

Т. В. Панько

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины (г. Харьков)

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН

Условия современной жизни характеризуются наличием множества отрицательных воздействий, которые носят психогенный характер и приводят к развитию невротических расстройств. Актуальность изучения проблемы невротических расстройств определяется рядом факторов. Так, одним из наиболее важных факторов является фактор распространенности невротических расстройств: по данным ВОЗ за последние 65 лет число невротических расстройств возросло в 24 раза, в то время как психических заболеваний — лишь в 1,6 раза. Следующим важным фактором является фактор диагностики данной группы расстройств. Современные невротические расстройства характеризуются полиморфизмом клинической картины, выраженностью вегетативных, соматоформных проявлений, «размытостью» клинической картины, что усложняет их диагностику и приводит к большим затратам времени на работу с этими больными (до 50 % времени у врачей общей практики). Кроме того, для данной группы расстройств характерно преобладание в клинической картине депрессивных, тревожных, фобических синдромов, что утяжеляет их течение. К факторам, определяющим актуальность проблемы, следует отнести и терапию невротических расстройств. Несмотря на наличие огромного арсенала фармакопрепаратов, методов и форм психотерапии, их лечение остается недостаточно эффективным (25—30 % пациентов спустя годы предъявляют те же жалобы). Снижение эффективности проводимой терапии обуславливает и тот факт, что терапия невротических расстройств строится без учета пола пациентов, их возраста, этапности терапии. Все вышечисленное приводит к формированию затяжных терапевтически резистентных форм невротических расстройств [1—9].

Учитывая, что частота невротических расстройств среди женщин выше, чем среди мужчин (по данным разных авторов от 2:1 до 12:1) целесообразным представляется изучение особенностей невротических расстройств в гендерном аспекте. Анализ литературных данных отражает основные аспекты, вследствие которых невротические расстройства у женщин формируются чаще, чем у мужчин. Так, женщины более склонны к различным эмоциональным реакциям, которые достаточно быстро приобретают патологический болезненный характер. Им свойственен высокий уровень эндогенной тревожности. Важным аспектом являются биологические различия между мужчинами и женщинами, в том числе и гормональные. Формированию невротических расстройств способствует ряд психологических факторов — отличия в социальных ролях, когда женщина должна максимально реализоваться в семье и социальной сфере, менее благоприятные экономические и социальные возможности, когда предпочтение отдается мужчинам [10—14].

Невротические расстройства представляют собой огромную группу расстройств, среди которых особое

место занимают тревожно-фобические расстройства вследствие сложности и тяжести их клинической картины, склонности к рецидивирующему течению, терапевтической резистентности.

Учитывая все вышечисленное, целью проводимого исследования явилось изучение клинико-психопатологических и патопсихологических особенностей формирования тревожно-фобических расстройств у женщин и их терапия.

В условиях отдела неврозов и пограничных состояний ИНПН АМН Украины прошли лечение 50 женщин с тревожно-фобическими расстройствами.

Для реализации поставленной цели использовались клинико-психопатологические, экспериментально-психологические, социально-психологические методы.

Клиническая картина тревожно-фобических расстройств характеризовалась наличием эмоциональных нарушений в виде тревоги перманентного (42,00 %) или пароксизмального характера (48,00 %), страхом потерять сознание на улице (54,00 %), в транспорте (24,00 %), заболеть «инсультом, инфарктом, раком» (62,00 %), чувством ожидания, что снова будет плохо и что-то случится (80,00 %), внутреннего напряжения (76,00 %), беспокойства, нервозности (48,00 %), сниженного настроения, чувства внутренней безысходности (60,00 %). Эмоциональные нарушения сопровождались вегетативными проявлениями: кардиальными — боли и дискомфорт в области сердца, тахикардия, тяжесть за грудиной (60,00 %); респираторными — чувство нехватки воздуха, потребность сделать глубокий вдох, ощущение, что задыхаются (54,00 %); желудочно-кишечными — болевые ощущения в области живота, спазмы, колебания аппетита (24,00 %). Часто вегетативные нарушения сочетались между собой, формируя у больных ощущение поражения внутренних органов, наличия соматической патологии и заставляя обращаться к врачам-интернистам. При такой клинической картине у больных в течение короткого времени формировалась убежденность в тяжести своего состояния, наличия у них заболевания, которое не могут диагностировать, пациентки избегали пребывания в ряде ситуаций, требовали присутствия близких, понимания тяжести их состояния, нарушалась трудоспособность.

В результате проведенного исследования установлено, что в генезе формирования тревожно-фобических расстройств основную роль играют факторы, связанные собственной болезнью (24,00 %), болезнью близких (36,00 %), детей (12,00 %) и ухудшением материально-бытового уровня жизни (36,00 %). Семейные, сепарационные, социальные, профессиональные факторы не были главной причиной формирования этой группы расстройств. Оценка удовлетворенности микросоциальными условиями свидетельствует, что женщины имели средний уровень удовлетворенности полученным образованием, профессиональной

деятельностью, несмотря на то, что отмечают низкую возможность творческой реализации, профессионального и служебного роста, низкую удовлетворенность заработной платой, что может свидетельствовать о пассивности, нежелании и опасении активно менять что-то в своей жизни. Уровень удовлетворенности своим семейным положением имел низкие показатели как при условии удовлетворенности семейным положением, так и при условии неудовлетворенности семейными отношениями. Наличие такой недифференцированной достаточно низкой удовлетворенности во всех микросоциальных сферах, по-видимому, отражает внутрилличностный конфликт с отсутствием активной жизненной позиции.

Кроме того, у пациенток с тревожно-фобическими расстройствами оценивался интегративный показатель качества жизни, позволяющий оценить основные компоненты качества жизни, а его динамика позволяет оценить эффективность проводимой терапии.

При лечении пациенток с тревожно-фобическими расстройствами необходимо учитывать, что основным принципом терапии в условиях стационара является достижение максимальной эффективности в минимально короткие сроки. При этом следует учитывать, что пациентки не могут быстро перестроиться психологически и что перестройка требует достаточно длительного времени.

Лечение женщин с тревожно-фобическими расстройствами строилось с учетом перечисленных особенностей клинических проявлений и психологических установок. Нами была разработана комплексная система терапии. Хотя традиционным считается лечение невротических расстройств методами психотерапии, при затяжном их течении, сложности клинической картины это не всегда представляется возможным с самого начала лечения. При построении лечебной тактики необходимо учитывать также индивидуальные особенности каждой пациентки.

В предложенной комплексной терапии условно выделено 4 этапа: 1—3 этапы проводятся в условиях стационара, 4 этап — амбулаторно.

Целью первого этапа терапии было снижение уровня тревоги, страхов, опасений за свое состояние и уменьшение возникающих вегетативных и соматоформных ощущений. Реализация поставленной цели достигалась двумя путями: первый — назначение фармакологических препаратов, второй — проведение индивидуальной психотерапии. При выборе фармакопрепаратов мы руководствовались принципами их безопасности, минимальных побочных эффектов, особенно связанных с гормональными изменениями. Так, пациенткам с тревожно-фобическими расстройствами назначались препараты снижающие уровень тревоги — паксил (пароксетин) в дозе 20—40 мг, саротен (амитриптилин) в дозе 50—75 мг; транквилизаторы — феназепам 0,0005—0,001 мг, сибазон 5—15 мг; вегетостабилизаторы — белласпон 1 таблетка 3 раза в сутки; антиприступные препараты — финлепсин до 300 мг в сутки, ламиктал до 75 мг в сутки, топомакс до 50 мг в сутки; препараты общего действия — витамины, энерион. Психотерапия, проводимая на этом этапе, была индивидуальной, носила седативный характер, была направлена на снижение уровня тревоги, формирование понимания собственной болезни, причин ее развития и безопасности. Продолжительность первого этапа составляла 5—7 дней.

На 2 этапе лечения применение препаратов с антитревожным и анксиолитическим действием, антиприступных, вегетостабилизаторов сохраняет свою актуальность и они продолжают использоваться в терапии больных с тревожно-фобическими расстройствами. Рациональная психотерапия меняет свою направленность, становясь активирующей. Кроме того, на втором этапе лечения присоединялась групповая психотерапия, в процессе которой у пациенток вырабатывалось более адекватное отношение к болезни, формировалось осознание механизмов развития болезни и собственного участия, как в процессе болезни, так и в процессе выхода из нее, что достигалось использованием рациональной психотерапии, техник нейролингвистического программирования и трансактного анализа. На этом же этапе лечения присоединялся аутогенный тренинг, направленный на уменьшение соматоформных ощущений. Продолжительность второго этапа составляет 5—7 дней.

Целью 3 этапа лечения является закрепление полученных более позитивных представлений о своих возможностях, отработка моделей поведения, которые повышают социальное функционирование. На 3 этапе лечения транквилизаторы целесообразно отменять, чтобы не формировать зависимость, препараты с антитревожным и анксиолитическим действием, антиприступные и общего действия продолжали использоваться в терапии пациенток, к индивидуальной и групповой психотерапии присоединялся функциональный тренинг, позволяющий закрепить положительные изменения, как в физическом, так и эмоциональном состоянии больных. Продолжительность 3 этапа составляла 10—12 дней.

Терапия пациенток с тревожно-фобическими расстройствами не должна заканчиваться только терапией в условиях стационара, т. к. это приводит к быстрому рецидивированию заболевания. После активного лечения в условиях стационара пациентки должны наблюдаться амбулаторно в психоневрологическом диспансере или психотерапевтами общесоматической сети, где и проводится 4 этап лечения. На этом этапе пациентки продолжали прием поддерживающих доз препаратов, снижающих тревогу, страх — паксил (пароксетин) в дозе 20 мг, саротен (амитриптилин) в дозе 25—50 мг, антиприступные препараты — финлепсин до 200 мг в сутки, ламиктал до 50 мг в сутки, топомакс до 50 мг в сутки. Отменялись транквилизаторы, вегетостабилизаторы. Продолжалось проведение рациональной психотерапии и функционального тренинга в течение 5—6 месяцев.

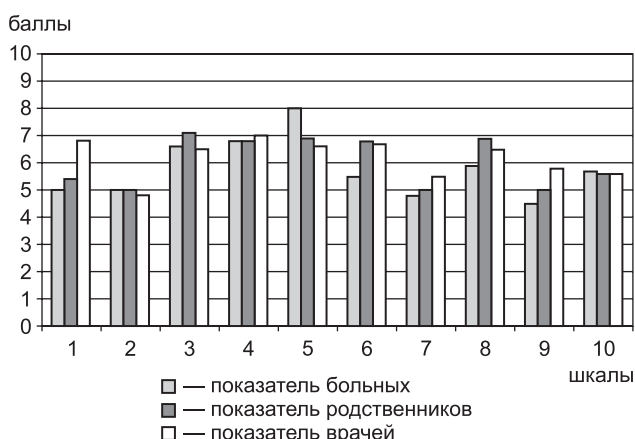
Оценка эффективности проведенного лечения на различных этапах у пациенток с тревожно-фобическими расстройствами представлена в таблице и отражает положительную динамику. Как видно из приведенных в таблице данных, уже на первом этапе лечения имела место положительная динамика в 17 случаях, что составило 34,00 %. На втором этапе лечения положительная динамика отмечалась у 41 пациентки, что составило 82,00 %. К концу третьего этапа положительная динамика отмечалась у 48 пациенток (96,00 %), из них в 22,00 % случаев отмечалось выздоровление, в 64,00 % — значительное улучшение, в 10,00 % — улучшение, и лишь в 4,00 % пациентки динамики не отмечали.

Динамика эффективности проведенного лечения у женщин с тревожно-фобическими расстройствами на различных этапах лечения

Динамика состояния	1 этап		2 этап		3 этап		4 этап	
	Количество больных							
	абс.	% ± m %	абс.	% ± m %	абс.	% ± m %	абс.	% ± m %
Выздоровление	—	—	—	—	11	22,00 ± 5,91	8	16,00 ± 5,23
Значительное улучшение	—	—	14	28,00 ± 6,41	32	64,00 ± 6,85	35	70,00 ± 4,79
Улучшение	17	34,00 ± 6,76	27	54,00 ± 7,11	5	10,00 ± 4,28	5	10,00 ± 4,28
Без динамики	33	66,00 ± 6,76	9	18,00 ± 5,48	2	4,00 ± 2,79	2	4,00 ± 2,79

Оценка динамики состояния спустя 6 месяцев после проведенного лечения показала достаточную эффективность и стабильность проведенной терапии: в 16,00 % случаев пациентки считали себя здоровыми, в 70,00 % — оценивали свое состояние как значительное улучшение, в 10,00 % — как улучшение, и лишь в 4,00 % пациентки по-прежнему динамики не отмечали.

Оценка показателя качества жизни у пациенток с тревожно-фобическими расстройствами представлена на рисунке.



Средний показатель качества жизни у больных с тревожно-фобическими расстройствами

Условные обозначения:

- 1 — физическое благополучие; 2 — психологическое благополучие; 3 — самообслуживание и независимость действий; 4 — трудоспособность; 5 — межличностное взаимодействие; 6 — социо-эмоциональная поддержка; 7 — общественная и служебная поддержка; 8 — личностная реализация; 9 — духовная реализация; 10 — общее восприятие

Общая характеристика показателя качества жизни у пациенток с тревожно-фобическими расстройствами показала, что ниже всего эти больные оценивали шкалы «Психологическое благополучие», «Общественная и служебная поддержка», «Физическое благополучие», «Общее восприятие качества жизни», «Духовная реализация». Средний показатель качества жизни по оценке больных с тревожно-фобическими расстройствами составлял 5,8 балла, родственников — 5,9 балла, врачей — 6,2 балла.

Родственники больных тревожно-фобическими расстройствами низко оценивали шкалы «Психологическое благополучие», «Общественная и служебная

поддержка», «Физическое благополучие», «Общее восприятие качества жизни», «Духовная реализация». Они уделяли внимание своим близким, искали возможность помочь, но в то же время чувствовали раздражение, так как болезнь близких проводила к осложнению их функционирования. Сопоставление оценок по отдельным шкалам показало, что как врачи, так и больные оценивают низко одни и те же шкалы, что свидетельствует не только о субъективной тяжести состояния, но и его объективной тяжести.

Повышение оценки интегративного показателя качества жизни к концу лечения с точки зрения больных до 6,4 балла, с точки зрения родственников и врачей по отношению к больным до 6,5 балла отражает достоверное улучшение состояния и свидетельствует о снижении зависимости от близких, о возможности пациенток функционировать самостоятельно.

Таким образом, полученные данные отражают эффективность разработанной терапии, что проявляется в нивелировке болезненной симптоматики, психологической перестройке, отражает возможность получения не только достаточно высокого, но и стабильного эффекта и позволяет ее рекомендовать для использования в практическом здравоохранении.

Список литературы

1. Жариков Н. М., Гиндикин В. Я. Распространенность пограничных психических расстройств среди лиц, не находящихся под наблюдением психиатра // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — Т. 102, № 7, 2002. — С. 45—49.
2. Вейн А. М. Неврозы // Там же.— № 11, 1998.— С. 38—41.
3. Михайлова И. И., Ястребов В. С., Ениколопов С. Н. Клинико-психологические и социальные факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных нозологических групп // Там же. — Т. 102, № 7, 2002. — С. 45—49.
4. Карвасарский Б. Д. Неврозы. Изд. 2-е. — М.: Медицина, 1990. — 576 с.
5. Чабан О. С. Патоморфоз неврозів (клініко-психопатологічні, соціально-психологічні та конституціонально-біологічні закономірності): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Харків, 1997. — 30 с.
6. Марута Н. А., Явдак И. А. Клинико-психопатологические и психологические аспекты резистентности невротических расстройств // Український вісник психоневрології. — 1999. — Т. 7, вип. 1 (19). — С. 81—83.
7. Марута Н. А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах — Харьков: Арсис, 2000. — 160 с.
8. Абабков В. А., Кайдановская Е. В. Принципы современной диагностики и психотерапии невротических расстройств // Международный медицинский журнал. — № 3, 2001. — С. 26—28.

9. Волошин П. В., Воробьева Т. М., Марута Н. А. Эмоциональные нарушения при неврозах // Український вісник психоневрології. — 1995. — Т. 3, вип. 1. — С. 3—11.

10. Асанова Л. С., Лаврова Т. Н. Психогенные невротические депрессии у женщин (психопатологические и психосоматические аспекты) // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — № 11, 2001. — С. 14—18.

11. Лаврова Т. Н., Давыдов Д. М. Некоторые клинико-биологические аспекты невротической депрессии у женщин // Мед. психиатрический журнал. — № 4, 2000. — С. 37—44.

12. Берн Ш. Гендерная психология — М.: Олма-Пресс, 2001. — 318 с.

13. Токсанбаева М. Женщины в составе экономически активного населения В кн.: Женщины в реформируемой экономике. — М., 1995. — С. 30—40.

14. Психотерапия женщин / Под ред. М. Лоуренс, М. Магуйр. — СПб.: Питер, 2003. — 208 с: ил. (Серия «Золотой фонд психотерапии»).

Надійшла до редакції 29.06.2006 р.

Т. В. Панько

**Принципи діагностики та терапії
тривожно-фобічних розладів у жінок**

*Інститут неврології, психіатрії та наркології
АМН України (Харків)*

Метою дослідження стало вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей формування тривожно-фобічних розладів у жінок та їх терапія.

В результаті проведеного дослідження було встановлено, що в генезі формування тривожно-фобічних розладів основну роль відіграють психогенні чинники. Лікування будувалося з урахуванням особливостей клінічних проявів та психологічних настанов. У терапії, що проводилась, було виділено 3 етапи, які реалізовувались в умовах стаціонару та 4-й — амбулаторний. Терапія мала комплексний характер та включала фармако- та психотерапію.

Отримані результати свідчать про високу ефективність розробленої схеми терапії, можливість отримання стабільного ефекту та дозволяє рекомендувати її для використання в практиці охорони здоров'я.

T. V. Panko

**Principles of diagnosis and therapy
of anxiety-phobic disorders in women**

*Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology
of the AMS of Ukraine
(Kharkiv)*

The aim of investigation carried out was to examine clinical-psychopathological and pathopsychological peculiarities of anxiety-phobic disorders in women and their therapy.

As a result of the investigation it was found out that psychogenic factors had the main role in genesis of anxiety-phobic disorders. Treatment was built taking into account peculiarities of clinical manifestation and psychological statements. In this therapy 3 in patient stages and fourth out-patient stage were defined. The therapy included pharmaco- and psychotherapy.

The data obtained demonstrated an efficacy of the treatment worked out, an opportunity to obtain a high and stable effect and allow us recommend this treatment for usage in practice of public health service.

УДК 616.69-055.2-006

В. В. Свиридова, канд. мед. наук

*Донецкий государственный медицинский университет
им. М. Горького (г. Донецк)*

**ПОЛОРОЛЕВАЯ ФОРМА ПЕРВИЧНОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ
СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ ПРИ МИОМЕ МАТКИ У ЖЕНЫ**

Результаты сексологических исследований подтверждают зависимость развития первичных форм сексуальной дезадаптации от социогенных, психогенных, негативных социально-психологических и соматогенных факторов, приводящих к нарушению полоролевого развития [1, 2]. В самом общем виде можно сказать, что сущность сексуальной дезадаптации заключается в неумении супругов адаптировать свое сексуальное поведение друг к другу. Несовпадение в супружеской паре сексуального поведения, которое, в свою очередь, является проявлением личности, может повлечь за собой формирование сексуальной дезадаптации. Неблагоприятное сочетание у супругов такой психосексуальной характеристики личности, как полоролевое поведение, приводит к развитию, в частности, полоролевой формы первичной сексуальной дезадаптации.

В литературе описаны нарушения стереотипа полоролевого поведения в форме трансформации (маскулинного — у женщин и фемининного — у мужчин) и в форме гиперролевого поведения (гиперфемининного — у женщин, гипермаскулинного — у мужчин) [3]. Ведущая роль в формировании неадекватных форм полоролевого поведения отводится социогенным факторам: и трансформация, и гиперролевое по-

ведение часто обуславливаются неправильным воспитанием в детстве, нарушением половых ролей в родительской семье, воспитанием в неполной семье.

Женщины с трансформацией полоролевого поведения самостоятельны, агрессивны, решительны, активны, энергичны, их отличает мужской стиль поведения и отсутствие кокетства, женственности. Для мужчин с трансформацией полоролевого поведения, напротив, типичны и фемининные черты характера, и соответствующее поведение. Они конформны, охотно занимаются домашним хозяйством, терпеливо сносят обиды, пассивны, в интимных отношениях редко проявляют инициативу и довольно часто женятся на женщинах старше себя.

При гиперфемининном поведении у женщин заостряются женские черты характера и поведения — пассивность, подчиняемость, непомерная заботливость о близких, способность жить их интересами и довольствоваться этим. Сексуальное поведение таких женщин отличается самоотдачей, полным подчинением желаниям мужчины, независимо от того, испытывает ли она сама сексуальное удовлетворение. Гипермаскулинное поведение, т. е. заострение особенностей мужского стереотипа поведения,