

ТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН: КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ

Т.Д. БАХТЕЕВА

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, Харьков

Выявлены определенные закономерности формирования тревожно-фобических расстройств в гендерном аспекте. Разработаны принципы и система лечения этой патологии, направленная на повышение возможностей адаптации личности, преодоление условно-рефлекторной фиксации тревожно-фобической симптоматики, формирование саногенных поведенческих стереотипов. Показана высокая эффективность предложенной системы.

Современными исследованиями установлено, что основными принципами терапии невротической патологии являются комплексность, этапность, этиопатогенетическая направленность и дифференцированный подход [1–3].

Последний принцип означает, что терапевтические мероприятия должны проводиться в соответствии с формой патологии, клинической симптоматической, особенностями динамики заболевания [4, 5]. В то же время дифференцированные подходы к терапии, обусловленные полом, остаются вне поля зрения исследователей [6–8].

Между тем такая установка находится в полном противоречии с данными о том, что клинико-психопатологическая структура невротических расстройств у женщин характеризуется определенной спецификой, которая должна учитываться при проведении терапии [4, 9–12]. В связи с этим целью данной работы явилась разработка принципов терапии тревожно-фобических расстройств у женщин и их апробация в клинике.

Первым этапом исследования было изучение клинико-психопатологических особенностей тревожно-фобических расстройств у женщин (94 человека) и сопоставление их с таковыми у мужчин (38 человек) для выявления гендерной специфики.

На основании полученных в этом исследовании данных были выявлены специфические клинико-патогенетические особенности рассматриваемой патологии у женщин, которые легли в основу системы ее терапии.

Было установлено, что тревожно-фобические расстройства у женщин развивались вследствие действия специфических психогений в виде факторов, связанных с собственной болезнью или болезнью близких. В ряде случаев не сама болезнь, а воспоминание о ней или увиденные страдания близких людей инициировали развитие навязчивых страхов и тревоги, фиксирующихся в дальнейшем по условно-рефлекторным механизмам. Социально-экономические факторы при данной патологии чаще являлись фоновыми, усиливающими действие основной психогении.

Структура психопатологической симптоматики у женщин с тревожно-фобическими расстройствами характеризовалась наличием ведущих фобий и тревоги, которые проявлялись на фоне астении и депрессии.

При анализе микросоциальных факторов было отмечено, что 68,1% женщин с тревожно-фобическими расстройствами работали в условиях значительно выраженного нервно-психического напряжения; 81,9% отрицали для себя возможность творческой реализации; 64,9% не видели возможности профессионального роста; 79,8% не отмечали перспектив служебного роста; 69,1% были не удовлетворены заработной платой.

Имела место значительная неудовлетворенность и в других микросоциальных сферах. У 64,9% женщин регистрировался средневысокий уровень неудовлетворенности высшим, а у 8,5% — незаконченным высшим образованием. Наряду с этим у больных была выявлена неудовлетворенность семейным положением (это касалось преимущественно одиноких женщин).

Личностные особенности больных тревожно-фобическими расстройствами женщин характеризовались преобладанием пассивной жизненной позиции, повышенным чувством вины и психастеническим радикалом. Основные поведенческие особенности женщин проявлялись в виде пассивной зависимости (55,3%), импульсивности эмоций в стрессовых ситуациях (61,7%), преимущественного реагирования на внутренние импульсы (67,0%).

Следовательно, у больных тревожно-фобическими расстройствами женщин источником невротического конфликта является напряженное эмоционально-ценностное «отношение к себе» при наличии адекватного самовосприятия. Пациентки имеют адекватное представление о своих личностных ресурсах, но не в состоянии использовать их применительно к требованиям окружающей действительности. При данной форме невротической патологии психотравмирующий фактор оказывает одномоментное воздействие и в момент терапии основными патогенетическими факторами являются условно-рефлекторные связи.

Все изложенное определило терапевтические задачи при лечении женщин с тревожно-фобическими расстройствами. Эти задачи включали:

- 1) повышение личностных возможностей адаптации;
- 2) преодоление условно-рефлекторной фиксации тревожно-фобической симптоматики;
- 3) формирование саногенных поведенческих стереотипов.

Было проведено лечение 61 женщины в составе двух групп: в первой (32 больные) лечили по разработанной нами системе, во второй (29 человек) проводили традиционное лечение (фармакотерапия и психотерапия без учета гендерных особенностей).

Лечебные воздействия в основной клинической группе также основывались на сочетании фармако- и психотерапии. При проведении фармакотерапии использовался широкий спектр препаратов (транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики, вегетотропные средства, ноотропы, витамины и т.д.). Базовыми психофармакологическими средствами являлись антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (флюокетин, паксил, ципралекс), обладающие помимо антидепрессивных транквилизирующими и анксиолитическими свойствами.

Патогенетическим методом психотерапии женщин основной группы являлась поведенческая терапия (условно-рефлекторный тренинг). Симптоматические воздействия включали рациональную психотерапию, аутогенную тренировку (АТ) и наркопсихотерапию с помощью газовой смеси закиси азота и кислорода. В процессе реализации лечебных мероприятий условно выделялись 4 этапа.

I этап — общестабилизирующий (инициальный), начальный, направленный на разъяснение механизмов возникновения страхов и тревоги и повышение адаптивных личностных возможностей.

В соответствии с указанными задачами на данном этапе использовались методы рациональной психотерапии (Р. Dubois, 1904) и АТ (I.H. Schultz, 1932) [по 7].

В процессе рациональной психотерапии на основании данных анамнеза, изучения мотивов тех или иных поступков пациенткам разъясняли механизмы возникновения страха, его необоснованность, патологический, условно-рефлекторный характер.

Целесообразность применения АТ у женщин с тревожно-фобическими расстройствами обусловлена возможностью воздействия на ряд физиологических процессов (вегетативные проявления), которые сопровождают тревогу и фобию. Это достигается при длительном и многократном повторении формул самовнушения, направленных на вызывание покоя и мышечное расслабление. Реализация таких самовнушений способствует переходу от образного представления к вегетативным реакциям. Это помогает достигнуть автоматизации процессов саморегуляции, в результате чего больная при выполнении функциональных тренировок получает возможность пользоваться теми приемами АТ, которые необходимы в конкретных ситуациях. Благодаря этому смягчаются эмоциональное напряжение и вегетативные реакции [2]. Длительность первого этапа составляет 3–4 дня.

II этап — основной (патогенетический) направлен на устранение условно-рефлекторной фиксации тревожно-фобических расстройств. Для этого использовалась поведенческая (условно-рефлекторная) терапия, основанная на принципах систематической десенсибилизации (J. Wolpe, 1952) [по 13]. При этом страх и тревога преодолевались с помощью новых стереотипов поведения — поведения самоувержде-

ния. В дальнейшем проводилось закрепление этого стереотипа в условиях все возрастающей сложности условий. Для успешной реализации метода использовались следующие технологии:

вербальное информирование и инструктирование, создание установки на успешность поведения в ситуации, вызывающей страх;

поведенческие упражнения с возрастанием степени трудности для усвоения навыков поведения в «блезнетворной» ситуации;

поддержание и закрепление активного поведения преодоления.

Систематическая десенсибилизация проводилась ежедневно (в течение 10–12 дней). При необходимости на первых занятиях тренинг осуществлялся в присутствии врача или медицинской сестры.

Условно-рефлекторный тренинг при тревожно-фобических расстройствах у женщин проводился как самостоятельно, так и в сочетании с наркопсихотерапией, когда после проведения внушений, направленных на самоуверждение и преодоление страха, пациентке рекомендовали реально обратиться к ситуации, ранее вызывавшей страх. Наркопсихотерапия позволяла сочетать эффекты суггестивной терапии и лечебное действие закиси азота, которое включает вегетотропное, анальгезирующее и спазмолитическое влияние [14]. Это сочетание повышало внушаемость пациентов, способствовало формированию хорошего эмоционального контакта между врачом и больным.

Внушения были направлены на дезактуализацию болезненных проявлений, перестройку отношений личности к болезни и реальной жизненной ситуации.

При проведении каждого сеанса наркопсихотерапии с помощью закиси азота и кислорода соблюдалась определенная этапность [7].

На первом этапе пациенток информировали о сути метода, опосредуя и потенцируя лечебные свойства газовой смеси и кислорода, вдыхаемого до и после сеанса. При этом их просили отвлечься от посторонних мыслей и настроиться на лечение.

Второй этап включал проведение предварительной оксигенации в течение 1–2 мин. В этот период применялись внушения, опосредующие действия кислорода.

Начало подачи закиси азота (в сочетании с кислородом) свидетельствовало о начале третьего этапа лечебного воздействия, во время которого все больные (во время первого сеанса) проходят три стадии первого уровня наркотического состояния (эйфория, сонливость, оглушенность). На последующих сеансах стадия наркотического состояния выбиралась дифференцированно (в зависимости от клинических проявлений), поддерживалась на протяжении 4–6 мин, во время которых проводились лечебные внушения.

На четвертом этапе проводилась последующая оксигенация длительностью 1–2 мин. Внушения на данном этапе направлялись на снятие психосенсорных ощущений, вызванных вдыханием закиси азота.

Пятый этап — заключительный — начинается после снятия маски. Повышенная внушаемость в этот период создает условия для эффективной реализации лечебных внушений.

Наркопсихотерапия с помощью смеси закиси азота и кислорода проводилась через день в течение 7–10 сеансов. Лечебные внушения реализовывались преимущественно на стадии сонливости при концентрации закиси азота в смеси 20–25%.

На этом этапе продолжались занятия АТ и сеансы рациональной психотерапии, направленные на опосредование и потенцирование применяемых методов лечения. Длительность данного этапа составляла от 15 до 20 дней.

III этап — заключительный, его мероприятия направлены на закрепление активного поведения преодоления. Для решения этой задачи, как и на предыдущих этапах, применяли фармакотерапию (СИОЗС) и психотерапию (рациональную, поведенческую и АТ).

Рациональная психотерапия была направлена на активизацию личностных ресурсов, поведенческая — на расширение репертуара поведенческих реакций в ситуации преодоления, АТ — на использование навыков саморегуляции в ситуациях, обуславливающих поведенческие трудности. Длительность этого этапа составляла 5–7 дней.

IV этап — профилактический, его задачей являлась профилактика рецидивов тревожно-фобической симптоматики.

Для этой цели использовалась АТ, самостоя-

тельно проводимая больными (по 20 мин) утром и вечером, а также в ситуации повышенного риска возникновения тревожно-фобических расстройств. В качестве профилактических мероприятий применяли и рациональную психотерапию, которая была направлена на поддержание достигнутого эффекта, закрепление психологических установок на активное преодоление ситуации. Эта психотерапия проводилась врачом 1–2 раза в неделю. Длительность данного этапа составляла 4–6 мес.

Оценка эффективности разработанной терапии показала, что в группе больных, где лечение проводилось с учетом описанных выше принципов, выздоровление было зарегистрировано у 68,8%, значительное улучшение — у 18,8, улучшение — у 9,4, отсутствие эффекта — у 3,1%.

В группе больных, лечившихся традиционными методами, выздоровление отмечалось достоверно реже (41,4%). В этой группе преобладали пациентки со значительным улучшением (31,0%) и улучшением (20,7%). У 6,9% обследованных лечебный эффект отсутствовал.

Полученные результаты отражают высокую эффективность разработанной системы терапии по сравнению с традиционно используемыми, что позволяет рекомендовать ее для внедрения в практику.

Литература

1. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных.— 2-е изд., доп. и перераб.— Л.: Медицина, 1985.— 216 с.
2. Психотерапевтическая энциклопедия / Под общей ред. Б.Д. Карвасарского.— С.Пб.: Питер Ком, 1998.— 752 с.
3. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии.— С.Пб.: Питер, 2000.— 640 с.
4. Митина О.В., Петренко В.Ф. Кроскультуральное исследование стереотипов женского поведения // *Вопр. психол.*—2000.— № 1.— С. 68–86.
5. Михайлов Б.В., Сердюк О.І. Закономірності формування та проявів неспихотичних порушень психічної сфери у хворих на соматичні захворювання // *Укр. вісн. психоневрології.*—1999.— Т.7, вип. 4 (22).— С. 22–23.
6. Морозов А.М. Психотерапия в комплексе лечения вегетативной дисфункции: Метод. рек.— М.: МЗ СССР, 1991.— 14 с.
7. Психотерапия в клинической практике / И.З. Вельвовский, Н.К. Липгард, Е.М. Багалея, В.И. Сухоруков.— К.: Здоров'я, 1984.— 160 с.
8. Эйдмиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия.— Л.: Медицина, 1990.— 192 с.
9. Психотерапия женщин: Пер. с англ. / Под ред. М. Лоуренс.— М.: Магуир; С.Пб.: Питер.— 2003.— 208 с.
10. Рудестам К. Групповая психотерапия.— С.Пб.: Питер Ком, 1998.— 384 с.
11. Филиппова Г.Г. Материнство: сравнительно-психологический подход // *Психол. журн.*— 1999.— Т. 20, № 5.— С. 81–88.
12. Stewart D. E. Women and mental health care: therapeutic challenges // *Book of Abstract of International Congress SEP-AEN-SEPB.*— Madrid, 2001.— P. 7.
13. Кондрашенко В.Т., Донской Д.И. Общая психотерапия.— Минск.: Наука і техника, 1993.— 478 с.
14. Телешевская М.Э. Наркопсихотерапия при неврозах.— Л., 1969.— 165 с.

Поступила 21.01.2005

TREATMENT FOR ANXIETY PHOBIC DISORDERS IN WOMEN: CLINICAL PATHOGENETIC REGULARITIES

T.D. Bakteyeva

S u m m a r y

Some regularities of gender aspects of forming anxiety phobic disorders were revealed. The principles and system for treatment of this pathology aimed at improvement of personality adaptive abilities, overcoming conditional-reflex fixation of anxiety phobic signs, forming sanogenic behavioral stereotypes were worked out. A high efficacy of the suggested system was shown.