

К ВОПРОСУ О ТЕРАПИИ ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

С. В. Уманский

Областная клиническая больница, Курган

Фобии достаточно широко представлены в клинике пограничных психических расстройств. Эпидемиологическими исследованиями последних лет установлено, что распространенность фобических расстройств невротического уровня составляет 8–12% в общей популяции (10).

Анализ показателей течения и исхода невротических фобий, представленный в ряде публикаций, содержит противоречивые данные. Одни авторы указывают на благоприятное течение, которое в значительной части случаев (до 80%) на протяжении многих лет характеризуется легкой степенью избегания и не препятствует удовлетворительной социальной адаптации (4, 6, 10). Многие пациенты, имеющие фобические расстройства в течение всей жизни, никогда не обращались за помощью к врачам. Они адаптировались к фобиям и выработали определенные стратегии поведения, помогающие преодолевать их. Обращение пациентов с фобическими расстройствами за медицинской помощью обычно имеет место в двух случаях: если фобии возникли остро и протекают тяжело с выраженными вегетативными нарушениями и при хроническом течении в стадии обострения (5).

Другая группа исследователей указывает на длительное прогрессивное течение фобических расстройств (3, 19), которое сопровождается невротическими изменениями личности (12) и сопутствующими им коморбидными расстройствами (депрессия, алкоголизм, злоупотребление лекарственными препаратами), выявляя в исходе у 55–60% пациентов признаки значительного снижения социальной адаптации (3, 20). Отмечается также удивительная стойкость фобических расстройств к проводимой терапии и легкость их переноса на смежные ситуации (16, 25, 26).

Несмотря на большое количество публикаций, касающихся терапии фобических расстройств (2, 4, 6, 10, 11, 13, 14, 18, 23), вопрос о предпочтительности использования тех или иных психотерапевтических методов и фармакологических препаратов остается недостаточно разработанным, а эффективность терапии фобических расстройств остается невысокой.

В рамках разных подходов психотерапевты разрабатывали много форм терапии фобических рас-

стройств: психоанализ, гипноз, фармакологическое лечение, разные варианты когнитивной и когнитивно-поведенческой терапии и прочее.

Многие исследователи считают, что при тревожно-фобических расстройствах эмпирически доказана эффективность только поведенческих методов. Для психотерапии фобических расстройств они рекомендуют в первую очередь методы конфронтации (систематическая десенсибилизация, конфронтация «in sensu» и «in vivo» – «воображаемая» и «реальная»), методы экспозиции, имплозии, управления тревогой (2, 14, 16, 21, 30).

Однако некоторые авторы склонны считать, что поведенческие техники, использующие конфронтацию с фобическим объектом, могут иметь побочные эффекты, способствуя усилению неустойчивости и агрессивности клиентов (22). При этом возможна генерализация испытываемых в процессе терапии негативных эмоций на другие сходные ситуации или людей (на саму ситуацию врачебного кабинета, на все действия терапевта и даже на приобретаемое новое адаптивное поведение). На фоне использования конфронтационных методик у некоторых пациентов с тревожно-фобическими расстройствами возникают состояния излишней подавленности и стресса, что вынуждает их прерывать начатое лечение (цит. по 7). С другой стороны, прерывание лечения может закрепить или даже усилить реакцию избегания столкновения с объектом или ситуацию страха (22). Методы наводнения, имплозии и другие сходные техники сопряжены с переживанием отрицательных эмоций, поэтому уже на этапе получения информации многие пациенты отказываются от прохождения данного вида терапии.

В отечественной психотерапии при лечении фобических расстройств предпочтение отдавалось принципам успокоения, отвлечения и активации (6, 11), а основным методом была гипносуггестивная психотерапия (ГСПТ) (5, 6, 13). Такой же позиции придерживается La Gresa (26). Он рекомендует пациентам с фобическими расстройствами избегать этих фобий. По его мнению, постоянные встречи со специфическими стрессорами, возникающие в процессе систематической десенсибилизации, им-

позии и другие поведенческие психотерапевтические методы могут иметь серьезные патологические следствия для иммунной, сердечно-сосудистой и центральной нервной системы. Также он указывает на исследования, в которых большое внимание уделяется взаимосвязи стресса и выживаемости. Важную роль для снятия стресса, с его точки зрения, играют развивающиеся приоритеты, избегание стресса, отдых, физические упражнения, расширение социальных связей, социальная поддержка, полноценное питание и использование методов релаксации.

Существует еще одна точка зрения, в соответствии с которой эффективная терапия фобических расстройств возможна только при длительном применении современных психотропных препаратов (18, 20, 23).

Вне зависимости от того, являются ли фобии самостоятельными нозологическими единицами или симптомами других форм пограничных психических расстройств, большинство авторов единодушны в оценке их стойкости и резистентности к терапии (3, 11, 19, 20).

Целью настоящего исследования являлся анализ некоторых клинических симптомов, патопсихологических и социопсихологических характеристик у пациентов с фобическими расстройствами невротического уровня после различных видов терапии (систематической десенсибилизации, гипносуггестивной психотерапии и фармакотерапии). При этом была поставлена задача провести сравнение стратегий поведения, которые использовали пациенты по отношению к фобиями.

Материал и методы исследования

В исследовании представлены результаты лечения пациентов с фобическими расстройствами, проведенного в психотерапевтическом кабинете на базе городской поликлиники № 5 г. Кургана с 2000 по 2004 год.

Критериями отбора являлось наличие у пациента фобических расстройств невротического уровня (F4 МКБ-10). Больных с агорафобией без панических атак (F40.00) было 34 человека, с социофобией (F40.1) – 40 человек, со специфической фобией (F40.2) – 25 человек и с обсессивно-компульсивным расстройством (навязчивые фобии) (F42.0) – 8 человек (табл. 1).

В выборку вошли 107 пациентов – 64 женщины и 43 мужчины в возрасте от 23 до 62 лет. Средний возраст составил $29,4 \pm 4,1$ лет для женщин и $37,9 \pm 8,6$ лет для мужчин.

Пациенты страдали фобическими расстройствами от 2 до 24 лет (в среднем $7,1 \pm 1,1$ лет). У 68 пациентов (63,6% от общего числа) имели место хронические соматические заболевания. Среди них наиболее часто встречалась гастроэнтерологическая патология (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, желчнокаменная болезнь, хронические колиты и т.п.). Далее по мере убывания: гиперто-

ническая болезнь, стенокардия, эндокринопатии, бронхиальная астма, гинекологическая патология.

Все пациенты с фобическими расстройствами были разделены на три группы. Средний возраст, нозологическая принадлежность фобических расстройств и распределение по половым признакам во всех группах было приблизительно одинаковым.

В первую группу, в которой проводилась систематическая десенсибилизация (СД), вошел 31 пациент (19 жен. и 12 муж.). 9 пациентов отказались от прохождения терапии после трех первых сеансов. В последующем им была назначена фармакотерапия, но в исследование они не вошли. У одного пациента не удалось собрать катамнез. Суть метода систематической десенсибилизации сводится к тому, что в процессе терапии создаются условия, при которых пациент конфронтирует с фобиями. При многократном повторении такого рода конфронтации добиваются угасания фобической реакции, и пациент привыкает спокойно воспринимать ранее вызывавшие страх стимулы. Важнейшим элементом СД по Вольпе являлась прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону (30). Продолжительность курса терапии – 1–1,5 месяца (8–10 сеансов СД, 2 сеанса в неделю по 45–50 мин.).

С пациентами второй группы проводилась гипносуггестивная терапия (ГСПТ). В эту группу вошло 36 пациентов (21 жен. и 15 муж.). Из них 4 пациента не закончили терапию. Катамнез не удалось собрать у двух пациентов. В процессе психотерапии пациентам рекомендовалось на время лечения избегать фобических ситуаций, им прописывался отдых, активные занятия физкультурой, легкие седативные средства (фитопрепараты). Во время гипнотерапии внушалось чувство внутреннего покоя и медленного исчезновения фобий. Продолжительность курса терапии составила от 1 до 1,5 месяцев (10–12 сеансов ГСПТ, 2–3 сеанса в неделю по 30 мин.).

В третью группу вошло 40 пациентов (24 жен. и 16 муж.). Всем пациентам в зависимости от выраженности фобической симптоматики и коморбидной патологии дифференцированно назначалась фармакотерапия: транквилизаторы, эглонил, сонапакс, бета-адреноблокаторы, антидепрессанты (анафранил, флуоксетин, рексетин, паксил). На разных этапах отказались от прохождения терапии 8 пациентов. У 7 пациентов после приема психотропных препаратов отмечались побочные явления: сухость во рту, повышение тревожности, вялость, сонливость, нарушение координации. Появление вышеперечисленных симптомов было расценено пациентами как ухудшение состояния, что привело к их отказу от продолжения терапии. Один пациент прекратил лечение по семейным обстоятельствам. У трех пациентов не удалось собрать катамнез. В этой группе пациентам не навязывался определенный стиль поведения. Они сами выбирали – преодолевать фобии в прямом столкновении с ними или избегать их. Продолжительность курса терапии от 1,5 до 4 месяцев.

Таблица 1

Распределение пациентов в зависимости от вида фобии и проводимой терапии

Вид фобий	СД	ГСПТ	ФТ	Всего
Агорафобия F40.00	5 (3)	9 (2)	11 (2) [2]	25 (7) [2]
Социофобия F40.1	10 (2)	12 (1) [1]	9(4) [1]	31 (7) [2]
Специфическая фобия F40.2	6 (1) [1]	8 (0) [1]	7 (1)	21 (2) [2]
Обсессивно-компульсивное расстройство F42	0 (3)	1 (1)	2(1)	3 (5)
Всего	21 (9) [1]	30 (4) [2]	29 (8) [3]	80 (21) [6]

Примечания: в круглых скобках – число пациентов, не закончивших лечение; в квадратных скобках – пациенты, у которых не удалось собрать катамнез.

Через 6 месяцев после окончания лечения оценивался катамнез. В окончательную обработку были включены наблюдения по 80 пациентам (у 6 пациентов не удалось собрать катамнез).

При проведении исследования наряду с клинико-психопатологическим и клинико-катамнестическим использовались психометрические методы: тест САН, шкала Шихана для оценки нарушений профессиональной, общественной и семейной жизни, тест Тейлора для диагностики уровней тревожности (социальной, невротической и соматической), 17-пунктовая шкала депрессии Гамильтона, опросник Г.Айзенка, шкала Дембо-Рубинштейн, тест Баса-Дарки для оценки уровня агрессивности и враждебности и Гиссенский опросник соматических жалоб (1, 15, 17, 20, 29).

Шкала Дембо-Рубинштейн (17) в данной работе предназначена для идентификации самооценки, критичности и сознания болезни. Количественный анализ данных по шкалам «здоровье», «ум», «характер» и «счастье» производился с учетом отметок, сделанных пациентами на линиях шкал, градуированных от 0 до 10. Сумма цифр по всем четырем шкалам являлась индексом самооценки.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием критерия достоверности Стьюдента.

Оценка эффективности терапии фобических расстройств включала в себя не только изменения клинических параметров (степень выраженности фобии оценивалась по М.Н.Асатиани) (4, 5), но и общее состояние здоровья (появление новых и обострение хронических заболеваний), семейную, профессиональную и социальную адаптацию.

Результаты исследования

Перед проведением сеансов СД рекомендуется подробно ознакомить пациента с сутью метода и его эффектами (17). В наших исследованиях около 25% пациентов, получивших достоверную информацию, отказались от прохождения данной терапии. Из отобранных для проведения СД 31 пациентом 9 (29,1%) прекратили лечение после третьего сеанса. Таким образом, более половины пациентов, кото-

рым предлагалось пройти СД, отказались от лечения еще до его начала или на начальных этапах. По результатам теста САН (тестирование проводили до и после сеанса), после сеанса СД резко ухудшалось общее состояние пациента. По нашему мнению, для успеха терапии методом СД необходим достаточно высокий уровень мотивации.

При отборе пациентов в группу ГСПТ лишь один пациент (2,7%) отказался от прохождения терапии (по религиозным соображениям). Из 36 пациентов 4 (11,1%) не закончили сеансы ГСПТ. По результатам теста САН после сеанса ГСПТ у пациентов отмечалось улучшение показателей. Субъективно пациенты после сеансов ГСПТ чувствовали себя лучше, чем пациенты после СД.

При отборе пациентов в группу ФТ двое (4,8%) отказались от прохождения терапии (из-за страха принимать психотропные препараты «уже принимали – знаем»). Из 40 пациентов 8 (20,0%) не окончили курс фармакотерапии.

Необходимо отметить общие клинические и психопатологические особенности, характерные для большинства больных с фобическими расстройствами вне фобического приступа. Обращает на себя внимание присутствующая у всех без исключения пациентов, но в разной степени выраженности, общевротическая симптоматика, представленная астеническими, тревожными и депрессивными (которым необходимо уделить особое внимание) синдромами. Практически у всех больных с фобическими расстройствами наблюдались явления вялой депрессии, выражающиеся преимущественно в незначительно сниженном настроении при относительно малой представленности моторного и идеаторного компонентов депрессивной триады (дисгармоническая депрессивная триада) (17). Суточных колебаний аффекта не наблюдалось. У пациентов отмечались нарушения сна, больше характерные для невротических расстройств (трудности засыпания, поверхностный, тревожный сон с неприятными сновидениями). Аппетит был сохранен, но многие пациенты отмечали отсутствие яркости вкусовых ощущений при приеме пищи.

Более половины пациентов предъявляли множественные жалобы соматического плана, что отражено в показателе «давление жалоб» Гиссенского опросника.

Психопатологические характеристики пациентов с фобическими расстройствами указывают на повышенный уровень тревоги (по Тейлору, норма – 13 б.), нейротизма (по Г.Айзенку, норма – 14 б.), депрессии, находящейся на границе легкой и умеренной степени выраженности. Обращает на себя внимание достаточно высокий уровень «давления жалоб» по Гиссенскому опроснику (что в сочетании с высокими цифрами соматической тревожности теста Тейлора указывает на сопутствующую психосоматическую патологию) – табл. 2.

Терапевтическая эффективность СД, ГСПТ и ФТ в отношении редукции фобического синдрома не

Динамика психометрических параметров у пациентов с фобическими расстройствами в зависимости от вида терапии до, после и через 6 месяцев

Параметры	СД			ГСПТ			ФТ		
	до	после	6 мес.	до	после	6 мес.	до	после	6 мес.
Тест Тейлора									
Тревога (общая)	28,1±4,1	20,4±2,4	22,1±3,4	29,4±3,6	18,3±3,1	20,1±3,1	30,3±3,2	17,2±3,1	18,1±2,5
Тревога (социальная)	9,5±1,5	5,6±0,9	5,9±1,1	8,1±1,2	5,2±0,8	5,3±1,7	10,1±1,9	4,6±1,1	5,1±1,3
Тревога (невротическая)	12,9±1,8	9,1±1,5	10,1±1,7	13,2±1,3	7,7±1,5	9,3±1,4	12,6±1,7	8,2±1,5	8,4±1,2
Тревога (соматическая)	6,1±1,2	6,1±1,6	6,9±1,5	8,4±1,8	6,0±1,4	5,7±0,9	7,9±1,2	4,1±0,7	4,9±1,0
Шкала Гамильтона									
Депрессия	18,9±3,2	12,8±3,4	16,2±2,2	17,4±2,8	12,9±3,3	12,7±3,1	17,8±4,1	10,8±3,4	13,4±4,2
Гиссенский тест									
Давление жалоб	40,3±4,4	32,9±2,9	38,1±3,8	38,1±3,9	28,3±3,5	40,4±2,3	38,0±3,2	38,2±3,0	39,3±4,8
Шкала Шихана									
Семейная	2,9±1,2	2,1±1,1	2,4±1,2	3,2±1,4	2,3±1,2	2,4±1,5	2,9±1,4	2,1±1,7	2,2±1,6
Общественная	5,2±1,0	3,2±1,2	3,8±0,8	5,0±1,1	3,1±1,4	3,7±1,2	4,9±1,1	3,5±0,9	4,1±1,0
Профессиональная	3,2±1,1	2,2±1,4	2,2±1,1	3,0±1,4	2,2±1,5	2,4±1,3	3,2±1,3	2,4±1,4	2,2±1,5
Тест Басса-Дарки									
Враждебность	6,8±0,6	6,1±0,6	9,9±2,5	7,4±0,8	6,0±1,1	6,7±0,8	7,2±1,1	7,1±0,9	7,9±1,8
Агрессивность	20,3±1,4	22,9±2,4	25,1±3,9	18,1±3,7	18,3±2,5	20,4±3,1	18,0±2,2	18,2±3,0	19,3±1,8
Тест Айзенка									
Экстраверсия	11,4±0,4	11,3±0,4	10,9±0,8	9,8±0,4	10,1±0,7	9,7±0,5	10,7±0,5	10,1±0,6	10,2±0,6
Нейротизм	20,2±1,4	16,6±1,9	17,1±1,8	19,6±1,2	13,2±0,8	14,9±1,6	20,6±1,8	15,1±1,6	17,4±1,1
Тест Дембо-Рубинштейн	24,1±1,2	25,2±1,7	25,0±2,1	25,2±2,0	25,1±1,4	25,3±1,8	25,1±1,9	25,0±1,8	24,8±2,1
Кол-во обращений за медпомощью за 6 мес.			5,2±2,3			2,9±1,7			3,8±2,2

имеет достоверных различий (табл. 3) и составляет немногим более 50%. Через 6 месяцев после прекращения лечения фобические расстройства отмечались: после СД – у 28,6%, ГСПТ – у 26,7%, ФТ – у 24,1% пациентов. Полученные данные согласуются с результатами мета-анализа, проведенного L.Luborsky с соавт. (27) и M.Smith с соавт. (28), в которых они утверждают, что различные психотерапевтические методы приводят приблизительно к одинаковому терапевтическому эффекту.

Н.М.Асатиани (4, 5) выделила 3 стадии в развитии фобии. Для первой стадии характерно возникновение страха при непосредственном столкновении с травмирующей ситуацией. Во второй стадии фобии появляются при ожидании встречи с трудной ситуацией. Для третьей стадии характерно возникновение фобий в объективно нейтральной обстановке при одном лишь представлении о возможной встрече с травмирующей ситуацией.

На следующем этапе исследования были отобраны пациенты, у которых через шесть месяцев после окончания терапии не было фобических расстройств. Их оказалось 21 человек (табл. 4). Они были разделены на две группы. В первую группу вошли 14 пациентов, которые использовали стратегию избегания фобических стрессоров. Во вторую группу вошли семь пациентов, использующих стратегию конфронтации с фобиями.

Стратегия избегания фобий заключается в том, что при необходимости пациент может спокойно находиться в фобических ситуациях, легко переносить их, но в повседневности предпочитает уклоняться от них.

Обращает на себя внимание, что среди 6 пациентов, прошедших СД с хорошим эффектом, у которых вырабатывалась стратегия конфронтации с фобиями, двое через 6 месяцев избрали противоположную стратегию. При этом они отрицали появ-

Распределение пациентов в зависимости от вида терапии и этапов динамики фобических расстройств

Этапы динамики фобий	СД						ГСПТ						ФТ					
	до		после		6 мес.		до		после		6 мес.		до		после		6 мес.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Отсутствие фобий	0	0	11	52,4	6	28,6	0	0	17	56,6	8	26,7	0	0	15	51,7	8	27,5
1 этап	12	51,7	5	23,8	8	38,8	15	50,0	5	16,7	9	30,0	14	48,2	7	24,1	10	34,5
2 этап	6	28,6	3	14,3	4	19,1	10	33,3	5	16,7	9	30,0	12	41,4	5	17,2	8	27,5
3 этап	3	14,3	2	9,5	3	14,3	5	16,7	3	10,0	4	13,3	3	10,4	1	3,4	3	10,4

Таблица 4

Распределение пациентов с отсутствием фобий после лечения в зависимости от вида терапии и поведенческой стратегии

Вид терапии	Избегание фобии	Конфронтация с фобией	Всего
СД	2	4	6
ГСПТ	7	2	9
ФТ	5	1	6
Всего	14	7	21

ление у себя даже незначительных фобических расстройств. Объяснить смену стратегии они не могли. То же можно сказать про пациентов из группы ГСПТ. Из 9 пациентов через 6 месяцев после терапии двое изменили стратегию с избегания фобий на конфронтацию. В группе ФТ с хорошим результатом, где пациентам самим было дозволено определиться со стратегией, 5 пациентов избрали избегание фобий и один – конфронтацию. Пациенты этой группы свои стратегии через 6 месяцев не изменили.

У пациентов с конфронтационной стратегией из группы с отсутствием фобий отмечены достоверно ($p < 0,05$) более высокие цифры агрессивности, враждебности, тревоги, депрессии и давления жалоб. Количество обращений за медицинской помощью за 6 месяцев достоверно ($p < 0,001$) больше, чем в группе пациентов с избеганием фобий (табл. 5).

Индекс агрессивности характеризует внешние, поведенческие характеристики личности. Пациенты с повышенным индексом агрессивности отмечали у себя несвойственную им ранее вспыльчивость, раздражительность, нетерпимость к критике, конфликтность. Этот вид агрессивности носит экстрапунитивный характер (направлен на других). Наряду с вышеперечисленными явлениями у этих пациентов диагностировались истероконверсионные расстройства.

Враждебность – это внутренняя агрессивность. Согласно концепции G.Foulds (24), враждебность является одной из личностных особенностей, которая способствует формированию психосоматических заболеваний и определяет их длительное течение. Особенно это характерно для пациентов с интрапунитивной (направленной на себя) агрессивностью. Враждебность у пациентов с отсутствием фобий, придерживающихся конфронтационной тактики, в 1,5 раза выше, чем у пациентов с избеганием. По мнению психоаналитически ориентированных исследователей (8), враждебность может реализоваться пациентами символически через гастроэнтерологические симптомы. По нашим наблюдениям больше всего (около 50%) сопутствующих соматических расстройств относилось к заболеваниям желудочно-кишечного тракта. О соматизации говорят высокие цифры давления жалоб по Гиссенскому опроснику, соматической тревоги по Тейлору. Было отмечено не только обострение уже имею-

Таблица 5

Динамика психометрических параметров пациентов с хорошим результатом в зависимости от поведенческой стратегии до и после терапии

Параметры	Избегание фобий			Конфронтация с фобиями		
	до	после	6 мес.	до	после	6 мес.
Тест Тейлора						
Тревога (общая)	27,4±2,3	15,3±3,0	16,1±2,8	28,4±2,4	20,4±3,2	21,9±3,4*
Тревога (социальная)	7,1±1,0	4,2±0,9	5,3±1,2	8,5±1,4	6,6±1,9	5,1±1,4
Тревога (невротическая)	13,9±1,5	6,7±1,2	6,9±1,4	12,8±1,7	7,8±1,1	9,0±1,6*
Тревога (соматическая)	5,4±1,8	4,0±1,3	4,7±0,9	6,0±1,2	6,1±1,5*	6,9±1,9*
Шкала Гамильтона						
Депрессия	18,3±2,0	12,1±1,6	13,4±2,2	17,9±1,7	15,5±2,2*	20,6±2,1*
Гиссенский тест						
Давление жалоб	35,7±4,1	29,8±3,1	33,4±3,3	38,5±3,2	31,3±2,5	49,7±3,4*
Шкала Шихана						
Семейная	3,0±1,1	2,3±1,2	2,4±1,4	2,9±1,3	2,1±1,3	2,3±1,4
Общественная	5,1±1,5	3,6±1,1	3,7±1,5	5,3±1,6	3,2±1,0	3,6±0,9
Профессиональная	3,4±1,2	2,5±1,1	2,5±1,4	3,7±1,3	2,4±1,3	2,4±1,5
Тест Басса-Дарки						
Враждебность	7,6±1,5	6,0±1,1	6,6±1,4	7,3±1,4	8,2±0,9*	9,8±1,9*
Агрессивность	20,1±2,0	17,3±2,4	20,0±3,7	18,0±2,8	23,9±3,0*	27,3±3,9*
Тест Айзенка						
Экстраверсия	8,8 ±0,5	9,1±0,6	9,1±0,6	12,6±0,4	10,1±0,7	10,2±0,5
Нейротизм	20,2±0,7	12,2±0,9	17,2±0,8	19,8±1,1	16,2±0,5*	20,4±0,8
Тест Дембо-Рубинштейна	25,8±2,0	25,9±1,4	26,3±1,7	25,1±1,6	23,9±1,7	23,7±2,1*
Количество обращений за медпомощью за 6 месяцев			2,7±1,3			8,2±2,6**

Примечания: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,001$.

щихся хронических заболеваний, но и появление новых. Наиболее часто диагностировались язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, эрозивный гастрит, хронический колит, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, дерматиты. Обращаемость пациентов с конфронтационной стратегией за медицинской помощью почти в 3 раза выше ($p < 0,001$). Их общее состояние отражается и на самооценке, которая достоверно ниже ($p < 0,05$), чем у пациентов с избеганием фобий.

Следует отметить, что у пациентов с конфронтационной стратегией через 6 месяцев после окончания лечения чаще наблюдалось появление истерических расстройств. По мнению Н.Д.Лакошиной (12) подобная тенденция характерна для невротического развития личности, при котором истерическая симптоматика несколько смягчает проявление депрессивных расстройств и улучшает самочувствие больных. В нашем исследовании достаточно высокий уровень депрессии у пациентов с конфронтацией, по большому счету, не отразился на общем психическом самочувствии, которое они оценивали как удовлетворительное. Как уже указывалось, пациенты большее внимание обращали на соматические симптомы.

Пациенты с избеганием фобий и хорошим терапевтическим эффектом использовали компенсирующие стратегии поведения, избегая напрямую фобических стимулов и используя доступные им ресурсы. При обследовании через 6 месяцев после окончания терапии у них отмечались более низкие уровни тревоги, давления жалоб и агрессии. Особого внимания заслуживает тот факт, что пациенты этой группы после окончания терапии почти в три раза реже обращались за медицинской помощью. В процессе формирования фобии пациенты выбирают для себя компенсаторную поведенческую стратегию, связанную с избеганием этой фобии. Иногда не сама фобия, а ограничительное поведение служит поводом для обращения за медицинской помощью. В таких ситуациях терапевтический запрос звучит не только как просьба избавиться от фобии. Пациент на официальном (медицинском) уровне пытается утвердить и социализировать новую форму поведения, получить санкционированное разрешение на избегание фобии. Если пациент получает разрешение на избегание фобических ситуаций, то его общее состояние улучшается (иногда даже без лечения). Если пациенту навязывается стратегия преодоления фобий или он самостоятельно пытается преодолеть их, то чаще

всего не только психическое, но и соматическое здоровье ухудшается. Каждый сеанс СД – это мощнейший стресс, оживляющий болезненные фобические воспоминания. В такой ситуации условный рефлекс страха у некоторых пациентов не только не угасает, а резко обостряется.

В заключение следует отметить, что фобии у пациентов редко угасают навсегда даже в результате лечения. Чаще фобии носят рецидивирующий характер, время от времени проявляясь вновь, особенно в ситуациях случайного совпадения условного и безусловного раздражителей (19).

Анализ повторных обращений пациентов, у которых обострились или рецидивировали фобические расстройства, выявил следующие особенности.

Пациенты из группы ГСПТ охотно и неоднократно обращались за помощью. Им назначались поддерживающие сеансы ГСПТ, чередующиеся с короткими курсами фармакотерапии. При отсутствии возражений со стороны пациентов им предлагалось использовать стратегию избегания фобий.

Несколько меньше повторных обращений отмечено у пациентов из группы ФТ. Пациенты из группы СД, если и обращались за помощью, от повторных сеансов СД отказывались.

Выводы

Таким образом, проведенным исследованием установлено, что эффективность редукции фобических расстройств с использованием психотерапевтических методов систематической десенсибилизации и гипносуггестивной терапии, а также фармакотерапии приблизительно одинакова. Фобические расстройства после любого вида терапии в среднем исчезают в 50% случаев, а через 6 месяцев после окончания терапии они отсутствуют менее чем у 30%.

СД субъективно воспринимается пациентами как неприятная процедура, что отражается тестом САН.

Установлено, что общее состояние пациентов зависит не от вида проводимой терапии, а от стратегии поведения пациентов.

У пациентов с конфронтационной стратегией поведения после исчезновения фобий через 6 месяцев после окончания терапии отмечены достоверно ($p < 0,05$) более высокие цифры агрессивности, враждебности, тревоги, депрессии и давления жалоб. Количество обращений у них за медицинской помощью за 6 месяцев достоверно ($p < 0,001$) больше, чем в группе пациентов с избеганием фобий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абабкова В.А., Бабин С.М., Исурина Г.Л. и соавт. Применение Гиссенского опросника соматических жалоб в клинике пограничных нервно-психических расстройств. Методическое пособие. – СПб.: Психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева, 1993.
2. Айзенк Г.Дж. Сорок лет спустя: новый взгляд на проблемы эффективности в психотерапии // Психологический журнал. – 1994. – Т. 14, № 4. – С. 3–19.
3. Андреев А.М. Тревожно-фобическое расстройство со стойкой агорафобией (клинико-катамнестическое исследование). Автореф. дисс. ... канд. мед. наук, 1999.

4. Асатиани Н.М. Клиническая динамика неврозов и психопатий. – Л.: Медицина, 1967.
5. Асатиани Н.М. Психотерапия невроза навязчивых состояний // Руководство по психотерапии. – Ташкент: Медицина Уз ССР, 1985. – С. 411–422.
6. Бехтерев В.М. Избранные произведения. – М., 1954.
7. Бородин В.И., Миронова Н.В., Новиков Д.Д. Нежелательные явления в процессе психотерапии (обзор литературы) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. – 2004. – Т. 1, № 3.

8. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. Пер. с нем. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999.
9. Вертоградова О.П. К психопатологии депрессии // Материалы 4-го советско-финляндского симпозиума по проблеме депрессии. – М., 1983. – С. 109–113.
10. Карвасарский Б.Д. Неврозы (руководство для врачей). – М.: Медицина, 1990.
11. Консторум С.И. Опыт практической психотерапии. – М.: Минздрав, 1959.
12. Лакошина Н.Д., Трунова М.М. Неврозы, невротические развития личности: клиника и лечение. – М.: Медицина, 1994.
13. Платонов К.И. Слово как физиологический и лечебный фактор. – М.: Медгиз, 1957.
14. Прохазка Дж., Норкросс Д. Системы психотерапии // Пособие для специалистов в области психотерапии и психологии. – СПб.: прайм – ЕВРОЗНАК, 2005.
15. Прохоров А.О. Методики диагностики и измерения психических состояний личности. – М.: ПЕР СЭ, 2004.
16. Ромек В.Г. Основы поведенческой психотерапии. – Ростов-на-Дону, 2002.
17. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике. – М.: Медицина, 1970.
18. Сергеев И.И. Место антидепрессантов в терапии фобий. <http://www.nedug.ru/lib/lit/psych/01oct/psych31/psych.htm>
19. Сергеев И.И., Шмилович А.А. Клинические закономерности рецидивирующего и затяжного течения фобических расстройств // Журн. неврол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1998. – № 5. – С. 26–30.
20. Социальная фобия. Карманный справочник / Под ред. С.А.Монтгомери. – Базель, 1995.
21. Титиевский С.В., Гашкова Л.А. Поведенческая психотерапия в комплексе лечения специфической фобии у ликвидаторов-водителей // Медицинские исследования. – 2001. – Т. 1, Вып. 1. – С. 135.
22. Федоров А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. – СПб., 2002.
23. Шмуклер А.Б. Применение пароксетина (паксила) для лечения социальной фобии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 1. – С. 174–176.
24. Foulds G.A. Personality and personal illness. – London: Tavistock Press, 1965.
25. Jenike M.A. Obsessive-compulsive disorders. Theory and management. – Chicago, London: Year Book Medical Publishers Inc., 1986. – P. 77–111.
26. La Greca. The psychosocial factors in surviving stress. Special Issue: Survivorship: The other side of death and dying // Death studies. – 1985. – Vol. 9, N 1. – P. 23–36.
27. Luborsky L., Singer B., Luborsky L. Comparative studies of psychotherapies: is it true that “everyone has won and all must have prizes”? // Arch. Gen. Psychiatry. – 1975. – Vol. 32. – P. 995–1008.
28. Smith M.L., Glass G.V., Miller T.I. The Benefits of Psychotherapy. – Baltimore: The Johns Hopkins Univ. Press, 1980.
29. Taylor I.H. A personality scale of manifesting anxiety // Br. J. Surg. – 1977. – Vol. 64. – P. 702–708.
30. Wolpe J. The practice of behavior therapy. – New York: Pergamon, 1969.

THERAPY OF PHOBIC DISORDERS

S. V. Umansky

The paper presents comparative analysis concerning a number of clinical symptoms and pathopsychological and sociopsychological characteristics of 80 patients with neurotic phobic disorders treated with systemic desensitisation, hypnosuggestive psychotherapy and pharmacotherapy. The results showed that all therapies used were almost equally effective. Phobic disorders would disappear in 50% of cases on any therapy and after 6 months after the end of therapy they were absent in less than 30% of cases. The patients subjectively perceive systemic

desensitisation as an unpleasant procedure and this attitude is reflected in results of testing. General condition of the patients seemed to depend not so much on the therapy used but on the treatment strategy chosen by patients. The patients who chose to confront themselves with their phobias showed 6 months after the end of treatment significant ($p < 0.05$) increase of aggressiveness, hostility, anxiety, depression and complaints. They sought medical care during those 6 months more frequently ($p < 0.001$) than the group that avoided phobias.