

УДК 616.895.6–072.8

## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

А. Е. Бобров, Е. В. Файзрахманова, А. К. Гомозова

*ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России*

Тревожные расстройства представляют собой обширную и гетерогенную группу часто встречающихся психопатологических состояний [1, 9, 21, 23, 24]. В эту группу обычно включают паническое расстройство, агорафобию, социальную фобию, специфическую фобию, генерализованное тревожное расстройство, а также тревожно-депрессивное расстройство. Дифференцированная оценка указанной группы расстройств имеет немаловажное значение для отечественных психиатров, поскольку в контексте традиционных для нашей клинической практики диагностических детерминант различия между отдельными вариантами тревожных расстройств до последнего времени не представлялись существенными.

Учитывая сказанное, задачей настоящего исследования явилось комплексное изучение тревожных расстройств, включающее клиническую оценку и независимые психометрические исследования, направленные на объективизацию поведения и когнитивно-стилевых особенностей этих больных.

### Материал

Работа выполнена по результатам обследования амбулаторных пациентов, страдающих тревожными расстройствами, которые проходили амбулаторное обследование и лечение в Московском НИИ психиатрии и психоневрологическом диспансере г.Белгорода. В исследование включались пациенты с паническим расстройством (ПР), агорафобией (АФ) и генерализованным тревожным расстройством (ГТР).

Всего обследовано 62 пациента (10 муж., 52 жен.), возраст больных от 18 до 65 лет, в среднем  $31,4 \pm 10,2$  года.

Кроме пациентов с тревожными расстройствами в исследование были включены здоровые лица контрольной группы – 23 человека (4 муж. и 19 жен.). Их возраст составил от 16 до 54 лет, в среднем  $30,5 \pm 9,2$  года.

### Методы

Клинико-психопатологическое исследование на основании критериев МКБ-10 [7]. В процессе клинического интервьюирования пациентов обращалось прицельное внимание на следующие дифференциально-диагностические критерии тревожных расстройств – психовегетативные приступы со страхом и тревогой, избегающее поведение в отношении ситуации, самостоятельный выход из которых может представлять затруднения (замкнутые и открытые пространства, толпа, одиночество и т.п.), а также трудно контролируемые тревожные опасения по различным, как правило, малозначимым поводам. Наряду с указанными критериями учитывалось наличие признаков депрессии и других психических расстройств.

Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ) [3]. Тестирование производилось при помощи специальной компьютерной программы. В ходе тестирования обследуемым лицам предлагалось последовательно оценить стандартный набор утверждений как «верные» или «неверные» по отношению к ним. Методика позволяет выявлять устойчивые паттерны реагирования на стандартные стимулы, квалифицировать их по определенным параметрам (шкалам), а также количественно оценивать выраженность соответствующих поведенческих тенденций с учетом установок испытуемого в отношении самой процедуры тестирования. Интерпретация результатов тестирования осуществлялась в соответствии со специальным руководством [3].

Репертуарный матричный тест (РМТ), вариант с заданными конструктами [10, 11]. Методика направлена на изучение процессов смыслообразования. В ее основу положен психосемантический эксперимент, в ходе которого испытуемые соотносили различные заранее заданные качественные признаки (конструкты) со стандартным списком объектов, составленным из лиц ближайшего окружения (мать, отец, сестра и т.п.), а также так называемых Я-состояний («Я сейчас», «Идеал Я» и др.). Харак-

тер интеркорреляций между различными оценками, которые давались испытуемыми, и результаты их факторного анализа позволяют судить о способности испытуемых к дифференцированной смысловой категоризации объектов и их признаков. Учитывая это, в ходе настоящей работы вычислялись параметры предметной и описательной категоризации<sup>1</sup> по описанным ранее алгоритмам [5].

В процессе работы все больные были обследованы клинически. Затем 38 из них прошли психологическое тестирование с помощью ММИЛ. При этом у 32 из них результаты оказались достоверными. На заключительном этапе 64 пациента и 21 испытуемый контрольной группы прошли обследование при помощи РМТ.

Статистическая обработка материала осуществлялась методами факторного анализа и непараметрической статистики – оценка достоверности различий между двумя независимыми группами по критерию Манна-Уитни.

### Результаты исследования

На основании клинического обследования по критериям МКБ-10 диагноз панического расстройства (ПР) был поставлен 34 пациентам, агорафобии (АФ) – 16, генерализованного тревожного расстройства (ГТР) – 12. Возрастно-половой состав соответствующих групп приведен в табл. 1.

В 39 случаях у обследованных пациентов, наряду с указанными тревожными расстройствами, выявлялись также коморбидные психические расстройства, причем у 11 пациентов имелось по 2 и более таких расстройств. Наиболее часто из таких сопутствующих расстройств у обследованных пациентов отмечались депрессивные эпизоды (27%). Затем шли ГТР (8%), соматоформные расстройства (15%), паническое расстройство (23%) и обсессивно-компульсивное расстройство (8%).

Помимо этого у обследованных пациентов нередко (19 чел., 36%) выявлялись сопутствующие расстройства личности. Наиболее частыми из них были гистрионное (17%) и тревожное расстройство (19%).

<sup>1</sup> В широком смысле под категоризацией понимается психический процесс отнесения единичного объекта, события или переживания к некоторому классу значений, символов, эталонов и т.п. В узком же понимании категоризация (когнитивная сложность) представляет собой когнитивную способность к выделению в среде качественно самостоятельных объектов (предметная категоризация) или их свойств (описательная категоризация).

Сопоставительный анализ результатов клинической оценки и психометрического исследования свидетельствует, что контингент больных тревожными расстройствами неоднороден. Так, для ПР были характерны неожиданные тревожно-вегетативные пароксизмы. Тревога возникала в виде приступов, характеризовавшихся ее быстрым усилением вплоть до степени панической ажитации. При этом состояние пациентов определялось феноменом драматизации, которая по клиническим проявлениям приближалась к диссоциативным состояниям с избирательной фиксацией больных на субъективных телесных ощущениях и аффективных переживаниях при фактическом игнорировании окружающих стимулов. Говоря другими словами, по психологическим механизмам этот процесс весьма напоминает негативную аутосуггестию.

Клинико-психопатологический анализ показал, что в структуре панических приступов, как правило, отмечались деперсонализационно-дереализационные проявления, связанные с ощущением «головокружения», а также переживаниями страха «смерти» или «сумасшествия», на что указывали ранее и другие исследователи [18]. При этом, в отличие от деперсонализационно-дереализационного расстройства, при котором преобладает чувство постоянного изменения либо утраты ядра собственной личности, при панических приступах отмечалось меняющееся по интенсивности экзистенциально глубинное переживание беспомощности и неспособности «насыщенно» или «непосредственно» воспринимать объекты реальности. У обследованных пациентов это переживание обычно отходило на второй план по отношению к собственно тревожному аффекту, что соответствует понятию вторичной деперсонализации, характерной для тревожных расстройств [24].

При динамическом изучении клинической картины ПР обращал на себя внимание еще ряд клинических феноменов. В частности, у таких пациентов выявлялась не полностью осознаваемая ими самими зависимость между тревогой и подавляемой обидой, раздражением либо сексуальными побуждениями. Неосознаваемый характер этой зависимости клинически был опосредован демонстративностью в поведении, склонностью к витеснению психотравмирующих обстоятельств, а также диссоциацией между субъективными переживаниями и наличием ригидных поведенческих стереотипов.

Описанным клиническим наблюдениям соответствуют данные, полученные в ходе психометриче-

Таблица 1

Пол и возраст обследованных больных с разными типами тревожных расстройств

| Диагноз                                 | Количество больных | Пол (муж./жен.) | Средний возраст ± стандартное отклонение | Средняя длительность заболевания ± стандартное отклонение |
|---|--------------------|-----------------|--|---|
| Паническое расстройство                 | 34                 | 8/26            | 33,7±12,8                                | 2,7±2,0   |
| Агорафобия                              | 16                 | 2/14            | 33,2±13,7                                | 4,0±2,5   |
| Генерализованное тревожное расстройство | 12                 | 0/12            | 35,0±10,9                                | 2,0±1,2   |

ского обследования больных. Так, усредненный профиль ММИЛ при ПР соответствовал дезадаптивному истеро-ипохондрическому поведению с диссоциацией, деперсонализацией и внешне обвиняющим реагированием (рис.1).

По результатам тестирования пациентов с помощью РМТ (табл. 2) при ПР выявлялась пониженная, по сравнению с контролем, но средняя по отношению к другим формам тревожных расстройств, способность к различению предметных элементов реальности (предметная категоризация). В то же время способность больных ПР различать качественные характеристики реальности (описательная категоризация) была заметно выше, чем у большинства пациентов других групп, хотя и несколько ниже, чем у здоровых. Указанное расхождение между предметной и описательной категоризацией свидетельствует о склонности этих больных к формированию невербализуемых и внутренне неинтегрированных оценок и установок.

Клиническая квалификация АФ основывалась на выявлении ситуационно обусловленных приступов панического страха. Причем, как и оговаривается в существующих диагностических критериях, указанные приступы возникали только в ситуациях, из которых пациент физически не мог выйти, и при этом не имел возможности получить помощь со стороны [7, 14]. Учитывая это, пациенты с АФ систематически стремились избегать подобных ситуаций, что клинически фиксировалось как проявление ограничительного поведения.

Психопатологический анализ состояния больных АФ, показал, что тревожная симптоматика при этом расстройстве имеет существенные отличия от аналогичной симптоматики при ПР. Реактивный и диссоциативный компонент в возникновении тревожных пароксизмов при АФ существенно меньше, хотя драматизация, сопряженная с непроизвольной аутосуггестией и фиксацией на телесных ощущениях, также нередко присутствует. Основными стимулами к погружению в тревожные переживания являются особенности окружающей обстановки. Ключевое переживание страха при этом расстройстве, которое на клинико-

писательном уровне ассоциируется с пространственными ограничениями и одиночеством, при углубленном психопатологическом рассмотрении обнаруживает связь с устойчивой психосоциальной зависимостью и несостоятельностью. Указанная зависимость блокирует проявление негативных чувств, которые, как правило, имеются у таких больных по отношению к лицам, от которых они зависят. Поэтому не случайно, что многие больные, страдающие АФ, обнаруживают в сравнении с ПР не только более сильную степень личностной и ситуационной тревоги, но имеют и целый ряд депрессивных симптомов, выражающихся в пониженной самооценке, пессимизме, ангедонии, снижении интересов и активности. При этом собственно тоскливый аффект, как правило, не выходит на первый план, в результате чего депрессия приобретает стертый субсиндромальный характер.

Психологическое тестирование больных АФ (рис. 2) при помощи ММИЛ в целом совпадает с результатами клинической оценки. Тестирование показало, что состояние этих пациентов определяется ограничительным поведением с тревожно-депрессивным фоном настроения, блокадой побуждений, психовегетативными нарушениями, а также импульсивно-протестными тенденциями и деперсонализацией.

Изучение особенностей когнитивного функционирования с помощью РМТ (табл. 2) позволило установить, что больные АФ заметно меньше, чем

### Паническое расстройство

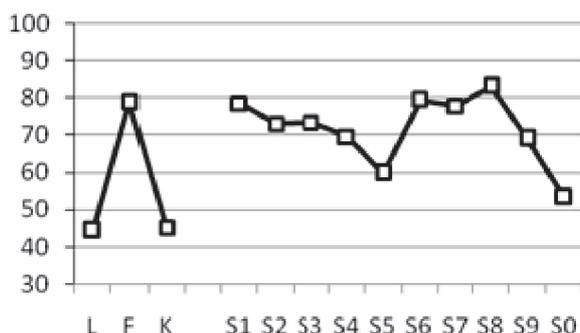


Рис. 1. Усредненный профиль ММИЛ больных паническим расстройством

### Агорафобия

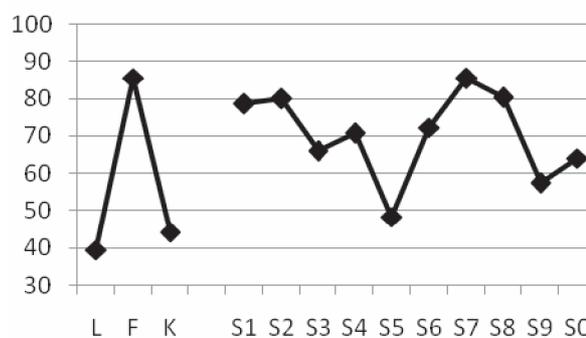


Рис. 2. Усредненный профиль ММИЛ больных агорафобией

Таблица 2  
Средние значения (медианы) показателей категоризации (когнитивной сложности) при разных вариантах тревожных расстройств

|          | Количество наблюдений | Предметная категоризация | Описательная категоризация |
|----------|-----------------------|--------------------------|----------------------------|
| ПР       | 32                    | 3,28 (3,0)**             | 9,00 (9,0)                 |
| АФ       | 18                    | 2,83 (3,0)**             | 5,56 (6,0)**               |
| ГТР      | 12                    | 3,83 (4,0)               | 8,92 (9,0)                 |
| Контроль | 21                    | 4,14 (4,0)               | 9,52 (10,0)                |

Примечания: \*\* – достоверность различий в сравнении с контролем (критерий Манна-Уитни) на уровне  $p < 0,0001$ .

пациенты с ПР, способны к предметной и особенно к описательной категоризации. Данное обстоятельство говорит о том, что нарушение процессов категоризации при АФ имеет достаточно глубокий характер и затрагивает не только предметную, но и описательную области сознания.

Клиническая диагностика ГТР была основана на выделении стереотипно повторяющихся, но переменных по содержанию тревожных опасений, неспособности больных самостоятельно совладать с ними, а также снижении концентрации внимания, ухудшении сна и повышении неспецифической психологической реактивности.

Психопатологический анализ состояния больных этой группы свидетельствует, что патологическая тревога при ГТР имеет существенные отличия от таковой при ПР и АФ. В рассматриваемой группе больных тревога носила практически постоянный характер. Она возникала в связи с конкретными обстоятельствами, чего не наблюдалось при ПР. Однако поводы для тревожных опасений постоянно изменялись, и тревога не имела выраженной ситуационной окраски, что отличало этих пациентов от больных АФ. Тревога обычно проявлялась не в виде страха и чувства происходящей «здесь и теперь» катастрофы, как при ПР и АФ, а в форме стереотипных и клинически специфических тревожных опасений, которые касались только ближайших перспектив. Важнейшей особенностью тревожных опасений при ГТР являлась неспособность больных дать взвешенный прогноз ситуации, оценить соотношение и роль конкретных факторов, явившихся поводом для переживаний.

При психопатологическом анализе ГТР в последнее время все больше внимания обращается на подлежащий аффект и побуждения, которые подавляются или «затушевываются» тревогой и сопутствующей психовегетативной гиперактивацией [16]. Выполненные в ходе настоящего исследования наблюдения также показали, что при ГТР, наряду с тревогой, присутствуют активно отрицаемые самими пациентами негативные переживания, связанные с обидой, подавляемой агрессией, мистиче-

ским страхом наказания и отвержения. Причем важнейшим условием появления и сохранения этих неприемлемых переживаний была неадекватная трансформация психологической идентичности вследствие возрастных или статусных изменений.

При тестировании с помощью ММИЛ у больных ГТР отмечалась сравнительно неглубокая степень нарушений адаптации с тревожностью, нестойким пессимизмом, напряженностью, внутренними колебаниями и значительным количеством психовегетативных проявлений. Кроме того, у них имелись признаки недостаточно адекватного восприятия окружающего и собственной личности, а также некоторое своеобразие в оценках и поведении.

По РМТ (табл. 2) пациенты с ГТР характеризовались наибольшей по сравнению с другими группами больных сохранностью предметной категоризации и сравнительно высокой степенью описательной категоризации, которая уступала только больным ПР. При этом когнитивно-стилевые характеристики больных ГТР в наибольшей степени приближались к показателям в контрольной группе здоровых лиц.

### Обсуждение

Вариабельность клинических проявлений и коморбидность тревожных расстройств общеизвестны [1, 15, 19, 23]. Одной из причин этого является недостаточная адекватность принципов, положенных в основу выделения отдельных подтипов указанных состояний. Представляется, что дифференцированная диагностика этих расстройств должна базироваться не только на регистрации отдельных симптомов, но учитывать и объективированную оценку поведения, а также когнитивно-стилевые особенности больных. Как следует из представленных данных, наибольшей степенью социальной дезадаптации отличаются больные с АФ, поведение которых имеет много общего с депрессией (пессимизм, снижение побуждений). При ПР отмечается средняя степень дезадаптации, а в клинической картине преобладают истерические, психовегетативные и соматоформные проявления. ГТР характеризуется относительно неглубокой дезадаптацией с психовегетативными расстройствами и некоторым снижением побуждений. В то же время у всех больных с тревожными расстройствами наблюдается выраженное ограничительное поведение: за счет пространственного избегания (при АФ), ипохондрической фиксации и неполной репрезентации побуждений (при ПР), а также блокады деятельности вследствие тревожно-пессимистической оценки ситуации (при ГТР). Кроме того, для больных с патологической тревогой характерны различные нарушения самосознания, которые в общем случае проявляются деперсонализационно-дереализационной и диссоциативной симптоматикой, а также психологическими переживаниями изменений идентичности.

### Генерализованная тревога

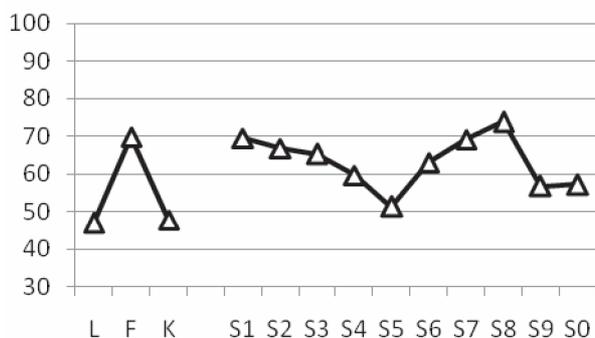


Рис. 3. Усредненный профиль ММИЛ больных генерализованной тревогой

Отмеченные нарушения самосознания коррелируют с когнитивно-стилевыми аномалиями. Одним из проявлений указанных аномалий является различная степень снижения способности к категоризации, которая в целом отражает глубину психических расстройств. Максимальное снижение способности к дифференциации объектов реальности и их свойств отмечается при АФ, промежуточное – при ПР и самое незначительное при ГТР. При этом следует обратить внимание на то, что по мере углубления когнитивных нарушений от ГТР к ПР, в первую очередь, отмечается снижение предметной категоризации при относительно сохранной описательной. И только при переходе к АФ происходит падение как предметной, так и описательной категоризации.

Указанные особенности когнитивного функционирования могут играть определяющую роль в формировании целого ряда психопатологических когнитивных феноменов, которым в последнее время уделяется большое внимание при психотерапии. В частности, особое значение приобретает вопрос о структурированности самосознания, как ключевом факторе психотерапии, поскольку с ним соотносятся такие индивидуальные характеристики, как сбалансированность самооценки, способность к инсайту, алекситимия, гипнабельность, стабильность Я-концепции. Логично предположить, что указанная структурированность тесно связана с конституциональными нейропсихологическими

особенностями, такими как рабочая память, внимание, способность к избирательному вниманию и др.

Таким образом, выполненное исследование позволило показать, что клинической неоднородности тревожных расстройств соответствуют существенные когнитивно-стилевые и поведенческие различия. Это обстоятельство свидетельствует о том, что современная нозологическая дифференциация тревожных расстройств важна не только в клиничко-описательном и статистическом плане, но имеет под собой и определенные патогенетические основания.

Ограничения настоящего исследования связаны с относительно небольшим количеством изученных больных, что обусловлено значительным объемом и трудоемкостью экспериментальных исследований. Тем не менее, полученные в ходе работы статистически достоверные результаты свидетельствуют в пользу их репрезентативности.

Второе ограничение обусловлено использованием методики РМТ. Упрощенная схема эксперимента и заданный характер стимульного материала существенно отличают проведение этой методики от классической схемы, разработанной ее автором Дж.Келли [13]. Тем не менее, близость полученных в настоящей работе результатов тестирования с данными, полученными ранее на сходных по клиническим характеристикам, но иных популяциях больных [5, 6], позволяет говорить о правомерности сделанных допущений.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аведисова А.С. Тревожные расстройства // Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение / Под ред. Ю.А.Александровского. М: ГЭОТАР-МЕД, 2004. С. 66–73.
2. Березин Ф.Б., Мирошников М.П. Русский модифицированный вариант психологического теста ММРП и его применение в психиатрической практике // Проблемы психоневрологии. М., 1969. С. 337–342.
3. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности. М.: Фолиум, 1994. 175 с.
4. Бобров А.Е. Тревожные расстройства: их систематика, диагностика и фармакотерапия // Русский медицинский журнал. 2006. Т. 14, № 4. С. 328–332.
5. Бобров А.Е., Кулыгина М.А. Дифференцированная психотерапия тревожных расстройств и клиничко-психологические характеристики когнитивного личностного стиля // Тревога и обсессии. М., 1998. С. 306–317.
6. Бобров А.Е. Клиничко-психологические характеристики когнитивного личностного стиля и вопросы дифференцированной терапии тревожных расстройств // Новости науки и техн. (Психиатрия). ВИНТИ. 1997. С. I–VI.
7. ВОЗ. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Женева-СПб., 1994. 300 с.
8. Карвасарский Б.Д. Неврозы (руководство для врачей). М., 1980. 448 с.
9. Краснов В.Н. Тревожные расстройства: их место в современной систематике и подходы к терапии // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 3. С. 33–39.
10. Похилько В.И. Психодиагностика индивидуального сознания // Общая психодиагностика. М.: МГУ, 1987. С. 228–244.
11. Похилько В.И., Страхов Н.Н. Тест репертуарных решеток «Келли». Компьютеризированная версия. М., 1990.
12. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. М., 1978. 400 с.
13. Франселла Ф., Баннистер Д. Новый метод исследования личности. Пер. с англ. М., 1987. С. 236.
14. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition, Text revision. Washington, DC: APA, 2000. 943 p.
15. Berrios G.E. Anxiety disorders: a conceptual history // J. Affect. Dis. 1999. Vol. 56, N 2–3. P. 83–94.
16. Borkovec T.D. Psychological aspects and treatment of generalized anxiety disorder // Generalized anxiety disorder: Symptomatology, pathogenesis and management / D.Nutt, K.Rickels, D.Stein (Eds.). Martin Dunitz Ltd, 2002. P. 99–110.
17. Clark D.A., Steer R.A., Beck A.T. Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: Implications for the cognitive and tripartite models // J. Abnormal. Psychol. 1994. Vol. 103, N 4. P. 645–654.
18. Cox B.J., Swinson R.P. Instrument to assess depersonalization-derealization in panic disorder // Depress. Anxiety. 2002. Vol. 15, N. 4. P. 172–175.
19. Craske M.G., Rauch S.L., Ursano R. et al. What is an Anxiety Disorder? // Depress. Anxiety. 2009. Vol. 26. P. 1066–1085.
20. Glas G. Philosophical aspects of neurobiological research on anxiety and anxiety disorders // Curr. Opin. Psychiatr. 2004. Vol. 17. P. 457–464.
21. Gorman J.M. Anxiety disorders: Introduction and overview // Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Seventh Edition on CD-ROM. Lippincott: Williams & Wilkins, 2000.
22. Hollander E. OCDs in the forthcoming DSM-V // CNS Spect. 2007. Vol. 12. P. 320–324.
23. Klein D.F. Historical aspects of anxiety // Dialogues Clin. Neurosci. 2002. Vol. 4. P. 295–304.
24. Lambert M.V., Senior C., Fewtrell W.D. et al. Primary and secondary depersonalisation disorder: a psychometric study // J. Affect. Dis. 2001. Vol. 63, N 1–3. P. 249–256.
25. Martin P. The epidemiology of anxiety disorders: a review // Dialogues Clin. Neurosci. 2003. Vol. 5. P. 281–298.
26. Roth M., Mountjoy C. The distinction between anxiety states and depressive disorders // Handbook of affective disorders / E.S. Paycel (Ed.). Edinburg-London-Melbourne-N.Y., 1982. P. 1–6.
27. The ESEMed/MHEDEA 2000 Investigators. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMed) project // Acta Psychiatr. Scand. 2004. Vol. 109, Suppl. 420. P. 21–27.
28. Watson D. Rethinking the mood and anxiety disorders: a quantitative hierarchical model for DSM-V // J. Abnorm. Psychol. 2005. Vol. 114. P. 522–536.

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ****А. Е. Бобров, Е. В. Файзрахманова, А. К. Гомозова**

Дифференцированная оценка тревожных расстройств остается одной из актуальных проблем пограничной психиатрии. Цель исследования – клинико-психологическое изучение больных этой категории. В ходе работы результаты клинической оценки по критериям МКБ-10 сопоставлялись с данными, полученными при помощи методики многостороннего исследования личности и репертуарного матричного теста. В исследование включались пациенты с паническим расстройством (ПР), агорафобией (АФ), генерализованным тревожным расстройством (ГТР). Обследовано 62 пациента (10 муж., 52 жен.), а также 23 здоровых человека контрольной группы (4 муж., 19 жен.).

В работе показано, что отдельные варианты тревожных расстройств имеют существенные поведенческие и когнитивные отличия. Так, ГТР характеризуется сравнительно неглубокой степенью

нарушений адаптации, значительным количеством психовегетативных проявлений. Этому соответствует преимущественно оценочное и недифференцированное восприятие реальности. Поведение больных ПР определяется истеро-ипохондрическим типом реагирования с диссоциацией, деперсонализацией и концептуализацией. Это сочетается со снижением способности к предметной категоризации и дисбалансом между предметной и описательной категоризацией. При АФ отмечается соматоформная, импульсивно-протестная и деперсонализационная симптоматика с частичной блокадой побуждений и признаками вторичной депрессии. Когнитивный стиль таких больных характеризуется тотальным снижением способности к категоризации объектов и их свойств.

**Ключевые слова:** дифференцированная оценка, клинико-психологическое изучение тревожных расстройств.

**DIFFERENTIAL CLINICAL-PSYCHOLOGICAL EVALUATION OF PATIENTS WITH VARIOUS ANXIETY DISORDERS****A. E. Bobrov, E. V. Faizrahmanova, A. K. Gomozova**

Background: Differential evaluation of anxiety disorders remains an important issue in 'borderline' psychiatry. Goal: clinical-psychological investigation of patients with anxiety disorders. In the course of investigation, the results of clinical evaluation using the ICD criteria have been compared with the data obtained by means of the Multifaceted Personality Investigation technique and the Repertoire Matrix test. Material: patients with panic disorder (PD), agoraphobia (AF), generalized anxiety disorder (GAD); total number of patients investigated – 62 (10 male and 52 female), and 23 healthy controls (4 male and 19 female). Results: noticeable behavioral and cognitive differences seem to exist between individual variants of anxiety disorders. GAD, for instance, is characterized by relatively superficial adjustment disturbances and a variety of psychove-

getative manifestations. This corresponds to the prevalent evaluative and non-differential perception of reality in the GAD patients. Behavior of the PD-patients is determined by hysterical-hypochondriac reactions with dissociation, depersonalization and conceptualization, and accompanied by decreased ability for object categorization and lack of balance between object and descriptive categorization. AF is characterized by somatoform symptoms, impulsive protests and depersonalization, with partial blocking of impulses and signs of secondary depression, and the cognitive style of such patients is presented by total decreased categorization ability concerning categories of objects and their characteristics.

**Key words:** differential evaluation, clinical-psychological investigation of anxiety disorders.

---

**Бобров Алексей Евгеньевич** – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по учебно-методической работе, руководитель отделения психотерапии и консультативной психиатрии ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: bobrov2004@yandex.ru

**Файзрахманова Елена Валерьевна** – врач-психотерапевт Белгородской областной клинической психоневрологической больницы; e-mail: usatenko2003@mail.ru

**Гомозова Александра Константиновна** – младший научный сотрудник ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: gomax@mail.ru