

На правах рукописи

АТАМАНОВ АЛЕКСЕЙ АНАТОЛЬЕВИЧ

**«ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЕ ТРЕВОЖНОЕ И ПАНИЧЕСКОЕ
РАССТРОЙСТВА: ДИНАМИКА, ТИПОЛОГИЯ,
КОРРЕКЦИЯ, ПРОФИЛАКТИКА».**

19.00.04 – медицинская психология (медицинские науки);
14.01.06 – психиатрия (медицинские науки).

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук.

Москва, 2014 г.

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России)

Научные консультанты:

доктор медицинских наук, профессор
Менделевич Владимир Давыдович;

доктор медицинских наук, профессор
Ялтонский Владимир Михайлович.

Официальные оппоненты:

Корабельникова Елена Александровна – доктор медицинских наук, профессор (ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России, старший научный сотрудник отдела патологии вегетативной нервной системы научно-исследовательского центра);

Калинин Владимир Вениаминович – доктор медицинских наук, профессор (ФГБУ «Московский НИИ Психиатрии» Минздрава России, руководитель отделения экзогенно-органических расстройств и эпилепсии);

Берсенева Юлия Александровна – доктор медицинских наук, (ООО «Институт психического здоровья и аддиктологии», руководитель отдела судебно-психиатрических экспертиз).

Ведущая организация: ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Минздрава России.

Защита диссертации состоится «__» _____ 2014 г. в __ часов на заседании диссертационного совета Д208.041.05, созданного на базе ГБОУ ВПО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России (115419, г. Москва, 1-й Донской проезд, д. 43). Почтовый адрес: 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте Московского государственного медико-стоматологического университета имени А.И. Евдокимова (127206, г. Москва, ул. Вучетича, д. 10-а; <http://msmsu.ru>)

Автореферат разослан «__» _____ 2014 г.

Учёный секретарь
диссертационного совета
кандидат медицинских наук,
доцент

Гаджиева Уммурайзат Хизриевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования обусловлена значительным вкладом двух основных форм рубрики МКБ-10 F41 «Тревожные расстройства» в потери, причиняемые обществу пограничными психическими расстройствами в целом. Это значительная распространённость тревожных расстройств в популяции: 3,5% для панического расстройства F41.0 по данным Л.М. Барденштейна, 2008; R. Kessler, 2005; и 5,1% для генерализованного тревожного расстройства F41.1 по данным Д.Б. Цыганкова, 2009; В. Grant, 2005. Это экономическое бремя, связанное с их лечением и потерей трудоспособности (Н. Wittchen, 2005). Это их роль в качестве фактора риска возникновения различных форм химических аддикций (В.Д. Менделевич, 2008; А.Г. Гофман, 2010); а также суицидального поведения (А.В. Старшенбаум, 2005, Д.А. Леонтьев, 2008; J.M. Voden, 2007). Вместе с тем, остаются крайне противоречивыми сведения об этиологии (В.В. Калинин, 1993; J.M. Somers, 2006) и патогенезе (А.М. Вейн, 1998; D. Brauser, 2010) ГТР и ПР. Требуют уточнения диагностические критерии тревожных расстройств (Ю.А. Александровский, 2002; В.Д. Менделевич, 2005), их дифференциально-диагностические границы (Д.Б. Цыганков, 2008; J.E. Muller, 2005), диагностические методики для их изучения в рамках доказательной медицины (Т. Verend, 2006).

Остаётся крайне низкой эффективностью различных методов психотерапии тревожных расстройств (Н.Г. Гаранян и соавт, 2009; Б.Д. Карвасарский, 2010; R. Durham, 1999; A. Finucane, 2006). Возможности фармакологической монотерапии также остаются недостаточными (С.Н. Мосолов, 2011; V. Starcevic, 2004; M.H. Pollack, 2004). Ряд исследователей рассматривают вопрос о терапевтической резистентности при ГТР (D.E. Adson, 2005; J.R. Davidson, 2008). Вместе с тем, принципы сочетания психотерапевтических и психофармакологических методов терапии тревожных расстройств требуют дальнейшего изучения.

Остаются актуальными задачи исследования не только подлежащих ГТР и ПР патогенетических механизмов, но и внутриклинических факторов

субъективного отношения больного к расстройству. Требуют изучения причины и механизмы фиксации тревожных реакций с формированием ГТР у предрасположенных субъектов; а также причины и механизмы фиксации панических реакций, способствующие затяжному и длительному течению панического расстройства. Создание современной клинической и клинико-психологической концепции генерализованного тревожного и панического расстройств, учитывающей особенности их невротогенеза (В.Д. Менделевич, 2005), процессы самоактуализации невротических расстройств (Ц.П. Короленко, 2011; Т. Giesbrecht, 2009), многомерность невротического ответа (А.В. Васильева, 2004; G. Ammon, 1998), механизмы невротической субкомпенсации (А.М. Прихожан, 2009; Е.Т. Соколова, 2009) актуально для задач их терапевтической коррекции. Также остаются неизученными психосемантические особенности больных основными формами тревожных расстройств. Известны исследования семантических особенностей больных психозами (Б.В. Зейгарник, 1969; А.Р. Лурия, 1975; Е.Ю. Артемьева, 1984; В.П. Критская, 1985; Б.Е. Микиртумов, 2002); невротическими расстройствами в целом (В.Д. Менделевич и соавт., 2008). Психосемантические методы раскрывают внутренний мир больных, помогают понять и оценить индивидуальные предпосылки используемых механизмов психологической адаптации, включающие неосознанные механизмы психологической защиты (Е.Т. Соколова, 2007; М.К. Акимова, 2008; Д.Б. Цыганков, 2008) и осознанные модели совладающего поведения (Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский, 2003). Исследование способности к предвидению у больных ГТР и ПР также сохраняет актуальность. В.Д. Менделевич (2008) показал снижение антиципационной способности у больных различными невротическими расстройствами (F43, F44, F45), которое оказывало существенное влияние на прогноз и успех терапии.

В целом, исследования в области различных аспектов субъективного отношения больного к пограничному психическому расстройству, способствующих его фиксации, самоактуализации и затяжному течению, проводимые в рамках комплексных клинико-психологических и клинико-

психопатологических концепций остаются актуальными, поскольку зачастую известные концепции являются психодинамическими, бихевиористскими, но не клинико-психопатологическими.

Цель исследования – разработка комплексной клинико-психологической и клинико-психопатологической феноменологической концепции генерализованного тревожного и панического расстройств, учитывающей их клинико-динамические и личностно-типологические особенности, и обоснование подходов к их коррекции и профилактике.

Задачи исследования:

1. Изучить клинико-anamnestические предпосылки и клинико-психопатологические проявления основных форм тревожных расстройств.
2. Изучить клинико-психологические характеристики основных форм тревожных расстройств, включающие объективную и субъективную оценку уровня тревожности, параметры самоотношения, характерологические особенности, антиципационные способности и психосемантические паттерны.
3. Изучить клинико-динамические особенности типичных проявлений генерализованного тревожного и панического расстройств и выделить их личностно-типологические варианты.
4. Определить характер лечебных, коррекционных и психопрофилактических мероприятий с учётом комплексной клинической и клинико-психологической концепции основных форм тревожных расстройств.

Научная новизна исследования. Выявлен комплексный характер взаимосвязей анамнестических предпосылок тревожных расстройств; соотношения объективной выраженности клинических симптомов расстройств и их самооценки больными; клинико-динамических характеристик; особенностей самосознания больных; влияния характерологических особенностей больных на клинику расстройств. Выделены особенности психосемантических паттернов и антиципационных способностей больных с длительным течением изученных тревожных расстройств, выявлено их дифференциально-диагностическое значение. Новизну исследования отражает типология изу-

ченных тревожных расстройств на основе характерологических особенностей больных, а также описанные варианты их терапии, коррекционные и психопрофилактические мероприятия.

Теоретическая значимость и практическая ценность исследования заключается в расширении спектра диагностических возможностей и повышении точности дифференциальной диагностики основных форм тревожных расстройств, выделении их типичных и атипичных проявлений, подходов к их коррекции и профилактике. Результаты исследования имеют непосредственное значение для врачей психиатров, психотерапевтов и клинических психологов, работающих в системе здравоохранения и клиничко-психологических центрах; организаторов психиатрической, психотерапевтической и клиничко-психологической помощи населению для оптимизации задач диагностики, коррекции и профилактики тревожных расстройств; для социальных работников и организаторов социальной помощи, обслуживающих психически больных на дому и в центрах социального обслуживания населения с целью учёта специфических особенностей данного контингента пограничных психически больных. Результаты исследования используются в образовательном процессе при подготовке клинических психологов и врачей психиатров и психотерапевтов.

Реализация и внедрение результатов исследования. Результаты исследования внедрены в практику работы клиник Южно-уральского государственного университета, Челябинской областной клинической специализированной психоневрологической больницы №1, Республиканской клинической психиатрической больницы им. В.М. Бехтерева министерства здравоохранения республики Татарстан. Результаты исследования используются в образовательном процессе кафедр клинической психологии и психиатрии южно-уральского и казанского государственных медицинских университетов.

Личный вклад автора. Автором определены цель и задачи диссертационного исследования, объём и методы исследований, проведён анализ ли-

тературы по теме работы, выполнен сбор первичных материалов, анализ и обобщение полученных результатов, сделаны выводы, разработаны лечебно-профилактические рекомендации. В выполнении отдельных разделов участвовали врачи-психотерапевты и психологи, преподаватели кафедр Южно-уральского государственного медицинского университета. Доли личного участия Атаманова А.А. составляют: в получении и накоплении научной информации – до 90 %; в обобщении, анализе, интерпретации и внедрении результатов исследования – до 90 %.

Апробация работы. Основные положения диссертации доложены и обсуждены в работе XIII съезда психиатров России, Москва, 2000; межрегиональной научно-практической конференции «Психология и психотерапия III тысячелетия», Барнаул, 2002; на межрегиональной конференции «Проблемы психосоматической медицины», г. Челябинск, 2007 год; в рамках общероссийской конференции «Реализация подпрограммы «Психические расстройства» ФЦП «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007-2011)», Москва, 2008; «Современное состояние психиатрической помощи в Северо-западном федеральном округе», С.-Петербург, 2008; «Актуальные вопросы психиатрии», Томск, 2008; Сессии «Современное состояние, проблемы и перспективы развития системы социальной защиты населения» 26 Международной научно-практической конференции «Социально-экономическое развитие России в нестабильном мире: национальные, региональные и корпоративные особенности», Челябинск, 2008; «Актуальные проблемы медицинской науки и практического здравоохранения», Челябинск, 2009; «Состояние восстановительной медицины и медико-социальной реабилитации на современном этапе», Челябинск, 2010; «Современные исследования социальных проблем», Красноярск, 2010; «Актуальные проблемы возрастной наркологии», Челябинск, 2013.

Публикация результатов исследования. Материалы диссертационной работы отражены в 37 публикациях, 15 из которых опубликованы в жур-

налах, рекомендованных Перечнем ВАК. Список печатных работ приводится в конце автореферата.

Объем и структура работы. Диссертация объемом 383 страницы, состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов и списка литературы. Содержит 92 таблицы и 10 диаграмм. Библиографический указатель содержит 472 источника, из них 354 зарубежных. Приложения объемом 58 страниц.

Положения, выносимые на защиту.

1. Концепция тревожных расстройств, как система взаимосвязанных клинико-анамнестических, клинико-психопатологических, клинико-психологических и клинико-динамических характеристик, объясняет причины хронического течения основных форм тревожных расстройств.
2. Различия невротогенеза определяют структуру типичных и атипичных клинико-психопатологических проявлений и клинико-динамических характеристик основных форм тревожных расстройств.
3. Коррекционные и психопрофилактические мероприятия, разработанные на основе комплексной феноменологической концепции тревожных расстройств, показали свою эффективность.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явились 393 больных тревожными расстройствами (основная группа). Группу больных ГТР составили 204 больных с диагнозом генерализованное тревожное расстройство в критериях МКБ-10, из них 62,7 % женщины. Средний возраст группы $35 \pm 11,5$ лет. Группу больных ПР составили 189 больных с диагнозом паническое расстройство в критериях МКБ-10, из них 60,8 % женщины. Средний возраст группы $32,8 \pm 11,5$ лет. В качестве контрольной группы были обследованы 419 психически здоровых лиц сопоставимого пола, возраста, образовательного и профессионального статуса и семейного положения.

Клинико-анамнестический метод осуществлялся при помощи стандартизированной карты обследования.

Таблица 1.

Дизайн исследования

Этап	Содержание этапа исследования	Методы исследования
1 этап	Из контингента в 4186 больных пограничными психическими расстройствами с тревожными симптомами отобраны 204 больных ГТР и 189 больных ПР в критериях МКБ-10. Сформирована контрольная группа из 419 психически здоровых лиц с сопоставимыми социально-статусными характеристиками.	Клинико-анамнестический, клинический, статистический
2 этап	Комплексное исследование выделенных групп больных ГТР и ПР с проведением стандартизованного лечения	Клинико-анамнестический, клинический, клинико-психологический
3 этап	Повторное комплексное исследование для оценки результатов стандартизованного лечения, клинико-динамических факторов, уточнения диагноза расстройства с последующей систематизацией данных и их математико-статистической обработкой. Выделение групп с типичной (122 больных, 59,8 %) и атипичной (82 больных, 40,2 %) клинической картиной ГТР. Выделение групп с типичной (129 больных, 68,3 %) и атипичной (60 больных, 31,7 %) клинической картиной ПР. Описание типологических особенностей тревожных расстройств.	Клинико-анамнестический, клинический, клинико-психологический, статистический
4 этап	Уточнение и оптимизация лечебных и психокоррекционных мероприятий с использованием широкого арсенала современных методов и средств на базе использованных подходов стандартизованной терапии; разработка психопрофилактических мероприятий с учётом выявленных факторов риска.	Клинико-анамнестический, клинический, клинико-психологический, статистический
5 этап	Внедрение разработанных психокоррекционных и психопрофилактических мероприятий, оценка их медицинской эффективности	Клинико-анамнестический, клинический, клинико-психологический, статистический

Клинико-психопатологический метод осуществлялся клинически, и объективировался при помощи специально разработанных на основе критериев МКБ-10 F41.0 (ПР) и F41.1 (ГТР) и CIDI DSM-IV-TR объективных нешкальных клинических опросников: Клинического опросника непрерывной тревоги (КОНТ) для ГТР, и Клинического опросника пароксизмальной тревоги (КОПТ) для ПР. Регистрировались отдельные симптомы расстройства, которые группировались по принадлежности в аффективный, когнитивный,

вегетативный, моторный и поведенческий компоненты расстройства. Наличие симптома оценивалось в 1 балл. Общий балл представлял собой сумму симптомов у одного больного.

Клинико-психологический метод осуществлялся при помощи комплекса методик.

1. Методики оценки тревожности. Шкала самооценки тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.В. Ханина и шкалы самооценки тревожности Д.В. Шихана. Использование двух методик самооценки тревожности позволило как расширить спектр описания тревожных переживаний больных, так и углубить качество их анализа.

2. Методики оценки личностных характеристик. Самоотношение больных в рамках Я-концепции изучалось при помощи методики исследования самоотношения С.Р. Пантилеева (МИС). Характерологические особенности больных – при помощи характерологического опросника К. Леонгарда – Ю. Шмишека. Антиципационные способности – при помощи Теста антиципационной состоятельности В.Д. Менделевича (ТАС).

3. Методики оценки психосемантических характеристик. Особенности мышления больных по форме изучалась при помощи методики фразовых пробелов Х. Эббингауза. Владение языковой нормой – при помощи теста субъективных частотных оценок Р.М. Фрумкиной. Степень владения смыслом понятий тревожно-фобического спектра – при помощи специально разработанной коннотативной анкеты страх – паника – тревога (СПТ). Особенности денотативных характеристик понятий «паника» и «тревога» – при помощи методики семантического дифференциала Ч. Осгута.

Статистический метод осуществлялся при помощи статистического пакета SPSS v. 13. Использовались факторный и дискриминантный анализы, анализ мультивариаций. Применялись непараметрические тесты ассоциации хи-квадрат Пирсона и чрезлинейная ассоциация; тест значимости распределения Колмогорова-Смирнова в коррекции Лиллифорса. Методы сравнения параметрические (t-тест связанных выборок, критерий Фишера) и непарамет-

рические (критерий Манна-Уитни, критерий Вилкоксона). База данных формировалась при помощи программы MS Excel.

В стандартизованном лечении тревожных расстройств использовались индивидуальная психодинамическая (глубинно-ориентированная) психотерапия, психофармакотерапия и комбинация двух этих подходов. **Тактика фармакотерапии ГТР.** Препаратом первой линии был выбран тианептин (С.Н. Мосолов, 1995; Т. Kramer, 2001). В случае отсутствия эффекта тианептина в течение 1 – 2 недель, препаратом выбора становился альпразолам. В случае отсутствия терапевтического эффекта альпразолама в течение 1 – 2 недель использовался диазепам – классический «золотой стандарт» терапии ГТР (И.П. Лапин, 1998; С. Gale, 2002). **Тактика фармакотерапии ПР.** Препаратом первой линии был выбран флувоксамин (Барденштейн Л.М., Ершова А.В., 2006). В случае отсутствия эффекта флувоксамина в течение 1 – 2 недель, препаратом выбора становился альпразолам. В случае возможной неэффективности альпразолама предполагалось использовать диазепам (В.В. Калинин, 1993; R. Glass, 2000), однако таких случаев в исследуемой выборке отмечено не было. **Тактика психотерапии тревожных расстройств.** Курс индивидуальной краткосрочной глубинно ориентированной психотерапии продолжительностью 10 сеансов, осуществлявшихся в течение 4 недель (3 – 3 – 2 – 2 сеанса в неделю, продолжительность сеанса 1 час). Первые 1-2 сеанса – отреагирование аффективного напряжения. Последующие 3-5 сеансов – осознание социально неконгруэнтных личностных концепций и устойчивых мотиваций, включая психосексуальные. Завершающие 4-6 сеансов продолжалась реконструкция личностных установок и реализация реконструктивных моделей поведения с обратной связью. **Тактика комбинированной терапии** состояла в комплементарном сочетании фармацевтических и психотерапевтических средств: при неэффективности психотерапии в течение 1,5 – 2-х недель больным назначалось медикаментозное средство первой линии; также при неэффективности монотерапии фармакологическим средством первой линии в течение 1,5 – 2-х недель присоединялись психотерапевтиче-

ские сеансы. Переход к препаратам второй линии осуществлялся уже в рамках комбинированной терапии.

Таблица 2.

Характер стандартизованной терапии ГТР

Терапевтическое средство	Вид терапии			Всего
	Психотерапия	Фармакотерапия	Комбинированная терапия	
сеанс психотерапии	49 (24 %)	-	+*	49 (24 %)*
тианептин	-	6 (2,9 %)	83 (40,7 %)	89 (43,6 %)
альпразолам	-	14 (6,9 %)	41 (20,1 %)	55 (27 %)
диазепам	-	11 (5,4 %)	-	11 (5,4 %)
Итого	49 (24 %)	31 (15,2 %)	124 (60,8 %)	204 (100 %)

Примечание. *Всего психотерапевтические сессии получили 173 (84,8 %) больных ГТР

Как следует из таблицы 2, только психотерапевтическое лечение в рамках проводившегося исследования получили 24 % больных ГТР, только фармакологическое лечение – 15,2 % больных. Остальные 60,8 % больных ГТР получили комплексную стандартизованную терапию, из них 40,7 % сочетали психотерапевтические сеансы с приёмом тиапептина, и 20,1 % – с приёмом альпразолама.

Таблица 3.

Характер стандартизованной терапии ПР

Терапевтическое средство	Вид терапии			Всего
	Психотерапия	Фармакотерапия	Комбинированная терапия	
сессия психотерапии	43 (22,8 %)	-	+*	43 (22,8 %)*
флувоксамин	-	7 (3,7 %)	74 (39,2 %)	81 (42,9 %)
альпразолам	-	37 (19,6 %)	28 (14,8 %)	65 (34,3 %)
Итого	43 (22,8 %)	44 (23,3 %)	102 (54 %)	189 (100 %)

Примечание. *Всего психотерапевтические сессии получили 145 (76,8 %) больных ПР

Как следует из таблицы 3, стандартизованную монотерапию психотерапевтическими средствами получили 22,8 % больных ПР, только фармакологическое лечение – 23,3 % больных. Остальные 54 % больных ПР получили комплексную стандартизованную терапию, из них 39,2 % сочетали психо-

терапевтические сеансы с приёмом флувоксамина, и 14,8 % – с приёмом альпразолама.

Комплексные многокомпонентные психокоррекционные мероприятия строились с учётом результатов стандартизованного лечения, и включали широкий спектр психотерапевтических и психофармакологических подходов, а также их комбинаций.

При **оценке значимости факторов риска** использовался критерий распределения признака Колмогорова-Смирнова в коррекции Лиллифорса; оценивались сила влияния фактора по Е.Н. Шигану – отношение распространённости фактора к распространённости его отдельных признаков в изученной группе; распространённость фактора – частота его встречаемости в изученной группе; и интегрированный коэффициент Б.Д. Петракова – С.Н. Смирнова: произведение силы фактора на его распространённость, определяющее удельный вес фактора в изученной группе.

Результаты исследования.

1.1. Клинико-анамнестические предпосылки тревожных расстройств. Как следует из таблицы 4, больные тревожными расстройствами выявляли достоверно ($p < 0,05$) больше нарушений в основных сферах жизни, чем лица контрольной группы.

Таблица 4.

Результаты исследования характера нарушений в профессиональной сфере и сфере семейных отношений у обследованных больных тревожными расстройствами в сравнении с контрольной группой

Признаки неполной социальной адаптации	Основная группа		Контрольная группа	
	абс.	%	абс.	%
смена мест работы > 10 раз за трудовую жизнь	74	17,96	11	2,62*
труд со снижением квалификации	102	24,76	35	8,35*
безработица > 6 месяцев хотя бы 1 раз в жизни	111	26,94	20	4,77*
трудности гендерной самопрезентации в добрачный период	270	65,33	114	27,21*
трудности с переходом к брачным отношениям	215	52,18	51	12,17*
неудовлетворенность отношениями в браке	311	75,48	194	46,3*

*Примечание. Различие по критерию Фишера достоверно ($p < 0,05$)

Как следует из таблицы 5, у больных тревожными расстройствами достоверно ($p < 0,05$) выше была наследственная отягощённость по соматическим заболеваниям, неврозам и суицидальному поведению. Они достоверно ($p < 0,05$) чаще получали в родительской семье воспитание по типу гиперопеки и имели в преморбиде тревожного расстройства достоверно ($p < 0,05$) большее количество медицинских вредностей, чем здоровые лица контрольной группы.

Таблица 5.

Результаты исследования характера изменений наследственности, модели воспитания и преморбидного периода у больных тревожными расстройствами в сравнении с контрольной группой

Клинико-anamнестические характеристики	Основная группа		Контрольная группа	
	абс.	%	абс.	%
суицидальное поведение у близких родственников	246	59,7	57	13,6*
невротические расстройства у близких родственников	275	66,7	82	19,6*
наследственные соматические заболевания у близких	318	77,2	67	16*
гиперопекающее воспитание в детстве	181	43,9	31	7,4*
психогении в преморбиде расстройства	383	91,4	119	28,4*
алкоголизации без тахифилаксии в преморбиде	276	67	131	31,3*
соматогении в преморбиде расстройства	79	19,2	38	9,1*

*Примечание. Различие по критерию Фишера достоверно ($p < 0,05$)

1.2. Клинико-психопатологические проявления тревожных расстройств. Как следует из таблицы 6, все симптомы ГТР достоверно ($p < 0,01$) чаще встречались в группе больных, чем в контрольной группе. Аффект тревоги переживался больными ГТР (100 % против 7,6 % в контрольной группе) классически, как чувство «неопределенного беспокойства, направленного в будущее». Непереносимая, острая тревога вызывала у больных предчувствие непоправимой беды, чувство беспомощности перед надвигающейся катастрофой, неусидчивость, беспокойство, тахикардию, диспепсию и учащённое мочеиспускание. Монотонная, «привычная» тревога низкой интенсивности «повышала жизненный тонус» по типу «стартовой готовности», побуждала активно фантазировать о возможных проблемах и трудностях, много и крайне ответственно работать без отдыха. Такая тревога сопровождалась умеренными явлениями диспноэ («сбои» ритма дыхания, вздохи, зевота с короткими

апноэ), умеренной тахикардией с усилением сердечных сокращений, когда, по словам больных, «слышно, как стучит сердце».

Таблица 6.

Результаты исследования распространённости симптомов генерализованного тревожного расстройства в группе больных в сравнении с контролем

СИМПТОМ	ГТР		Контроль		УПФ*	
	абс.	%	абс.	%	ϕ^* эмп	$p < \dots$
Аффективные симптомы генерализованного тревожного расстройства						
чувство тревоги	204	100	16	7,6	24,8	0,01
предчувствие беды / угрозы	164	80,4	7	3,3	18,9	0,01
чувство напряжения / взвинченности	167	81,9	7	3,3	19,3	0,01
чувство беспомощности	124	60,8	12	5,7	13,3	0,01
Когнитивные симптомы генерализованного тревожного расстройства						
наплывы пугающих мыслей	152	74,5	3	1,4	18,8	0,01
катастрофические представления	185	90,7	2	1	23,6	0,01
фантазирование о возможных неудачах	117	57,4	4	1,9	14,6	0,01
опасения по поводу предстоящих дел	101	49,5	8	3,8	11,9	0,01
повышенное внимание к окружающему миру	136	66,7	0	0	-	-
беспокойство о близких людях	182	89,2	8	3,8	21,1	0,01
опасения о здоровье	191	93,6	5	2,4	23,6	0,01
Вегетативные симптомы генерализованного тревожного расстройства						
неопределенный телесный дискомфорт	126	61,8	30	14,3	10,5	0,01
метеочувствительность	103	50,5	11	10	7,9	0,01
диспноэ	79	38,7	5	2,4	10,5	0,01
тахикардия	110	53,9	2	1	14,7	0,01
диспепсия	150	73,5	3	1,4	18,5	0,01
поллакиурия	174	85,3	10	4,8	19,5	0,01
сексуальные дисфункции	114	55,9	0	0	-	-
Моторные симптомы генерализованного тревожного расстройства						
мышечное напряжение / мышечные боли	179	87,7	21	19,1	12,8	0,01
неусидчивость / суетливость	182	89,2	5	2,4	22	0,01
слабость / неустойчивость	105	51,5	13	6,2	11,2	0,01
Поведенческие симптомы генерализованного тревожного расстройства						
трудности в засыпании	63	30,9	0	0	-	-
повышенный аппетит и переедание	99	48,5	10	4,8	11,2	0,01
гиперсексуальность	63	30,9	0	0	-	-
гиперстеничность / гиперактивность	38	18,6	0	0	-	-
гиперответственность	178	87,3	1	0,5	23,1	0,01
избегание отдыха и удовольствий	132	64,7	0	0	-	-
избегание трудностей и конфликтов	133	65,2	11	5,2	14,3	0,01
астения и апродуктивность	103	50,5	2	1	14	0,01
алекситимия	4	1,9	0	0	-	-
злоупотребление психоактивными средствами	7	3,4	1	0,5	2,33	0,01

Примечание. УПФ – угловое преобразование Фишера; ϕ^ – F-критерий.

Ей были свойственны мышечные боли и спазмы в шейном и поясничном отделах позвоночника, тянущие боли в мышцах конечностей. Малоинтенсивная тревога к вечеру оставляла чувство невыносимой слабости и усталости, но не позволяла быстро заснуть. Обильный ужин приносил короткий период облегчения: само чувство тревоги становилось «другим», «лёгким», менее болезненным. В целом, больные не делали существенных различий между острой и монотонной тревогой, называя её «одинаково мучительной», «одной и той же», «той же самой». Ключевой характеристикой этой тревоги был её болезненный, мучительный, бесконтрольный характер. Целью терапии все больные считали способность «взять тревогу под контроль», «справиться с собой», достичь «хорошего периода», когда тревога становится «лёгкой» и управляемой.

Лица контрольной группы называли тревогу «смутным беспокойством», которое не может захватить надолго, не мучительно, безболезненно, поддается внутреннему контролю, легко преодолевается, повторно не возвращается и полезно, поскольку «настраивает на реальность», «позволяет включиться в происходящее».

Таким образом, наиболее распространёнными (более 55 % больных, $p < 0,05$) аффективными симптомами ГТР являлись чувства тревоги, напряжения, беспомощности и предчувствие беды. Когнитивными симптомами – наплывы пугающих мыслей, катастрофических представлений, фантазий и опасений; вегетативными – неопределённый телесный дискомфорт, диспепсии и учащённое мочеиспускание. Наиболее распространёнными моторными симптомами ГТР были мышечное напряжение и неусидчивость, а поведенческими – гиперответственное и избегающее поведение.

Как следует из таблицы 7, все симптомы ПР, кроме симптома «неопределённый телесный дискомфорт», достоверно ($p < 0,01$) чаще встречались в группе больных, чем в контрольной группе. Больше половины больных ПР различали между собой чувство неопределённой тревоги (72,5 % наблюдений) и чувство панической угрозы (53,4 % наблюдений).

Таблица 7.

Распространённость симптомов в группе больных ПР в сравнении с контролем

СИМПТОМ	ПР		Контроль		УПФ*	
	абс.	%	абс.	%	ϕ^* эмп	$p < \dots$
Аффективные симптомы панического расстройства						
чувство неопределённой тревоги	137	72,5	12	5,7	15,5	0,01
чувство напряжения / взвинченности	140	74,1	9	4,3	16,5	0,01
чувство панической угрозы	101	53,4	0	0	-	-
чувство готовности к бегству	172	91	0	0	-	-
чувство беспомощности	129	68,2	1	0,5	18	0,01
Когнитивные симптомы панического расстройства						
повышенное внимание к окружающему миру	42	22,2	9	4,3	5,6	0,01
неопределённое умственное напряжение	53	28	11	5,3	6,5	0,01
переживание психической катастрофы	145	76,7	0	0	-	-
затруднение концентрации внимания	141	74,6	1	0,5	19,3	0,01
переживание чуждости мира	41	21,7	0	0	-	-
мысли о смерти в приступе	124	65,6	3	1,4	16,4	0,01
мысли о безумии в приступе	132	69,8	2	1	18,3	0,01
ожидание следующего приступа	121	64	0	0	-	-
Вегетативные симптомы панического расстройства						
неопределённый телесный дискомфорт	31	16,4	36	17,2	0,2	0,2
метеочувствительность	75	39,7	13	6,2	8,6	0,01
диспноэ	92	48,7	2	1	13,4	0,01
тахикардия	120	63,5	2	1	16,4	0,01
диспепсия	118	62,4	3	1,4	15,8	0,01
поллакиурия	121	64	7	3,3	14,8	0,01
сексуальные дисфункции	138	73	1	0,5	19	0,01
кожные вегетативные дисфункции	147	77,8	2	1	19,5	0,01
Моторные симптомы панического расстройства						
мышечное напряжение / мышечные боли	108	57,1	14	6,7	11,8	0,01
неусидчивость / суетливость	117	61,9	3	1,4	15,7	0,01
слабость / неустойчивость	154	81,5	8	3,8	18,5	0,01
Поведенческие симптомы панического расстройства						
усиление драйвов	38	20,1	1	0,5	7,8	0,01
ослабление драйвов	136	72	2	1	18,2	0,01
гиперстеничность / гиперактивность	25	13,2	1	0,5	6	0,01
умственная или физическая астения	135	71,4	1	0,5	18,6	0,01
тягостная гиперответственность	24	12,7	1	0,5	5,8	0,01
избегание ответственности	152	80,4	1	0,5	20,7	0,01
тягостный самоконтроль	102	54	2	1	14,4	0,01
бесконтрольное поведение	110	58,2	1	0,5	15,9	0,01
потребность во внешнем контроле	111	58,7	0	0	-	-
алекситимия	32	16,9	1	0,5	7	0,01
злоупотребление психоактивными средствами	106	56,1	2	1	14,9	0,01

Примечание. УПФ – угловое преобразование Фишера; ϕ^ – F-критерий.

Неопределённая тревога была мягче, продолжительнее, сопровождалась ожиданием наступления приступа (64 % наблюдений), т.е. являлась тревогой ожидания. Чувство панической угрозы было внезапным, острым, неодолимым, всеобъемлющим и кратким. Вслед за ним, подобно наркозу, наступало облегчающее бегство состояние деморализации, устранявшее в доли секунды все моральные ограничения. Возникавшая «пустота в душе» постепенно смягчала предшествующее паническое переживание, когда паника «обдавала жаром или холодом», «пронизывала душу и тело», и, напротив, дарило ощущение свободы и вседозволенности, в котором, как единственный выход возникал мысленный приказ «бросай всё и беги, спасайся!». В результате мысленного переживания или сметающего все преграды бегства, чувство панической угрозы медленно отступало, «отпускало», оставляя острое отвращение к себе или обстоятельствам, и слабость. Отвращение к себе с переживанием собственных поступков в панический период длилось до 2-3 часов, постепенно ослабевая, а слабость могла держаться до трёх дней после атаки. У 32 % больных чувство панической угрозы не возникало внезапно, а нарастало постепенно, в течение получаса - часа. В этом случае деморализация наступала на высоте приступа, когда паника становилась невыносимой / нестерпимой. У 20,1 % больных чувство панической угрозы сопровождалось дереализацией или деперсонализацией, когда разрыв с реальностью обеспечивал мгновенную анестезию. У этих больных деморализация возникала позже, в момент возвращения в реальность. В целом, аффективный компонент панического расстройства имел типичный характер, и состоял из интенсивной и острой панической тревоги, либо пароксизмального тревожного состояния с панической разрядкой на высоте приступа (подострая паническая тревога); и межприступной тревоги ожидания. Лицам контрольной группы паническая тревога была незнакома.

Таким образом, наиболее распространёнными (более 55 % больных, $p < 0,05$) аффективными симптомами ПР являлись чувства неопределённой тревоги, напряжённости, готовности к бегству и беспомощности. Когнитивными

симптомами – острое переживание внутриспсихической катастрофы, нарушения концентрации внимания с неспособностью выполнения мыслительных операций; пугающие мысли о смерти, безумии и наступлении следующего приступа. Наиболее распространёнными вегетативными симптомами ПР являлись учащённое сердцебиение и мочеиспускание, диспепсии, кожные и сексуальные дисфункции. Моторными симптомами – мышечные боли напряжения, неусидчивость и слабость. Наиболее распространёнными поведенческими симптомами ПР были общее ослабление физиологических потребностей и астения; избегание ответственности и бесконтрольное поведение, включая субклиническое злоупотребление алкоголем или седативными медикаментами, отпускаемыми без рецепта; а также – потребность и принуждение близких к внешнему контролю и сопровождению.

2. Клинико-психологические особенности тревожных расстройств.

Как следует из таблицы 8, группа больных ГТР имела достоверно ($p < 0,05$) более высокие значения компонентов ГТР, общего балла КОНТ и клинико-психологических показателей тревожности по Ч.Д. Спилбергеру – Ю.В. Ханину и Д.В. Шихану. Следует заметить, что средний уровень характерологической тревожности по К. Леонгарду в группе больных ГТР также был достоверно ($p < 0,05$) выше, чем в контроле, при этом 40,2 % больных ГТР имели в характере тревожную акцентуацию. Если по шкалам закрытость, самоуверенность, саморуководство и самопривязанность МИС по С.Р. Пантिलееву группа ГТР и контроль не различались, то по таким существенным для понимания внутренней картины ГТР шкалам, как отражённое самоотношение, самоценность, самопринятие значения были достоверно ($p < 0,05$) ниже. При этом по шкалам внутренняя конфликтность и самообвинение – достоверно ($p < 0,05$) выше, чем в контрольной группе. Самоотношение больных ГТР отражало описанный в литературе паттерн приниженности и незначительности (В.Д. Вид, 1998; Т.А. Brown, 1997; Н.У. Wittchen, J. Hoyer, 2001; J.I. Constans et al., 2002).

Таблица 8.

**Сравнительные клинико-психологические характеристики больных
ГТР и лиц контрольной группы**

Шкалы методик	ГТР	Контроль	T-тест
Объективная оценка выраженности тревоги по КОНТ (в баллах)			
Аффективный компонент	3,5	0,23	p<0,0001
Когнитивный компонент	5,2	0,14	p<0,0001
Вегетативный компонент	4,2	0,29	p<0,0001
Моторный компонент	2,3	0,18	p<0,0001
Поведенческий компонент	4	0,1	p<0,0001
Общий балл	19,2	0,96	p<0,0001
Самооценка уровня тревожности (в баллах)			
Реактивная тревожность по Ч.Д. Спилбергеру	49,3	9,4	p<0,0001
Личностная тревожность по Ч.Д. Спилбергеру	68,4	27,5	p<0,0001
Тревожность по Д.В. Шихану	62,9	19,9	p<0,0001
Самоотношение МИС по С.Р. Пантилееву (в стенах)			
Закрытость	6,6	6	p=0,2
Самоуверенность	6,2	6,5	p=0,3
Саморуководство	6,1	6,7	p=0,2
Отраженное самоотношение	4,2	7,6	p<0,01
Самоценность	3,6	8,7	p<0,001
Самопринятие	4,6	6,3	p<0,01
Самопривязанность	5	5,3	p=0,4
Внутренняя конфликтность	5,7	5	p<0,05
Самообвинение	6,6	5,3	p<0,01
Особенности характера по К. Леонгарду (в баллах)			
Гипертимность	8	16	p<0,0001
Возбудимость	8,6	11,7	p<0,0001
Эмотивность	11	10,3	p=0,2
Педантичность	16,8	8,3	p<0,0001
Тревожность	16,3	5,1	p<0,0001
Циклотимность	16,9	12,6	p<0,0001
Демонстративность	15	8,8	p<0,0001
Неуравновешенность	9,4	15,3	p<0,0001
Дистимность	16,9	8,6	p<0,0001
Экзальтированность	15,3	13,3	p<0,001

Характерологические особенности больных группы ГТР также имели отличия в сравнении с контрольной группой. Так, не различались между группами только значения по шкале эмотивность. Выраженность гипертимных, возбудимых и неуравновешенных черт у больных ГТР была достоверно (p<0,05) ниже, а педантичных, демонстративных, тревожных, циклотимных, дистимных и экзальтированных – достоверно (p<0,05) выше, чем в контрольной группе. Таким образом, ведущими клинико-психологическими характе-

ристиками ГТР являлись выраженные проявления когнитивного, вегетативного и поведенческого компонентов расстройства по данным объективной оценки, и высокие уровни тревожности по результатам самооценки. Это низкая оценка ценности собственной личности при наличии выраженных педантичных, тревожных, циклоидно-дистимных и демонстративно-экзальтированных черт характера больных.

Как следует из таблицы 9, группа больных ПР имела достоверно ($p < 0,05$) более высокие, чем в контроле, значения компонентов ПР, общего балла КОПТ и клинико-психологических показателей тревожности. Присутствовали достоверные ($p < 0,05$) различия параметров самоотношения (кроме самопривязанности МИС) между больными ПР и контрольной группой. Следует напомнить, что нормативными являются показатели МИС в границах 4 – 6 стен. Так, в группе больных ПР было низким значение отражённого самоотношения МИС (3,6 стен против 7,4 стен в контроле, $p < 0,05$); высоким – значение внутренней конфликтности МИС, (6,7 стен против 4,8 в контроле). Высокие самооценку (8,7 стен) и отражённое самоотношение (7,4 стен) в контрольной группе сочетались с высокими саморуководством (6,4 стен), самоуверенностью (6,3 стен) и самопринятием МИС (6,2 стен). В целом, паттерн самоотношения контрольной группы был достоверно ($p < 0,05$) более супрематичным, а паттерн больных ПР – конфликтно-приниженным. Также достоверно ($p < 0,05$), за исключением величины шкалы демонстративности, имевшей в обеих группах пограничную с акцентуацией выраженность, различались характерологические особенности больных ПР и здоровых лиц контрольной группы. Все величины шкал, описывающих черты характеров больных ПР, кроме циклотимности (9,7 баллов) и экзальтированности (10,7 баллов), находились в зоне возможной акцентуации (12 – 20 баллов), при этом в наименьшей степени – педантичность (12,2 баллов), в наибольшей – эмотивность (17,8 баллов). В контрольной группе большинство величин шкал, описывающих характерологические особенности, находилось в зоне

отсутствия акцентуации. Исключение составили гипертимность (16,4 баллов), циклотимность (12,6 баллов) и экзальтированность (15,9 баллов).

Таблица 9.

Сравнительные клинико-психологические характеристики больных ПР и лиц контрольной группы

Шкалы методик	ПР	Контроль	T-тест
Объективная оценка выраженности панической тревоги по КОПТ (в баллах)			
Аффективный компонент	3,8	0,17	p<0,0001
Когнитивный компонент	4,3	0,22	p<0,0001
Вегетативный компонент	4,5	0,31	p<0,0001
Моторный компонент	2	0,12	p<0,0001
Поведенческий компонент	5,4	0,06	p<0,0001
Общий балл	20	0,88	p<0,0001
Самооценка уровня тревожности (в баллах)			
Реактивная тревожность по Ч.Д. Спилбергеру	54,4	9,4	p<0,0001
Личностная тревожность по Ч.Д. Спилбергеру	54,7	27,5	p<0,0001
Тревожность по Д.В. Шихану	87,2	19,9	p<0,0001
Самоотношение МИС по С.Р. Пантилееву (в стенах)			
Закрытость	4,4	5,8	p<0,0001
Самоуверенность	5,1	6,3	p<0,0001
Саморуководство	4,6	6,4	p<0,0001
Отраженное самоотношение	3,6	7,4	p<0,0001
Самоценность	4,4	8,7	p<0,0001
Самопринятие	4,9	6,2	p<0,0001
Самопривязанность	5	5,3	p=0,4
Внутренняя конфликтность	6,7	4,8	p<0,0001
Самообвинение	4,1	5,2	p<0,0001
Особенности характера по К. Леонгарду (в баллах)			
Гипертимность	13,6	16,4	p<0,0001
Возбудимость	14,3	11	p<0,0001
Эмотивность	17,8	10,4	p<0,0001
Педантичность	12,2	9,1	p<0,0001
Тревожность	15,9	5,4	p<0,0001
Циклотимность	9,7	12,6	p<0,0001
Демонстративность	15,5	14,6	p = 0,11
Неуравновешенность	13,4	9,2	p<0,0001
Дистимность	13,3	8,8	p<0,0001
Экзальтированность	10,7	15,9	p<0,0001

Таким образом, ведущими клинико-психологическими характеристиками ПР являлись выраженные проявления когнитивного, вегетативного и поведенческого компонентов расстройства по данным объективной оценки, и крайне высокие уровни тревожности по результатам самооценки. Это конфликтно-приниженная оценка значимости собственной личности в глазах

других людей при наличии выраженных тревожно-эмотивных черт характера больных.

У больных с длительно текущими ГТР и ПР было изучено дифференциально-диагностическое значение антиципационных способностей по тесту антиципационной состоятельности В.Д. Менделевича (ТАС) и психосемантических характеристик по тестам Р.М. Фрумкиной, Х. Эббингауза и Ч. Осгута. Как следует из таблицы 10, по показателям личностно-ситуационной, временной и общей антиципационной способности исследуемые группы достоверно ($p < 0,05$) различались между собой. Исключение составил показатель пространственной антиципационной способности (ПАС), который не различался у больных ГТР и ПР.

Таблица 10.
Результаты исследования антиципационной способности у больных тревожными расстройствами и здоровых лиц контрольной группы

\ Антиципация Группы \	Личностно- ситуативная	Пространственная	Временная	Общая
Больные ГТР	143,9 ³	40,4	29,2 ³	213,5 ³
Больные ПР	128,8 ²	37,2 ²	22,3 ²	188,3 ²
Контрольная группа	161 ¹	47,9 ¹	37,1 ¹	246 ¹

Примечание. ¹ Различие между группой Контроль и группой ГТР достоверно ($p < 0,05$)

² Различие между группой Контроль и группой ПР достоверно ($p < 0,05$)

³ Различие между группой ГТР и группой ПР достоверно ($p < 0,05$)

Таким образом, достоверно ($p < 0,05$) наименьшими были антиципационные показатели больных ПР; промежуточное положение занимали показатели больных ГТР, а достоверно ($p < 0,05$) наибольшие антиципационные способности выявили здоровые лица контрольной группы.

Как следует из таблицы 11, больные ПР считали, что понятия «паника» (П) и «тревога» (Т) различались по денотативным характеристикам «активный – пассивный» и «злой – добрый», давая понятию «паника» достоверно ($p < 0,05$) более жёсткие оценки. Напротив, больные ГТР и лица контрольной группы дифференцировали понятия «паника» и «тревога» только по характеристике «активный – пассивный». При этом больные ГТР считали достоверно

но ($p < 0,05$) более активным понятие «тревога», а здоровые лица контрольной группы – понятие «паника».

Таблица 11.
Результаты исследования денотативных характеристик понятий «тревога» и «паника» по методике семантического дифференциала Ч. Осгута у больных тревожными расстройствами и лиц контрольной группы

Характеристика Группа \	активный		злой		жесткий		тяжелый		холодный	
	П	Т	П	Т	П	Т	П	Т	П	Т
ГТР	5,5	6,4 ³	5,7	5,7	5,3	5,8	5,4	5,4	5,5	5,9
ПР	6,9	5,3 ²	6,4	6 ²	5,9	6	5,9	5,8	5,5	5,9
Контроль	6,1	5,3 ¹	4,9	4,8	4,9	5,1	4,7	4,9	4,8	5,1

Примечания. ¹ различие между Т и П в группе Контроля достоверно ($p < 0,05$)

² различие между Т и П в группе ПР достоверно ($p < 0,05$)

³ различие между Т и П в группе ГТР достоверно ($p < 0,05$)

Шрифтом выделены достоверные ($p < 0,05$) различия между группами

Таким образом, больные ПР считали более активным понятие «паника», а больные ГТР – понятие «тревога», поскольку каждой из групп эти феномены были даны в переживании.

Анализ обширных связей семантических и антиципационных способностей больных ГТР выявил специфический когнитивный дефицит в виде нереалистичности намерений, умеренно выраженной слабости прогнозов и оценок, которые у большинства больных компенсировались крайне выраженной бдительностью и чрезвычайной тщательностью выполнения заданий. Анализ связей семантических и антиципационных способностей больных ПР выявил низкую требовательность к мыслительному усилию, слабость прогнозов и оценок, поиск простейших решений в качестве единственной и безальтернативной модели взаимодействия с окружающей действительностью. Выявленные особенности когнитивной сферы больных с длительно текущими ГТР и ПР имели дифференциально-диагностическое значение.

3.1. Клинико-динамические особенности тревожных расстройств.

По результатам факторного анализа были выделены ведущие клинико-динамические факторы тревожных расстройств.

Таблица 12.

**Результаты исследования ведущих клинико-динамических факторов
генерализованного тревожного расстройства**

Название фактора	переменная	r, p<0,01
1. Фактор ведущих проявлений ГТР	тревожность	0,82
	вегетативный компонент	0,664
	характер врачебного наблюдения	0,642
	педантичность	0,603
	длительность расстройства	0,601
	самопринятие	-0,672
	самоценность	-0,672
	самоуверенность	-0,689
	саморуководство	-0,76
	самопривязанность	-0,769
	демонстративность	-0,84
	экзальтированность	-0,851
2. Профессиональный фактор	количество профессиональных нарушений	0,86
	качество профессиональных нарушений	0,857
	профессиональный статус	-0,68
3. Фактор семейных отношений	качество семейных нарушений	0,893
	количество семейных нарушений	0,892
	брачный статус	0,703
4. Фактор наследственности и воспитания	количество наследственных признаков	0,888
	качество наследственных признаков	0,849
	тип воспитания	0,816

Как следует из таблицы 12, ведущим клинико-динамическим фактором ГТР явилась совокупность клинико-психопатологических и клинико-психологических характеристик в виде высоких уровней тревожности по результатам самооценки, выраженных проявлений вегетативного компонента тревоги, преимущественно госпитального характера врачебного наблюдения, продолжительности расстройства более 10 лет и выраженных педантичных черт в характерах больных. С ведущим клинико-динамическим фактором ГТР отрицательно коррелировали преимущественно нарциссический паттерн самоотношения и выраженность демонстративно-экзальтированных черт характера. Вторую по значимости роль в динамических характеристиках ГТР играл профессиональный фактор. ГТР характеризовали большое количество

и тяжесть нарушений в профессиональной сфере в сочетании с низким профессиональным статусом больных. Существенным было влияние семейного фактора и фактора наследственных нарушений и модели воспитания.

Таблица 13.

Результаты исследования ведущих клинико-динамических факторов панического расстройства.

Название фактора	переменная	r, p<0,01
1. Фактор ведущих проявлений ПР	неуравновешенность	0,78
	тревожность	0,749
	аффективный компонент ПР	0,672
	когнитивный компонент ПР	0,646
	демонстративность	0,616
	вегетативный компонент	0,598
	характер врачебного наблюдения	0,581
	самообвинение	-0,719
	педантичность	-0,812
2. Фактор самоотношения	самопривязанность	0,738
	самоуверенность	0,678
	закрытость	0,659
	самопринятие	0,588
	самоценность	-0,635
3. Фактор семейных отношений	качество семейных нарушений	0,876
	количество семейных нарушений	0,846
	брачный статус	0,787
4. Фактор наследственности и воспитания	количество наследственных признаков	0,896
	качество наследственных признаков	0,832
	тип воспитания	0,704

Как следует из таблицы 13, ведущим клинико-динамическим фактором ПР явилась совокупность клинико-психопатологических и клинико-психологических характеристик в виде выраженности демонстративно-неуравновешенных черт в характерах больных, высоких уровней тревожности по результатам самооценки, выраженных проявлений аффективной, когнитивной и вегетативной панической тревоги и преимущественно госпитальный характер врачебного наблюдения. Отрицательно коррелировали с ведущим фактором высокий уровень самообвинения и выраженность педантич-

ных черт в характерах больных. Вторую по значимости роль в динамических характеристиках ПР играл фактор самоотношения, имевшего преимущественно нарциссические черты с высоким уровнем самопривязанности, самоуверенности, самопринятия и закрытости. Отрицательно коррелировал со вторым фактором высокий уровень самооценности. Существенным было влияние факторов семейного и наследственного, которые по своим клинко-динамическим характеристикам были идентичны соответствующим факторам ГТР.

3.2. Типичная клиническая картина тревожных расстройств. По результатам анализа ассоциаций были выделены типичные клинко-динамические характеристики, позволившие разделить типичные и атипичные проявления тревожных расстройств. Ведущее клинко-динамическое значение в дифференциации типичных и атипичных проявлений тревожных расстройств имели непараметрические ассоциации характерологических особенностей больных. Сила ассоциаций при ГТР была значительно больше, чем при ПР.

Таблица 14.

Результаты исследования ведущих клинко-динамических ассоциаций ГТР с типичными клиническими проявлениями

№ п/п	Переменная 1	Переменная 2	хи-квадрат (p<0,0001)
1.	экзальтированность	самооценка тревожности	173,4
2.	демонстративность	самооценка тревожности	142,6
3.	демонстративность	экзальтированность	127,5
4.	общее количество симптомов ГТР	количество вегетативных симптомов ГТР	100,2

Как следует из таблицы 14, ведущее динамическое влияние на формирование типичной клинической картины ГТР имели ассоциации демонстративной и экзальтированной акцентуаций характера между собой, а также их связь с самооценкой больными уровня тревожности. У больных с этими характерологическими особенностями продолжительность расстройства была

наибольшей. При этом типичная клиническая картина ГТР сохранялась в течение 15 и даже 20 лет без усугубления уровня психопатологии, с постепенным увеличением доли отдельных коморбидных симптомов преимущественно диссоциативного спектра. Следует заметить, что демонстративными или экзальтированными акцентуантами являлись 52 % больных исследуемой группы; 16,2 % от общего числа больных ГТР были демонстративно-экзальтированными акцентуантами; в целом, подгруппа типичной картины ГТР составила 68,2 % больных. Нарастание коморбидных диссоциативных и конверсионных симптомов на поздних стадиях ГТР позволило предполагать формирование пресенильных расстройств гистрионного спектра как типичный исход ГТР. Как следует из таблицы 15, ведущее динамическое влияние на клиническую картину ПР имели ассоциации педантичной и неуравновешенной акцентуаций характера по К. Леонгарду между собой, а также их связь с объективно оцениваемой величиной общего количества симптомов панической тревоги по КОПТ.

Таблица 15.

Результаты исследования ведущих клинико-динамических ассоциаций ПР с типичными клиническими проявлениями

№ п/п	Переменная 1	Переменная 2	хи-квадрат (p<0,0001)
1.	педантичность	общее количество симптомов ПР	85,5
2.	общее количество симптомов ПР	количество когнитивных симптомов ПР	83,5
3.	педантичность	неуравновешенность	79,6
4.	общее количество симптомов ПР	количество вегетативных симптомов ПР	77,9

У больных с этими характерологическими особенностями продолжительность расстройства была наибольшей. При этом типичная клиническая картина ПР сохранялась в течение 7 и даже 10 лет без формирования агорафобии и иного усугубления уровня психопатологии, с постепенным увеличением доли отдельных коморбидных симптомов, преимущественно конверсионного спектра. Поскольку сочетание этих противоположных акцентуаций в

одном характере представлялось невозможным, были проанализированы все протоколы методики К. Леонгарда у больных ПР. Выяснилось, что 68,2 % больных исследуемой группы ПР выявляли педантичную (22,4 %), демонстративную (16,9 %) или неуравновешенную (13,2 %) акцентуацию характера по К. Леонгарду. Педантичная и демонстративная акцентуации встречались вместе в одном характере у 1,5 %, а неуравновешенная и демонстративная – у 14,2 % от общего числа обследованных больных ПР. У 30 % больных ПР пограничная выраженность демонстративных, педантичных или неуравновешенных черт (возможная акцентуация) сочеталась в одном характере с демонстративной, педантичной и неуравновешенной акцентуациями. Сочетание противоположных черт педантичности и неуравновешенности в одном характере было казуистически возможно у больных ПР при условии разной степени выраженности их проявлений. При этом демонстративные черты встречались в характерах изученных больных ПР наиболее часто и в наибольшем количестве сочетаний. Появились основания утверждать, что демонстративные, педантичные и неуравновешенные черты составляли слабо контурированное «ядро» внутренне противоречивого и конфликтного, но всё-таки единого «панического» характера. В целом, подгруппа типичной картины ПР составила 68,2 % больных.

3.3. Личностно-типологические варианты тревожных расстройств.

Отсутствие «типичных» демонстративно-экзальтированных черт в характерах больных ГТР приводило к формированию вариантов атипичной формы расстройства. Каждый из вариантов был обусловлен наличием тревожной (4,4 %), циклоидной (8,8 %), циклоидной и педантичной (6,9 %), тревожной и педантичной (5,4 %), а также всех трёх (6,4 %) акцентуаций характера. Варианты ГТР были не столь продолжительны, как типичная клиника расстройства. Наименьшей была продолжительность ГТР у больных с тревожной акцентуацией характера, страдавших ананкакстным вариантом расстройства – от 2 до 6 лет. Быстро нарастала коморбидная социофобическая и обсессивная симптоматика. Ананкастный вариант ГТР выступил в качестве этапа форми-

рования генерализованной социофобии (F40.1) или обсессивно-компульсивного расстройства (F42.2). У больных ГТР с дистимной и циклотимной акцентуациями характеров формировался циклоидный вариант ГТР, сохранявший атипичную клинику расстройства в течение 5 – 10 лет. После 5 лет болезни начинала нарастать коморбидная гипотимия с постепенным формированием Смешанного тревожно-депрессивного расстройства (F41.2) или тревожной депрессии в рамках дистимии (F34.1) в исходе циклоидного варианта ГТР. Три ригидных варианта – ригидно-циклоидный, ригидно-ананкастный и ригидно-смешанный – имели наибольшую продолжительность: от 7 до 12 лет. В клинике ригидных вариантов постепенно нарастала вязкость тревожных опасений и стойкость моторных симптомов в виде неусидчивости и «стартового» мышечного напряжения. На поздних стадиях ригидных вариантов ГТР увеличивалась доля коморбидных органических симптомов. В аффективной сфере – торпидных тревожных, дистимных и дисфорических состояний; в когнитивной – типичной замедленности мышления, патологической обстоятельности; в интеллектуально-мнестической – слабости интеллектуального усилия и гипомнезии; в сенсорной – избирательное снижение чувствительности (экстра-, интра-, проприо-, и апперцепции) и внимания; в моторно-поведенческой – сужение поведенческой активности и оскудение навыков. В исходах ригидных вариантов ГТР формировалось Органическое тревожное расстройство (F06.4), либо типичное органическое расстройство личности (F07.0). В целом, атипизм вариантов проявился в более грубой выраженности симптоматики, наличии терапевтической резистентности, а также близости вариантов к «титულным» расстройствам.

Отсутствие в характерах больных ПР «типичных» панических черт позволило выделить ряд вариантов атипичной формы расстройства, продолжительность которых была значительно меньше, однако атипизм этих вариантов проявлялся значительно мягче, чем при ГТР. Наиболее коротким – до 2 лет максимум – был ювенильный вариант ПР (11,1 % наблюдений). Он был отмечен преимущественно у впервые заболевших ПР старших подростков

(18 – 21 год) и молодых взрослых (22 – 29 лет) с отсутствием каких-либо акцентуаций характера, но наличием пограничной выраженности (возможная акцентуация, 15 – 20 баллов по К. Леонгарду) демонстративных, неуравновешенных и педантичных черт. Частота панических атак составляла 2-4 в месяц; тревога ожидания носила характер неопределённого телесного дискомфорта. Типичным исходом было состояние полной стойкой ремиссии, расценивавшейся как выздоровление. За период от 10 до 15 лет динамического наблюдения ни один больной с ювенильным вариантом ПР повторно в терапии не нуждался. Среди 4,2 % больных ПР с ананкастным вариантом расстройства, большинство были тревожными и эмотивными акцентуантами с пограничной выраженностью типичных «панических» черт. Этот вариант ПР был самым неблагоприятным: все 17 больных, у которых в процессе исследования развилась агорафобия, были тревожными акцентуантами. Сочетание тревожной и эмотивной акцентуации характера препятствовало усугублению уровня психопатологии от 3 до 5 лет. В клинической картине постепенно нарастало агорафобическое сужение ареала, в исходах ананкастного варианта разворачивалась типичная агорафобия с характерной самоизоляцией и последующим формированием панфобии. Среди 6,9 % больных ПР с циклоидным вариантом большинство имели дистимную акцентуацию характера, однако некоторые выявили сочетание гипертимной и дистимной акцентуаций по К. Леонгарду. Типичные «панические» черты имели пограничную выраженность у всех больных. Особенностью варианта явилось сохранение критического самосознания во время панической атаки, вплоть до секунд. Деморализация носила осознанный, критичный характер. Больные осознавали, отслеживали и внутренне комментировали свои панические переживания. Чувство вины после атаки было острым и драматичным, тревога ожидания имела тоскливо-рассудочный характер. Вместе с тем, гипотимия не достигала клинического масштаба, депрессивные эпизоды не формировались. В исходах циклоидного варианта развивалась панфобия с преимущественно социофобическими чертами, агорафобией и коморбидными средними и тяжёлыми (с

соматизацией) депрессивными эпизодами. У 3,7 % больных ПР с взрывчатым вариантом преобладало сочетание возбудимых и эмотивных акцентуаций характера по К. Леонгарду. В зоне возможной акцентуации наряду с типичными «паническими» чертами отмечались тревожные черты характера. Эта малочисленная группа больных с «органическим» вектором развития ПР оказалась противопоставлена ригидным вариантам ГТР: «бурная» паническая тревога и «вялая» генерализованная. Сочетание возбудимых и эмотивных черт характера в комплексе прочих описанных выше условий препятствовало исходной трансформации ПР в более грубые формы психических расстройств в течение 6 – 8 лет. Особенности варианта проявлялись гневными разрядами как в самой панической атаке, так и, особенно, в межприступный период. На поздних стадиях проявились острые коморбидные дисфории с гетеро- и аутоагрессией. Тревога ожидания больше напоминала раздражённое ожидание, а временами – гнев ожидания. В исходе формировалось органическое расстройство личности. Наиболее близким по продолжительности к типичной клинической картине ПР был эмотивный вариант ПР – от 6 до 10 лет. У этих 4,8 % больных ПР место неуравновешенной акцентуации в типичном «паническом» характере занимала эмотивная акцентуация по К. Леонгарду. Волевая слабость оказалась замещена более грубой слабостью – эмоциональной. Ритм и характер панических атак при этом варианте ничем от типичного ПР не отличались, однако больные с эмотивным вариантом на поздних стадиях более выражено делегировали полномочия окружающим, нуждались в сопровождении, прибегали к манипуляции близкими и их шантажу, чем больные с типичной клиникой панического расстройства. Тревога ожидания заметно драматизировалась и откровенно рентно использовалась. Присутствовали аггравация и псевдология. В исходах эмотивного варианта стремительно формировалось истерическое расстройство личности (F60.4).

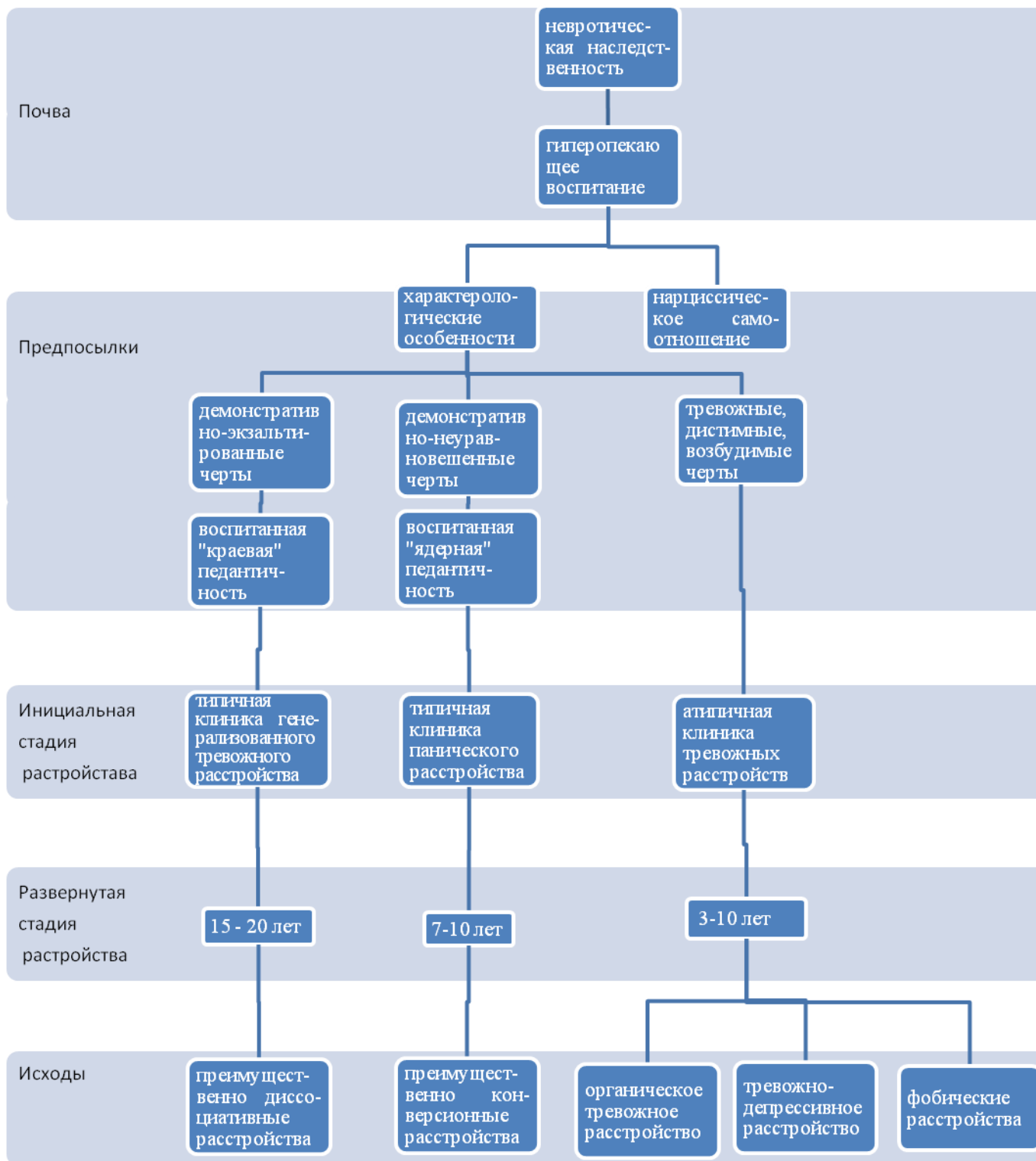
3.4. Комплексная клинико-психопатологическая и клинико-психологическая феноменологическая концепция тревожных расстройств. Системный характер взаимосвязей клинико-анамнестических

предпосылок, клинико-психопатологических и клинико-психологических характеристик позволил сформулировать комплексную концепцию тревожных расстройств. Как следует из диаграммы 1, на уровне предпосылок тревожные расстройства имели единые корни. Это наследственная отягощённость по невротическим расстройствам, суицидальному поведению и хроническим соматическим заболеваниям, которая у склонных субъектов в условиях родительского воспитания по типу гиперопеки формировала демонстративную личность с нарциссическим самоотношением. Истерическому патоформированию с развитием диссоциативных и конверсионных расстройств препятствовали воспитанные педантичные черты, однако чувствительность к психогении оставалась крайне высокой в силу социальных затруднений. Степень интеграции педантичных черт в «ядро» характера, в конечном счёте, и обеспечивала дивергенцию клинической симптоматики тревожных расстройств. «Привитая» посредством гиперопекающего воспитания в слабый демонстративно-неустойчивый характер педантичность создавала условия для выбора панических стратегий реагирования с развитием типичного панического расстройства. Напротив, воспитанная педантичность не могла стать частью демонстративно-экзальтированного «ядра» личности, но создавала анксиогенный внутриличностный конфликт, как предпосылку для развития типичной формы генерализованного тревожного расстройства.

Отсутствие или слабая выраженность в характере «типичных» для тревожных расстройств черт; преобладание характерологической тревожности, дистимности или возбудимости, при прочих равных условиях приводило к развитию атипичной клиники тревожных расстройств с формированием вариантов, имевших меньшую продолжительность расстройств и иные исходы. Исход типичных форм тревожных расстройств определяло нарастание коморбидной диссоциативной и конверсионной симптоматики с формированием диссоциативного или конверсионного расстройства в рамках тревожно-истерического континуума. Ананкастные варианты ГТР и ПР через нарастание коморбидной фобической симптоматики трансформировались в социо-

фобию (ГТР) и агорафобию (ПР) в рамках тревожно-фобического континуума.

Диаграмма 1.
Комплексная клинико-психопатологическая и клинико-психологическая концепция тревожных расстройств



Циклоидные варианты тревожных расстройств через нарастание коморбидной депрессивной симптоматики – в тревожно-депрессивное расстройство в рамках тревожно-депрессивного континуума. Органические варианты ГТР и ПР также через нарастание коморбидных симптомов – в органическое тревожное расстройство. Органический вектор развития ПР изучен Д.Б. Цыганковым (2010).

Феноменологическая концепция тревожных расстройств определила характер психопрофилактических мероприятий, реализованных на психопрофилактическом, психокоррекционном, лечебном и реабилитационном уровнях. Инициальный период включал этапы донозологических проявлений и первого эпизода; период развёрнутых проявлений – этапы рецидива с типичной и атипичной симптоматикой; исходный период – этапы нарастания коморбидной симптоматики и трансформации тревожных расстройств.

4.1. Результаты стандартизированной терапии тревожных расстройств. Как следует из таблицы 16, у больных с типичными проявлениями ГТР использовались все виды терапии. Сопоставление полученных результатов с данными о продолжительности заболевания позволило сделать вывод, что психотерапия применялась преимущественно у лиц, страдавших ГТР менее 5 лет.

Таблица 16.
Результаты исследования количества больных с типичными и атипичными проявлениями ГТР, получивших различные виды стандартизированной терапии.

Типология ГТР		Вид терапии			Всего
		Психотерапия	Фармакотерапия	Комбинированная терапия	
Типичная форма		49 (24 %)	31 (15,2 %)	59 (28,9 %)	139 (68,2 %)
Варианты атипичной формы	Ананкастный	-	-	9 (4,4 %)	9 (4,4 %)
	Циклоидный	-	-	18 (8,8 %)	18 (8,8 %)
	Ригидные	-	-	38 (18,6 %)	38 (18,6 %)
Итого		49 (24 %)	31 (15,2 %)	124 (60,8 %)	204 (100 %)

Напротив, фармакотерапия использовалась для лечения больных с длительностью расстройства более 10 лет. Комбинированное лечение преимуще-

ственно использовалось у больных с продолжительностью расстройства более 5 лет; вместе с тем, их число было значительно как в группе с продолжительностью расстройства менее 5 лет, так и в группе с длительностью расстройства более 10 лет. У больных с атипичными проявлениями ГТР также применялось комбинированное лечение.

Как следует из таблицы 17, у больных с типичными проявлениями ПР, а также ювенильным и эмотивным вариантами расстройства, для лечения использовались все виды терапии. Сопоставление полученных результатов с данными о продолжительности заболевания позволило сделать вывод, что психотерапия применялась преимущественно у лиц, страдавших типичными проявлениями ПР 2 – 4 года.

Таблица 17.

Результаты исследования количества больных с типичными и атипичными проявлениями ПР, получивших различные виды стандартизованной терапии.

Типология ПР		Вид терапии			Всего
		Психотерапия	Фармакотерапия	Комбинированная терапия	
Типичная форма		36 (19,6 %)	41 (21,7 %)	54 (28,6 %)	131 (68,2 %)
Варианты атипичной формы	ювенильный	6 (3,2 %)	1 (0,5 %)	14 (7,4%)	21 (11,1%)
	ананкастный	-	-	8 (4,2 %)	8 (4,2 %)
	циклоидный	-	-	13 (6,9 %)	13 (6,9 %)
	эксплозивный	-	-	7 (3,7 %)	7 (3,7 %)
	эмотивный	1 (0,5 %)	2 (1,1%)	6 (3,2 %)	9 (4,8 %)
Итого		43 (22,8 %)	44 (23,3 %)	102 (54 %)	189 (100 %)

Напротив, фармакотерапия использовалась у больных с длительностью расстройства более 6 – 8 лет. Комбинированное лечение преимущественно применялось у больных с длительностью заболевания 4 – 6 лет; вместе с тем, их число было значительно как в группе с продолжительностью расстройства менее 2 лет, так и в группе с длительностью расстройства 6 – 10 и более лет. Больные с ананкастным, циклоидным и эксплозивным вариантами ПР получили комбинированное лечение.

Как следует из таблицы 18, до лечения больные типичным ПР были склонны достоверно ($p < 0,05$) выше оценивать уровень своей тревоги, чем больные типичным ГТР.

Таблица 18.

Динамика редукции клинико-психологических показателей у больных с типичной клинической картиной тревожных расстройств, получавших комбинированное лечение

Шкалы методик	Типичная картина				контроль	
	ГТР		ПР		ГТР	ПР
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения		
Самооценка тревожности (в баллах)						
Реактивная тревожность по Ч.Д.С.	44,6 ¹	18,5*	54,6*	21,9 ²	9,4*	9,4*
Личностная тревожность по Ч.Д.С.	67,5 ¹	35,9*	54,1*	35,5	27,5*	27,5
Тревожность по Д.В. Шихану	43,8 ¹	37,5*	88,4*	30,1 ²	19,9*	19,9
Самоотношение МИС по С.Р. Пантилееву (в стенах)						
Закрытость	5,8 ¹	5,5	4,2*	5,4	6	5,8
Самоуверенность	7,3 ¹	6,8*	5,2*	5,6 ²	6,5	6,3
Саморуководство	7,2 ¹	6,6*	4,5*	5,3 ²	6,7	6,4
Отражённое самоотношение	4,4 ¹	5,6*	3,5*	5,2	7,6*	7,4*
Самоценность	4,2	5,5*	4,4*	6*	8,7*	8,7*
Самопринятие	5,8 ¹	6,3*	4,9*	5,7	6,3	6,2
Самопривязанность	6 ¹	5,9	5*	5,7	5,3	5,3
Внутренняя конфликтность	5,6 ¹	5,7	6,8*	5,6	5	4,8
Самообвинение	5,9 ¹	5,8	3,9*	4,3 ²	5,3	5,2

Примечание. *Различие между показателями до и после лечения достоверно ($p < 0,05$).

¹ Различие в показателях до лечения между ГТР и ПР достоверно ($p < 0,05$).

² Различие в показателях после лечения между ГТР и ПР достоверно ($p < 0,05$).

Это соответствует реальности тревожных расстройств и литературным данным: интенсивность тревожных переживаний при ПР в целом выше, чем при ГТР (А. Nale, 1997). Показатели реактивной тревожности по Ч.Д. Спилбергеру и тревожности по Д.В. Шихану после лечения также достоверно ($p < 0,05$) различались. При этом в обеих подгруппах после лечения сохранялся определенный «дежурный» уровень патологической тревоги, и у больных типичным ГТР он был более выраженным. Уровень самооценности в обеих группах до лечения достоверно ($p < 0,05$) не различался и находился на нижней границе норматива в 4 стена. В сравнении с чрезвычайно высоким уровнем самооценности в контрольной группе (СЦ-МИС, 8,7 стенов), представления больных ГТР и ПР о ценности собственной личности действительно вы-

глядели принижеными. Вместе с тем, больным ГТР были присущи очевидные черты нарциссического самоотношения, но они не имели достоверных ($p < 0,05$) различий с контролем. Так, находились в области выраженного признака самоуверенность (7,3 стенов) и саморуководство (7,2 стенов); на верхней границе норматива в 6 стенов – самопривязанность (6 стенов). Паттерн самоотношения больных ГТР отражал привязанность к приниженности, и был подобен известному «любованию страданием», свойственному истерии (В.Я. Семке, 1997), но в менее выраженном виде. В подгруппе больных типичной формой ПР ниже границы норматива в 4 стенов были значения отраженного самоотношения (ОС-МИС, 3,5 стенов) и самообвинения (СО-МИС, 3,9 стенов). Напротив, выше норматива в 6 стенов был показатель внутренней конфликтности (ВК-МИС, 6,8 стенов). Такой паттерн самоотношения получил название облегченно-конфликтного. После лечения паттерн самоотношения больных с типичной формой ПР стал гармоничным, и более рациональным и адаптивным, чем самоотношение здоровых лиц контрольной группы. Паттерн самоотношения больных с типичной формой ГТР после лечения сохранил нарциссические черты, не имевшие достоверных ($p < 0,05$) различий с контролем. Такой паттерн самоотношения не мог быть признан благоприятным. Больные нуждались в продолжении психокоррекционных мероприятий в период ремиссии ГТР. Больные с типичной формой ПР также требовали в период ремиссии продолжения психокоррекционных мероприятий, поскольку наряду с благоприятным паттерном самоотношения сохранялся повышенный уровень «дежурной» тревожности.

Как следует из таблицы 19, в подгруппах с ананкастными вариантами ГТР и ПР до лечения достоверно ($p < 0,05$) различались уровни реактивной и личностной тревожности по Ч.Д. Спилбергеру – Ю.В. Ханину, которые у больных ПР были значительно ниже. После лечения уровень «дежурной» тревожности у больных ананкастным вариантом ГТР был чрезвычайно высок, в то время как у больных ананкастным вариантом ПР тревожность нор-

мализовалась. Паттерн самоотношения больных ананкастным вариантом ГТР до лечения был крайне аутодеструктивным.

Таблица 19.

Сравнительная характеристика терапевтической динамики клинико-психологических показателей у больных с ананкастными вариантами ГТР и ПР

Шкалы методик	Ананкастный вариант				контроль	
	ГТР		ПР		ГТР	ПР
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения		
Самооценка тревожности (в баллах)						
Реактивная тревожность по Ч.Д.С.	60,1 ¹	51,1*	53,9*	27,4 ²	9,4*	9,4*
Личностная тревожность по Ч.Д.С.	71,2 ¹	44,4*	50,6*	28,2 ²	27,5*	27,5
Тревожность по Д.В. Шихану	97	64,8*	88,5*	32,4 ²	19,9*	19,9
Самоотношение (в стенах)						
Закрытость МИС	7,9 ¹	4,9*	4,4*	5,5	6	5,8
Самоуверенность МИС	4,1 ¹	5,4*	5,4	5,7	6,5	6,3
Саморуководство МИС	4,7	4,6	4,5	5,4	6,7	6,4
Отражённое самоотношение МИС	4,1	5,1*	3,9*	5,6	7,6*	7,4*
Самоценность МИС	2 ¹	2,8	4,1*	5,5 ²	8,7*	8,7*
Самопринятие МИС	2,7 ¹	2,8	5,2	5,5 ²	6,3	6,2
Самопривязанность МИС	3,6 ¹	7,1*	5,4	5,6 ²	5,3	5,3
Внутренняя конфликтность МИС	7 ¹	5,8*	5,9	5,2	5	4,8
Самообвинение МИС	7,7 ¹	5,8*	2,9*	3,9 ²	5,3	5,2

Примечание. *Различие между показателями до и после лечения достоверно ($p < 0,05$).

¹ Различие в показателях до лечения между ГТР и ПР достоверно ($p < 0,05$).

² Различие в показателях после лечения между ГТР и ПР достоверно ($p < 0,05$).

Значительно превышали норматив в 6 стенов закрытость (З-МИС, 7,9 стенов), внутренняя конфликтность (ВК-МИС, 7 стенов) и самообвинение (СО-МИС, 7,7 стенов). Крайне низкими были самооценку (СЦ-МИС, 2 стенов), самопринятие (СПН-МИС, 2,7 стенов) и низкой – самопривязанность (3,6 стенов). Паттерн самоотношения МИС больных ананкастным вариантом ПР до лечения был облегчённым: крайне низкие значения самообвинения (2,9 стенов). После лечения самоотношение больных ПР приобрело близкие к гармоничным черты со значениями самообвинения на нижней границе норматива в 4 стенов (СО-МИС, 3,9 стенов). Паттерн самоотношения больных ГТР после лечения утратил грубые аутодеструктивные черты, но сохранил принижённый характер: самооценку (СЦ-МИС 2,8 стенов) и самопринятие (СПН-

МИС, 2,8 стена). При этом рост самопривязанности от крайне низких до нарциссически высоких значений (СПВ-МИС, 7,1 стенов) носил гиперкомпенсаторный характер. Таким образом, больные ананкастным вариантом ГТР нуждались в продолжении психокоррекционных мероприятий в период ремиссии расстройства. Больные ананкастным вариантом ПР требовали в период ремиссии динамического наблюдения и психопрофилактических мероприятий в силу относительного характера полученных терапевтических результатов.

Таблица 20.

Сравнительная характеристика терапевтической динамики клинико-психологических показателей у больных с циклоидными вариантами ГТР и ПР

Шкалы методик	Циклоидный вариант				контроль	
	ГТР		ПР		ГТР	ПР
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения		
Самооценка тревожности (в баллах)						
Реактивная тревожность по Ч.Д.С.	54,5 ¹	43,4*	61,1*	24,2 ²	9,4*	9,4*
Личностная тревожность по Ч.Д.С.	71,9 ¹	45,9*	39,8*	29,5 ²	27,5*	27,5
Тревожность по Д.В. Шихану	94,2	63,7*	95,5*	22,2 ²	19,9*	19,9
Самоотношение (в стенах)						
Закрытость МИС по С.Р.П.	7,1 ¹	4,8*	4,1*	5,5	6*	5,8
Самоуверенность МИС по С.Р.П.	4,7	6*	4,5	4,8 ²	6,5	6,3*
Саморуководство МИС по С.Р.П.	4	4,1	4	4,8	6,7*	6,4*
Отражённое самоотношение МИС	3,9	4,7	3,2*	5,1	7,6*	7,4*
Самоценность МИС по С.Р.П.	2,8 ¹	2,9	4,1*	6,2 ²	8,7*	8,7*
Самопринятие МИС по С.Р.П.	2,9 ¹	4*	4,1	4,5	6,3*	6,2*
Самопривязанность МИС по С.Р.П.	3,5 ¹	6,5*	4,6*	6,2	5,3*	5,3*
Внутренняя конфликтность МИС	5,3 ¹	4,9*	6,8*	5,2	5	4,8
Самообвинение МИС по С.Р.П.	7,9 ¹	6,1*	2,8*	3,5 ²	5,3	5,2*

Примечание. *Различие между показателями до и после лечения достоверно ($p < 0,05$).

¹ Различие в показателях до лечения между ГТР и ПР достоверно ($p < 0,05$).

² Различие в показателях после лечения между ГТР и ПР достоверно ($p < 0,05$).

Как следует из таблицы 20, у больных с циклоидными вариантами ГТР и ПР до лечения достоверно ($p < 0,05$) различались тревожности. После лечения уровень «дежурной» тревожности у больных циклоидным вариантом ГТР был чрезвычайно высок, в то время как у больных циклоидным вариантом ПР был нормативен. Паттерн самоотношения больных циклоидным вариантом ГТР до лечения был крайне аутодеструктивным: значительно пре-

вышали норматив в 6 стенов закрытость (7,1 стенов) и самообвинение (7,7 стенов). Крайне низкими были самооценność (2,8 стена), самопринятие (2,9 стена), низкой – самопривязанность (3,5 стена) и пограничным – отражённое самоотношение (3,9 стена). Самоотношение больных циклоидным вариантом ПР до лечения носило конфликтно-облегчённый характер: внутренняя конфликтность (6,8 стенов), самообвинение (2,8 стена) и отражённое самоотношение (3,2 стена). После лечения паттерны самоотношения больных циклоидными вариантами ГТР и ПР также не были гармоничными. Самоотношение МИС больных ГТР утратило грубые аутодеструктивные черты, но носило принижённый характер: не изменилась крайне низкая самооценność (2,9 стена). Рост самопривязанности имел гиперкомпенсаторный характер (6,5 стенов). Паттерн самоотношения больных ПР после лечения сохранил облегчённый характер: самообвинение (3,5 стена). Рост значений самооценности (6,2 стенов) и самопривязанности (6,2 стенов) носил гиперкомпенсаторный характер. Таким образом, больные циклоидными вариантами и ГТР, и ПР нуждались в продолжении психокоррекционных мероприятий в период ремиссии расстройств.

4.2. Характер психокоррекционных мероприятий. Результаты проведенного стандартизованного лечения с использованием одного вида психотерапии и ограниченного набора психофармакологических средств позволили выявить спектр возможностей и ограничений выбранного терапевтического подхода. Разработанные на основе стандартизованного лечения комплексные многокомпонентные психокоррекционные мероприятия коррекционного и лечебно-профилактического уровня представлены в таблице 21. Комплексный характер психокоррекционных мероприятий заключался в использовании лечебных подходов с учётом результатов стандартизованной терапии, стадии тревожного расстройства, синдромологической специфики и типичности клинических проявлений. Многокомпонентность психокоррекционных мероприятий заключалась в комплементарном эклектическом сочетании психодинамических и бихевиорально-когнитивных психотерапевтических

инструментов, а также индивидуальном подборе тропных фармакологических средств в адекватных дозировках. Контрольная консультация через 7 – 10 дней после окончания первого эпизода тревожного расстройства представляла собой клиническую оценку качества достигнутой ремиссии. В беседе выявлялись используемые личностью стратегии совладания с бытовым и профессиональным стрессом, давались рекомендации по их закреплению. Делался прогноз динамики состояния. Консультативное наблюдение после повторного эпизода тревожного расстройства осуществлялось с частотой 1 раз в неделю в течение 3 месяцев при ГТР и 1 раз в 2 недели в течение 2 месяцев при ПР представляло собой психокоррекционное мероприятие лечебно-реабилитационного уровня. Оно включало текущую клиническую оценку качества ремиссии, блок личностно-реконструктивных вмешательств с использованием глубинно-ориентированной индивидуальной психотерапии, и мониторинг приёма поддерживающих доз медикаментов. На заключительной консультации этой группе больных давались рекомендации по самоконтролю психического состояния; признаках послабления ремиссии тревожного расстройства, требующих продолжения психокоррекционных мероприятий; признаках срыва достигнутой ремиссии, требующих повторного систематического лечения. Медицинская эффективность данных мероприятий составила более 87 % в течение 1 года. Третий и последующие эпизоды тревожных расстройств с типичной клинической картиной требовали включения пациента в постоянно действующую психокоррекционную группу и семейное консультирование (при ГТР). Изменения в характере поддерживающей фармакотерапии разъяснялись рационально. Данная форма психокоррекционной работы использовалась и на последующих этапах. Изменение характера эпизода с нарастанием выраженности отдельных атипичных симптомов и их количества в границах, недостаточных для диагностики коморбидного психического расстройства, было характерно для вариантов тревожных расстройств.

Таблица 21.

**Сравнительные характеристики психокоррекционных мероприятий
в период ремиссии ГТР и ПР**

№ п/п	Стадия расстройства	Характер психокоррекционных мероприятий	
		ГТР	ПР
1.	Первый эпизод	Контрольная консультация; выявление и закрепление стратегий совладания со стрессом	Контрольная консультация; выявление и закрепление стратегий совладания со стрессом
2.	Повторный эпизод	Консультативное наблюдение не реже 1 раза в 7-10 дней не менее 3 месяцев; продолжение личностной реконструкции; поддерживающая фармакотерапия не менее 3 месяцев, до полугода; контрольная консультация	Консультативное наблюдение не реже 1 раза в 10-14 дней не менее 2 месяцев; продолжение личностной реконструкции; поддерживающая фармакотерапия не менее 3 месяцев, до полугода; контрольная консультация
3.	Срыв ремиссии, типичный эпизод	Включение в постоянную амбулаторную психокоррекционную группу для больных пограничного спектра; семейное консультирование, фокусированное на ГТР не реже 2 раз в неделю не менее 1 месяца; индивидуальное консультирование не реже 1 раза в месяц; поддерживающая фармакотерапия не менее 1 года, до 3 лет; контрольные консультации не реже 1 раза в 6 месяцев	Закрепление стратегий приверженности диспансерному наблюдению; индивидуальное консультирование по проблематике ПР не реже 1 раза в месяц; продолжение личностной реконструкции; поддерживающая фармакотерапия не менее 1 года, до 3 лет; контрольные консультации не реже 1 раза в 6 месяцев
4.	Срыв ремиссии, изменение характера эпизода	Постгоспитальная консультация с разьяснением характера изменений; коррекция трудовых и бытовых установок, переход к постоянной поддерживающей терапии; продолжение мероприятий п. 3	Включение в постоянную амбулаторную психокоррекционную группу для больных пограничного спектра; семейное консультирование, фокусированное на ПР не реже 2 раз в неделю не менее 1 месяца; переход к постоянной поддерживающей терапии; продолжение мероприятий п. 3
5.	Ранее неизвестная больному коморбидная симптоматика	Постгоспитальная консультация с разьяснением характера изменений; изменения в характере поддерживающей терапии; продолжение мероприятий п. 3 и п.4	Постгоспитальная консультация с разьяснением характера изменений; коррекция трудовых и бытовых установок; изменения в характере поддерживающей терапии; продолжение мероприятий п. 3 и п.4
6.	Исходное усложнение симптоматики расстройства	Постгоспитальная консультация с разьяснением характера изменений и осознанием ограничений; продолжение мероприятий п. 3 – 5	Постгоспитальная консультация с разьяснением характера изменений и осознанием ограничений; продолжение мероприятий п. 3 – 5

Использовался рациональный подход для разьяснения характера изменений. Рациональные беседы проводились в рамках индивидуальных консультаций. Появление и нарастание коморбидной симптоматики, а также исходная трансформация тревожных расстройств оказывали негативное влияние на состояние и самоотношение больных, их веру в успех лечения и доверие к врачу. Рациональное разьяснение изменений сопровождалось мотивационным подкреплением доступных целей саморазвития, продолжения личностного роста, передачи жизненного и профессионального опыта, положительной оценки возможностей жизни с болезнью, навыков само- и взаимопомощи.

Таблица 22.

**Особенности психокоррекционных мероприятий
при вариантах тревожных расстройств**

Вариант	Специфика симптоматики	Акцент психокоррекции
циклоидный	субклиническая гипотимия с формированием коморбидного депрессивного расстройства	Ценностно-ориентированный тренинг; предпочтение СИОЗС
ананкастный	«фобическая готовность» с формированием агора-, социо- или панфобии, а также обсессивно-компульсивного расстройства и тревожного расстройства личности	Тренинг умения говорить «НЕТ»; тренинг уверенного поведения; индивидуальный подбор фармакологических средств (транквилизаторы, антидепрессанты, малые нейролептики, большие нейролептики 5 поколения)
ригидные	«ригидно-органический фон» с формированием органического тревожного расстройства и органического расстройства личности	Тренинг «флексibility»; индивидуальный подбор нормотимиков, курсов тропных витаминов и сбалансированных ноотропных средств
эксплозивный	«эксплозивно-органический фон» с формированием органического тревожного расстройства и органического расстройства личности	Тренинг социализации агрессии; индивидуальный подбор нормотимиков, курсов тропных витаминов и сбалансированных ноотропных средств
ювенильный	минимальная тяжесть проявлений, благоприятная динамика, исход – выздоровление	Тренинг уверенного поведения
эмотивный	«эмоционально-лабильный фон» с формированием диссоциативного расстройства и истерического расстройства личности	Тренинг выбора эмоциональной стратегии; тренинг постановки цели; индивидуальный подбор фармакологических средств (транквилизаторы, антидепрессанты, малые нейролептики)

Психокоррекция вариантов тревожных расстройств проводилась по общей форме с акцентом на специфике атипичных проявлений. Результаты исследования психокоррекционных мероприятий при вариантах тревожных расстройств представлены в таблице 22.

4.3. Психопрофилактика тревожных расстройств. Характер психопрофилактических мероприятий, направленных на предотвращение формирования ГТР и ПР, был обусловлен высокой клинико-динамической значимостью ряда биологических, интрапсихических и социальных влияний в становлении, развитии и исходной трансформации этих тревожных расстройств. Как следует из таблицы 23, среди высокосignимых факторов риска (интегрированный коэффициент > 200), существовала определённая взаимосвязь.

Таблица 23.
Факторы риска развития тревожных расстройств

Группы факторов риска	Факторы риска	С.Ф.	Р.Ф.	И.К.
трудовые	смена мест работы > 10 раз	6,8	18	122,4
	труд со снижением квалификации	3	24,8	74,4
	безработица > 6 месяцев 1 и > раз в жизни	5,6	26,9	150,6
семейные	межгендерные трудности в добрачный период	2,4	65,3	156,7
	затруднения при вступлении в брак	4,3	52,2	224,5
	неудовлетворенность отношениями в браке	1,6	75,5	120,8
медико-биологические	психогении в преморбиде расстройства	3,2	91,4	292,5
	наркогении в преморбиде расстройства	2,1	67	140,7
	соматогении в преморбиде расстройства	2,1	19,2	40,3
внутриличностные	характерологические особенности	2,6	90,3	234,8
	неблагоприятные паттерны самоотношения	2,3	71,2	163,8
наследственные	суицидальное поведение у близких	4,4	59,7	262,7
	невротические расстройства у близких	3,4	66,7	226,8
	наследственные соматозы у близких	4,8	77,2	370,6

*Примечания. С.Ф. – сила фактора; Р.Ф. – распространённость фактора;
И.К. - интегрированный коэффициент

Наличие неизлечимых соматических заболеваний, невротических расстройств и суицидального поведения среди значимых близких накладывало серьёзный отпечаток на развитие личности больного тревожным расстройством. Закрепление субадаптивных моделей поведения приводило к возникновению характерологических особенностей, препятствовавших успешному социальному функционированию. Социальные затруднения переживались

как психотравмы, при этом наиболее остро воспринимались затруднения на пути к свободному и естественному формированию нормальных брачных отношений.

4.3.1. Первичная психопрофилактика тревожных расстройств. Общие мероприятия первичной психопрофилактики осуществлялись в контрольной группе здоровых лиц в период обследования и имели целью предотвращение появления выявленных факторов риска. Они представляли собой:

1. обучение навыкам психической саморегуляции и положительного воздействия на морально-психологический климат в трудовом коллективе, бытовых и семейных отношениях;
2. коррекцию бытовых и семейных отношений через изменение отношения субъекта;
3. санацию соматических заболеваний;
4. коррекцию вредных привычек (табакокурение, употребление алкоголя, азартные и компьютерные игры, покупки в кредит, необеспеченные займы, самолечение).

Дифференцированные мероприятия первичной психопрофилактики тревожных расстройств проводились среди лиц контрольной группы, и имели целью выявление группы риска развития тревожных расстройств и воздействие на предрасполагающие факторы. Они представляли собой:

1. выявление лиц с отягощённой наследственностью по психическим и соматическим заболеваниям; лиц с характерологическими особенностями; лиц с гедонистическими установками и нарушениями самоконтроля; лиц с неполной социальной адаптацией;
2. коррекцию дезадаптивных и субадаптивных моделей поведения; обучение навыкам социально-одобряемого и социально-нормативного поведения у лиц с характерологическими особенностями;

3. санитарно-просветительную работу с повышением информированности предрасположенной группы о тревожных расстройствах, факторах риска их возникновения и условиях их провокации.

4.3.2. Вторичная профилактика тревожных расстройств осуществлялась среди лиц контрольной группы, выявлявших единичные симптомы тревожных расстройств и пограничные уровни тревожности, и имела целью снижение факторов риска:

1. коррекцию агрессивных и конфликтных производственных, бытовых и семейных отношений через изменение отношения субъекта;
2. выявление причин личной бедности, экономической, правовой и трудовой безграмотности, неудовлетворительных жилищных условий и психологическая коррекция доступных установок личности, с ними связанных.

С той же группой лиц были проведены психопрофилактические мероприятия, имевшие целью усиление внутриличностных и внешних протективных факторов:

1. актуализация социально-ценностных ориентиров (супружеской верности, профессионального долга, социальной ответственности, здорового образа жизни);
2. актуализация потребности в эстетических удовольствиях, общественной жизни, общении с природой.

В результате проведенных психопрофилактических мероприятий у предрасположенной группы лиц отмечалась нормализация объективных и субъективных проявлений тревожности.

4.3.3. Третичная профилактика тревожных расстройств. Психопрофилактические мероприятия коррекционного уровня осуществлялись в подгруппе больных с первым эпизодом ГТР (12,2 %) и ПР (10,1 %), и имели целью предотвращение рецидива тревожного расстройства. Мероприятия лечебно-реабилитационного уровня осуществлялись у больных с первым и последующими рецидивами ГТР (87,8 %) и ПР (89,9 %), и имели целью предотвращение дальнейшего развития расстройства с формированием полной

стойкой ремиссии. Характер психокоррекционных и лечебно-реабилитационных мероприятий представлен в таблицах 21 и 22. Отсутствие рецидивов в течение 2 лет после стандартизированной терапии с психокоррекционными и лечебно-реабилитационными мероприятиями было отмечено у 72,5 % больных ГТР и 79,4 % больных ПР. Отсутствие рецидивов более 1 года отмечалось у 15,2 % больных ГТР и 7,9 % больных ПР. Отсутствие рецидивов более 6 месяцев наблюдалось у остальных 12,3 % больных ГТР и 12,7 % больных ПР.

Таким образом, предложенный комплекс психопрофилактических мероприятий выявил их эффективность на уровне 87,7 % в течение одного года при ГТР и 87,3 % при ПР.

Выводы.

1. Комплексное клинико-anamnestическое, клинико-психопатологическое и клинико-психологическое исследование генерализованного тревожного и панического расстройств позволило разработать комплексную клинико-психологическую и клинико-психопатологическую феноменологическую концепцию генерализованного тревожного и панического расстройств.

1.1. Клинико-anamnestические предпосылки тревожных расстройств имеют общие корни. Это наследственная отягощённость по невротическим расстройствам, суицидальному поведению и соматическим заболеваниям; воспитание в детстве по типу гиперопеки; наличие акцентуаций характера; чувствительность к психогении; затруднения и нарушения в семейной и профессиональной сферах жизни.

1.2. На начальных этапах в клинической картине генерализованного тревожного расстройства аффективные, когнитивные, сенсорно-вегетативные и моторно-поведенческие нарушения представлены равномерно. По мере хронизации генерализованного тревожного расстройства вегетативные нарушения начинают превалировать. При паническом расстройстве клинико-психопатологические нарушения проявляются равномерно вне зависимости от его длительности и тяжести эпизодов.

2.1. Негативное отношение к себе, наличие множественных акцентуаций характера с обязательным заострением демонстративных черт и снижение антиципационной способности являются клинико-психологическими характеристиками тревожных расстройств. По сравнению с генерализованным тревожным расстройством, при паническом расстройстве эти клинико-психологические характеристики значительно более выражены.

2.2. Клинико-психологическими особенностями генерализованного тревожного расстройства являются: стойко привязанное отношение к себе при уверенности в собственной малоценности в рамках Я-концепции; сочетание демонстративно-экзальтированных и педантичных черт характера; умеренное снижение антиципационной способности.

2.3. Клинико-психологическими особенностями панического расстройства являются: конфликтно-облегченное отношение к себе в рамках Я-концепции; сочетание демонстративно-неуравновешенных и противоположных педантичных черт характера; крайне низкая антиципационная способность; низкая требовательность к мыслительному усилию и безальтернативный поиск простейших решений.

3.1. Типология тревожных расстройств представлена не только типичной формой, но и атипичными вариантами. Многолетнюю (до 15 – 20 лет) стабильность симптоматики типичной формы генерализованного тревожного расстройства обеспечивает сочетание демонстративных и экзальтированных черт характера с тревожностью в качестве ведущего клинико-динамического фактора.

3.2. Многолетнюю (до 7 – 10 лет) стабильность симптоматики типичной формы панического расстройства обеспечивает сочетание неуравновешенных и педантичных черт характера с тревожностью в качестве ведущего клинико-динамического фактора.

3.3. Результаты исследования позволяют выделить ананкастный, циклоидный и ригидные (ригидно-дистимический, ригидно-ананкастный и смешанный) варианты атипичной формы генерализованного тревожного рас-

стройства. Ананкастный вариант атипичной формы является самым тяжёлым.

3.4. Выделены ювенильный, эмотивный, ананкастный, циклоидный и эксплозивный варианты атипичной формы панического расстройства, из которых ананкастный также является самым тяжёлым.

4.1. Амбулаторная психотерапия является эффективным методом лечения на начальных этапах развития генерализованного тревожного расстройства. Утяжеление симптоматики, хронизация расстройства снижают эффективность психотерапии, и определяют необходимость присоединения фармакотерапии в рамках стационарного лечения.

4.2. Амбулаторная психотерапия является эффективным методом лечения на начальных этапах панического расстройства при подостром течении. Острое течение панического расстройства, а также утяжеление симптоматики и хронизация снижают эффективность психотерапии, и определяют присоединение фармакотерапии преимущественно в рамках стационарного лечения.

4.2. Психокоррекционные мероприятия в период ремиссии тревожных расстройств требуют интегративного подхода в виде сочетания индивидуальной глубинно-ориентированной психотерапии, групповых бихевиорально-когнитивных тренингов различной направленности, семейного консультирования, динамической группы для пациентов и поддерживающей фармакотерапии. Успех психокоррекции обеспечивает учёт особенностей перенесённого эпизода, коморбидности, стадии расстройства, а также индивидуальный подбор препаратов и их дозировки.

4.3. Первичная психопрофилактика тревожных расстройств осуществлялась в контрольной группе здоровых лиц в период обследования. Эффективны общие мероприятия по обучению навыкам саморегуляции, и отказу от анксиогенных вредных привычек;

4.4. Вторичная психопрофилактика осуществлялась среди лиц контрольной группы, выявлявших единичные симптомы тревожных расстройств

и пограничные уровни тревожности. Эффективны коррекция семейных и производственных отношений через изменение отношения субъекта; актуализация этических и эстетических представлений.

4.5. Третичная психопрофилактика тревожных расстройств включала мероприятия коррекционного и лечебно-реабилитационного уровня. Психопрофилактические мероприятия коррекционного уровня осуществлялись в подгруппе больных с первым эпизодом генерализованного тревожного (12,2 %) и панического (10,1 %) расстройств. Мероприятия лечебно-реабилитационного уровня осуществлялись у больных с первым и последующими рецидивами генерализованного тревожного (87,8 %) и панического (89,9 %) расстройств. Отсутствие рецидивов в течение 2 лет после стандартизированной терапии с психокоррекционными и лечебно-реабилитационными мероприятиями было отмечено у 72,5 % больных генерализованным тревожным и 79,4 % больных паническим расстройством.

Практические рекомендации.

1. Прогностическое значение в диагностике тревожных расстройств имеют характерологические особенности больных: при наличии акцентуированных тревожных черт длительность расстройства будет минимальной, а демонстративных – максимальной.
2. В таблице 24 представлены терапевтические рекомендации, основанные на результатах исследования стратегии (амбулаторное консультирование, амбулаторная диспансеризация, госпитальное лечение) и тактики (психотерапия, фармакотерапия, и их комбинация) лечения типичных и атипичных проявлений тревожных расстройств в зависимости от их стадии.
3. Использование глубинно-ориентированной индивидуальной психотерапии может быть рекомендовано как метод выбора в терапии тревожных расстройств.
4. Психотерапевтическое воздействие в рамках психокоррекционных мероприятий должно носить комплексный характер.

Таблица 24.**Рекомендации по стратегии и тактике терапии на разных стадиях развития тревожных расстройств.**

Стадия расстройства	Стратегия и тактика терапии	
	ГТР	ПР
Начальная (до 1,5-2 лет)	Комбинированная амбулаторная терапия	В подострых случаях психотерапевтическое консультирование / амбулаторная фармакотерапия. В острых случаях – госпитализация с комбинированной терапией
Развернутая (до 5-7 лет)	Комбинированная терапия; диспансеризация; госпитализации 1 раз в 1-2 года	Комбинированная амбулаторная терапия с диспансеризацией. Госпитализации с комбинированной терапией
Исходная (до 10-15 лет)	Комбинированная терапия; диспансеризация; госпитализации 1-2 раза в год	Комбинированная терапия; диспансеризация; госпитализации не чаще 2 раз в год

5. Психокоррекционные мероприятия коррекционного и лечебно-реабилитационного уровней должны носить этапный характер. Содержание мероприятий, представленное в исследовании, может быть рекомендовано к практическому применению.
6. Психопрофилактика тревожных расстройств должна строиться с учётом выявленных факторов риска. Содержание психопрофилактических мероприятий, представленное в исследовании, может быть рекомендовано к практическому применению.

Список работ, опубликованных по теме диссертации.

1. Буйков В.А., Атаманов А.А., Перерва И.Г., Колмогорова В.В. Клинические варианты тревожных состояний при психических заболеваниях позднего возраста, их диагностика и терапевтические подходы./ Избранные вопросы клинической психиатрии, психотерапии и медицинской психологии. – Троицк, 1999. – С. 14-17

2. Буйков В.А., Колмогорова В.В., Атаманов А.А. Терапия затяжных и резистентных тревожных и депрессивных состояний в клинике неврозов. // Вопросы ментальной медицины и экологии. – №1. – 1999. – С. 10-12.
3. Буйков В.А., Колмогорова В.В., Атаманов А.А. Комплексная терапия резистентных тревожно-депрессивных состояний в клинике неврозов. / Актуальные вопросы психотерапии и психофармакологии. – Челябинск, 1999. – С.65-68.
4. Буйков В.А., Колмогорова В.В., Празднова В.А., Атаманов А.А. Тревожные состояния при психических заболеваниях позднего возраста. // Вопросы ментальной медицины и экологии. – №2. – 2000. – С. 5-6.
5. Буйков В.А. Атаманов А.А. Особенности тревожных синдромов при психосоматических заболеваниях: о правомочности понятия «психосоматическая тревога». // Социальная и клиническая психиатрия. – №4. – 2000. – С. 16-20.
6. Буйков В.А., Колмогорова В.В., Атаманов А.А. Тревожные состояния при психических заболеваниях в позднем возрасте. / Современные проблемы клиники и лечения психических расстройств. – Челябинск, 2000. – С. 9-11.
7. Празднова В.А., Атаманов А.А. Предболезненные проявления психических расстройств у частных предпринимателей в сфере централизованной уличной торговли. / Современные проблемы клиники и лечения психических расстройств. – Челябинск, 2000. – С. 71-73.
8. Буйков В.А., Шарова О.Н., Атаманов А.А. Особенности психических расстройств и механизмы психологической защиты у женщин после радикального лечения рака молочной железы. / Современные проблемы клиники и лечения психических расстройств. – Челябинск, 2000. – С. 132-136.
9. Атаманов А.А. Типологические особенности тревожных расстройств при неврозах и психосоматических заболеваниях. / Актуальные вопросы терапии психических заболеваний. – Челябинск, 2000. – С.7-9.
10. Атаманов А.А., Буйков В.А. К типологии тревожных расстройств при неврозах и психосоматических заболеваниях. / Актуальные вопросы медицины. – Челябинск, 2000. – С. 28-29.
11. Атаманов А.А. Аффект тревоги в структуре бредовых синдромов при шизофрении. / Материалы XIII съезда психиатров России. – Москва, 2000. – С. 46.
12. Атаманов А.А. Тревожный симптомокомплекс в структуре некоторых психосоматических заболеваний. / Материалы НПК «Психология и психотерапия III тысячелетия». – Барнаул, 2002. – С. 43-47.
13. Атаманов А.А. Теория ошибочного сигнала об удущье Д.Ф. Клейна в патогенезе панического расстройства. / Современные проблемы психиатрии. – Челябинск, 2002. – С. 7-12.

14. Атаманов А.А., Атаманова Н.Л., Левинсон В.С. Сравнительная эпидемиология посттравматического стрессового расстройства, генерализованного тревожного и панического расстройств. / Актуальные проблемы наркологии и психиатрии. – Челябинск, 2003. – С. 9-13.
15. Власов А.А., Атаманов А.А. Коморбидность тревожных расстройств и различных форм алкогольной зависимости. / Терапия психических расстройств. – Челябинск, 2005. – С. 56-59
16. Атаманов А.А. Пароксизмальное тревожное расстройство без панических симптомов: клинический вариант или отдельный синдром. / Терапия психических расстройств. – Челябинск, 2005. – С. 29-33.
17. Атаманов А.А. Пароксизмальные тревожные состояния непанической природы. // **Российский психиатрический журнал**. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – №6. – С. 15-21.
18. Атаманов А.А. Характерологическая тревожность как предиктор варианта терапии генерализованного тревожного расстройства. / Современное состояние психиатрической помощи в Северо-западном федеральном округе. – С.-Петербург, 2008. – С.144-145
19. Атаманов А.А. О взаимном влиянии характерологической тревожности и эффективности терапии генерализованного тревожного расстройства. / Актуальные проблемы психиатрии и наркологии. – Челябинск, 2008. – С. 7-12.
20. Атаманов А.А. Влияние характерологической тревожности на эффективность терапии больных генерализованным тревожным расстройством. / Материалы общероссийской конференции «Реализация ФЦП Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями». – Москва, 2008. – С. 404-405.
21. Атаманов А.А. Особенности терапии лиц, страдающих генерализованным тревожным расстройством, в зависимости от выраженности характерологической тревожности. // **Российский психиатрический журнал**. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – №2. – С. 60-65.
22. Атаманов А.А. Особенности пищевого поведения у лиц, страдающих генерализованным тревожным расстройством. // **Вопросы питания**. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – №2. – С. 55-58.
23. Атаманов А.А. Ремитирующие тревожные состояния как особый вариант генерализованного тревожного расстройства. // **Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова**. – М.: Медиа Сфера, 2008. – №5. – С. 19-24.
24. Долгушин И.И., Сабирьянов А.Р., Атаманов А.А. Нарушения социального статуса у больных паническим расстройством и возможности его восстановления. / Современное состояние системы социальной защиты населения. – Челябинск, 2009. – С. 198-199.

25. Атаманов А.А. Особенности медико-социальной реабилитации больных тревожными расстройствами. / Состояние восстановительной медицины и медико-социальной реабилитации на современном этапе. – Челябинск, 2010. – С. 7-9.
26. Атаманов А.А. Анксиопатия как опыт жизни с генерализованной тревогой и её влияние на эффективность терапии генерализованного тревожного расстройства. // **Вестник ЮУрГУ, серия «Образование, здравоохранение, физическая культура»**. – 2009. – № 20. – С. 66-70.
27. Атаманов А.А. Личностная тревожность как патопсихологический маркер негативных аспектов внутренней картины болезни у больных с генерализованным тревожным расстройством. // **Вестник РГМУ**. – М.: Династия, 2009. – №6. – С. 50-54.
28. Сабирьянов А.Р., Ефименко Т.С., Атаманов А.А. Социально-психологическая реабилитация в комплексной помощи лицам, подвергшимся радиационному воздействию в результате деятельности ПО «Маяк». / Материалы 27 международной НПК «Социально-экономическое развитие РФ». – Челябинск, 2010. – С. 173-175.
29. Атаманов А.А., Ефименко Т.С. Тревожные расстройства как ведущий психопатологический синдром и социально-психологическая реабилитация в комплексной помощи лицам, подвергшимся радиационному воздействию в результате деятельности ПО «Маяк». // **Современные исследования социальных проблем**. – 2010. – №1. – с. 111-112.
30. Празднова В.А., Атаманов А.А. Особенности семейных отношений и перспективы семейной психотерапии в семьях больных генерализованным тревожным расстройством. // **Психическое здоровье**. – 2010. – №3. – С. 45-50.
31. Атаманов А.А., Менделевич В.Д. Анксиопатия как опыт жизни в условиях генерализованной тревоги и её влияние на эффективность терапии. // **Неврологический вестник**. – 2011. – № 2. – С. 21-26.
32. Празднова В.А., Атаманов А.А. Соотношение денотативных смыслов понятий «паника» и «тревога» в зависимости от антиципационных способностей больных генерализованным тревожным и паническим расстройствами. // **Психическое здоровье**. – 2011. – №4. – С. 51-56.
33. Атаманов А.А., Менделевич В.Д. Конституциональные предпосылки панического расстройства и роль характера больных в факторной модели заболевания. // **Психическое здоровье**. – 2011. – №5. – С. 46-52.
34. Атаманов А.А., Менделевич В.Д. Самоотношение больных и формирование терапевтической резистентности при генерализованном тревожном расстройстве. // **Неврологический вестник**. – 2011. – № 3. – С. 11-15.
35. Атаманов А.А., Менделевич В.Д. Гендерные различия защитного механизма деморализации в структуре клиники панического расстройства. // **Казанский медицинский журнал**. – 2011. – № 6. – С. 827-831.

36. Атаманов А.А., Менделевич В.Д. Предикторы эффективности терапии и качества ремиссии панического расстройства: значение характерологических особенностей больных. // **Практическая медицина**. – 2012. – № 2. – С. 80-84.
37. Ялтонский В.М., Атаманов А.А. Психокоррекция и психопрофилактика тревожных расстройств. // **Неврологический вестник**. – 2013. – № 3. – С. 33-38.