432	0,0979	0,0397	0,0894	0,6603

Значимость различий (p) критерий Вилкоксона для связанных выборок. ПР – паническое расстройство; АФ – агорафобия; ГТР – генерализованное тревожное расстройство, ТР – тревожные расстройства.

Изменялось также соотношений сумм квадратов корреляций элементов, характеризующих «Я состояния» во всех группах. Более всего это происходило у пациентов с АФ, что свидетельствует об изменениях в структуре самооценки больных этой группы. При этом «вес» показателя «Я в прошлом» снижался, отражая убывание значимости элементов идентичности, сцепленных с прошлым. Элементы же, связанные с другими «Я состояниями», изменялись незначительно. Однако при этом все же прослеживалась некоторая тенденция к относительному увеличению весов «Я-сейчас» и снижению «весов» «Я в прошлом» (таб. 5.5).

В целом, клинические показатели и характеристики поведенческих стереотипов, диагностированные с помощью ММИЛ, демонстрировали

существенную положительную динамику. Они определялись улучшением психосоциальной адаптации, редукцией тревоги и депрессивных симптомов, а также соматизации и диссоциативно-деперсонализационной симптоматики. При этом терапевтические сдвиги в состоянии больных не сводились только к «эффектам устранения» отдельных психопатологических проявлений. В ходе терапии наблюдалась существенная перестройка всего паттерна личностного реагирования. При ПР на первый план выходили гипоманиакальные тенденции, сопряженные с изменениями в поло-ролевых стереотипах. При АФ ограничительное поведение сменялось субклиническими ипохондрическими тенденциями и эмоциональной неустойчивостью с редукцией деперсонализации и обусловленного ею своеобразия оценок и восприятия. Терапевтическая динамика ГТР также свидетельствовала о взаимосвязи тревоги и деперсонализации, редукция которых способствовала улучшению клинического состояния больных.

Анализ наблюдаемых сдвигов позволяет заключить, что большую роль в терапевтической динамике изучаемых состояний играют изменения в когнитивно-смысловой сфере личности. Это отчасти подтверждается результатами изучения этой сферы с помощью РМТ.

Несмотря на то, что динамика изучаемых с помощью этой методики параметров оказалась значительно менее показательной, чем по ММИЛ, в процессе работы все же удалось выявить ряд статистически значимых изменений в когнитивно-смысловой сфере личности больных. Так, были зафиксированы динамические сдвиги в самооценке, соотношениях между описательной и предметной категоризацией, а также повышение сопряженности смыслов. С учетом общей инертности смысловой организации личности отмеченные сдвиги могут указывать на прогностически важные направления психотерапии больных тревожными расстройствами. Они включают снижение противоречия между самовосприятием и идеальными представлениями о своей личности,

освобождение от элементов идентичности, сцепленных с прошлым, а также улучшение общей интегрированности и пластичности смысловой сферы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Тревожные расстройства являются наиболее распространенными психическими расстройствами. Текущая частота тревожных расстройств в населении составляет по разным оценкам от 11,0% до 18,1%. Прижизненная частота этих расстройств достигает 33,7% [94, 106, 114]. Важнейшее клиническое значение среди них имеют паническое расстройство, агорафобия и генерализованное тревожное расстройство [39, 70, 101].

Эти расстройства обуславливают значительные экономические и социальные потери [61, 63]. Они вызывают временную и постоянную нетрудоспособность, снижают качество жизни и приводят к суицидам [10, 102, 106, 111].

Тревожные расстройства часто сочетаются с соматическими заболеваниями, что существенно осложняет протекание этих заболеваний, затрудняет дифференциальную диагностику и ведение больных, а также негативно влияет на удовлетворенность пациентов качеством лечения [109].

На протяжении последних десятилетий научные представления о тревожных расстройствах претерпели существенную трансформацию. Психодинамические, когнитивные, поведенческие и психофизиологические концепции позволили выделить важные механизмы этих расстройств и наметить ряд ключевых направлений их изучения. Вместе с тем диагностическая квалификация тревожных расстройств остается сложной, в связи с чем эти расстройства часто не выявляются или неправильно квалифицируются. До сих пор вызывает серьезные затруднения дифференциация нормальной и патологической тревоги, выделение разнообразных форм и компонентов последней, а также выработка дифференцированных показаний для терапии.

С учетом этого актуальной научной задачей психиатрии является разработка клинической концепции тревожных расстройств. Не случайно, в современных классификациях психических расстройств прослеживается тенденция к углубленной дифференциации патологической тревоги за счет уточнения и детализации диагностических критериев. При этом нарастает понимание того, что тревожные расстройства тесно сопряжены с аномалиями личности, поведения и познавательных процессов. Все это подтверждает необходимость находить новые подходы к лечению больных данной категории, используя при этом целый комплекс дифференцированных медикаментозных и психотерапевтических мероприятий.

Целью 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.

В результате проведенного исследования было показано, что тревожные расстройства характеризуются различной психопатологической структурой.

Клинические проявления ПР определяла пароксизмально возникающая тревога и сопровождавшие ее психовегетативные расстройства. Эта тревога не была связана с какими-то внешними обстоятельствами или факторами, в связи с чем данный вариант синдрома пароксизмальной тревоги был обозначен как *пароксизмальная спонтанная тревога*. Тревожные приступы появлялись неожиданно для пациентов, хотя ретроспективный анализ их психологического состояния нередко выявлял наличие предшествовавших межличностных столкновений или ситуационно обусловленную актуализацию ключевых для них переживаний. Однако сами больные игнорировали и даже отрицали эту связь, что свидетельствует о наличии *неосознаваемой блокады* причин появления тревоги. Указанная блокада, очевидно, имела диссоциативный характер, и это постоянно обнаруживалось в структуре синдрома пароксизмальной спонтанной тревоги. В момент

панического приступа психическая диссоциация проявлялась острой деперсонализацией, а в последующем – на фоне возникающей тревоги ожидания – пролонгированным изменением самоощущения.

Деперсонализация на высоте тревожного приступа была достаточно глубокой, достигала уровня диссоциации и проявлялась в нарушении восприятия собственной личности, телесных ощущений и окружающей действительности. При этом отмечалось смещение тревоги и частичное связывание ее с различными неприятными соматическими ощущениями или устрашающими психологическими переживаниями. Однако в отличие от фобических тревожных переживаний пароксизмальная спонтанная тревога не ассоциировалась больными с какими-либо конкретными соматическими или психическими заболеваниями, ситуационными или межличностными обстоятельствами. Причины таких приступов сами пациенты длительное время связывали с какими-либо неизвестными нарушениями в деятельности организма— по поводу которых они часто обращались к врачам различных специальностей. Тревога ожидания при ПР тесно сопряжена с изменениями самоощущения больных в форме синдрома общего недомогания. Клинические наблюдения показали следующее: диссоциация при ПР развивалась по механизму, напоминающему самогипнотизацию, когда изменения состояния сознания происходили за счет фиксации внимания пациентов на неприятных телесных ощущениях, что сопровождалось регрессией к наглядно-образному мышлению и редукцией понятийного словесно-логического мышления.

Дезадаптация этих больных, несмотря на внешний драматизм острых состояний, была средней по сравнению с пациентами, которые страдали другими тревожными расстройствами. Катамнез больных ПР свидетельствует о своеобразной психопатологической динамике. Так, чаще всего ПР имело тенденцию к трансформации в АФ с сопутствующими паническими приступами или в аффективные нарушения (депрессивные синдромы, биполярные колебания аффекта). При длительном течении ПР

нередко наблюдалось формирование ипохондрического, соматизированного или недифференцированного соматоформного расстройства. Данные о неспецифичности панических приступов, то есть их возникновении при различных неврологических заболеваниях, интоксикациях и психических расстройствах, подтверждены предыдущими исследованиями [78].

Клиника АФ определялась ситуационно обусловленной тревогой, которая по своей форме являлась пароксизмальной и симптоматически была близка к панической. Ее основная особенность заключалась в прямой зависимости от конкретных ситуаций, и поэтому указанный вариант тревожного синдрома был обозначен как *пароксизмальная фиксированная тревога*. Отличительной чертой ситуаций, в которых возникали приступы фиксированной тревоги, являлась субъективно воспринимаемая пациентами неспособность немедленного выхода из них, что препятствовало получению необходимой поддержки. При этом важнейшим эмоциональным переживанием у пациентов было чувство психологической беспомощности, которое корреспондировало с жизненными обстоятельствами, в которых они находились. Тем не менее, сами больные не связывали эти переживания с психологическими конфликтами, а относили их исключительно к страху перед фобическими ситуациями. С учетом этого можно говорить о том, что указанная разновидность тревоги сопровождалась диссоциативной блокадой эмоционально значимых переживаний и имела *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. Следует также подчеркнуть, что в возникновении агорафобических приступов большое значение имело ожидание попадания в соответствующие ситуации или даже представление их в воображении. Как и при ПР, тревожные пароксизмы при АФ сопровождалась психовегетативными нарушениями, деперсонализацией и ограничительным поведением. При этом аллопсихическая деперсонализация была наиболее острой в моменты приступов страха, тогда

как после приступов происходило постепенное усиление аутопсихической деперсонализации, что особенно часто имело место при появлении вторичных депрессивных симптомов, не достигающих степени депрессивных эпизодов.

Что касается соматопсихической деперсонализации, то при пароксизмальной фиксированной тревоге она также, как и при спонтанной появлялась на высоте тревожных пароксизмов, но была выражена в существенно меньшей степени. При этом у ряда пациентов, у которых впоследствии отмечалось формирование на фоне АФ соматоформных расстройств, данный вид деперсонализации мог усиливаться. Как и при паническом расстройстве, при АФ часто развивался синдром общего недомогания, сопряжённый с поиском медицинской помощи, который занимал более короткое время, что было обусловлено ограничительным поведением.

Протекание АФ имело тенденцию к хронификации. Со временем в клинической картине на первый план выступали вторичный депрессивный синдром, а также личностные сдвиги (чаще эмоционально-неустойчивого типа). При длительном течении расстройства (более 5 лет) отмечалось присоединение простых фобий и соматоформных расстройств.

Клиническая картина ГТР характеризовалась наличием *постоянной тревоги*, которая проявлялась в форме тревожных опасений по поводу разнообразных, часто незначительных обстоятельств. Эти опасения носили нестойкий характер и изменялись по содержанию. Тем не менее, сама тревога и готовность к возникновению волнений по малейшему поводу оставались стабильными и являлись отличительной чертой психопатологического состояния этих больных. У большинства пациентов вырабатывался своеобразный «защитный» стиль отношения к тревожным переживаниям. Это находило свое выражение в том, что, по мнению пациентов, их избыточные волнения якобы «предохраняют» от истинных несчастий. Кроме того, такие волнения как бы «оправдывали» пассивно-избегающий стиль

восприятия реальности больными ГТР. Тревожные опасения у больных данной категории обычно развивались в ситуациях с недостаточно прогнозируемым исходом, либо при появлении потенциальной, как правило, иллюзорной опасности. Обоснования для постоянной тревоги коренились в субъективных иррациональных предчувствиях и ожиданиях, которые возникали у пациентов под влиянием изменения привычного образа жизни и угроз утраты поддержки со стороны. Важным звеном таких переживаний являлся недостаточный кругозор и отсутствие навыка выстраивать свое поведение, исходя из понимания причинно-следственных отношений. На фоне постоянной тревоги у пациентов, как правило, развивалась аутопсихическая деперсонализация, которая, однако, не достигала значительной выраженности и проявлялась в состоянии хронической растерянности, ощущении потери «почвы» и негативного селектирования.

У больных этой группы уровень психосоциальной дезадаптации формально был неглубоким. Тем не менее, множественные опасения, психовегетативные расстройства, хроническое психомоторное напряжение и сужение сферы произвольной активности приводили больных ГТР к выработке специфического стиля восприятия и поведения, который характеризовался субтотальным ограничением поведения, психологических реакций, побуждений и мышления. Этот стиль отличался тем, что пациенты избегали проявлять конструктивную активность, опасались выражать свои желания и отстаивать свои интересы, непроизвольно блокировали многие побуждения, мысли и высказывания, а также отрицательно относились к любым изменениям в характере взаимоотношений с близкими. Субъективными доводами, обосновывающими такое поведение, являлись жестко воспринимаемые социальные нормативы, возраст, поло-ролевые или религиозно-культурные стереотипы.

ГТР по данным анамнеза обычно не имело четко очерченного дебюта, хотя нередко было связано с перенесенными в прошлом стрессовыми событиями. Оно протекало волнообразно на протяжении многих лет (более

10), тревога становилась привычной для личности, определяя патохарактерологическое развитие. Вторым вариантом исхода ГТР – депрессивный эпизод, при котором тревога является фоном для гипотимии, ангедонии, снижении энергии.

Психологическое изучение, а также психотерапевтический анализ личности и поведения больных, проведенные в ходе работы, позволили существенно дополнить их клинико-описательную характеристику.

Так, по данным методики ММИЛ пациенты с ПР обнаруживали наличие психосоциальной дезадаптации с выраженной установкой на поиск помощи. Конфигурация шкал теста свидетельствовала о наличии конверсионной симптоматики, что выражалось в пиках по 1-й (соматизация) и 3-й (демонстративность, вытеснение) шкалам. В связи с этим соматические жалобы, предъявляемые больными, с одной стороны, являлись выражением тревоги (подъем по 7-й шкале), а, с другой, сигнализировали о поиске поддержки и деятельного сочувствия окружающих (пик по шкале F). Профиль ММИЛ пациентов данной группы обнаруживал также отчетливые признаки деперсонализации в виде пика по 8-й шкале (аутизация), что свидетельствует о своеобразии восприятия реальности и собственной личности, а также прямо указывает на существенную роль, которую играют когнитивные нарушения при ПР.

Ключевая психологическая проблематика больных ПР была обусловлена несбалансированной самооценкой, сопряженной с незавершенной сепарацией и достижением психологической автономии. Как показывал психотерапевтический анализ, указанные проблемы актуализировались у пациентов данной группы в контексте ситуационных затруднений, связанных с интимностью, преодолением внутренних «запретов» и выражением негативных эмоций. Недостаточно развитая способность принимать на себя ответственность оборачивалась поиском оправдания неудовлетворенности собственными достижениями за счет соматического неблагополучия. Чрезвычайно характерной для них оказалась

катастрофизация соматических ощущений, которые в жалобах выходили на первый план. Указанные симптомы нередко воспринимались и описывались больными с оттенком необычности, чрезмерности и чего-то выходящего за рамки привычного опыта, что являлось отражением соматопсихической деперсонализации. При этом обращала на себя внимание алекситимическая бедность описания негативных переживаний и эмоций, которые они испытывали.

Психологический профиль ММИЛ больных АФ свидетельствовал о выраженном нарушении психосоциальной адаптации, которая определялась сниженным фоном настроения с тревогой (подъем по 7-й шкале), а также нарушением восприятия собственной личности и окружающей действительности (подъем по 8-й шкале). Одновременно выявлялось большое количество соматических дисфункций и неприятных телесных ощущений. Наряду с этим имели место субдепрессивные проявления (подъем по 2-й шкале), выраженная демонстративная акцентуация (подъем по 3-й шкале), отчетливая импульсивность и протест (подъем по 4-й шкале). В целом же данный профиль говорит о преобладании у больных АФ тревожно-деперсонализационных расстройств, при которых тревога частично соматизируется и канализируется в демонстративно-протестные реакции.

Психологическая проблематика пациентов с АФ, выявляемая в процессе психотерапии, определялась несбалансированной самооценкой, неосознаваемыми сложностями сепарации, достижения автономии и овладения формами конструктивного выражения протеста. При этом в отличие от ПР на первое место выходила фиксация тревоги на фобических ситуациях, которые психологически воспринимались как материальное воплощение внутренних ограничений, связанных с блокадой потребностей достижения и интимности. В тех случаях, когда АФ сочеталась с аутохтонными паническими приступами, отмечалась соматизация тревоги.

Обследование пациентов с ГТР при помощи ММИЛ показало, что эта группа, также как и другие группы пациентов, характеризовалась наличием

отчетливой психосоциальной дезадаптации, которая сочеталась с поиском помощи со стороны (пик по шкале F). Однако величина ее оказалась ниже, чем при других тревожных расстройствах. Дезадаптация была обусловлена, главным образом, чрезмерной тревогой (пик по 7-й шкале). Наряду с этим отмечались выраженные акценты по 8-й (аутизация) и 2-й шкале (тревога и депрессивные тенденции). Кроме того, следует указать на присутствовавшие в профиле ММИЛ у больных ГТР легкие акценты по 1-й (соматизация), 3-й (вытеснение) и 4-й (импульсивность и протест) шкалам, а также по 6-й (паранояльность) и 0-й (социальная изоляция) шкалам. Описанная конфигурация профиля ММИЛ свидетельствовала о деперсонализационных тенденциях и пессимистической оценке перспектив как наиболее общих психопатологических чертах больных данной группы.

Пациенты с ГТР как правило декларировали просоциальные установки. Однако за фасадом тревоги нередко обнаруживались мало осознаваемые эмоции и потребности, связанные с повышенной враждебностью, властностью, страхом перед ответственностью. Центральной психологической проблемой больных данной группы, которая выявлялась при психотерапии, являлась неспособность адаптироваться к изменяющимся условиям жизни и отсутствие достаточного контроля над окружающей средой. Указанные тенденции позволяли говорить о преобладании в структуре их личности уклоняющихся и зависимых черт. При этом доминирующей потребностью пациентов было стремление сохранить традиционно сложившийся образ жизни, гарантировавший безопасность и предсказуемость. Критика к тревожным проявлениям носила у них парциальный характер и проявлялась лишь при значительном усилении тревоги. Многим из этих больных присущи устойчивые убеждения о «защитной» функции тревожных опасений, на что указывается рядом авторов [67].

Специальное внимание в ходе работы уделялось изучению когнитивных процессов, ассоциированных с различными формами тревоги.

Обследование пациентов, страдающих тревожными расстройствами, с помощью Батареи лобной дисфункции (БЛД) показало, что нарушения когнитивных операций в 38% у них доходили до уровня легкой лобной дисфункции.

Общим признаком когнитивного дефицита при различных формах тревожных расстройств являлось нарушение исполнительных (регуляторных) функций. Наиболее выраженный и статистически значимый когнитивный дефицит отмечался у больных ГТР, у которых статистически значимо снижались показатели по домену «Динамический праксис». Это указывает на нарушение процессов программирования деятельности и связанных с этим 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.

Наряду с оценкой показателей когнитивного дефицита в ходе работы проведено исследование ряда функциональных показателей когнитивного стиля личности. В результате было выявлено, что при ГТР и АФ отмечалось значимое уменьшение когнитивной дифференцированности, т.е. способности к независимой категоризации различных объектов реальности. При этих же вариантах тревожных расстройств наблюдалось значимое уменьшение описательной категоризации, характеризующей способность к дифференцированной и зачастую неосознаваемой качественной оценке реальности. При АФ также имело место уменьшение предметной категоризации. Это свидетельствует об определенном схематизме, присущем этим больным, а также о неизменности их отношения к реальности, обусловленном недостаточной способностью к дифференцированному и изменяющемуся в зависимости от обстоятельств выделению объектов окружающего мира.

Указанные функциональные особенности когнитивного стиля больных находили свою реализацию в самооценке, которая имела существенные отличия в сравнении с группой здорового контроля. Самооценка больных характеризовалась дисбалансом между актуальным самоотношением и идеализированными ожиданиями от себя. Указанный дисбаланс самооценки в наибольшей степени отмечался у больных АФ.

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». При этом у пациентов с ПР, АФ, а также у ряда больных ГТР преобладали когнитивные искажения, основным содержанием которых являлась категоричность суждений. Эти суждения, в частности, выражались в таких особенностях мышления и восприятия реальности, как склонность к крайним оценкам, максимализму и морализации. В результате ситуации, требующие компромиссных или интегрирующих решений, оказывались для пациентов чрезвычайно травмирующими.

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. При этом самими больными декларируемая безусловная приверженность социальным нормам и связанная с нею субтотальная блокада побуждений и деятельности расценивалась как гарантия безопасности. В результате главным средством защиты воспринимались не критичная пассивность, приверженность правилам и различные самоограничения.

Завершающий этап работы заключался в оценке результатов комплексной терапии. Выраженное и умеренное улучшение в состоянии больных на протяжении 3-х месяцев по ШОКВ было достигнуто в 72,7% случаев. При этом оказалось, что эффективность терапии в значительной степени связана 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 с АФ и ПР. У больных ГТР также отмечалось существенное снижение баллов, однако статистически значимого уровня оно не достигало.

Динамическая оценка результатов психологического тестирования по ММИЛ продемонстрировала, что через 3 месяца терапии общая высота и конфигурация усредненного профиля по этой методике во всех группах больных существенно изменялась.

Так, у больных ПР отмечалось статистически значимое снижение баллов по 2-й шкале (тревога и депрессивные тенденции) и повышение профиля по 5 шкале (мужские/ женские черты). Эти изменения указывают на улучшение настроения и самооценки, повышение внутренней детерминированности поступков, появление в поведении большей независимости. При этом происходила определенная коррекция полоролевых установок, что сопровождалось более полным осознанием существующих конфликтов в этой сфере.

У пациентов с АФ по ММИЛ в ходе терапии статистически значимо уменьшалась фиксированная тревога и ограничительное поведение (снижение по 7 шкале). Также имела место значимая редукция деперсонализационных переживаний (снижение по 8 шкале) и улучшение настроения (снижение по 2 шкале). 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 (1-я

шкала), тревоги и депрессивных тенденций (2-я шкала), фиксированной тревоги и ограничительного поведения (7-я шкала), а также склонности к сверхценным образованиям (6-я шкала – ригидность аффекта). Последнее, в частности, может свидетельствовать о позитивных изменениях в когнитивной сфере, обусловленных терапией. Все это отражает общее улучшение самочувствия и редукцию психосоциальных затруднений.

Изучение терапевтической динамики когнитивно-стилевых характеристик личности 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 мышления 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 играют невербальные факторы, влияющие на комплаентность больных. Они определяются адекватным ответом со стороны врача на запрос пациентов о помощи и поддержке. На этом этапе, помимо гарантий психологического принятия и конгруэнтного восприятия жалоб, эффективными оказываются релаксационные и отвлекающие мероприятия. Терапевтический контакт с больным существенно укрепляется в процессе совместного выполнения поведенческих упражнений и мероприятий по десенситизации. Все это создает 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 приобретают шаги, направленные на когнитивное переструктурирование с целью преодоления когнитивных искажений и аномальных когнитивно-поведенческих стереотипов. При этом важно добиваться углубления осознания пациентом имеющихся психологических проблем и мобилизации имеющихся у него психологических ресурсов.

Третий, завершающий этап терапии связан с переосмыслением имеющихся затруднений, снижением дисбаланса между актуальным восприятием и идеализированными представлениями о своем «Я», освобождением от элементов идентичности, сцепленных с прошлым, а также улучшением общей интегрированности и пластичности смысловой сферы. В частности, преодоление категоричного когнитивно-личностного стиля связано с освоением пациентами сбалансированных компромиссных подходов к межличностным отношениям, углубленным осознанием и дифференциацией эмоциональных реакций, а также формированием более гибкой самооценки. При коррекции избегающего когнитивного личностного стиля, приоритетным является повышение самооценки, осознание личностных ресурсов, выработка навыков прогностической оценки, а также развитие ассертивных стратегий поведения.

Выводы

1. Сравнительный анализ клинических проявлений панического расстройства, агорафобии и генерализованного тревожного расстройства показал, что между ними имеется ряд отличий, которые связаны с психопатологическими изменениями самосознания больных, их поведением и характерологическими особенностями, а также реакцией 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 склонность к импульсивно-конфронтационным реакциям и эмоциональной неустойчивости. 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 Батарей 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 личностный стиль, выражающийся склонностью к уклонению от ситуаций с мало предсказуемым исходом, выученной беспомощностью и декларативной гипернормативностью.

4. При терапии больных тревожными расстройствами большую роль играет их комплаентность, которая связана с невербальными компонентами терапевтического альянса, способностью к углубленному осознанию когнитивных искажений, а также пластичностью когнитивно-смысловых структур личности 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. Одновременно происходила

реорганизация всего паттерна личностного реагирования, 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 сбалансированных компромиссных подходов к межличностным отношениям, осознанием и дифференциацией эмоциональных реакций, 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.

Ограничения и недостатки исследования

Ограничения настоящего исследования связаны с относительно небольшой выборкой больных, изученных после 3-х месяцев терапии, большим отсевом из исследования, анализ причин которого представлен выше. Тем не менее, полученные в ходе работы статистически значимые результаты свидетельствуют в пользу их достоверности.

Второе ограничение обусловлено использованием методики РМТ. Упрощенная схема эксперимента и заданный характер стимульного материала отличают проведение этой методики от классической схемы, разработанной ее автором Дж.Келли [51]. Тем не менее, близость полученных в данной работе результатов тестирования к данным, полученным ранее на сходных по клиническим характеристикам, но различных популяциях больных [8], позволяет говорить о допустимости сделанных изменений.

Практические рекомендации

Выделение и клиническое описание трех вариантов патологической тревоги, квалификация диссоциативных и деперсонализационных компонентов, а также изучение когнитивных и поведенческих проявлений этого синдрома позволяет улучшить дифференцированную психопатологическую квалификацию и диагностику тревожных расстройств. Это, в свою очередь, открывает новые перспективы для более полной оценки спонтанных и терапевтических изменений в состоянии больных, а также для выделения дополнительных терапевтических мишеней.

Терапия пароксизмальной спонтанной тревоги должна включать активное использование невербальных методов психотерапии. При лечении пароксизмальной фиксированной тревоги целесообразно использовать методы поведенческой терапии, включающие десенситизацию и функциональные тренировки. Лечение постоянной тревоги должно учитывать необходимость использования элементов психодинамической и поддерживающей психотерапии. Важнейшим компонентом всех психотерапевтических подходов при лечении тревожных расстройств является личностно ориентированная терапия, направленная на осознание и преодоление интрапсихических конфликтов, связанных с проблемами зависимости, автономии, интимности и протеста.

Оценка когнитивного функционирования расширяет возможности для прогностической оценки состояния пациентов, профилактики патологического развития личности, а также определения ведущих направлений когнитивно-поведенческой и психодинамически ориентированной психотерапии. В частности, для преодоления категоричного когнитивно-личностного стиля целесообразно рекомендовать терапию, ориентированную на выработку у пациентов сбалансированных и компромиссных подходов к межличностным отношениям, углубленное осознание и дифференциацию эмоциональных реакций, а также

формирование более гибкой самооценки. При психотерапии, нацеленной на коррекцию избегающего когнитивного личностного стиля, приоритетным является повышение самооценки, осознание личностных ресурсов, выработка навыков прогностической оценки, а также развитие ассертивных стратегий поведения.

Применение комплекса психодиагностических методик, нацеленных на изучение поведения и личностных особенностей, а также различных аспектов когнитивного функционирования позволяет расширить и объективировать диагностическую квалификацию состояния больных тревожными расстройствами, а также проводить его динамическую оценку в процессе терапии. Осуществленная в ходе работы валидизация и клиническая апробация психодиагностической методики Опросник когнитивных ошибок позволяет рассматривать целый спектр индивидуальных когнитивных искажений у больных тревожными расстройствами и устанавливать преобладающий у них когнитивный личностный стиль.

Результаты, полученные в ходе работы, могут быть использованы в диагностике, терапии и профилактике психических расстройств, а также в учебном процессе при повышении квалификации психиатров, психотерапевтов и медицинских психологов.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Обозначения:

ТР – тревожные расстройства

ПР – паническое расстройство

АФ– агорафобия

ГТР – генерализованное тревожное расстройство

К.п. – клинический пример

* - $p < 0,05$

Опросник когнитивных ошибок А. Фримена (ОКО)

Варианты ответов: 1 – никогда; 2 – иногда; 3 – часто; 4 – всегда.

1. Я слишком бурно реагирую даже на самые мелкие проблемы.
2. Мне говорят, что я делаю из мухи слона
3. Я легко прихожу в возбуждение
4. Не стоит даже пробовать, все равно ничего не получится.
5. Я заранее знаю, что все будет плохо.
6. Я могу точно сказать, о чем думают другие.
7. Мои близкие должны знать, чего я хочу.
8. Всегда можно определить, что думает человек, понаблюдав за его жестами и мимикой.
9. Я полагаю, что, когда люди проводят много времени вместе, они настраиваются на мысли друг друга.
10. Я расстраиваюсь из-за того, что, как мне кажется, думает другой человек, а потом оказывается, что я был не прав.
11. Я в ответе за то, чтобы любимые мною люди были счастливы.
12. Если что-то не получается, я чувствую, что это моя вина.
13. Меня критикуют чаще, чем других людей.
14. Я всегда могу определить, когда человек нападает именно на меня, даже если он не упоминает моего имени.
15. Я чувствую, что меня не справедливо обвиняют в том, что находится вне моего контроля.
16. Люди сознательно затрагивают именно те области, в которых я особенно чувствителен к критике.
17. В отношении критики, у меня действует шестое чувство, я всегда угадываю, когда говорят обо мне.
18. Негативные замечания ранят меня по-настоящему, иногда я впадаю в депрессивное состояние.

19. Я слышу только негативные замечания и часто не замечаю похвалы.
20. Я полагаю, что все замечания стоят одно и того же, им одна негативная цена.
21. Я расстраиваюсь, если мне не удастся завершить дело.
22. Если обо мне говорят, что я такой же, как все или один из многих, я чувствую себя оскорбленным.
23. Лучше я ничего не буду делать, чем возьмусь за работу ниже моего достоинства.
24. Для меня очень важно, чтобы люди воспринимали меня, как человека, ни на йоту не отступающего от стандарта безупречности.
25. Даже самая незначительная ошибка может испортить мне весь день и даже всю жизнь.
26. По сравнению с другими я – неудачник.
27. Во мне живет сильный дух соревнования.
28. Я расстраиваюсь, когда слышу об успехах других людей.
29. Я падаю духом от того, что нахожусь не там, где должен быть.
30. Мне кажется, что если хочешь добиться успеха, надо постоянно сравнивать себя с другими.
31. Мир, знаете ли, очень опасное место.
32. Если не хочешь иметь неприятности, соблюдай осторожность в словах и делах.
33. Не люблю пользоваться случаем.
34. Я упустил хорошую возможность, потому что опасался рисковать.
35. Я избегаю предпринимать какие-то действия из-за боязни травмы и неудачи.
36. Я испытываю чувство вины из-за того, что должен был сделать что-то в прошлом, но не сделал.

37. Я считаю, что надо жить по правилам.
38. Оглядываясь на прожитую жизнь, я вижу больше неудач, нежели успехов.
39. На меня давит необходимость поступать правильно.
40. Меня давит необходимость сделать все дела.
41. Мне безразлично мнение окружающих.
42. Люди упрекают меня в том, что я не умею слушать.
43. Когда меня просят что-то сделать, я бываю недовольным, ершистым.
44. Я считаю, что все должно делаться по-моему или не делаться вовсе.
45. Я склонен откладывать очень важные дела и бываю очень медлительным.

Подсчет баллов по ОКО, нормы (адаптация А.Е. Бобров, Е.В. Файзрахманова, 2017)

Шкала	Пункты	Норма
Персонализация	13, 15, 16, 19, 20	8 баллов
Чтение мыслей	6, 8, 9, 14, 17	9 баллов
Категоричность	10, 11, 12, 21, 39	12 баллов
Катастрофизация	1, 2, 3, 10, 25	9 баллов
Выученная беспомощность	4, 5, 26, 28, 29, 35, 36, 38, 44	14 баллов
Максимализм	18, 21, 22, 24, 25	6 баллов
Избегание	9, 23, -27, 31, 33, 34, 35	12 баллов
Гипернормальность	32, 33, 37, 40, -41	11 баллов
Долженствование	11, 12, 39, 40, 21	11 баллов

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ №1

Больная Дем. Мар., 21 год.

Образование: среднее

Диагноз: Агорафобия (F 40.0). Эмоционально-неустойчивое расстройство личности (F 60.3).

Из анамнеза: родилась от беременности с угрозой преждевременного прерывания и нормальных родов в срок. Единственный ребенок в полной семье. У психиатров никто из семьи не лечился. Отец по характеру вспыльчивый, может быть грубым, но отходчивый. Мать мягкая, заботливая. В детстве имел место синдром гиперактивности с дефицитом внимания. В воспитании большое участие принимали бабушка и дедушка в стиле потворствующей опеки (родители много работали, детский сад не посещала). Особенно была привязана к дедушке, который всегда хвалил, проявлял тепло и заботу. В школу пошла с 7 лет. Училась слабо, учителя часто предъявляли жалобы на отсутствие внимания, неусидчивость. Среди сверстников чувствовала себя напряженно и неуверенно, близкие подруги появились в подростковом возрасте. В этот же период стала пропускать уроки, дома участились конфликты по поводу низкой учебной успеваемости, поздних приходов с дискотеки, эпизодически – употребление спиртных напитков. Прием наркотических средств отрицает. После окончания 9 классов поступила в кулинарное училище. На первом курсе стала встречаться с молодым человеком, через несколько месяцев начала жить с ним в гражданском браке в квартире родителей пациентки. Отношения с молодым человеком часто сопровождались конфликтами и скандалами, после которых он уходил к своей матери, но через некоторое время возвращался. В этот период усилилась раздражительность, очень переживала, боялась потерять близкого человека. Напряженными стали отношения с родителями,

требовавшими прекращения скандалов. После 1 курса училища, летом, на улице, в жаркую погоду развился панический приступ. Выраженная тревога (до ужаса) сопровождалась чувством нехватки воздуха, ощущением головокружения, нечеткостью восприятия окружающего («мутно перед глазами»), сердцебиением, слабостью в ногах. В момент приступа казалось, что теряет сознание, ощущение надвигающейся смерти. Вызвали «скорую», на ЭКГ – тахикардия, после приема успокоительного состояние улучшилось. Стала избегать выходить на улицу в жаркое время, ездить в общественном транспорте (из-за духоты), посещать магазины («станет плохо среди толпы», «будут смотреть на меня, осуждать», «не помогут»). Приступы тревоги, нехватки воздуха со страхом смерти стали возникать дома (связывала их с духотой), боялась оставаться одна. Молодой человек оказывал поддержку, к матери при конфликтах не уходил, но много работал, часто отсутствовал дома. По требованию пациентки мать уволилась, чтобы постоянно находиться рядом. Больная боялась отпустить ее даже на короткое время: постоянно звонила, испытывала выраженную тревогу. Из училища отчислили, в связи с непосещением. Забеременела, гинеколога не посещала, поехала на роды после отхождения вод. Роды прошли благополучно, тревогу отмечала только в момент оформления документации в приемном покое. Больше боялась за возможность развития тревожного приступа («будет приступ, станет плохо, все увидят»), чем за процесс и исход родов.

После выписки домой настроение снизилось, появилась слезливость, стала более конфликтной и раздражительной, подолгу не могла заснуть, затем не смогла встать к ребенку, требовала к себе особого отношения в связи с плохим самочувствием. При семейных конфликтах начала высказывать суицидальные мысли шантажного характера (истинные суицидальные намерения отрицает).

Состояние ухудшилось после скоропостижной смерти дедушки (была эмоционально привязана к нему), по причине инфаркта миокарда. Стала

опасаться выходить на балкон в жаркую погоду («солнце вызывает приступ, станет плохо с сердцем»), испытывала сердцебиение, неприятное «сдавливание» в области сердца), постоянно прислушивалась к своим ощущениям, измеряла пульс и давление. Тревога возникала, когда домой приходили незнакомые или малознакомые люди (так как «плохо о ней подумают», в их присутствии может развиться приступ).

Была проконсультирована психиатром на дому. Выставлен диагноз «Агорафобия»; назначены: Паксил 20 мг в день, атаракс 25 мг при приступе). Прервала грудное вскармливание, уход за ребенком почти полностью осуществляла мать пациентки.

Состояние улучшилось: много спала, стала спокойнее, улучшилось настроение, но на улицу категорически отказывалась выходить. С просьбой о консультации на дому обратилась мать пациентки.

Психический статус. Сидит в напряженной позе, на лице выражение настороженное, недоверчивое. В беседе пассивна, лаконично отвечает на вопросы, часто по типу «да»-«нет». Речь бедна описаниями. С трудом дает отчет о самочувствии. Затрудняется ответить, что думала или чувствовала в момент тревожного приступа. Удастся установить продуктивный контакт после выяснения отношений с родителями, которые «давят», «не понимают, ее состояния», «нет сочувствия». Позиция эгоцентрическая, внешне обвинительная, заметны обида и раздражение в адрес мужа и родителей. При расспросе отмечает страх за состояние сердца, в течение дня много раз измеряет артериальное давление. Требование родителей выходить на улицу, гулять с ребенком считает несправедливым, так как испытывает сильный страх перед приступом тревоги (тревога ожидания приступа), который может развиться на улице или когда останется дома одна, «без помощи». Близкие «не понимают» тяжести ее состояний. Считает, что с сердцем может в любой момент что-то произойти (затрудняется вербализовать суть страхов), поэтому

нервничать, находиться в душном помещении, на солнце нельзя. На улице и в общественных местах может стать плохо, «все будут смотреть», «никто не поможет». Доказательством адекватности своих страхов считает то, что знакомая умерла от сердечного приступа в молодом возрасте.

Результаты психодиагностического исследования (05.03.10)

РМТ: – я сейчас 1,3

– я идеал 4,7

Когнитивная сложность: 0,55, категоризация: 3\5; сопряженность 1\1; поляризация 2\1.

Заключение: результаты РМТ свидетельствуют о наличии глубокого конфликта самооценки, который выражается в значительном расхождении между идеализированными представлениями пациентки о себе и ее текущем отношением к себе.

Смысловая сфера пациентки характеризуется невысокой дифференцированностью, с достаточно развитой способностью к предметной категоризации. При этом отмечается сравнительно невысокая способность к интеграции смысловых образований и удерживанию противоположных по значению смыслов.

ГШТД

Тревога (норма до 8 баллов, 8-10 субклинический уровень, с 11 баллов клинически уровень)	Депрессия (норма до 8 баллов, 8-10 субклинический уровень, с 11 баллов клинически уровень)
13 баллов (клинически выраженные симптомы тревоги)	12 баллов (клинически выраженные депрессивные симптомы)

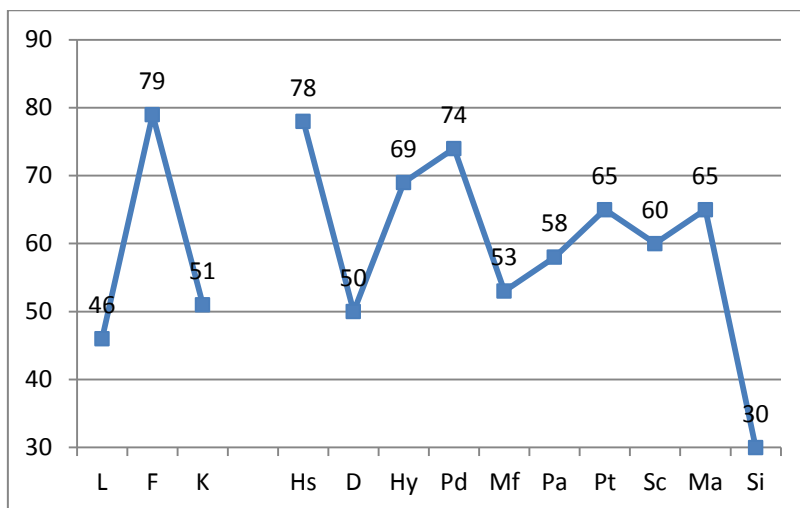
ОКО

Шкала	Пункты	Показатели	Норма
Персонализация	13, 15, 16, 19, 20	13 баллов	8 баллов
Чтение мыслей	6, 8, 9, 14, 17	13 баллов	9 баллов
Категоричность	10, 11, 12, 21, 39	11 баллов	12 баллов
Катастрофизация	1, 2, 3, 10, 25	13 баллов	9 баллов
Выученная беспомощность	4, 5, 26, 28, 29, 35, 36, 38, 44	15 баллов	14 баллов
Максимализм	18, 21, 22, 24, 25	10 баллов	6 баллов
Избегание	9, 23, -27, 31, 33, 34, 35	10 баллов	12 баллов
Гипернормальность	32, 33, 37, 40, -41	11 баллов	11 баллов
Долженствование 11, 12, 39, 40, 21	11 баллов	9 баллов	

Заключение: актуализированы когнитивные искажения - катастрофизация, «чтение мыслей», персонализация, максимализм, выученная беспомощность.

ММИЛ

Пациентка правильно поняла содержанием пунктов и давала искренние ответы. Ищет помощи.



У пациентки имеются очевидные признаки психосоциальной дезадаптации, которая обусловлена многочисленными жалобами на неприятные телесные ощущения и соматические дисфункции (пик 1-Hs), что сочетается с выраженным протестом и склонностью к импульсивным действиям и эмоциональным «разрядам» (пик по 4-Pd).

В поведении больной важную роль играет потребность в признании, а также склонность оказывать психологическое давление на окружающих при помощи имеющихся у нее соматических симптомов (пик по 3-Hy). Указанные манипулятивные тенденции сопровождаются повышенной общительностью и могут сочетаться с диссоциативными нарушениями (пик по 0-Si). Недостаточность механизмов вытеснения приводит к тревожным реакциям. Однако в целом фон настроения стабилен. Причем может даже наблюдаться некоторое повышение активности (пик по 9-Ma).

Таким образом, психическое состояние и поведение пациентки определяется устойчивым истеро-протестным паттерном поведения, в котором ведущую роль играют механизмы соматизации тревоги, вытеснения неприемлемых фактов и переживаний, а также неконтролируемые реакции непосредственного выхода аффекта

Результаты повторного психодиагностического исследования

РМТ: я сейчас – 2,2

Я идеал – 2,3

Когнитивная сложность: 0,38, категоризация: 4\9; сопряженность 1\2; поляризация 2\2.

Заключение: данные РМТ свидетельствуют о редукции конфликта самооценки, снижении противоречия между идеализированными представлениями о своей личности и актуальным восприятием своего «Я». При этом на фоне достаточно высокой когнитивной дифференцированности отмечается высокая поляризация оценок, которая свидетельствует о преобладании в когнитивном стиле контрастных и категоричных суждений.

ГШТД

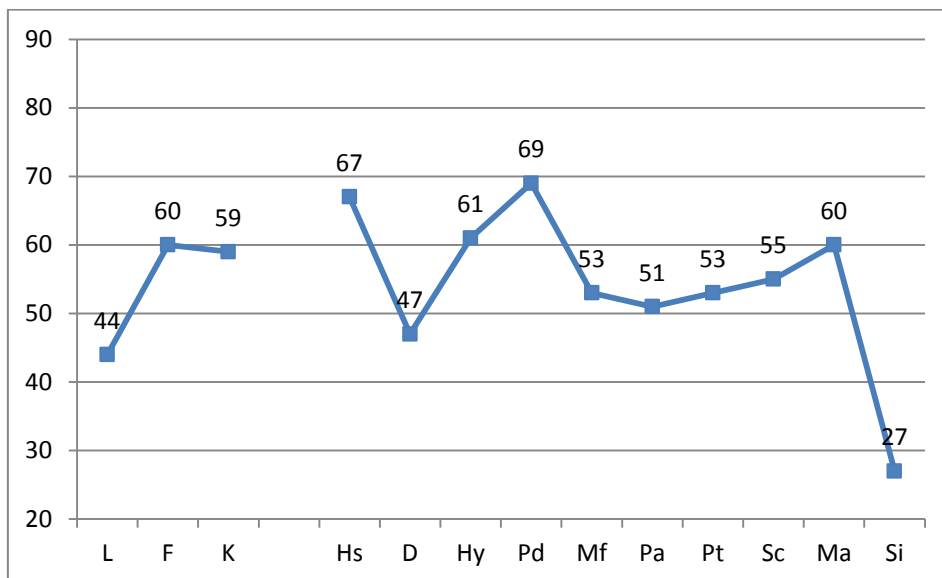
Тревога (норма до 8 баллов, 8-10 субклинический уровень, с 11 баллов клинически уровень)	Депрессия (норма до 8 баллов, 8-10 субклинический уровень, с 11 баллов клинически уровень)
7 баллов	5 баллов

Результаты оценки состояния пациентки на момент обследования по ГШТД указывают на фактическое отсутствие клинически значимых проявлений психической тревоги и депрессии.

ММИЛ

Динамика психического состояния пациентки в процессе терапии свидетельствует о существенном улучшении ее самочувствия. Это в большой степени обусловлено формированием психотерапевтического контакта с врачом (подъем по шкале К), повышением активности, самооценки и настроения, а также расширением социальной включенности. Одновременно отмечается выраженная редукция соматизации и диссоциативно-конверсионной симптоматики. Несмотря на это, у пациентки остается повышенная склонность к фиксации внимания на неприятных соматических

ощущениях, выраженная тенденция к вытеснению, сопряженная с чертами демонстративности. Отчетливо проявляется также протестность, обуславливающая высокую вероятность возникновения межличностных конфликтов.



Лечение

Медикаментозное лечение: переход на Т. Пароксетин 20 мг в сутки, Т. Атаракс при приступе тревоги (не чаще 1 раза в сут), с последующим полным отказом от лекарственных средств (без ухудшения состояния), в связи с наступлением второй беременности.

Психотерапия: в соответствии с протоколом (психообразование: представления о механизмах панического приступа), обучение аутотренингу с элементами гипносуггестивной психотерапии; список мест, с которыми ассоциирована тревога, десенсибилизация, функциональные тренировки, параллельная работа с межличностными затруднениями, расширение коммуникативных навыков.

Катамнез:

Через 6 месяцев имела место положительная динамика: настроение улучшилось, остается дома одна, больше занимается сыном (мать пациентки

смогла выйти на работу), выходит на балкон, во двор дома, в ближайший магазин, совершает поездки с мужем на машине (в банк, на обследование УЗИ), посещает подругу в соседнем доме. Строит планы на заочное продолжение учебы после рождения второго ребенка. В общественных местах сохраняется тревога (страх негативных оценок окружающих), продолжает избегать поездок на общественном транспорте. Мотивации к продолжению терапии нет, домашние задания выполняет избирательно (только поведенческие, техника «четырёх колонок» не выполняется).

Обсуждение

Анализ данного наблюдения свидетельствует о том, что в преморбиде данной пациентки имеет место резидуальная органическая симптоматика в форме СДВГ (вследствие, предположительно, перинатальной гипоксии плода), а также дисфункциональный характер воспитания по типу потворствующей гиперопеки. Сочетание указанных факторов создало условия для формирования эмоционально неустойчивых истероимпульсивных черт характера. Первое появление клинических признаков тревожного расстройства отмечалось в возрасте 18 лет. Психогенным фактором послужили конфликты с молодым человеком, которые актуализировали внутриличностный конфликт привязанности-зависимости.

Панический приступ с глубокой деперсонализацией, а также возникшая в последующем тревога ожидания способствовали формированию регрессивно-инфантильного манипулятивного стиля поведения с неосознаваемыми конверсионно-диссоциативными реакциями. Указанные реакции возникали на почве недостаточно развитого когнитивного аппарата, что приводило к неспособности рационального и взвешенного восприятия микросоциальной ситуации, поиску необходимых компромиссов, а также к недостаточно адекватной оценке пациенткой собственного состояния. Это, в частности, проявлялось в катастрофизации, негативном «додумывании» и

неоправданном отнесении высказываний и действий других людей на свой счет. Указанные черты когнитивного стиля создавали условия для возникновения новых межперсональных конфликтов и формирования порочного круга реагирования, при котором противоречие между потребностью в автономии и зависимости индуцировало инфантильные диссоциативные реакции, характеризовавшиеся пароксизмальной тревогой и частично осознаваемой фиксацией аффекта на ограничительном поведении.

Хронификация психопатологического состояния и недостаточность или постепенное снижение эффективности механизмов вытеснения создали условия для появления транзиторных депрессивных симптомов и соматоформных нарушений.

Изменения психического состояния на фоне терапии происходило за счет снижения интенсивности тревоги, редукции психической диссоциации и формирования психологических защит, связанных с отрицанием тревоги и повышением самооценки. При этом за счет систематического контакта с психотерапевтом пациентка осваивала новые формы поведения, а также постепенно развивала навыки самостоятельности и вербализации переживаний.

Здесь следует особо остановиться на имеющихся у данной больной аномалиях когнитивного личностного стиля. Резидуально-органический фон и гиперопека, по всей видимости, затрудняли формирование у нее дифференцированного понятийного мышления, базирующегося на гибкой предметной категоризации реальности. Вместо этого у пациентки отмечалось опережающее развитие интуитивных, невербализованных и архаичных способов восприятия реальности. В результате указанного процесса у пациентки выработалась склонность к катастрофизации, черно-белому мышлению с негативным оцениванием и нарциссически-требовательным отношением к окружающим. Описанный когнитивный стиль в условиях

кумуляции негативного аффекта, порожденного вынужденной блокадой протестных импульсов, создавал предпосылки для диссоциативной деперсонализации, которая, в свою очередь, породила сильное тревожно-вегетативное напряжение, выливавшееся в тревожные пароксизмы. При этом пароксизмальный характер тревоги указывает на неспособность к внутреннему компромиссу в протекающей с переменным успехом борьбе между противоположными тенденциями в симбиотической зависимости и протестной автономии. Фиксация же тревоги на пространственных стимулах, по всей видимости, воспроизводит недостаточность интериоризации аффекта, возникающего в раннем детстве при удалении от объекта привязанности.

Все сказанное позволяет сделать вывод о том, что агорафобия как выражение синдрома пароксизмальной фиксированной тревоги у данной пациентки развилась на фоне аномалий когнитивно-личностного стиля, характеризующегося категоричностью оценок и формированием эмоционально-неустойчивых черт личности.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ №2

Больная Гар Ир, 21 год.

Диагноз при обращении: Паническое расстройство (F-41.0).

Из анамнеза известно, что родилась и выросла в полной семье, младшей из двоих детей. Родители у психиатров не наблюдались. Старший брат наблюдается у психиатра-нарколога по поводу опийной наркомании, неоднократно проходил лечение, но время от времени возобновляет прием наркотиков. Росла и развивалась нормально. Посещала детский сад. В школу пошла с 7 лет. Училась хорошо. По характеру общительная, веселая, нравилось быть в центре внимания, часто собирала дома подруг. Вместе с тем характеризует себя как «домоседа», с трудом начинала что-либо новое, не любила неожиданностей. Учиться было скучно, но других интересов не было.

Считает себя больной с 18 лет, когда пережила субъективно тяжелый стресс (рассталась с молодым человеком). В этот период снизилось настроение, нарушился сон. Одновременно стало ухудшаться соматическое состояние: нарастала слабость, снизился аппетит, заметно потеряла в весе. Была обследована в соматической клинике, выставлен диагноз: сахарный диабет I типа. Сообщение о диагнозе вызвало чувство отчаяния, безысходности, были мысли о смерти (намерения отрицает), часто плакала. В ходе подбора инсулинотерапии несколько раз перенесла гипогликемию, сопровождавшуюся внутренней дрожью, тревогой, головокружением. Испытывала выраженный страх перед возможностью развития гипогликемической комы, десятки раз в сутки измеряла сахар крови, намеренно нарушала диету, стараясь удержать уровень сахара в крови существенно выше нормы. Опасалась снижение сахара крови во сне, в связи с этим ухудшился сон, часто просыпалась в сильной тревоге и не могла успокоиться, пока не убеждалась, что показатели глюкозы высокие.

Нормальный уровень сахара вызывал тревогу, так как считала, что он легко переходит в гипогликемию. Около одного года (с момента выявления сахарного диабета (СД) имела место почти постоянная тревога ожидания, связанная с возможными колебаниями показателей сахара в крови, которые сопровождались катастрофическими прогнозами. Несмотря на выраженную тревогу и заболевание, успешно окончила школу, переехала в другой город (по настоянию родителей), поступила на заочное платное отделение института, экономический факультет. Учиться было скучно. Затем состояние несколько улучшилось, что было связано с позитивными изменениями в жизни (влюбилась в преподавателя в институте, вышла замуж за него в 19 лет). Муж поддерживал во всем, проявлял сочувствие, помогал с учебой. Постепенно стала спокойнее относиться к своему заболеванию, соблюдала диету и старалась строго следовать рекомендациям врачей. С течением времени, по словам пациентки, отношения в семье изменились. Считала, что муж к ней «охладел», стал безразличным, отчужденным. Однако, несмотря на это, оставалась привязанной к нему. Отмечала свою зависимость от супруга, боялась его потерять, предпочитала не возражать, не вступать в конфликты. Подолгу переживала обиды, чувствовала неуверенность в себе, беспомощность, несостоятельность.

На этом фоне неожиданно развился приступ сильного страха, сопровождавшегося сердцебиением, повышением артериального давления, гипергидрозом конечностей, ощущением прилива жара, надвигающегося обморока. Состояние расценила как гипогликемию, но уровень сахара был умеренно повышен. Приступы начали повторяться ежедневно. Считала их «страшным» осложнением диабета, признаком его злокачественного течения. Многократно измеряла пульс, артериальное давление, уровень сахара в крови. Была погружена в свои ощущения, ни на чем другом не могла сосредоточиться. По рекомендации эндокринолога обратилась к психотерапевту. Проходила лечение с диагнозом: паническое расстройство;

принимала различные препараты (флуоксетин, пароксетин, велафаксин, симбалта, феварин, феназепам, диазепам). Прием антидепрессантов сопровождался множеством побочных эффектов (усиление тревоги, нарушение сна, расстройство стула, неприятные ощущение и пр.), в связи с этим их неоднократно заменяли. Лечилась на протяжении одного года, начала злоупотреблять транквилизаторами. С течением времени психическое состояние улучшилось: панические приступы стали возникать один раз в неделю, выраженность соматовегетативных проявлений уменьшилась, улучшился сон. В то же время тревожность по поводу здоровья (уровня сахара крови, давления, пульса) сохранилась на прежнем уровне. Обратилась за психотерапевтической помощью в диспансерное отделение БОКПНБ, в сопровождении мужа.

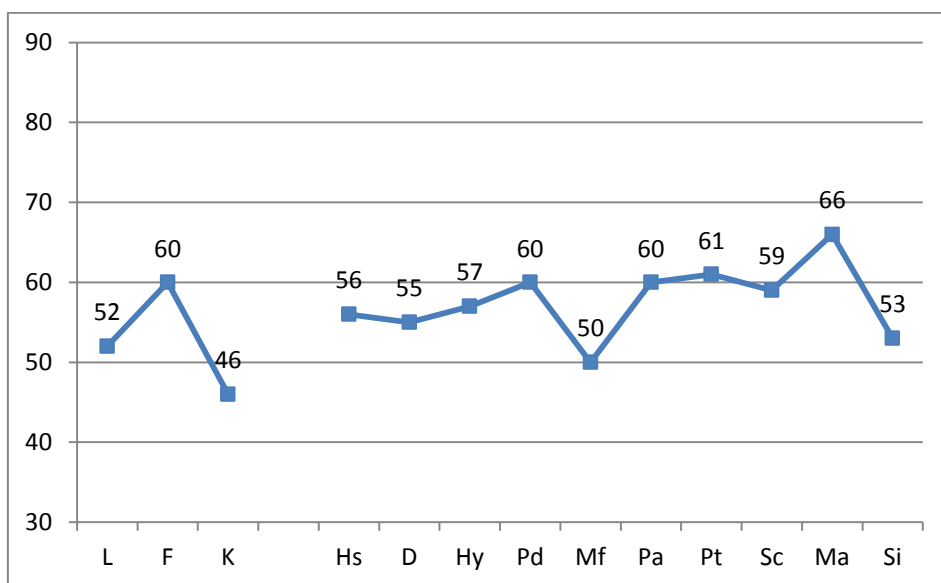
Психический статус: в ходе беседы держится напряженно. Выражение лица безрадостное, часто плачет, установка на поиск сочувствия и поддержки. Подчеркивает тяжесть своего состояния, выражает постоянное беспокойство по поводу здоровья, указывает также на тревогу, связанную с ожиданием панического приступа, который отождествляет с гипогликемией, опасается также потерять самоконтроль, сойти с ума, нанести себе повреждение в период приступа. Кроме того, указывает, что тревога усиливается к вечеру и после нагрузок.

Тревожные переживания усиливаются перед контактами с незнакомыми людьми, испытывает беспокойство перед первым посещением врача. В связи со страхом потерять самоконтроль стала испытывать тревогу по отношению к ножам, острым предметам: «Вдруг потеряю контроль и порежу себе вены». Испытывает чувство непонимания и нехватки поддержки со стороны мужа и родителей. Внимание сосредоточено на физическом самочувствии, катастрофически интерпретирует реальные и ожидаемые изменения в состоянии и показателях сахара крови, пульса, артериального давления. При этом выраженность тревоги непостоянна: от нестойких опасений (в

отношении острых предметов) до с трудом корректируемых убеждений и панического страха: «когда останусь дома одна, сахар упадет, и я умру», катастрофическое значение вегетативных проявлений при панических приступах: «сердце разорвется, не выдержит» или «сойду с ума».

Результаты психодиагностического исследования до терапии

ММИЛ



Результаты тестирования достоверны, пациентка дает искренние ответы на пункты теста, ищет помощи.

Профиль ММИЛ свидетельствует о наличии отчетливой психосоциальной дезадаптации. Указанная дезадаптация обусловлена высокой тревогой с ограничительным поведением, что сочетается с протестными реакциями, сниженным самоконтролем и непосредственным выходом аффекта в поведение. Наряду с этим отмечается большое количество жалоб соматического характера, а также своеобразие восприятия и оценок реальности.

Личность пациентки характеризуется также рядом психологических акцентов, которые состоят в склонности к фиксации на неприятных переживаниях с формированием трудно корректируемых экстрапунитивных

установок. Фон настроения, активность и самооценка имеют тенденцию к повышению, при этом социальная включенность заметно ограничена.

Сочетание шкал профиля ММИЛ указывает на существование устойчивого паттерна «разрядки» тревоги за счет протестно-импульсивных реакций, психосоматических жалоб с тенденцией к формированию устойчивых концепций в отношении своего здоровья, а также повышенной, но узконаправленной деятельности. Налицо также признаки устойчивой деперсонализации.

РМТ

- я сейчас – 1,6

-я идеал – 4,7

-я в прошлом – 1,6

-я в будущем – 4,7

У пациентки имеются признаки существенно нарушенной самооценки, что обусловлено значительным расхождением между ожиданием от себя, идеализированными представлениями о своей личности и реальной оценкой своих качеств.

Когнитивная сложность: 0,54

Предметная категоризация: 4

Описательная категоризация: 10

Сопряженность: 0\1

Поляризация: 1\0

Когнитивная дифференцированность понижена, при достаточно сохранном уровне предметной и описательной категоризации.

ГШТД

Тревога (норма до 8 баллов, 8-10 субклинический уровень, с 11 баллов клинически уровень)	Депрессия (норма до 8 баллов, 8-10 субклинический уровень, с 11 баллов клинически уровень)
15 баллов (клинически выраженные симптомы тревоги)	10 баллов (субклинические проявления депрессии)

Имеются признаки патологической тревоги и тенденция к снижению настроения.

ОКО

Шкала	Пункты	Показатели	Норма
Персонализация	13, 15, 16, 19, 20	12 баллов	8 баллов
Чтение мыслей	6, 8, 9, 14, 17	13 баллов	9 баллов
Категоричность	10, 11, 12, 21, 39	10 баллов	12 баллов
Катастрофизация	1, 2, 3, 10, 25	10 баллов	9 баллов
Выученная беспомощность	4, 5, 26, 28, 29, 35, 36, 38, 44	15 баллов	14 баллов
Максимализм	18, 21, 22, 24, 25	10 баллов	6 баллов
Избегание	9, 23, -27, 31, 33, 34, 35	14 баллов	12 баллов
Гипернормальность	32, 33, 37, 40, -41	11 баллов	11 баллов

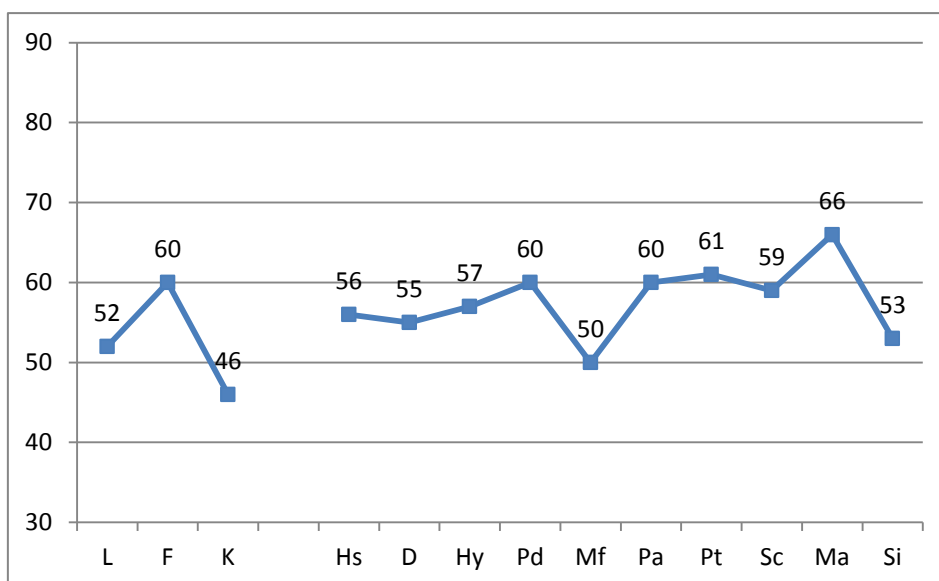
Долженствование 11, 12, 39, 40, 21	11 баллов	13 баллов	9 баллов
---------------------------------------	-----------	------------------	----------

Заключение: Основными источниками тревоги являются когнитивные искажения, связанные с преувеличением опасности, негативным «додумыванием», пониженной самооценкой и декларированием повышенной моральной ответственности. Указанный паттерн ошибок суждения соответствует смешанному избегающему и категоричному когнитивно-личностному стилю.

Таким образом, состояние пациентки на момент обращения к психотерапевту характеризовалось паническим расстройством, возникшим на фоне хронического расстройства адаптации у больной сахарным диабетом.

Результаты психодиагностического исследования после 3 месяцев терапии

ММИЛ



Заключение. На фоне лечения состояние пациентки существенно улучшилось. Это было достигнуто, прежде всего, за счет уменьшения

тревоги и связанного с ним ограничительного поведения. Значимо редуцировались также протестные реакции. Исчезли признаки деперсонализации. Существенно снизилось количество соматических жалоб и ипохондрических тенденций. Заметно расширился круг общения, и повысилась социальная включенность.

РМТ

-Я сейчас – 3,8

- Я идеал – 4,8

- Я в прошлом – 2,1

- Я в будущем – 4,2

Когнитивная сложность: 0,61

Предметная категоризация: 3

Описательная категоризация: 5

Сопряженность: 1\2

Поляризация: 2\2

Заключение: в результате лечения нормализовалась самооценка, исчезла патологизирующая сцепленность «Я»-концепции с прошлым. Одновременно изменилась структура сознания, что выразалось в некотором уменьшении когнитивной дифференцированности, предметной и описательной категоризации. При этом возросла взаимосвязь смысловых конструктов и увеличилась способность пациентки к совмещению контрастных оценок. Сказанное косвенно свидетельствует о повышении артикулированности и гибкости присущих ей смысловых образований.

ГШТД

Тревога (норма до 8 баллов, 8-10 субклинический уровень, с 11 баллов клинически уровень)	Депрессия (норма до 8 баллов, 8-10 субклинический уровень, с 11 баллов клинически уровень)
6 баллов	3 балла

Редукция и исчезновение психологической тревоги.

Терапия и динамика состояния

Низкая комплаентность больной была связана с иждевенческой позицией в ходе терапии. Больная была ориентирована на решение вопроса посредством приема лекарств и за счет работы врача. В ответ на аргументы о разделении ответственности за успех терапии неоднократно повторяла: «Если душа не хочет, не могу себя заставить». Часто самостоятельно изменяла режим приема препаратов. Выполняла домашние задания преимущественно в той части, которая не вызывала дискомфорта, оправдывая свое поведение ухудшением самочувствия, подъемом показателей глюкозы в крови, выраженной тревогой и слабостью. В ходе лечения предъявляла претензии: «Вы не хотите мною заниматься. Нет толку от этого лечения». Пыталась манипулировать врачом, демонстрируя обиду или настойчивыми просьбами о помощи, в ответ на предписание расширение активности, выполнение домашних заданий.

Первой задачей когнитивной коррекции было изменение внутренней картины болезни: коррекция катастрофических интерпретаций панических приступов, разграничение симптомов гипогликемических состояний и панических приступов, коррекция отношения к симптомам сахарного диабета. Были проведены директивные предписания в отношении контроля артериального давления, пульса и уровня глюкозы крови. Оказывала пассивное сопротивление отработке навыков самоконтроля (релаксация, техники отвлечения), принимает феназепам (однократно) для купирования

приступов. На фоне гипносуггестивной психотерапии и работы с катастрофическими когнициями снизилась актуальность панических приступов, их интерпретация стала более реалистичной, вегетативные проявления менее выраженными. Перестала контролировать пульс и артериальное давление. В ходе когнитивной психотерапии изменились установки в отношении СД на более адаптивные. Появление новых ощущений или переживаний (тревоги, беспокойства, снижение настроение) была склонна преувеличивать, интерпретировать катастрофически. Стала предъявлять жалобы на скуку, уныние, пустоту (училась заочно, постоянно находилась дома одна). В ходе выявления возможностей для расширения контактов и активности стала высказывать опасения по поводу проблем организации лечения СД во время работы, учебы, влияние нагрузок на течение СД; опасения в отношении возможной реакции работодателей на факт инвалидности, сослуживцев на ее заболевание. В ходе терапии поступила и окончила курсы по педикюру. Несколько раз устраивалась в салоны, в учреждения (на должность секретаря), но по различным причинам через 1-3 месяца увольнялась (конфликты с сослуживцами, неудобный график, трудная утомительная работа, не интересно). В периоды, когда находилась дома, без работы состояние ухудшалось, но больная не склонна это признавать. Больше ориентирована на манипуляцию родственниками с целью привлечь внимание, сочувствие, избежать обязательств.

Катамнез (6 лет)

После проведенного лечения в соответствии с протоколом, в течение 6 месяцев панических приступов не повторялось. Постоянно испытывала тревогу по поводу здоровья, преимущественно психического характера. Ведущее место занимали «страх страха», а также вопросы отмены психотропных препаратов. Катастрофически расценивала часто возникающую тревогу, вегетативные проявления которой изменились: преобладали кишечные расстройства (тянущие боли в области живота,

расстройство стула). Была обследована врачом терапевтом, выставлен диагноз: синдром раздраженного кишечника. Посещала сеансы поддерживающей терапии, направленные на коррекцию иррациональных убеждений, улучшение навыков межличностного взаимодействия. Неоднократно проводилась коррекция медикаментозного лечения. Но предписания по приему препаратов часто не выполняла или корректировала по-своему. Окончила институт. Эпизодически работала под давлением родных. Была установлена инсулиновая помпа, ориентирована на беременность, рождение ребенка. Последнее обращение связано с необходимостью отмены антидепрессантов.

Обсуждение (динамика синдромов, феномены)

В преморбиде личность с чертами демонстративности в рамках акцентуации характера. Дебют расстройства связан с реакцией на стресс (обнаружение инвалидизирующего заболевания), его можно квалифицировать как расстройство адаптации с тревожно-депрессивными проявлениями. Тревога и сниженное настроение в этот период были связаны с симптомами диабета, необходимостью контроля над ними, вынужденным изменением образа жизни и жизненных планов. Однако выраженность тревожных опасений были преувеличены, а поведение носило характер избыточного гиперконтроля за уровнем глюкозы крови и телесными ощущениями, которые субъективно снижали тревогу. На этом этапе имели место погруженность в свои переживания диссоциативной природы.

Началом следующего этапа был панический приступ, который больная расценивала как наступление гипогликемической комы (ощущение наступающего обморока), испытывала страх смерти. При этом нормальные или даже повышенные показатели уровня глюкозы крови не корректировали ошибочного убеждения, и последующие приступы больная считала также проявлением симптомов гипогликемии, что определяло преобладание

аффективного (кататимного) мышления. В дальнейшем катастрофические интерпретации панического приступа меняются: считала панический приступ тяжелым осложнением СД на сердечно-сосудистую систему (постоянно измеряла пульс и артериальное давление); считала, что «сходит с ума», теряла самоконтроль. Последние интерпретации связаны с деперсонализационными нарушениями (ощущения надвигающегося обморока, своей измененности, беспомощности). Помимо пароксизмальной тревоги имела место тревога ожидания приступа, а также избыточная озабоченность по поводу своего здоровья в целом. По мере снижения частоты и интенсивности пароксизмальной тревоги (на фоне лечения) на первое место выходит тревога по различным поводам (по поводу здоровья, своих возможностей к работе и учебе, негативных оценок людей), что можно расценить как генерализацию тревоги, и субдепрессивные переживания (ощущение пустоты, уныния, снижение активности). В ходе катамнеза в клинической картине помимо генерализованной тревоги, имело место соматоформное расстройство (вегетативная дисфункция кишечника), а также личностные нарушения по типу ипохондрического развития с характерной манипуляцией окружающими с использованием нервно-психических симптомов и сахарного диабета.

В когнитивном функционировании по данным РМТ выявлена диссоциация самосознания (дисбаланс самооценки), что может служить предпосылкой к деперсонализационным переживаниям. Снижение когнитивной сложности при достаточно высокой способности к категоризации свидетельствует о недостаточно дифференцированном восприятии реальности, тенденции к впечатлительному, эмоциональному (кататимному) стилю мышления. Относительное снижение сопряженности системы конструкторов определяет тенденцию к дезинтеграции отдельных понятийных компонентов, что также может способствовать диссоциативным проявлениям. Содержательно когнитивный стиль характеризуется

сочетанием двух когнитивных стилей. Первый стиль определяется повышенной категоричностью с преобладающей дихотомической оценкой реальности («черно-белое» мышление). Второй стиль связан с ограничительным поведением и избеганием «запретных» переживаний, побуждений и действий. Этот стиль включает такие ошибки мышления, как «чтение мыслей», персонализацию и преувеличение опасности.

Таким образом, до терапии в сфере мышления преобладает аффективная логика, дихотомическое мышление с преувеличением негативных исходов ситуаций. Кроме того, отмечаются диссоциативные нарушения в самосознании (имплозия, деперсонализация), а также категоричный когнитивный стиль.

После терапии вместе с динамикой клинических проявлений изменились тенденции когнитивного функционирования. Это отразилось в уменьшении выраженности категоричного личностного стиля (снижении показателей по шкалам долженствование, избегание, категоричность). В то же время проявились альтернативные тенденции, которые характеризовались нарастанием недоверчивого отношения к окружающему и усилением потребности в зависимости (шкала – персонализация).

Преувеличение негативных исходов ситуаций и опасности, давление обязательств уступили место иррациональным убеждениям в собственной беспомощности и недостаточно четкое разграничение своих мыслей и переживаний с мыслями и чувствами других людей. Имело место отнесение на свой счет поведения окружающих без рассмотрения более реалистичных причин этого поведения.

По данным РМТ диссоциация в «образе Я», имевшая место до терапии, отсутствует, что может свидетельствовать о более целостном восприятии себя, благодаря осознанию своих эмоций, чувств, ощущений, разграничению феноменом внутреннего мира, улучшению навыков самоконтроля.

Категоризация и когнитивная сложность заметно снизились, что может говорить о распаде имевшихся прежних связей между понятийными образованиями и несформированности новых установок. При этом повышенная сопряженность может определять тенденцию к генерализации аффекта, при котором дискомфорт, касающийся одной понятийной области (например, конфликт с мужем), распространяется на многие другие области (например, после ссоры с мужем негативно изменяется отношение к своему состоянию, отношению к окружающим и т.д.).

Таким образом, после терапии имеет место компенсация дихотомического мышления и превалирование «избегающего» стиля мышления с сопутствующей генерализацией тревоги.

Личностные особенности (по данным ММИЛ) характеризуются повышенной тревожностью, склонностью к фиксации ипохондрических идей, сдерживанием гетероагрессивных тенденций и деперсонализационными переживаниями (чувством собственной неадекватности и социальной изоляции). Обнаруживала также установки на поиск помощи со стороны окружающих, желание привлечь внимание с помощью симптоматики. И хотя тестирование после терапии отражает компенсацию данных тенденций, клинически они сохраняются. Об этом же свидетельствует катамнестическое наблюдение.

Лечебно-реабилитационные мероприятия

В связи с наличием симптомов генерализованного тревожного расстройства, соматоформных нарушений была рекомендована медикаментозная терапия антидепрессантами группы СИОЗС в сочетании с малыми дозами атипичных нейролептиков. Целесообразны повторные курсы комплексной психотерапии, направленные на коррекцию патологической тревоги и личностных нарушений.

КЛИНИЧЕСКИЙ НАБЛЮДЕНИЕ № 3

Больная: Гор Ел, 36 лет.

Диагноз: Агорафобия (F-40.0). Пограничное расстройство личности (F-60.31).

Из анамнеза. Беременность и роды матери нет сведений.

Старшая из 2 детей в семье (есть младший брат). Отца не знает.

У матери было тревожное расстройство после установление диагноза «Миастения», за психиатрической помощью не обращалась, ограничительного, избегающего поведения не наблюдалось. Мать не однократно делала попытки строить брак с разными мужчинами, много работала, не смотря на инвалидность. Бабушка помогала в быту, но к детям относилась формально. В воспитании преобладали эмоциональное отвержение, недостаток поддержки и внимания. Не посещала детский сад.

В школу пошла с 7 лет. Училась слабо, без интереса. В подростковом возрасте стала пропускать уроки, употреблять спиртные напитки, курить. После 8 классов поступила в проф. училище. Учебу окончила формально, по специальности повар, не работала. Устроилась продавщицей. По характеру была обидчивая, вспыльчивая, по долгу не могла простить обиды, настроение колебалось по незначительным поводам, но преобладало пониженное, с раздражительностью. Проживала с матерью и отчимом, с которыми находилась в конфликтных отношениях, по долгу не разговаривала. Решила выйти замуж, «только чтобы уйти из дома», не общаться с родственниками. В начале супружеской жизни совместно с мужем употребляла спиртные напитки. Через несколько лет злоупотребления спиртным, на высоте похмельного синдрома развился приступ выраженного страха, паники, сопровождавшийся сердцебиением, повышением артериального давления, ощущением головокружения, нехватки воздуха, нечеткости восприятия реальности, «как будто помутнело в глазах», казалось, что теряет сознание. В

ходе приступа испытывала страх смерти, паника доходила до степени ужаса. Вызвали бригаду «скорой помощи», сделали укол для снижения артериального давления, рекомендовали обратиться к участковому терапевту. С этого времени стала чувствовать постоянную тревогу ожидания приступа, неоднократно обращалась к врачу, проходила лечение по поводу вегето-сосудистой дистонии по гипертоническому типу, но состояние не улучшалось. Приступы повторялись, часто вызывала «скорую». Чувствовала обиду и раздражение к мужу, который не сочувствовал, продолжать употреблять спиртное, в опьянении был груб и агрессивен. Из-за частых приступов, тревоги за здоровье ушла с работы. Находилась дома, боялась выйти в магазин, так как ощущала при выходе из дома сильную, нарастающую слабость, «казалось, что ноги подкашиваются», что теряет равновесие, упадет. В этот момент испытывала необходимость сесть, нехватку воздуха, бессилие. Повторно неоднократно обследовалась у терапевта с основной жалобой на выраженную слабость, проходила лечения в общесоматическом стационаре без заметного улучшения. Был выставлен диагноз: «Миастения», оформлена инвалидность 2 группы, не рабочая (мать пациентки являлась инвалидом с диагнозом «миастения», пациентка не раз наблюдала миастенические приступы, однако, мать на период наблюдения вела активный образ жизни, не ограничивала себя в передвижениях). Получала лечения в соответствии с основным диагнозом, постоянно находилась дома, опасалась задохнуться и умереть в миастеническом кризе. С мужем развелась и стала проживать отдельно (получила жилье по льготной программе, как инвалид). На улицу не выходила. Пенсию и продукты приносили на дом работники социальной службы, подруги, соседи. Состояние волнообразно ухудшалось, чаще после ссор с матерью, братом. При этом тревога по поводу здоровья постепенно стала менее актуальной, приступы паники «стертые», ограниченные ощущением сердцебиения, подъемом артериального давления, иногда сопровождались частыми позывами к мочеиспусканию, диареей. Многократно измеряла пульс и

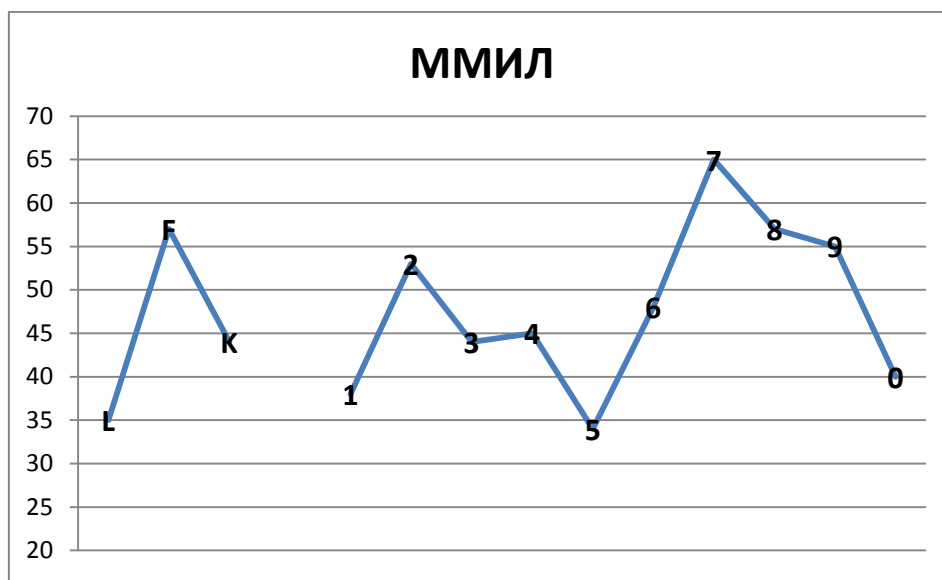
давление, «скорую» не вызывала, самостоятельно принимала бетта-блокаторы. Последние 5 лет по поводу миастении лечения не принимает, миастенических кризов не было, слабость присутствует, но не вызывает беспокойства. На первый план вышли сниженное настроение, чувство безысходности, одиночества. Самостоятельно обратилась к психиатру (посещал на дому), были назначены: amitriptilin, феназепам, консультация психотерапевта. Препараты принимала не регулярно, от случая к случаю, больше предпочитала снимать эмоциональный дискомфорт спиртными напитками, но злоупотребление отрицает, так как опасается развития панического приступа. Психотропные препараты существенно не влияют на мышечный тонус.

Посещение психотерапевта на дому.

Психический статус: в ходе беседы держится формально – вежливо, напряженно. Осторожно сообщает факты своей биографии, заметно стремление умолчать темы употребления спиртных напитков, инвалидности. Подозрительность, недоверие несколько ослабевают к концу беседы. Предъявляет жалобы на страх выходить из дома. Отмечает, что зависит от знакомых и подруги, которые помогают ей в решении вопросов, связанных с необходимостью куда-либо идти (иногда сопровождают ее, иногда ходят вместо нее). Часто конфликтует с ними и тогда не может обращаться к ним, находится в зависимом положении, тяготеет к ним. С раздражением рассказывает о родственниках, которые «не помогают», «не хотят понять ее», о поведении подруги, которая «пользуется» ею. Суждения категоричные, заметны контрастные оценки, противоречие которых больная не осознает. Настойчива в своей позиции, не терпит компромиссов, характерны экстрапунитивные реакции, слабое понимание своих и чужих чувств и побуждений, эгоцентрическая позиция. Убежденность в своей правоте приближается к сверхценным образованиям, которые удастся подвергнуть некоторой коррекции в ходе рациональной беседы.

Результаты психодиагностического исследования

ММИЛ: L-44, F-97, K-44, 1-86, 2-59, 3-78, 4-74, 5-68, 6-81, 7-88, 8-101, 9-76, 0-46.



Результаты тестирования достоверны, пациентка дает искренние ответы на пункты теста, ищет помощи.

Профиль ММИЛ свидетельствует о наличии отчетливой психосоциальной дезадаптации. Указанная дезадаптация обусловлена высокой тревогой с ограничительным поведением, что сочетается с протестными реакциями, сниженным самоконтролем и непосредственным выходом аффекта в поведение. Наряду с этим отмечается большое количество жалоб соматического характера, а также демонстративность и манипулятивное поведение.

Личность пациентки характеризуется также рядом психологических акцентов, которые состоят в склонности к фиксации на неприятных переживаниях с формированием трудно корректируемых экстрапунитивных установок. Фон настроения, активность и самооценка имеют тенденцию к колебаниям, при этом социальная включенность заметно снижена.

15 баллов (клинически выраженные симптомы тревоги)	10 баллов (субклинические проявления депрессии)
--	---

ОКО

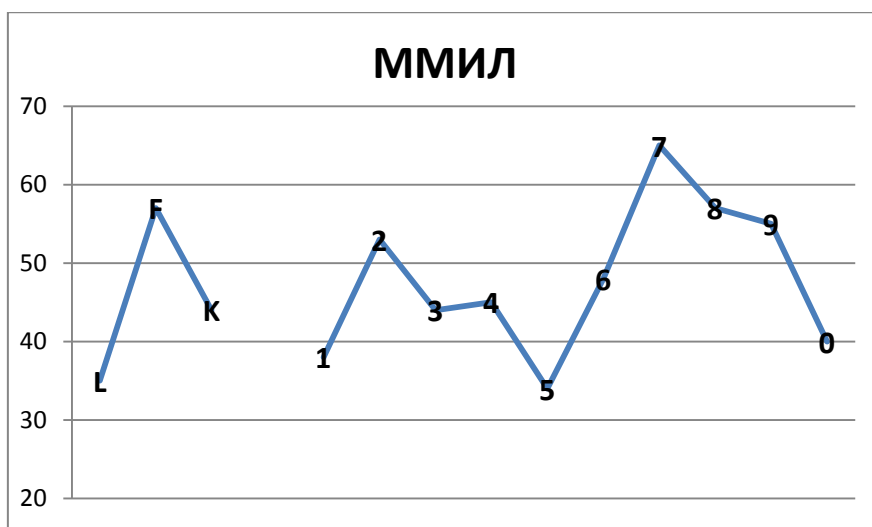
Шкала	Пункты	Показатели	Норма
Персонализация	13, 15, 16, 19, 20	13 баллов	8 баллов
Чтение мыслей	6, 8, 9, 14, 17	12 баллов	9 баллов
Категоричность	10, 11, 12, 21, 39	13 баллов	12 баллов
Катастрофизация	1, 2, 3, 10, 25	15 баллов	9 баллов
Выученная беспомощность	4, 5, 26, 28, 29, 35, 36, 38, 44	15 баллов	14 баллов
Максимализм	18, 21, 22, 24, 25	10 баллов	6 баллов
Избегание	9, 23, -27, 31, 33, 34, 35	10 баллов	12 баллов
Гипернормальность	32, 33, 37, 40, -41	11 баллов	11 баллов
Долженствование 11, 12, 39, 40, 21	11 баллов	9 баллов	9 баллов

Заключение: Основными источниками тревоги являются когнитивные искажения, связанные с катастрофизацией, негативным «додумыванием», отнесение на свой счет, максималистскими оценками, категоричностью суждений. Указанный паттерн ошибок суждения соответствует категоричному когнитивно-личностному стилю.

Таким образом, состояние пациентки на момент обращения к психотерапевту характеризовалось агорафобией, возникшим на фоне эмоционально-нейстойчивого расстройства личности, с алкогольной зависимостью, соматоформным и паническим расстройством в анамнезе.

Результаты психодиагностического исследования после терапии

ММИЛ: L-35, F-91, K-39, 1-91, 2-59, 3-78, 4-73, 5-63, 6-81, 7-**69**, 8-**83**, 9-**68**, 0-47.



Заключение. На фоне лечения состояние пациентки существенно улучшилось. Это было достигнуто, прежде всего, за счет уменьшения тревоги и связанного с ним ограничительного поведения. Уменьшились признаки деперсонализации. Улучшилось настроение, повысилась активность.

РМТ: я сейчас **2,6359** я в прошлом 3,789

я идеал **2,7897** я в будущем 3,6551

когнитивная сложность: **0,63**

Предметная категоризация: 3

Описательная категоризация: 3

Сопряженность: 0\1

Поляризация: 1\2

Заключение: в результате лечения дисбаланс самооценки снизился, уменьшилась сцепленность Я-концепции с прошлым. Одновременно изменилась структура сознания, что выразалось в некотором увеличении когнитивной дифференцированности и снижением описательной категоризации. При этом снизилась взаимосвязь смысловых структур. Сказанное косвенно свидетельствует о перестройке когнитивно-смысловой системы, период упрощения и трансформации.

ГШТД

В сравнении с тестированием до терапии – существенное уменьшение проявлений тревоги.

Тревога (норма до 8 баллов, 8-10 субклинический уровень, с 11 баллов клинически уровень)	Депрессия (норма до 8 баллов, 8-10 субклинический уровень, с 11 баллов клинически уровень)
10 баллов	10 балла

Терапия и динамика состояния

Медикаментозная терапия: Т Пароксетин 20 мг в сутки, Т. Атаракс 12,5 мг при с тревоге.

Психотерапия проводилась в соответствии с протоколом.

На начальном этапе: психобразование, объяснение природы приступов, вегетативных симптомов тревоги. Релаксация с элементами гипносуггестивной терапии (ресурсные трансы, проработка проблемы обиды к мужу), прогрессирующая мышечная релаксация, десенсибилизация (работа

с коллекцией страхов, шкалирование: места, куда боится пойти, интенсивность тревоги). Функциональные тренировки с врачом, домашнее задание на тренировки. Проблемы взаимоотношений (с матерью, братом, подругой, мужчиной-партнером). Формирование целей, ориентированных на расширение социальных контактов, развитие автономии, профессиональной занятости.

Динамика

На начальном этапе пациентка проявила высокую заинтересованность, активно работала над домашними заданиями, стала ходить самостоятельно вокруг дома, гуляла с собакой, доходила до ближайшего магазина, осуществляла поездки на такси в пенсионный фонд, на рынок, на машине брата - к матери в деревню. Актуальность тревожных приступов заметно снизилась. Освоила техники совладания с тревогой (техники отвлечения внимания). Настроение улучшилось, чему в значительной степени способствовало улучшение отношений с матерью. Категорически отказалась дальше увеличивать расстояние и список мест для самостоятельного посещения. Мотива для дальнейшей терапии не обнаружила. Повторно обратилась через 10 лет. Жалобы на сниженное настроение, проблемы взаимоотношений, одиночество. На приступы тревоги активно жалоб не предъявляла. Отмечала, что эпизодически состояние ухудшалось волнообразно. Обострения сопровождались приступами сердцебиения, беспокойством, иногда диареей. Эмоциональный компонент в структуре тревожных приступов изменился: превалирует отчаяние и чувство одиночество, в меньшей степени тревога. Избегающее поведение сохранялось, успешно манипулировала людьми, которые оказывали помощь, активно общалась, делала покупки с помощью интернета. Мотива на работу с агорафобическим избеганием при повторном обращении не было. Эффективность терапии антидепрессантами группы СИОЗС слабо положительный, не стойкий. Самочувствие значительно улучшилось после

того, как сошлась с мужчиной в гражданском браке (познакомилась в интернете, когда он находился в заключении).

Обсуждение

В преморбиде в ходе попустительского с эмоциональным отчуждением стиля воспитания у пациентки сформировались эмоционально-неустойчивые черты личности, что проявлялось в неустойчивом настроении, вспыльчивости, конфликтности, склонности вступать в неустойчивые отношения, в том числе на основе совместной алкоголизации.

О формировании алкогольной зависимости в преморбиде можно утверждать по наличию похмельного синдрома, который пациентка купировала алкоголем до первого панического приступа.

Началом клинических проявлений тревожного расстройства являлся панический приступ, возникший на высоте похмельного синдрома. Приступ сопровождался сердцебиением, повышением артериального давления, нечеткостью восприятия окружающего и собственной измененности, интенсивным страхом смерти. Таким образом, в структуре приступа наряду с выраженными вегетативными проявлениями имели место деперсонализационно-дереализационные нарушения и катастрофическая оценка состояния.

Длительное лечение и многократные обследование у врачей соматического профиля, связанные с многочисленными тревожными приступами, соматовегетативными нарушениями, синдромом общего недомогания, что позволяют предположить о развитии у пациентки на фоне ипохондрической фиксации на соматических симптомах соматоформного расстройства с симптоматикой, квалифицированной как «миастения». В пользу диагноза «соматоформное расстройство», а также наличия рентных установок, свидетельствует тот факт, что после установления бессрочной группы инвалидности по поводу миастении пациентка прекратила

специфическую терапию, перестала посещать лечащего врача и после нескольких лет симптомы миастении не проявились (в том числе на фоне психотропных лекарственных средств, имеющих в побочных эффектах миорелаксацию). В ходе развития расстройства на первый план вышли симптомы вегетативной дисфункции (сердечно-сосудистой и кишечной), избегания мест, где может развиваться приступ и «никто не поможет» (магазин, общественный транспорт). Затем пациентка стала избегать покидать свою квартиру, оставаться дома одной. В связи со страхом одиночества в квартире всегда живут квартиранты. Межличностные затруднения определяются личностным расстройством и агорафобическим синдромом. Отношения зависимости сопровождались гневливостью, вспыльчивостью и приводили к частым разрывам отношений, поверхностным нестойким социальным связям, манипулятивному поведению. С родственниками большую часть времени не общалась, вела судебные тяжбы с ними за имущество.

На последующих этапах заболевания были характерны усиление социальной дезадаптации, ограничительного поведения с развитием депрессивного синдрома (чувством безысходности, одиночества, пессимизмом, неудовлетворенности, усилением раздражительности, с оттенком дисфории, увеличением гетероагрессивных тенденций).

Особенности когнитивного функционирования проявлялись в бедности речи, однообразии, схематизме и стереотипиях суждений. Важными особенностями мышления пациентки также являлись когнитивный дефицит (сниженная способность к абстрагированию, обобщению, неустойчивость внимания, трудности его переключения, эпизодически замедленность ассоциативного процесса), а также нарушения логичности суждений за счет преобладания аффективных и образных представлений. Для пациентки была характерна также амбивалентность мышления вследствие сниженной способности осознавать и корректировать противоречия собственных взглядов из-за неразвитых рефлексивных функций. Оценки были

контрастны, зачастую поверхностны и непоследовательны («черно-белое», дихотомическое мышление). Способности к анализу ситуации, прогнозированию на основе оценки вероятностей не достаточно развиты. Пациентка была фиксирована на самочувствии, симптомах общего недомогания, охвачена беспокойством по поводу своего здоровья. Вместо взвешенного внутреннего диалога, последовательного рассмотрения альтернатив имела место склонность принимать крайнюю точку зрения как единственную, с которой пациентка себя отождествляет.

Самосознание характеризуется алекситимией, при которой больная затруднялась вербализовать собственные эмоции и побуждения из-за внешне ориентированного мышления и амбивалентности чувств, их недостаточной дифференцированностью и интеграцией (по данным РМТ снижение когнитивной дифференцированности, способности к дифференцированному восприятию предметов и их свойств). Так, при попытке конкретизировать ощущения и переживания во время панического приступа, больная склонна к неопределенным формулировкам: «чувствую себя плохо», «все плывет, надо лечь из-за ощущения дискомфорта в теле», что отражает деперсонализационные нарушения.

Другим наблюдаемым расстройством самосознания являлись диссоциация, проявляющаяся в том, что пациентка была погружена в свои ощущения (абсорбция), наблюдения за симптомами общего недомогания (слабость, неопределенный дискомфорт в теле), деятельностью сердечно-сосудистой системы (постоянно отслеживает ощущения в области сердца, измеряет пульс и артериальное давление) с целью контроля, субъективно снижающего тревогу.

Для пациентки было характерно также нарушение ментализации, способности понимать, прогнозировать эмоции и поведение других людей. Поведение окружающих интерпретировалось пациенткой как проявление недоброжелательности и агрессии (по механизму проекции собственной гетероагрессивности). В конфликтах стереотипно обвиняла родственников и

знакомых в использовании и предательстве по отношению к ней. Характерным было также усиление симптоматики (соматоформных проявлений и депрессивных симптомов) в конфликтных ситуациях. Но пациентка отрицала связь между симптомами и трудностями взаимоотношений.

Характерными когнитивными искажениями, поддерживающими тревогу (по тесту ОКО), являлись катастрофизация, «чтение мыслей», персонализация, категоричность. Данный когнитивный стиль смешанный и свидетельствует как о нечеткости границ «Я», так и о наличии «черно-белого» мышления по типу «все или ничего». Для такого когнитивного стиля характерны «смещение» фактов и мыслей, нечеткая дифференциация своих чувств и мыслей и переживаний других людей, что сочетается с категоричным оценочным подходом к ситуациям и поведению, с недостаточным пониманием континуума свойств, сосуществованием противоречивых оценок, которые пациентка не могла в полной мере осознать и компенсировать.

Динамика в ходе лечения клинически проявлялась в снижении параксизмальной тревоги и актуальности ипохондрических переживаний, улучшении настроения, повышении активности, в частичном преодолении избегающего поведения. По данным повторного тестирования обнаруживалось снижение диссоциативных нарушений, симптомом деперсонализации (по МРТ и ММИЛ), а также дихотомичности мышления (по тесту ОКО). Вместе с тем, сохранялись когнитивные нарушения, характерные для «магического» мышления (нарушение границ «Я», «смешивание» мыслей и фактов).

Устойчивость агорафобического избегания было во многом обусловлено ригидными установками (использует инвалидность в судебных исках на родственников) и стойкой иждивенческой позицией.

Лечебно-реабилитационные мероприятия

Было рекомендовано дальнейшее развитие навыков саморегуляции (дыхательные техники, приемы отвлечения, релаксации), преодоление алекситимии (в техниках когнитивно-поведенческой психотерапии), развитие ментализации (межперсональная психотерапия). Рекомендуемое медикаментозное лечение в период проявления депрессивных симптомов антидепрессанты группы СИОЗС (пароксетин).

Рекомендована также глубинная психотерапия с работой над осознанием и реконструкцией системы ценностей и смыслов, с формированием мотивации на изменение образа жизни и взаимоотношений с людьми.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ №4

Больная Дз., 23 года

Образование высшее, экономическое. Находится в отпуске по уходу за ребенком (1,5 года), продолжает грудное вскармливание.

Диагноз: Генерализованное тревожное расстройство (F-41.1).

Из анамнеза: родилась от первой нормально протекавшей беременности и родов. Старшая из двух дочерей в семье. К психиатрам, наркологам за помощью родственники не обращались. Отец мягкий по характеру, эпизодически злоупотребляет спиртными напитками, в периоды эмоциональных кризисов, неудавшихся «авантюр», «уходит в запой», который прекращался под давлением матери, а также при улучшении внешних обстоятельств. Мать по характеру властная, жестко критиковала в том числе за будущие проступки, контролировала, воспитание без эмоциональной поддержки и теплоты.

Ничем серьезно не болела. Детский сад не посещала, так как оставалась с бабушкой. Из ранних ярких воспоминаний пациентка отмечала поход в цирк в 4 года, при котором все представление плакала: «жалко животных», «как увижу кнут, так в слезы», боялась за акробатов, что разобьются», «плакала с клоунами, когда видела искусственные слезы», «страшно, когда фокусник кого-то распилит». Любила групповые игры в театр, была конферансье, нравилось внимание, очень старалась получить похвалу. С 5 лет после рождения младшей сестры «чувствовала себя лишней». Пациентка также сообщила, что в семье не чувствовала эмоционального тепла, ревновала к сестре, которая «как-то призналась, что долгое время считала ее няней, а не своей сестрой и дочерью своих родителей». Жестко наказывали, закрывали в гараже, не раз несправедливо обвиняли в попытке обмануть или

украсть. В общении со сверстниками была избирательна. В 12 лет после переезда, в новом классе «не смогла влиться в коллектив». Одноклассники шутили над внешним видом, «закидывали на дерево портфель». Так длилось, пока не перешла в другой класс, где нашла друзей, с которыми поддерживала отношения длительное время. Училась средне, часто зубрила, больше переживала за отметки, а не за понимание предмета, так как боялась гнева матери. С будущим мужем начала встречаться в старших классах. Очень привязалась к молодому человеку, чувствовала себя защищенной, нравилось его покровительственное отношение к ней. В период армейской службы своего жениха много общалась с будущей свекровью, которая сначала проявляла тепло и сочувствие. Однажды свекровь стала упрекать за «слишком короткую юбку», «за посещение дискотеки». Чтобы угодить ей, перестала куда-либо ходить, общаться с подругами. Стала опасаться, что ведет себя «слишком свободно», «может быть, обращаю внимание на мужчин на улице». Испытывала чувство вины перед будущим мужем и его матерью. Считала себя «недостойной его», «распущенной». Снизилось настроение, чувствовала постоянное напряжение, беспокойство по – поводу своего несоответствия требованиям окружающих.

Поступила в экономический ВУЗ, по настоянию родителей, отказавшись от желания учиться на дизайнера. Училась без интереса, забеременела на последних курсах. Окончила формально, не работала, ухаживала за ребенком.

К моменту возвращения жениха из армии и замужеству, сложились натянутые отношения со свекровью. Считала, что свекровь настраивает мужа против нее, что муж эмоционально привязан к матери, больше ей доверяет. Ежедневные звонки мужа матери, откровенные беседы с ней, вызывали чувство обиды и неуверенность. Последние 2 года находилась дома с ребенком (муж много работает, родители проживают в другом городе). Испытывала чувство одиночества, постоянное беспокойство, волнение по

поводу того, что она недостаточно хорошая хозяйка, жена и мать. Испытывала панику, когда поднималась температура у дочери, опасаясь, что не справится, «случиться что-то страшное». Появилась выраженная усталость, но расслабиться не могла себе позволить, так как «все нужно успеть к приходу мужа», чтобы угодить ему. Муж часто находил повод для критического замечания, считал ее неаккуратной, расточительной в деньгах (очень ограничивал в средствах, контролировал покупки по чекам), причиной ее переживаний считал лень, недостаточную занятость. Участились ссоры, муж «потерял интерес, как к женщине», критиковал фигуру, так как набрала в весе после родов. Испытывала сильную обиду и ревность к свекрови, стала бояться развода. В поведении появились суетливость, чувство «потери почвы», рассеянность, часто опаздывала, не смотря на то, что готовилась к любому выходу заранее.

Около трех месяцев назад, гуляя с дочерью, увидела мусор на тротуаре. Возникла мысль, что вещи могли принадлежать больному ВИЧ инфекцией или венерическим заболеванием, что она могла наступить и не заметить этого, контактировать и заразиться. И хотя при уточнении пациентка подтверждала, что не прикасалась к мусору, но сомнения не отступали по мере новых и новых фантазий о контактах с мусором. В воображении рисовала картины, как берет мусор в руки, кровь больного, которая попадает ей на кожу, как бы запугивая себя наиболее неприемлемыми образами. Произвольно остановиться в своих сомнениях и фантазировании не могла, испытывала панику, чувство отчаяния и бессилия. Больная отдавала себе отчет в том, что тревога необоснованная и преувеличенная, но чувство потери контроля над ней приводило к мысли, что «сходит с ума», что послужило и поводом для обращения к психотерапевту.

Психический статус. На прием опоздала. Заходит, тяжело дыша, долго извиняется. Двигательное возбуждение: часто меняет позу в кресле, совершает много мелких движений. Выражение лица испуганное, при

предъявлении жалоб – страдальческое. Многословна, речь быстрая. Жалуется на выраженную усталость, на сильное беспокойство по разным поводам и «ненормальные» страхи. Часто переспрашивает, насколько серьезны ее нарушения. Отмечает, что опасается все рассказывать, так как ждет «серьезного» диагноза и боится этого. Думает, что «сходит с ума»; высказывает беспокойство, «поставят ли ее теперь на учет», «сообщат ли родственникам о ее диагнозе». В эмоциональной сфере преобладает беспокойство, неуверенность. Мышление характеризуется преувеличенно негативными (катастрофическими) прогнозами в любых ситуациях с неопределённым исходом или при нехватке информации. При появлении нужных сведений или аргументов быстро успокаивается, отношение к ситуации меняется на более адаптивное. При этом, утверждает, что тоже думала так, как говорит психотерапевт, но необходимо, чтобы аргументация была предоставлена кем-то, кому она доверяет. Рассуждая самостоятельно, продолжает сомневаться, не доверяет себе. Самооценка снижена: считает себя не компетентной, беспомощной, по сравнению с другими, успешными и адекватным.

Результаты психодиагностического исследования до терапии

РМТ: 1, 71 – я сейчас

5,49 – я идеал

Когнитивная сложность: 0,68, категоризация: 3\9; сопряженность 1\0; поляризация 1\0.

Заключение: имеются признаки существенно нарушенной самооценки, что обусловлено значительным расхождением между ожиданием от себя, идеализированными представлениями о своей личности и реальной оценкой своих качеств.

Когнитивная дифференцированность понижена, при достаточно сохранном уровне предметной и описательной категоризации.

ГШТД:

Тревога (норма до 8 баллов, 8-10 субклинический уровень, с 11 баллов клинически уровень)	Депрессия (норма до 8 баллов, 8-10 субклинический уровень, с 11 баллов клинически уровень)
15 баллов (клинически выраженные симптомы тревоги)	9 баллов (субклинические проявления депрессии)

ОКО

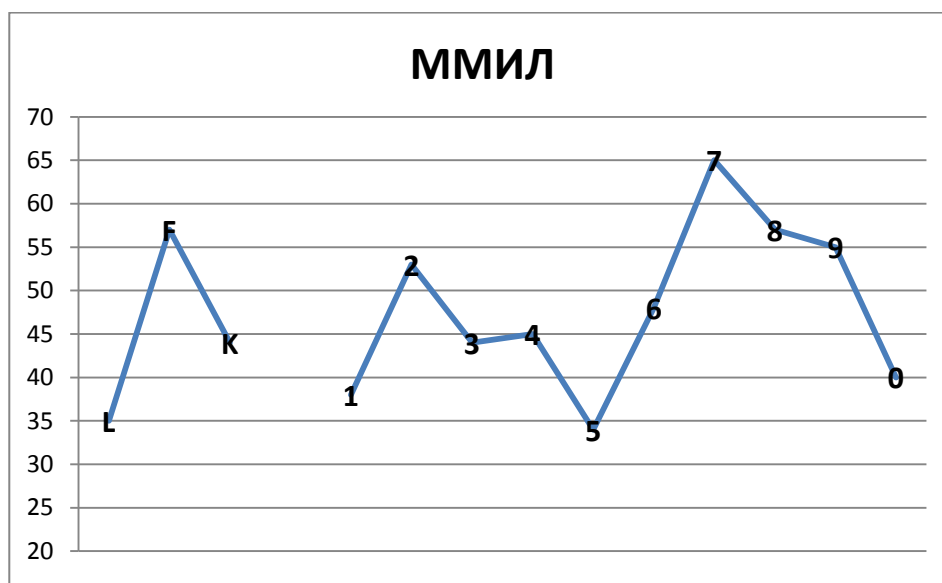
Шкала	Пункты	Показатели	Норма
Персонализация	13, 15, 16, 19, 20	15 баллов	8 баллов
Чтение мыслей	6, 8, 9, 14, 17	15 баллов	9 баллов
Категоричность	10, 11, 12, 21, 39	8 баллов	12 баллов
Катастрофизация	1, 2, 3, 10, 25	13 баллов	9 баллов
Выученная беспомощность	4, 5, 26, 28, 29, 35, 36, 38, 44	15 баллов	14 баллов
Максимализм	18, 21, 22, 24, 25	18 баллов	6 баллов
Избегание	9, 23, -27, 31, 33, 34, 35	15 баллов	12 баллов
Гипернормальность	32, 33, 37, 40, -41	18 баллов	

			11 баллов
Долженствование 11, 12, 39, 40, 21	11 баллов	14 баллов	9 баллов

Заключение: Основными источниками тревоги являются когнитивные искажения, связанные с преувеличением опасности, негативным «додумыванием», пониженной самооценкой и декларированием повышенной моральной ответственности, субъективном чувством беспомощности, и перфекционизмом. Указанный паттерн ошибок суждения соответствует смешанному избегающему и категоричному когнитивно-личностному стилю.

ММИЛ: L-33, F-71, K-43.

1-38, 2-65, 3-49, 4-45, 5-39, 6-49, 7-76, 8-68, 9-59, 10-40



Заключение: Результаты тестирования достоверны, пациентка дает искренние ответы на пункты теста, ищет помощи.

Профиль ММИЛ свидетельствует о наличии отчетливой психосоциальной дезадаптации. Указанная дезадаптация обусловлена высокой тревогой с ограничительным поведением, что сочетается с пониженным настроением и ощущением собственной неадекватности.

Наряду с этим отмечается зависимое поведение, поиск контактов, повышенная потребность к социальной вовлеченности.

Личность пациентки характеризуется также рядом психологических акцентов, которые состоят в склонности к колебаниям настроения, активность и самооценка имеют тенденцию снижению.

Сочетание шкал профиля ММИЛ указывает на существование устойчивого избегающего и зависимого паттерна поведения, с тенденцией к пессимизму, снижению самооценки, имеют место также признаки устойчивой деперсонализации.

Таким образом, состояние пациентки на момент обращения к психотерапевту характеризовалось генерализованным тревожным расстройством у личности с тревожно-зависимыми чертами.

Результаты повторного психодиагностического исследования после 3 месяцев терапии

РМТ : я сейчас -3,76

Я идеал – 5,57

Когнитивная сложность: 0,63, категоризация: предметная - 4, описательная - 4; сопряженность 1\0; поляризация 1\1.

Заключение: в результате лечения дисбаланс самооценки уменьшился. Одновременно изменилась структура сознания, что выражалось в увеличении когнитивной дифференцированности, предметной категоризации и снижении описательной категоризации, что свидетельствует об преобладании рациональных (абстрактно-логических) суждений над образным мышлением.

HADS: тревога: 12 баллов; депрессия: 3 баллов.

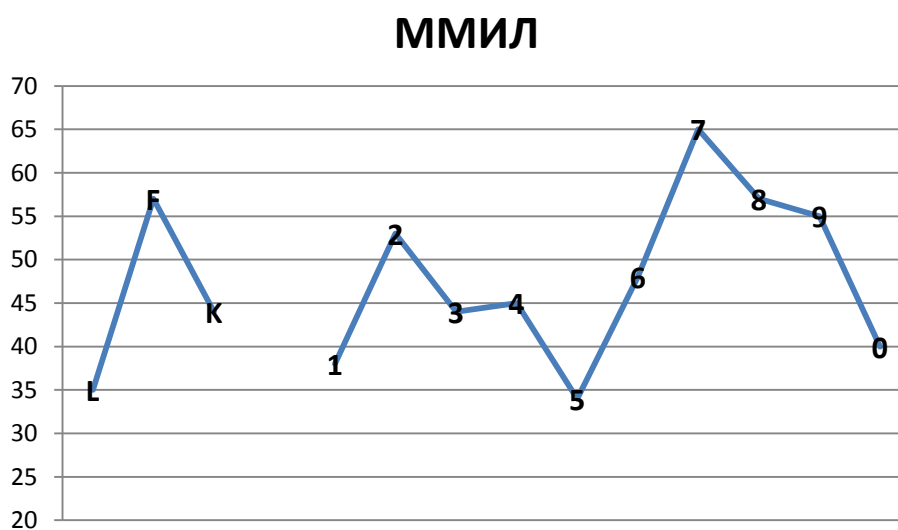
Тревога	Депрессия
---------	-----------

(норма до 8 баллов, 8-10 субклинический уровень, с 11 баллов клинически уровень)	(норма до 8 баллов, 8-10 субклинический уровень, с 11 баллов клинически уровень)
12 баллов (клинически выраженные симптомы тревоги)	3 баллов (субклинические проявления депрессии)

Заключение: тревога клинически выражена, но существенно меньше, чем при обращении. Депрессивных симптомов нет, настроение значительно улучшилось.

ММИЛ: L-35, F-57, K-44.

1-38, 2-53, 3-44, 4-45, 5-34, 6-48, 7-65, 8-57, 9-55, 10-40.



На фоне лечения состояние пациентки существенно улучшилось. Это было достигнуто, прежде всего, за счет уменьшения тревоги и связанного с ним ограничительного поведения. Значимо редуцировались симптомы дереализации, улучшилось настроение, увеличилась уверенность в себе.

Обсуждение

Воспитание характеризовалось гиперконтролем, недостатком эмоциональной поддержки, жесткой критикой. У пациентки сформировался

характер с тревожно-зависимыми чертами: робость, впечатлительность, неуверенность в себе, установка на стандарты социально одобряемого поведения, стремление заслужить похвалу, повышенная самокритичность и избыточное доверие к критике в свой адрес, сниженная самооценка, чувство собственной недостаточности, склонность подолгу переживать по поводу неудач и предстоящих событий, склонность формировать зависимые отношения, выраженный страх ответственности.

Начало клинических проявлений расстройства около 18 лет, связано с проблемой зависимости-самостоятельности: в армию ушел жених, который опекал и эмоционально поддерживал. Попытка заручиться эмоциональной поддержкой будущей свекрови привела к многим значимым самоограничениям, сомнениями в отношении соответствия требованиям будущего мужа и его матери. Отказалась от общения с подругами, развлечений. Опасения в «правильности» своего поведения привели к постоянному предвзятому самонаблюдению, навязчивым сомнениям в отношении того, что она делает правильно или не правильно. Здесь проявился феномен смешивания мыслей и действий («Вдруг я смотрю на мужчин на улице»). В некритичном принятии критики со стороны окружающих проявляется экстернализация сниженной самооценки. Характерно также негибкое следование моральным правилам и нормам с целью избежать возможных неприятностей. В целом избегающий когнитивный стиль с нарушением или нечеткостью границ «Я», с катастрофальным прогнозированием. Пациентка обнаруживает также установку на необходимость тревожиться, чтобы не сделать что-то недостойное и потерять жениха. Большая часть тревожных опасений носят синтонный с личностью характер, сопряжены с установками и ценностями пациентки, в отличие от навязчивых опасений, которые также отмечаются у пациентки и носят кощунственный характер (например, пациентка отмечала страх, сто потеряет самоконтроль и разденется в публичном месте).

Навязчивые сомнения носили нестойкий характер, не доминировали в клинической картине, уступая место беспокойству по различным текущим проблемам. В ситуациях с неопределенным исходом или бытовых трудностях, имели место катастрофическая оценка ситуации или ожидание наихудшего их прогнозов, без учета вероятностей. Критические замечания мужа, подруги, свекрови, родителей определяют круг ситуаций, вызывающих тревогу и беспокойство, в основном, связанных с выполнением социальных ролей (хорошая\плохая жена, хозяйка, мать, дочь, подруга). Другой темой, вызывающей тревогу, является сфера здоровья (своего, дочери, родных). Беспокойство за здоровье связано с различными ситуациями (простуда, отравление, повреждение родинки, загрязнение посуды, продуктов, прием лекарств с возможными побочными эффектами, привыканием; заражение при контакте с кровью, грязной обувью и т.д.) и могло проявляться от невыраженных опасений до паники и ужаса, носить мимолетный сиюминутный характер или устойчивый постоянный.

После рождения дочери в клинической картине появился субдепрессивные проявления с чувством вины, сниженным настроением и самооценкой, тревогой за будущее.

Последнее ухудшение состояния, связано с субъективным ощущением «охлаждения» мужа, после повторных ссор, его «сближения» со свекровью, страхом развода, страхом прервать грудное вскармливание (кормит «по требованию», не может даже на несколько часов отлучиться от ребенка). Клинически оно проявилось снижением настроения, чувством одиночества, постоянной усталости и тревоги по различным поводам, чувством «потери почвы», суетливостью в поведении, рассеянностью. На этом этапе постоянная тревога по различным поводам, синтонная с личностью, осложняется навязчивым страхом заражения ВИЧ-инфекцией или венерическим заболеванием (мизофобия) с кошмарными руминациями с

критическим отношением к ним, послужившим поводом для обращения за психиатрической помощью.

По данным психологического тестирования у больной «избегающий» когнитивный стиль, сопряженный также с нарушением прогнозирования, которое проявляется преувеличением негативных последствий в ситуациях с неопределенным исходом, преувеличенным чувством опасности (доминирование убеждения: «Мир – опасное место»). Когнитивная дифференцированность снижена, то есть характерны глобальность восприятия действительности, при котором один стимул дает неадекватно генерализованный оклик. Клинически это проявляется усилением тревоги по многим поводам при стрессовой ситуации только в одной области. Тревожные опасения возникали на фоне дефицитарных когнитивных симптомов: нарушения переключения и устойчивости внимания, замедление ассоциативных процессов, их повышенной истощаемости.

Дискретность «Я»-образа (по данным РМТ) свидетельствует о глубоком конфликте самооценки.

Страх заразиться ВИЧ-инфекцией или венерическим заболеванием через прикосновение к каплям крови на асфальте или мусору (мизофобия) содержит яркое эмоционально заряженное представление, образ, который связан не столько с симптомами пугающих болезней, сколько с негативной оценкой окружающих: «Если у меня обнаружится ВИЧ, муж поймет, что я распутная». Указанное образное представление (кататимный компонент мышления) вступает в диссонанс с словесно-логическим мышлением (отсутствие предостережения в случайном прикосновении к мусору). Разрешить противоречие не удастся по причине недостаточной рефлексии, как в отношении субъективного значения неприятных образов, так и в отношении их несоответствия логике. Таким образом, отсутствие интеграции аффективно-образного и словесно-логического мышления определяет

феномен слияния мыслей-действий, при которых «размывается» граница между тем, что было на самом деле, и тем, что представлялось в воображении, характерных для пациентки.

Личностные изменения выражались в поиске опеки и поддержки с формированием зависимого поведения, регрессией в детскую позицию беспомощности, слабости, некомпетентности.

Лечение

Медикаментозная терапия не назначалась (по причине продолжения грудного вскармливания).

Проводилась психотерапия в соответствии с протоколом. В отношении страха заражения облегчение навязчивых сомнений принесло осознание (принятие), что «нарушений памяти», при которых она могла бы сделать неприемлемые действия и забыть, у нее нет. В директивной форме проводилось (не однократно) рациональное разъяснение функций памяти, признаков ее сохранности с последующей констатацией факта нормально функционирующей памяти. В результате на 4 сеансе отметила, что страх присутствует, но потерял значимость и актуальными стали проблемы взаимоотношений с мужем. Работа над иррациональными убеждениями, вызывающими тревогу (когнитивн-поведенческая психотерапия), имела положительный эффект. Так было достаточно записать идею (или проговорить), как ее неадекватность становилась очевидной для пациентки. Заметную положительную динамику принесла работа с проблемами межличностных отношений (с мужем, родителями). Прорабатывались зависимое поведение, анализ роли жертвы. Использовались домашние задания: методика «четырех колонок», гештальт-техники (на осознание границ между реальным объектом и мысли о нем: что вижу, слышу, ощущаю, что думаю, чувствую), поведенческие задания – навыки «выхода из игры», прерывающие манипуляции партнера.

Через 3 месяца психотерапии: дезактуализация страха заразиться, улучшилось настроение, стала более уверена в себе, напряжение в отношениях с мужем снизилось, более открыто и настойчиво высказывает свою точку зрения, предлагает компромиссные решения, больше общается с подругами. Ориентирована на прекращение грудного вскармливание и поиск работы в ближайшем будущем.

Лечебно-реабилитационные мероприятия

Рекомендуется продолжение психотерапевтического лечения с целью дальнейшей работы с глубинными иррациональными установками, осознания функций тревоги, развитием границ личности, самостоятельности, уверенности в себе, коммуникативных навыков.

Список литературы

1. Аведисова А. С. Тревожные расстройства. В кн.: Александровский Ю.А. «Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение». М. ГЭОТАР-МЕД, / А. С. Аведисова, 2004. 66–73 с.
2. Агамамедова И. Н. Комбинированная терапия панического расстройства и агорафобии (фармакотерапия и когнитивно-поведенческая психотерапия): диссер.....кандидата медицинских наук: 14.00.18. М. / И. Н. Агамамедова, 2008. 186 с.
3. Андреева Г. М. Социальная психология. –М.: Аспект-ПрессNo Title / Г. М. Андреева, 2007. 363 с.
4. Барыльник Ю.Б., Филиппова Н.В., Деева М.А. С. О. Ю. Взаимосвязь когнитивных расстройств, не достигающих степени деменции, аффективной патологии и нарушений сна у пациентов 55-65 лет // БМИК. 2016. № 4. С. 382–385.
5. Березин Ф.Б., Мирошников М.П. С. Е. Д. Методика многостороннего исследования личности. Структура, основы интерпретации, некоторые области применения. 3-е изд., испр. и доп. М.: «Березин Ф.Б.» / С. Е. Д. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., 2011. 320 с.
6. Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж: НПО «МОДЭК» [Электронный ресурс]. URL: http://pedlib.ru/Books/4/0363/4_0363-1.shtml (дата обращения: 07.03.2021).
7. Бобров, А. Е., Файзрахманова, Е. В., Гомозова А. К. Дифференцированная клиничко-психологическая оценка больных с различными вариантами тревожных расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. № 3. С. 43–48.
8. Бобров А. Е. Клиничко-психологические характеристики когнитивного личностного стиля и вопросы дифференцированной терапии тревожных расстройств // Новости науки и техн. Сер. Мед. Вып. (Психиатрия) ВИНТИ. 1997. С. 1–6.
9. Бобров А. Е. Генерализованная тревога в общей медицинской практике / А. Е. Бобров, Москва: «Кван», 2004. 8–11 с.
10. Бобров А. Е. Тревожные расстройства: их систематика, диагностика и фармакотерапия // РМЖ. 2006. № 4 (14). С. 328–332.
11. Бобров А. Е. Методологические вопросы диагностики психических расстройств и современные программы подготовки специалистов в

психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. № 2 (24). С. 50–54.

12. Бобров А. Е. Дискуссионные заметки о современной психиатрии (методологический аспект) // Независимый психиатрический урнал. 2016. № 3. С. 22–27.

13. Бобров А. Е. Межпоколенческий разрыв и методологические проблемы современного психиатрического образования // Независимый психиатрический журнал. 2019. № 1. С. 10–17.

14. Бобров А. Е. Персонализированная психиатрическая помощь и психотерапия // Российский психиатрический журнал. 2020. № 1 (0). С. 49–56.

15. Бобров А. Е., Файзрахманова Е. В. Опросник когнитивных ошибок как инструмент оценки компонентов патологической тревоги // Неврология Психиатрия №. 2017. № 8 (137). С. 59–65.

16. Бобров А.Е., Краснослободцева Л.А. М. Е. М. Прокогнитивные эффекты флувоксамина (предварительные данные) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. № 6 (118). С. 43–49.

17. Бобров А.Е., Старостина Е.Г. М. Е. Н. Бензодиазепиновая проблема: о чем свидетельствует опыт применения тофизопама (Грандаксина) // Клиника и терапия психических расстройств. 2012. № 4. С. 19–25.

18. Бобров А.Е. Г. С. А. Агорафобия: клинические проявления и особенности личности // Депрессия и коморбидные расстройства. М. [Электронный ресурс]. URL: http://mniip-repo.ru/view_statiy.php?id=4297 (дата обращения: 18.09.2021).

19. Бобров А.Е. К. М. . Взаимодействие психотерапевта и участковых терапевтов поликлиники: сравнение результатов работы по консультативной модели и модели сопровождения // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. № 3. С. 72–78.

20. Бобров А.Е. К. М. А. Дифференциальная психотерапия тревожных расстройств и клиничко-психологические характеристики когнитивного личностного стиля. В кн.: Тревога и обсессии. М., 1998. С. 306-317. С. 1–16.

21. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В. Д. А. Б. Панические атаки (руководство для врачей) / Д. А. Б. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В., 2004. 403 с.

22. Ганзин И. В. Нарушение самосознания при тревожно-фобических расстройствах // Электронный научный журнал Курского государственного

университета. 2015. № 4. С. 36.

23. Гиндикин В. Я. Лексикон малой психиатрии. М. / В. Я. Гиндикин, 1996. 576 с.

24. Гордеева Т. О. Оптимистический/ пессимистический стиль мышления, психологическое благополучие и проблема продолжительности жизни россиян // Материалы III Всероссийского форума «Здоровье нации- основа процветания России». М. [Электронный ресурс]. URL: <https://istina.msu.ru/conferences/presentations/2131328/> (дата обращения: 08.09.2021).

25. Дзампаев А.Т., Суворова И.А. Д. И. В. Клинический потенциал и перспективы применения препарата бупирон в терапии тревожных расстройств // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. № 8 (114). С. 94–104.

26. Довженко Т. В. [и др.]. Организация психиатрической помощи пациентам первичного звена здравоохранения: тез. докл. // Сб. материалов науч. конф. «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы» (Казань, 23-26 сентября). 2015. С. 537.

27. Жане П. Неврозы. Пер. с франц. М.: «Космас» / Жане П., 1911. 315 с.

28. Захаров Н.П. Сравнительная оценка когнитивных стилей, организующих поведение личности в норме и при пограничной психической патологии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2006. № 8. С. 4–12.

29. Карвасарский Б. Д. Неврозы (руководство для арвчей) / Б. Д. Карвасарский, 1980. 448 с.

30. Краснов В. Н. Тревожные расстройства: их место в современной систематике и подходы к терапии // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. № 3 (18). С. 23–29.

31. Краснов В. Н. Диагноз и классификация психических расстройств в русскоязычной психиатрии: раздел расстройств аффективного спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. № 4 (20). С. 58–63.

32. Краснов В. Н. Психоорганический синдром как предмет нейропсихиатрии // Доктор.ру. 2011. № 4 (63). С. 34–42.

33. Лакосина Н. Д. Клинические варианты невротического развития. М. Медицина, 1970 г. // М. Медицина [Электронный ресурс]. URL: <https://meshok.net/?related=Лакосина+Н.Д.+Клинические+варианты+невротического+развития.+М.+Медицина%2C+1970+г.+%28Б14453%29> (дата

обращения: 18.09.2021).

34. Лапин И. П. Согласие - фактор, определяющий общение пациента и врача и успешность лечения // Клиническая медицина. 1999. № 11. С. 5–18.

35. Левин, О.С., Ляшенко Е. А. Тревога и коморбидные состояния // Нервные болезни. 2016. № 1. С. 28–34.

36. Мартынихин, И.А., Незнанов Н. Г. Особенности диагностики генерализованного тревожного расстройства российскими психиатрами: результаты исследования с использованием оценки кратких клинических описаний // Современная терапия психических расстройств. 2018. № 4. С. 47–55.

37. Меграбян А. А. Деперсонализация. Ереван: Армгосиздат / А. А. Меграбян, 1962. 356 с.

38. Мэй Р. Смысл тревоги // Изд. «Институт общегуманитарных исследований». 2016. С. 416.

39. Павличенко А.В. Ч. Д. А. Паническое расстройство с агорафобией: вопросы диагностики и коморбидность. // Независимый психиатрический журнал. 2012. № 2. С. 16–23.

40. Падун М. А. Когнитивный стиль и депрессия // Экспериментальная психология. 2009. № 4 (2). С. 81–90.

41. Петренко В. Ф. Построение семантических пространств как метод и форма модельного представления. // Вестник Самарского Университета. 1998. № 3. С. 132–141.

42. Полищук, Ю.И., Летникова З. В. Многофакторные причины возникновения и развития непсихотических депрессивных и тревожных расстройств в позднем возрасте // Социальная и клиническая психиатрия. 2019. № 2 (29). С. 86–92.

43. Полищук Ю.И. Ф. Д. Д. Очерки пограничной геронтопсихиатрии. Смоленск. / Ф. Д. Д. Полищук Ю.И., 2012.

44. Похилько В.И. Ф. Е. О. Техника репертуарных решеток в экспериментальной психологии личности // Вопросы психологии. 1984. № 3. С. 18–21.

45. Самедова Э. Ф. Легкое когнитивное расстройство в структуре психоорганического синдрома // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. № 2 (27). С. 95–102.

46. Свядощ А. М. Неврозы: руководство для врачей. Спб.: «Питер». / А. М. Свядощ, 1997. 217 с.
47. Симонов П. В. Избранные труды в 2-х томах. Мозг, эмоции, потребности, поведение. Том 1. М.: «Наука». / П. В. Симонов, 2004. 365 с.
48. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М. // Мндицинское информационное агенство. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.mmbook.ru/catalog/terapija/100446-detail> (дата обращения: 16.09.2021).
49. Тукаев Р. Д., Кузнецов В.Е., Москаленко Д.А П. Н. М. Оценка эффективности психотерапии при расстройствах невротического регистра: проблемы, ограничения, возможности. // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. № 3. С. 92–98.
50. Фестингер Л. Введение в теорию диссонанса. Спб.: «Ювента» / Л. Фестингер, 1999. 52 с.
51. Франселла Ф., Баннистер Д. Новый метод исследования // М.: «Прогресс» [Электронный ресурс]. URL: <https://studylib.ru/doc/943249/fransella-f.--bannister-d.---novyj-metod-issledovaniya> (дата обращения: 24.03.2021).
52. Фримен, А., Девульф Р. . 10 ошибок, которые совершают люди / Р. . Фримен, А., Девульф, 2012. 240 с.
53. Фрэйд З. О клиническом психоанализе. / З. Фрэйд, 1923.
54. Хананашвили М. М. Информационные неврозы. Л.: Медицина. / М. М. Хананашвили, 1978. 119 с.
55. Холмогорова А. Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. М.: «Медпрактика-М» / А. Б. Холмогорова, 2011. 203 с.
56. Холодная М. А. Когнитивные стили. О природе индивидуального ума. М.: ПЕРСЭ / М. А. Холодная, 2002. 304 с.
57. Шапиро Д. Невротические стили / Д. Шапиро, 1965. 176 с.
58. Шмелев А. Г. Введение в экспериментальную психосемантику. МГУ / А. Г. Шмелев, 1983. 158 с.
59. Шмелев А. Г. Психодиагностика личностных черт. Спб.: Речь. / А. Г. Шмелев, Санкт-Петербург: Речь, 2002. 180 с.
60. Alonso J. [и др.]. Use of mental health services in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project //

Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplement. 2004. № 420 (109). C. 47–54.

61. Andlin-Sobocki P., Wittchen H. U. Cost of anxiety disorders in Europe // European Journal of Neurology. 2005. № SUPPL. 1 (12). C. 39–44.

62. Andrews G. [и др.]. Generalized worry disorder: A review of DSM-IV generalized anxiety disorder and options for DSM-V // Depression and Anxiety. 2010. Т. 27. № 2. С. 134–147.

63. Bandelow B., Michaelis S., Wedekind D. Treatment of anxiety disorders // Dialogues in clinical neuroscience. 2017. № 2 (19). C. 93–107.

64. Beck A. T. The diagnosis and management of depression / A. T. Beck, University of Pennsylvania Press, 1973. 147 с.

65. Bieri J. Cognitive complexity-simplicity and predictive behavior // Journal of Abnormal and Social Psychology. 1955. № 2 (51). C. 263–268.

66. Bland R. C., Newman S. C., Orn H. Help-seeking for psychiatric disorders // Canadian Journal of Psychiatry. 1997. № 9 (42). C. 935–942.

67. Borkovec T. D. [и др.]. The role of worrisome thinking in the suppression of cardiovascular response to phobic imagery // Behaviour research and therapy. 1993. № 3 (31). C. 321–324.

68. Borkovec T. D., Ruscio A. M. Psychotherapy for Generalized Anxiety Disorder // The Journal of Clinical Psychiatry. 2001. № suppl 11 (62). C. 0–0.

69. Chaturvedi S. K., Desai G. Measurement and assessment of somatic symptoms // International review of psychiatry (Abingdon, England). 2013. № 1 (25). C. 31–40.

70. DeMartini J., Patel G., Fancher T. L. Generalized Anxiety Disorder // Annals of internal medicine. 2019. № 7 (170). C. ITC49–ITC64.

71. Dibartolo P. M., Brown T. A., Barlow D. H. Effects of anxiety on attentional allocation and task performance: an information processing analysis // Behaviour research and therapy. 1997. № 12 (35). C. 1101–1111.

72. Dubois B. L. I. The FAB: A frontal assessment battery at bedside // Neurology. 2000. № 11 (55). C. 1621–1626.

73. Dugas M. J. et al. Worry themes in primary GAD, secondary GAD, and other anxiety disorders // Journal of anxiety disorders. 1998. № 3 (12). C. 253–261.

74. Dugas M. J., Marchand A., Ladouceur R. Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: diagnostic and symptom specificity // Journal of anxiety disorders. 2005. № 3 (19). C. 329–343.

75. Dugas M. J., Marchand A., Ladouceur R. Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: diagnostic and symptom specificity // *Journal of Anxiety Disorders*. 2005. № 3 (19). С. 329–343.
76. Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. 1962. С. 442.
77. Fogarty C., Cronin P. Waiting for healthcare: a concept analysis // *Journal of advanced nursing*. 2008. № 4 (61). С. 463–471.
78. Geoffrey M. R. et al Нововведения и изменения в классификации психических, поведенческих расстройств и расстройств развития нервной системы. // *Всемирная психиатрия*. 2019. № 1 (18). С. 3–18.
79. Giacobbe P., Flint A. Diagnosis and Management of Anxiety Disorders // *Continuum (Minneapolis, Minn.)*. 2018. № 3, BEHAVIORAL NEUROLOGY AND PSYCHIATRY (24). С. 893–919.
80. Gimeno C. [и др.]. Treatment of Comorbid Alcohol Dependence and Anxiety Disorder: Review of the Scientific Evidence and Recommendations for Treatment // *Frontiers in psychiatry*. 2017. № SEP (8).
81. Goodwin G. M. The overlap between anxiety, depression, and obsessive-compulsive disorder // *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2015. № 3 (17). С. 249.
82. Greenberg P. E. [и др.]. The economic burden of anxiety disorders in the 1990s // *The Journal of clinical psychiatry*. 1999. № 7 (60). С. 427–435.
83. Guy W. The clinical global impression scale 1976. С. 603.
84. Helbig-Lang, S., Lang, T., Petermann, F., Hoyer J. Anticipatory anxiety as a function of panic attacks and panic-related self-efficacy: an ambulatory assessment study in panic disorder // *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2012. № 5 (40). С. 590–604.
85. Hindmarch I. Cognition and anxiety: the cognitive effects of anti-anxiety medication // *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*. 1998. № SUPPL.S393 (393). С. 89–94.
86. Hoehn-Saric R., McLeod D. R., Zimmerli W. D. Somatic manifestations in women with generalized anxiety disorder. Psychophysiological responses to psychological stress // *Archives of general psychiatry*. 1989. № 12 (46). С. 1113–1119.
87. Hoffman D. L. et al. Human and economic burden of generalized anxiety disorder // *Depression and anxiety*. 2008. № 1 (25). С. 72–90.
88. Issac M., Janga A., Sartorius N. Глоссарий Психиатрических Симптомов.Pdf.

89. Judd L. L. [и др.]. Comorbidity as a fundamental feature of generalized anxiety disorders: results from the National Comorbidity Study (NCS) // *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*. 1998. № SUPPL.S393 (393). С. 6–11.
90. Kelly G. A. Volume One: Theory of Personality // *Volume One: Theory and Personality*. 1955. С. 424.
91. Kendler K. S. [и др.]. Generalized anxiety disorder in women. A population-based twin study // *Archives of general psychiatry*. 1992. № 4 (49). С. 267–272.
92. Kennedy B. L., Schwab J. J. Utilization of medical specialists by anxiety disorder patients // *Psychosomatics*. 1997. № 2 (38). С. 109–112.
93. Kessler R. C. [и др.]. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication // *Archives of general psychiatry*. 2005. № 6 (62). С. 593–602.
94. Kessler R. C. [и др.]. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication // *Archives of general psychiatry*. 2005. № 6 (62). С. 617–627.
95. Kessler R. C., Keller M. B., Wittchen H. U. The epidemiology of generalized anxiety disorder // *The Psychiatric clinics of North America*. 2001. № 1 (24). С. 19–39.
96. Kleiman E. M., Riskind J. H. Negative cognitive style and looming cognitive style synergistically predict stress generation // *Anxiety, stress, and coping*. 2014. № 3 (27). С. 347–359.
97. Konnopka A., König H. Economic Burden of Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis // *PharmacoEconomics*. 2020. № 1 (38). С. 25–37.
98. La Vega D. De, Giner L., Courtet P. Suicidality in Subjects With Anxiety or Obsessive-Compulsive and Related Disorders: Recent Advances // *Current psychiatry reports*. 2018. № 4 (20).
99. Latas M., Vučinić Latas D., Spasić Stojaković M. Anxiety disorders and medical illness comorbidity and treatment implications // *Current opinion in psychiatry*. 2019. № 5 (32). С. 429–434.
100. MacLeod C., Mathews A., Tata P. Attentional bias in emotional disorders // *Journal of abnormal psychology*. 1986. № 1 (95). С. 15–20.
101. Martin P. The epidemiology of anxiety disorders: a review // *Dialogues in clinical neuroscience*. 2003. № 3 (5). С. 281–298.
102. Newman M. G. Recommendations for a cost-offset model of psychotherapy

allocation using generalized anxiety disorder as an example // Journal of consulting and clinical psychology. 2000. № 4 (68). С. 549–555.

103. Nielsen T. Intellectual style theories: different types of categorizations and their relevance for practitioners // SpringerPlus 2014 3:1. 2014. № 1 (3). С. 1–10.

104. Ohst B., Tuschen-Caffier B. Catastrophic misinterpretation of bodily sensations and external events in panic disorder, other anxiety disorders, and healthy subjects: A systematic review and meta-analysis // PLoS ONE. 2018. № 3 (13).

105. Park S. C., Kim Y. K. Anxiety Disorders in the DSM-5: Changes, Controversies, and Future Directions // Advances in experimental medicine and biology. 2020. (1191). С. 187–196.

106. Perna G. [и др.]. Personalized Clinical Approaches to Anxiety Disorders // Advances in experimental medicine and biology. 2020. (1191). С. 489–521.

107. Quinn J.J. F. M. S. Defenses and memories: functional neural circuitry of fear and conditional responding. In: Craske MG, Hermans D, Vansteenwegen D, editors. Fear and Learning: from basic processes to clinical implications. Washington // American Psychological Association. 2006. С. 55–74.

108. Rapee R. M. Generalized anxiety disorder: A review of clinical features and theoretical concepts // Clinical Psychology Review. 1991. № 4 (11). С. 419–440.

109. Remes O. [и др.]. A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations // Brain and behavior. 2016. № 7 (6).

110. Russo M. [и др.]. Work hazards and workers' mental health: An investigation based on the fifth european working conditions survey // Medicina del Lavoro. 2019. № 2 (110). С. 115–129.

111. Sareen J. [и др.]. Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions // Archives of internal medicine. 2006. № 19 (166). С. 2109–2116.

112. Sirri L., Fava G. A., Sonino N. The unifying concept of illness behavior // Psychotherapy and psychosomatics. 2013. № 2 (82). С. 74–81.

113. Taylor J. H., Jakubovski E., Bloch M. H. Predictors of anxiety recurrence in the Coordinated Anxiety Learning and Management (CALM) trial // Journal of psychiatric research. 2015. (65). С. 154.

114. Terrie E. et all. Depression and generalized anxiety disorder: cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 years // Archives of general psychiatry. 2007. № 6 (64). С. 651–660.

115. Treasure J., Schmidt U. The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors // *Journal of Eating Disorders* 2013 1:1. 2013. № 1 (1). С. 1–10.
116. Uhlenhuth E. H. [и др.]. A general anxiety-prone cognitive style in anxiety disorders // *Journal of affective disorders*. 2002. № 3 (70). С. 241–249.
117. Walczak M. [и др.]. Cognitive Behavior Therapy and Metacognitive Therapy: Moderators of Treatment Outcomes for Children with Generalized Anxiety Disorder // *Child psychiatry and human development*. 2019. № 3 (50). С. 449–458.
118. Weems C. F. [и др.]. Cognitive errors, anxiety sensitivity, and anxiety control beliefs: Their unique and specific associations with childhood anxiety symptoms // *Behavior Modification*. 2007. № 2 (31). С. 174–201.
119. Wells A. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression* // *Anxiety, Stress & Coping*. 2008.
120. Witkin H. A., Goodenough D. R. Field dependence and interpersonal behavior // *Psychological bulletin*. 1977. № 4 (84). С. 661–689.
121. Wittchen H. U., Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies // *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*. 2005. № 4 (15). С. 357–376.
122. Wittchen H. U., Zhao S., Kessler, R.C., Eaton W. W. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey // *Archives of general psychiatry*. 1994. № 5 (51). С. 355–364.
123. Wittchen U. H. [и др.]. Agoraphobia and panic. Prospective-longitudinal relations suggest a rethinking of diagnostic concepts // *Psychotherapy and psychosomatics*. 2008. № 3 (77). С. 147–157.
124. World Health Organization. Geneva. *Лексиконы психиатрии ВОЗ 1994, 1997.* / World Health Organization. Geneva., 2001.
125. Zigmond, A.S., Snaith R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale // *Acta Psychiatr Scand*. 1983. (67:361-70).
126. Zimmerman M., Chelminski I. Clinician recognition of anxiety disorders in depressed outpatients. // *Journal of Psychiatric Research*. 2003. № 4 (37). С. 325–333.