

Т. С. Чорна

**ПОРУШЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У ХВОРИХ НА ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ
І ПРИНЦИПИ ЇХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ**

Т. С. Черная

**Нарушения эмоциональной сферы у больных тревожными расстройствами
и принципы их психотерапевтической коррекции**

T. S. Chorna

The emotional disturbances of anxiety disorders patients and psychotherapy correction principles

В статті наведені дані дослідження стану емоційної сфери у хворих на тривожні розлади.

Метою роботи було визначення особливостей порушень емоційної сфери у хворих на тривожні розлади різної нозосиндромальної приналежності.

Було проведено комплексне дослідження 115 хворих, яких поділено на три групи: I група — 27 хворих на панічний розлад, II група — 21 хворий на генералізований тривожний розлад, III група — 67 хворих на змішаний тривожно-депресивний розлад.

Виявлено, що в I групі найбільш вираженими були пароксизмальні прояви, в III — перманентні. Друга група займає проміжне місце. За даними патопсихологічного дослідження у хворих усіх трьох груп визначалися високі показники особистісної тривожності і реактивної тривоги.

На підставі отриманих даних була побудована диференційовано-інтегративна модель психотерапії із застосуванням когнітивно-біхевіоральної та групової психотерапії.

Після проведеної системи психотерапії значне поліпшення було досягнуто у 72 % хворих I групи, 68 % хворих II групи, 78 % хворих III групи.

Ключові слова: тривожні розлади, емоційні порушення, психотерапевтична корекція

В статье приведены данные исследования состояния эмоциональной сферы у больных тревожными расстройствами.

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

Было проведено комплексное исследование 115 больных, которые распределялись на три группы: I группа — 27 больных паническим расстройством, II группа — 21 больной генерализованным тревожное расстройство, III группа — 67 больных смешанным тревожно-депрессивным расстройством.

Вывявлено, что в I группе наиболее выражены были пароксизмальные проявления, в III — перманентные. Вторая группа занимает промежуточное место. По данным патопсихологического исследования у больных всех трех групп определялись высокие показатели личностной тревожности и реактивной тревоги.

На основании полученных данных была построена дифференцированно-интегративная модель психотерапии с применением когнитивно-біхевіоральної и групповой психотерапии.

После проведенной системы психотерапии значительное улучшение было достигнуто у 72 % больных I группы, 68 % больных II группы, 78 % больных III группы.

Ключевые слова: тревожные расстройства, эмоциональные нарушения, психотерапевтическая коррекция

The resultants of investigation of emotional sphere of anxiety disorders patients are presented in the article.

The purpose of the research was the discovering the emotional disturbances peculiarities on anxiety disorders patients with the different nososyndromal origin.

The complex investigation of 115 patients was performed with the three groups differentiation: I group patients most expressed with paroxysms status, II groups was the intermediate position, in III group — permanent. With the patopsychological investigations data the high level of personality anxiety and reactive anxiety were most expressive.

Based on the investigation data the differential psychotherapy model was established with the cognitive-behavioral therapy and group therapy was performed.

After the system approbation the high efficacy was proven on 72 % I group patients, 68 % II groups patients, and 78 % III groups patients.

Key words: anxiety disorders, emotional disorders, psychotherapy correction

В теперішній час в Україні, як і в світі в цілому, спостерігається стійка тенденція до значного збільшення кількості невротичних розладів, перш за все тривожного і соматоформного характеру. В їхній структурі значне місце займають емоційні порушення з відповідним соматовегетативним захворюванням.

При цьому тривожні розлади (ТР) за своєю поширеністю і наслідками можуть бути повною мірою віднесені до соціально значущих гетерогенних розладів, які становлять одну з найважливіших загальномедичних проблем. За даними Європейського епідеміологічного дослідження, 1—5,2 % населення страждають на ТР [10], при цьому поширеність тривожних розладів в структурі розладів психіки та поведінки становить 13,6 %.

Актуальність проблеми визначається поширеністю цієї патології психічної сфери, об'єктивною тяжкістю переживань хворих зі зниженням якості життя та рівня соціального функціонування, прогресуючим перебігом у 70 % хворих і резистентністю до терапії [2—5]. Фактично спостерігається феномен взаємного обважнення у вигляді поєднання порушень психічної активності, суб'єктивних

переживань негативного афекту і соматовегетативних компонентів [1, 3].

Відповідно до МКХ-10, ТР належать до кластера F4 — невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади. У структурі тривожних розладів значне місце за поширеністю, а головне — за суб'єктивно пережитою тяжкістю займають панічні розлади (ПР). Не менш значне місце посідають змішані тривожно-депресивні розлади (ЗТДР) та генералізовані тривожні розлади (ГТР).

Панічні розлади зазвичай виникають на тлі психогенних (кульмінації конфлікту, гострого стресового впливу), а також біологічних (гормональна перебудова, початок статевого життя тощо) подій.

Поряд з цим, в загальних діагностичних критеріях ПР зазначено, що панічні атаки (ПА) розвиваються поза будь-якого зв'язку з поточними психологічними чинниками. Невирішеним є питання домінуючого патологічного компонента при ЗТДР — тривожного або депресивного. В структурі ГТР недостатньо визначене співвідношення і пароксизмальних проявів.

У той же час, численні автори вказують на недостатнє вивчення питань медико-психологічного супроводу цієї категорії хворих і психотерапевтичної корекції наявних у них порушень психічної сфери [1—5].

Ефективність терапії пацієнтів з патологічною тривогою досить невисока, що пов'язано з недостатнім застосуванням комплексного підходу до лікування. Це зумовлено різними чинниками, в тому числі недооцінкою їх поширеності та можливих важких наслідків хронізації [13, 14].

Все вищевикладене зумовило проведення нашого дослідження, метою якого була порівняльна характеристика емоційних порушень і типологічних особливостей пацієнтів з тривожними розладами різної нозосиндромальної належності.

Дослідження проводилось 115 пацієнтам, які були поділені на три групи: I група — 27 пацієнтів з панічним розладом (епізодична пароксизмальна тривога (F41.0); II група — 21 пацієнт з генералізованим тривожним розладом (F41.1); III група — 67 пацієнтів зі змішаним тривожно-депресивним розладом (F41.2).

В обстеженні використовували такі методи: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний та статистичний. Застосовували методики патопсихологічного дослідження: шкала особистісної тривоги та реактивної тривожності Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна, особистісний опитувальник Айзенка (EPI), шкала Гамільтона (HDRS) для оцінки депресії, дослідження акцентуації особистості за методикою Леонгарда — Шмішека.

Проведене дослідження дозволило визначити структуру проявів та загальні закономірності формування тривожних розладів невротичного регістру.

Психопатологічна структура тривожних розладів в усіх трьох виокремлених групах мала свої кількісні та якісні особливості.

У хворих на ПР переважали розлади пароксизмального характеру. Пароксизми починалися раптово, з відчуттям інтенсивного страху, причому інтенсивність симптоматики наростала критично. В структуру пароксизму входили вегетативні симптоми: тахікардія, гіпергідроз, сухість у роті; вегетовісцеральні симптоми: утруднене дихання, відчуття задухи, відчуття дискомфорту або болю в грудній клітці, нудота або неприємні відчуття в животі, припливи жару й озноб, парестезії; ідеаторно-емоційні симптоми: запаморочення, нестійкість, нудота, слабкість з елементами дереалізації, деперсоналізації, страх божевілля, смерті, втрати самоконтролю або втрати свідомості. У хворих на ПР перманентні прояви спостерігалися в структурі провідних психопатологічних синдромів: астеничного (у 20 % хворих), тривожно-депресивного (у 33 % хворих), іпохондричного (у 47 % хворих).

В групі хворих на ГТР спостерігалися переважно перманентні прояви і характеризувалися астеничною, тривожною і субдепресивною симптоматикою, яка входила в структуру різних синдромів: тривожно-фобічного — у 31 % обстежуваних; астено-депресивного у 16 %; астено-іпохондричного — у 16 %; астено-тривожного — у 21 %, астеничного — у 14 % обстежуваних.

Хворі на ЗТДР займали проміжне місце за клінічними проявами. У них спостерігалися досить помірні пароксизмальні прояви з ідеаторно-емоційними і соматовегетативними складовими. Перманентні прояви спостерігались в межах тривожно-депресивного (у 68 % хворих), тривожно-фобічного (у 22 %) і тривожно-іпохондричного (у 10 % хворих) синдромів.

Дані психодіагностичного дослідження показали таке.

За даними методики Спілбергера — Ханіна у більшості пацієнтів спостерігався високий рівень реактивної тривожності в усіх трьох групах (середній показник —

88,76 ± 6,48 %), який був найбільш вираженим у пацієнтів з ГТР (95,24 ± 4,17 %). Рівень особистісної тривоги був високим у 52,15 ± 4,99 % хворих на ПР і у 57,14 ± 1,39 % пацієнтів з ГТР відповідно.

Аналіз даних, отриманих за допомогою опитувальника EPI, вказує на домінування низького рівня нейротизму, який був зареєстрований в 93,46 ± 2,67 % пацієнтів. Також звертає на себе увагу переважання інтровертованості (57,67 ± 9,26 %), яка була найбільш виражена у пацієнтів з ГТР (66,67 ± 19,44). Екстравертованість переважала у пацієнтів з ПР (51,85 ± 2,00 %).

Поєднана оцінка показників за шкалами нейротизму і екстраверсії (інтроверсії) дозволила провести аналіз типів темпераменту. Переважання меланхолійного і холеричного типів темпераменту було найбільш виражено в усіх трьох нозологічних групах.

За даними, отриманими за допомогою шкали Гамільтона (HDRS) для оцінки депресії, у 59,26 ± 9,60 % пацієнтів з ПР і у 42,86 ± 1,38 % пацієнтів з ГТР було виявлено легкий рівень депресії. У пацієнтів з ЗТДР переважали легкий рівень — у 67,16 ± 1,69 % і помірний рівень — у 29,85 ± 5,54 % пацієнтів відповідно.

За даними, отриманими за допомогою дослідження акцентуації особистості за методикою К. Леонгарда — Г. Шмішека, виявлено значне переважання тривожного типу у пацієнтів з ГТР (52,38 ± 6,15 %) і ПР (40,74 ± 2,20 %). Емотивний тип переважав у пацієнтів з ЗТДР (38,82 ± 2,86 %).

Дані обстеження стали підґрунтям для розроблення концептуального підходу та побудови патогенетично обґрунтованої системи психотерапії пацієнтів з тривожними розладами невротичного регістру з урахуванням емоційних і особистісно-типологічних особливостей.

Принципами проведення психотерапії були:

1. Партнерство психотерапевта і пацієнта.
2. Етапність впливів та нарощування технологічності заходів.
3. Апеляція до позитивних рис особистості.
4. Застосування когнітивно-біхевіоральної терапії (КБТ) як базової.
5. Навчання навичкам авторегуляції емоцій негативного спектра: тривоги, депресії.
6. Корекція соціальних настанов.
7. Навчання раціональним копінг-стратегіям.

Основним методом психотерапевтичної корекції емоційної сфери у вигляді фобічно-депресивних і тривожно-депресивних розладів була когнітивно-біхевіоральна терапія за А. Беком.

Групову психотерапію застосовували для формування позитивних соціальних настанов та раціональних копінг-стратегій. Вона поєднувалася з елементами раціональної, позитивної, сугестивної і сімейної психотерапії.

Систему психотерапії реалізовували в 4 етапи.

I етап «Оцінка психоемоційного стану» — починався з моменту надходження хворого в стаціонар і був спрямований на визначення стану емоційної сфери і мішеней психокорекції (1 сесія).

II етап «Формування комплаєнса» — містив у собі заходи по формуванню комплаєнса, первинного встановлення психологічного контакту і формування позитивної мотивації до лікування (2 сесії).

III етап «Психотерапія та психокорекція» — включав індивідуальну і групову психотерапію, які були спрямовані на зміни активної життєвої стратегії, самосприйняття шляхом усвідомлення сенсу життя і його якості, наявності важливої стратегічної мети (10 сесій).

IV етап «Сугестивний психологічний супровід» — включав 4 сеанси індивідуальної психотерапії з елементами сімейної психокорекції.

Оцінка ефективності проведеної системи показала таке. У хворих усіх трьох груп сталася позитивна клінічна динаміка. Зменшилися суб'єктивні переживання тривожного спектра і соматовегетативна симптоматика.

За даними патофизиологічного дослідження найбільш позитивна динаміка була досягнута за показником реактивної тривоги в усіх трьох групах хворих.

В цілому значне поліпшення було досягнуто у 72 % хворих I групи, у 68 % хворих II групи і у 78 % хворих III групи.

Список літератури

1. Гельдер М. Оксфордское руководство по психиатрии / М. Гельдер, Д. Гэт, Р. Мейо ; пер. с англ. — Киев : Сфера, 1997. — Т. 2. — 435 с.
2. Бройтигам В. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад ; пер. с нем. — М., 1999. — 376 с.
3. Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства : справочник / В. Я. Гиндикин. — М.: Триада-Х, 2000. — 256 с.
4. Карвасарский Б. Д. Невротические расстройства внутренних органов / Б. Д. Карвасарский, В. Ф. Простомолотов. — Кишинев : Штиинца, 1988. — 165 с.
5. The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Prevalence of Mental disorders in Europe. Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMed) project // Acta Psychiatr. Scand. — 2004. — Vol. 109. — Suppl. 420. — P. 21—27.
6. Пинчук И. Я. Распространенность психических расстройств в Украине / И. Я. Пинчук // Журнал АМН України. — 2010. — Т. 16. — № 1. — С. 168—176.

7. Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine: findings from the Ukraine World Mental Health survey / [Bromet E. J., Gluzman S. F., Panioitto V. I. et al.] // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. — 2005. — Vol. 40. — P. 681—690.

8. Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication / [Kessler R. S., Berglund B., Demler O. et al.] // Archives of General Psychiatry. — 2005. — 62. — P. 593—602.

9. Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication / [Kessler R. S., Chui W. N., Demler J. et al.] // Ibid. — P. 617—127.

10. Comer J. The epidemiology of anxiety disorders / J. Comer, M. Olfson // In: Anxiety Disorders / H. Simpson, Y. Neria, R. Levis-Fernandez, F. Schneier, eds. — Cambridge, UK : Cambridge University Press, 2010.

11. Сарториус Н. Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств. — Киев, 1997. — 104 с.

12. Посібник по використанню Міжнародної статистичної класифікації хвороб 10 перегляду / [Михайлов Б. В., Волошин П. В., Деменко В. Д. та ін.]. — Х., 2000. — 186 с.

13. Хаустова Е. А. Современные представления о диагностике и терапии тревожных расстройств / Е. А. Хаустова, В. Г. Безшейко // Международный неврологический журнал. — 2012. — № 2.

14. Юрьева, Л. Н. Динамика распространения психических и поведенческих расстройств в мире и в Украине / Л. Н. Юрьева // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 32—33.

Надійшла до редакції 31.03.2016 р.

ЧОРНА Тетяна Сергіївна, лікар-психіатр Комунального закладу «Вінницька обласна психоневрологічна лікарня імені академіка О. І. Ющенка», м. Вінниця; e-mail: tanya03.09@mail.ru

CHORNA Tetiana, Physician-psychiatrist of Public Health Institution "Vinnytsia Regional Yushchenko Memorial Psychoneurological Hospital", Vinnytsia; e-mail: tanya03.09@mail.ru