

УДК 616.8954–072.8–085

## ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ В УСЛОВИЯХ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

К. А. Идрисов

*Чеченский государственный университет*

Тревожные расстройства относятся к наиболее частым формам психической патологии, встречающейся на уровне первичной медицинской сети [1, 2].

В условиях длительной военной ситуации, когда жизнеугрожающие события для населения становятся неотъемлемой частью существования, тревога становится постоянным психическим феноменом, оказывающим влияние на личностном и поведенческом уровнях. Примером может быть тревога, возникающая в ответ на условный раздражитель, связь которого с самой опасностью (с безусловным раздражителем) вытеснена или забыта.

Одной из частых патологий из спектра тревожных расстройств, с которой сталкиваются интернисты, является паническое расстройство (ПР). Больные с ПР редко обращаются за помощью к специалистам в области психического здоровья, особенно на начальном этапе развития заболевания. Тревожно-вегетативные кризы с симпатoadреналовыми или вагоинсулярными проявлениями, которые сейчас принято называть панические атаки (ПА), являются главным поводом обращения пациентов к терапевтам или неврологам. Однако, как показывает практика, использование только биологически ориентированных подходов в терапии этих расстройств оказываются недостаточно эффективными. Согласно современной биопсихосоциальной модели формирования психических расстройств, терапевтические подходы необходимо строить с учетом как биологического, так и психического компонента в развитии заболевания, что требует вовлечения в лечебный процесс специалистов в области психического здоровья (психиатра, психотерапевта, клинического психолога) [3].

### Материал и методы

Объектом специального исследования стала группа пациентов кабинета психотерапии территориальной поликлиники №7 г.Грозного. Этот кабинет был организован в конце 2003 года на основе модели оказания помощи больным с депрессивными расстройствами [1] и ставил

своей задачей оказание психотерапевтической помощи широкому кругу пациентов поликлиники, имеющих непсихотические психические расстройства (НПР) в результате стрессовых факторов военного времени. Больных в кабинет направляли врачи поликлиники в случае выявления психопатологических симптомов. В кабинете психотерапии проводилась углубленная диагностика состояния пациентов и, если диагноз психического расстройства подтверждался, больному предлагалось лечение с совместным наблюдением с лечащим врачом.

Анализируемая выборка составила 275 человек, которым было проведено лечение в кабинете психотерапии и изучен анамнез в течение одного года после проведенного лечения, из которых больные с тревожными расстройствами составили 33 (12%) человека. Для исследования уровня тревоги и депрессии использовались шкала оценки тревоги Гамильтона (HARS) и шкала Гамильтона для определения депрессии (HDRS-17).

### Результаты и обсуждение

В общей структуре больных, пролеченных в кабинете психотерапии, больные тревожными расстройствами (ТР) занимали 12%. Среди больных ТР женщины составили 61%, мужчины – 39%. Длительность актуальных симптомов ТР на момент обращения в кабинет психотерапии составила: у 8% – до 6 месяцев, у 25% – до 1 года, у 14% – до 2-х лет, у 53% – свыше 2-х лет. Психотравмирующие события в анамнезе имелись у 42,4% больных.

Половина больных с ТР предъявляли жалобы соматического характера, относящиеся к различным органам и системам: сердечно-сосудистой системе – 32%, дыхательной системе – 24%, желудочно-кишечному тракту – 4%. Длительность этих жалоб составляла: у 8% – до 6 месяцев, у 11% – до 1 года, а у 39% – свыше 2-х лет. Средний уровень тревоги (HARS) у больных ТР составил  $25,20 \pm 7,49$ , а у 21 больного отмечался еще и повышенный уровень депрессии (HDRS-17)  $18,83 \pm 5,38$ .

## Эффективность терапевтических мероприятий у больных с тревожными расстройствами (n=33)

| Степень декомпенсации   | До проведения терапии<br>абс. (%) | После проведения терапии<br>абс. (%) |
|---|-----------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Нарушения полностью компенсированы, не влияют на продуктивную деятельность, бытовую активность | 0                                 | 21 (63,6%)*                          |
| 2. Элементы декомпенсации, ошибки, упущения в работе, ограничение бытовой активности              | 21 (63,6%)                        | 7 (21,2%)                            |
| 3. Выраженная декомпенсация, существенное снижение продуктивности, временная нетрудоспособность   | 12 (36,4%)                        | 5 (15,2%)                            |

Примечания: \* –  $t=5,25$ ;  $p<0,001$ ;  $rs=0,400$  при  $p<0,001$ .

Больные с паническими расстройствами (ПР) составили треть больных в структуре ТР (36,4%). Основным признаком этого расстройства являлись повторные приступы тяжелой тревоги (паники), которые не ограничивались определенной ситуацией и обстоятельствами и поэтому были для пациентов непредсказуемы.

Только для 4 (12,1%) человек из группы с ТР оказалось возможным ограничиться проведением психотерапии, для 3 (9,1%) человек была использована только психофармакотерапия, однако для большинства пациентов из этой группы, 26 (78,8%) человек, оказалось необходимым комбинирование методов фармакотерапии и психотерапии. Основной целью терапии было стремление полного или значительного обратного развития клинических симптомов тревожного расстройства.

Для фармакотерапии тревожных расстройств использовались транквилизаторы (алпразолам, феназепам), нейролептики (эглонил, сонапакс), антидепрессанты (паксил, амитриптилин, доксерпин), нормотимики (карбамазепин) и ноотропы (ноотропил, пантогам, фенибут).

Наряду с симптоматической психофармакотерапией центральное место в терапии тревожных расстройств отводилось когнитивно-поведенческой психотерапии и релаксационным тренингам. Согласно когнитивной модели тревожного расстройства А.Бека [4] в мышлении тревожного пациента доминируют темы опасности, то есть он предполагает события, которые будут иметь пагубные последствия для него или его семьи, имущества и других ценностей. Восприятие опасности тревожными пациентами основано на ложных предположениях или оно чрезмерно, в то время как нормальная реакция основана на более точной оценке риска и размеров опасности. Тревожные пациенты испытывают значительные трудности в распознавании сигналов безопасности и других свидетельств, которые уменьшают угрозу опасности.

Для проведения релаксационного тренинга был использован метод прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону, адаптированный нами для использования в условиях длительной чрезвычайной ситуации, с включением в систему мышечных упражнений нескольких дыхательных упражнений.

Особенностью использования этих методов являлись длительность установления доверия и

подробная разъяснительная работа с пациентами на предварительном этапе и в начале проведения курса лечения. Общий принцип использования этих методов заключался в постепенном переходе от психофармакологического (для нормализации общего психического состояния и коррекции поведенческих нарушений) к индивидуальному и групповому методам психотерапии.

Длительность терапии определялась индивидуально и в среднем составляла 3–4 месяца с частотой сеансов 1–2 раза в неделю с последующим наблюдением в течение года и сохранением за пациентом права повторного обращения в случае ухудшения состояния. Комплекс проведенных мероприятий позволил добиться значительного улучшения состояния у 63,6% больных, улучшения состояния у 21,2% и не удалось существенно изменить состояние больных в 15,2% случаев (таблица).

Изменение состояния после окончания курса лечения контролировалось повторной оценкой уровня тревоги и депрессии с использованием психометрических шкал. Усредненный уровень тревоги (HARS) составил  $10,83 \pm 4,75$  ( $t=13,62$ ;  $p<0,01$ ), уровень депрессии (HDRS-17)  $8,17 \pm 2,48$  ( $t=9,87$ ;  $p<0,01$ ).

У 12 (36,3%) человек в течение года после окончания лечения произошло обострение тревожной симптоматики, что потребовало проведения дополнительных терапевтических мероприятий.

Существенным моментом в выявлении, диагностике и лечении ТР явилось вовлечение в эту работу врачей поликлиники, которыми было направлено 53,1% больных. Хотя на начальном этапе организации взаимодействия у врачей поликлиники и были определенные трудности в осознании важности ранней диагностики непсихотических психических расстройств (НПР) и их своевременной терапии, в процессе работы эти барьеры постепенно преодолевались. С врачами проводились занятия в виде коротких семинаров, врачебных совещаний, клинических разборов, главной задачей которых было повышение их информированности о клинических проявлениях и диагностических критериях НПР, наиболее часто встречающихся в первичной медицинской сети. Это было тем более важно, что большинство направленных ими в кабинет психотерапии больных не собирались обращаться к специалистам в области психического здоровья, и решающей для них стала рекомендация лечащего врача.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств / Под ред. В.Н.Краснова и И.Я.Гуровича. Ростов-на-Дону, 2000.
2. Совершенствование методов ранней диагностики психических расстройств (на основе взаимодействия со специалистами первичного звена здравоохранения) / Под ред. В.Н.Краснова. М., 2008. 136 с.
3. Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. Т. 12, № 3. С. 97–104.
4. Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G. Cognitive Therapy of Depression. New-York: Guilford Press, 1979.

**ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ В УСЛОВИЯХ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ**

**К. А. Идрисов**

В статье описывается опыт взаимодействия врачей-интернистов и психотерапевта на уровне территориальной поликлиники в выявлении, диагностике и лечении тревожных расстройств среди населения, проживающего в условиях длительной чрезвычайной ситуации (военные действия и их последствия). Среди 275 пациентов, получавших комплексную терапию в кабинете психотерапии общей поликлиники, у 33 состояние соответствовало критериям тревожного расстройства по МКБ-10. Комплекс-

ный терапевтический подход с использованием психофармакотерапии и психотерапии (когнитивно-поведенческий метод и релаксационный тренинг) позволил добиться значительного улучшения состояния у 63,6% больных, улучшения состояния у 21,2%; только в 5 случаях (15,2%) не удалось существенно изменить состояние больных.

**Ключевые слова:** тревожные расстройства, психотерапия, чрезвычайная ситуация, полипрофессиональный подход.

**POLYPROFESSIONAL APPROACH TO DIAGNOSIS AND THERAPY OF ANXIETY DISORDERS IN CIRCUMSTANCES OF LONG-TERM EMERGENCY SITUATION**

**K. A. Idrisov**

The subject of the study is experience in relationship of specialists in general medicine and psychiatry / psychotherapy engaged in organization of help for people with anxiety disorders on primary care level. The specificity of the disorders is their development within long-term emergency situation, connected with military actions in Chechen Republic. 33 patients among 275 suffered from anxiety

disorders. Combined treatment (pharmacotherapy and psychotherapy) was successful in 21 (63.6%) patients, partly successful in 7 (21.2%). Only in 5 (15.2%) cases the resistance to the treatment has been revealed.

**Key words:** anxiety disorders, psychotherapy, emergency situation, polyprofessional approach.

---

**Идрисов Кюри Арбиевич** – кандидат медицинских наук, доцент, зав. кафедрой психиатрии, наркологии с курсом клинической психологии Чеченского государственного университета; e-mail: kyuri.idrisov@yandex.ru