

*На правах рукописи*

**СТАЦЕНКО**  
**Олег Александрович**

**СИМПТОМОКОМПЛЕКС АГОРАФОБИИ  
С ПАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ  
(КЛИНИКА, ДИНАМИКА, ТЕРАПИЯ  
И РЕАБИЛИТАЦИЯ)**

**Специальность: 14.01.06—«Психиатрия»**

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**

**д и с с е р т а ц и и  
на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук**

**Томск**

**2011**

Работа выполнена в ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

**Научный руководитель:**

д-р мед. наук

***Иванова Татьяна Ильинична***

**Официальные оппоненты:**

д-р мед. наук, профессор

***Сумароков Андрей Алексеевич***  
ГОУ ВПО Красноярский государственный  
медицинский университет им. профессо-  
ра В. Ф. Войно-Ясенецкого

д-р мед. наук

***Симуткин Герман Геннадьевич***  
Учреждение Российской академии меди-  
цинских наук Научно-исследовательский  
институт психического здоровья СО РАМН  
отделения РАМН (Томск)

**Ведущее учреждение:** ГОУ ВПО Кемеровская государст-  
венная медицинская академия.

Защита состоится 20 декабря 2011 г. в 10 часов на заседании со-  
вета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 001.030.01  
при Учреждении Российской академии медицинских наук Научно-  
исследовательском институте психического здоровья СО РАМН  
по адресу: 634014, Томск, ул. Алеутская, 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке НИИПЗ СО  
РАМН.

Автореферат разослан 18 ноября 2011 г.

Ученый секретарь совета по защите  
докторских и кандидатских  
диссертаций Д 001.030.01  
кандидат медицинских наук



**О. Э. Перчаткина**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность исследования.** Актуальность проблемы изучения агорафобии с паническим расстройством обусловлена высокой распространенностью панических расстройств [Семке В. Я., 1998; Смулевич А. Б. и др., 1998; Поросова И. А., 2000; Sheikh J. I. et al., 2002; Kessler R. C. et al., 2005] и агорафобии среди населения, которая в 30—50 % случаев сопровождается паническими атаками [Craske M. G., 1996; Fava G. A., Mangelli L., 1999]. Заболеваемость в преимущественно молодом и социально активном возрасте, высокая частота суицидов [Ozkan M., Altindag A., 2005; Brown L. A. et al., 2010], по некоторым данным превышающая таковую при депрессиях [Bowden C. L., 1992], нередкое злоупотребление ПАВ [Marques M., Segui J., 2003], случаи летального исхода в момент панической атаки [Coryell W. et al., 1982], социальная дезадаптация [Лакосина Н. Д., Панкова О. Ф., 1988; Grant B. F., Hasin D. S. et al., 2006; Kessler R. C. et al., 2006] делают проблему еще более актуальной.

В изучении агорафобии с паническим расстройством остается много нерешенных проблем, которые требуют дальнейшей разработки. В частности, одним из малоисследованных вопросов является динамика заболевания, которая различными авторами оценивается по-разному. Большинство сходятся во мнении, что заболевание имеет склонность к затяжному течению, частому рецидивированию, имеет неблагоприятный прогноз [Лакосина Н. Д., Панкова О. Ф., 1988; Семке В. Я., 1998; Milrod B., Busch F., 1996]. Другие исследователи говорят об относительно благоприятной динамике заболевания, которая, несмотря на хроническое течение, не приводит к социальной дезадаптации пациентов [Дмитриева Л. Г., 1996].

В многочисленных работах рассматриваются клинико-динамические особенности агорафобии с паническим расстройством при различной нозологии, предпринимаются попытки выделить нозоспецифичные симптомы, исследуется влияние коморбидных состояний [Андреев А. М., 1999; Ястребов Д. В., 2000; Колюцкая Е. В., 2001; Волель Б. А., 2003; Павличенко А. В., 2005; Pallanti S., 2004; Huppert J., 2005; Ongur D., 2005; Kayahan B., 2005; Mataix-Cols D., 2005], однако их роль в течении заболевания оценивается неоднозначно. Не совсем ясен вклад психогенных, соматогенных, экзогенно-органических, ятрогенных, демографических и микросоциальных воздействий на динамику агорафобии с паническим расстройством.

Вопрос о приоритетных направлениях терапии, среди которых предлагаются различные подходы, предусматривающие использование психофармакотерапии, психотерапии или комбинации этих методов, остается до сих пор открытым [Белокрылова М. Ф., 2000; Прохазка Дж., Норкросс Д., 2005; Lepine J. P., 2002]. Авторы дают различную оценку эффективности отдельным классам психотропных средств и психотерапевтическим методикам, малоизученной является проблема долгосрочной терапии.

Неоднозначная оценка динамики и патогенетической роли различных факторов, нерешенные вопросы терапии делают агорафобию с паническим расстройством актуальной клинической и практической проблемой, требующей дальнейшего изучения.

**Цель исследования** – выявление закономерностей динамики симптомокомплекса агорафобии с паническим расстройством при различных нозологических формах для разработки дифференцированных программ терапии и реабилитации

### Задачи исследования:

1. Изучить клинико-динамические особенности симптомокомплекса агорафобии с паническим расстройством при невротических состояниях, шизотипическом и аффективных расстройствах с выделением различных вариантов динамики.
2. Провести сравнительный клинико-патогенетический анализ благоприятных и неблагоприятных форм динамики симптомокомплекса агорафобии с паническим расстройством.
3. Выявить основные клинические предикторы неблагоприятной и благоприятной динамики симптомокомплекса агорафобии с паническим расстройством.
4. Исследовать саногенные и патогенные факторы, оказывающие влияние на динамику симптомокомплекса агорафобии с паническим расстройством.
5. Разработать дифференцированные программы терапии и реабилитации в зависимости от клинических характеристик симптомокомплекса агорафобии с паническим расстройством, его нозологической принадлежности и влияния патогенных факторов.

### На защиту выносятся следующие положения:

1. Симптомокомплекс агорафобии с паническим расстройством имеет несколько вариантов динамики, отличающихся клиническими особенностями панических атак; степенью выраженности агорафобии и поведения избегания; характеристиками тревоги ожидания и уровнем ипохондрических расстройств; степенью ограничения жизнедеятельности; эффективностью проводимой терапии и прогнозом.
2. Клиническая динамика симптомокомплекса агорафобии с паническим расстройством зависит от нозологической принадлежности и от широкого спектра клинических, социально-психологических, демографических, психогенных, соматогенных, экзогенно-органических и ятрогенных влияний.
3. Дифференцированные программы терапии и реабилитации должны строиться с учетом нозологической принадлежности, клинических параметров симптомокомплекса агорафобии с паническим расстройством, совокупности патогенных и саногенных влияний и включать медикаментозные, психотерапевтические и социально-реабилитационные мероприятия.

**Научная новизна.** Впервые на основании применения клинико-психопатологического, клинико-динамического, экспериментально-психологического и статистических методов проведено комплексное изучение симптомокомплекса агорафобии с паническим расстройством. Разработаны типы редукции и выделены различные варианты динамики симптомокомплекса агорафобии с паническим расстройством (благоприятный, относительно благоприятный, неблагоприятный). Показаны клинико-патогенетические особенности симптомокомплекса агорафобии с паническим расстройством с учетом нозологической принадлежности (шизотипическое, невротическое и аффективное расстройства) и типов динамики. Выявлены предикторы, оказывающие влияние на динамику симптомокомплекса агорафобии с паническим расстройством. Представлены клинические маркеры терапевтической эффективности, на основании которых разработаны дифференцированные программы лечения и реабилитации.

**Практическая значимость.** Практическая значимость исследования заключена в выделении основных клинических форм динамики симптомокомплекса агорафобии с паническим расстройством и их описании, в том числе в зависимости от нозологической принадлежности. Разработаны предикторы эффективности терапевтических мероприятий в отношении пациентов с симптомокомплексом агорафобии с паническим расстройством различной нозологической принадлежности, которые могут быть использованы врачами психиатрами, неврологами и врачами общей практики. Представлены 4 программы терапии и реабилитации пациентов с симптомокомплексом агорафобии с паническим расстройством. Проведена оптимизация терапии на основании клинически обоснованного подхода, который может быть введен в психиатрических учреждениях. Определены научные принципы оценки типа редукции симптомокомплекса агорафобии с паническим расстройством у пациентов, что актуально в клинической и социальной психиатрии при планировании и реализации профилактических мероприятий. Доказана эффективность комплексного подхода в лечении и реабилитации больных, страдающих агорафобией с паническим расстройством различной нозологической принадлежности.

**Апробация работы.** Основные положения диссертации обсуждены и доложены на научно-практической конференции с международным участием «Актуальные аспекты психосоматических исследований» (Томск, 2005); межрегиональной межведомственной научно-практической конференции «Актуальные проблемы современной психиатрии и наркологии» (Омск, 2005); межрегиональной научно-практической конференции «Психическое здоровье населения – межведомственный подход» (Новокузнецк, 2009); научно-практической конференции «Актуальные проблемы психиатрии и наркологии» (Омск, 2010); межрегиональной научно-практической конференции «Резидуально-органическая патология головного мозга (онтогенетический аспект)» (Кемерово, 2011).

**Внедрение результатов в практику.** Результаты диссертационной работы используются в практической деятельности ЛПУ: БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница имени Н. Н. Солодниковой», в программе преподавания на кафедре психиатрии и медицинской психологии ГОУ ВПО ОмГМА Росздрава, в обучении врачей общемедицинской сети и «Центров здоровья».

**Публикации.** По материалам диссертации опубликовано 14 печатных работ, из которых 5 статей – в реферируемых журналах, включенных в перечень ВАК РФ для публикации результатов диссертационных исследований на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «психиатрия». Список работ по теме диссертации приводится в конце автореферата.

**Структура диссертации.** Диссертация изложена на 236 страницах, в том числе 214 страницах основного текста, состоит из введения, обзора литературы, пяти глав собственных исследований, заключения, выводов, приложений. В тексте представлены 43 таблицы, 33 рисунка. Список литературы включает 400 наименований, из которых 123 на русском и 277 на иностранных языках.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Объектом** изучения были выбраны пациенты, проходившие стационарное лечение в отделениях пограничных расстройств, первичного эпизода и дневном стационаре БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница имени Н. Н. Солодниковой» с 2005 по 2009 г. **Критерием включения** в исследуемую выборку являлось наличие симптомокомплекса агорафобии с паническим расстройством (САПР), который определял клиническую картину заболевания. Основой для диагностики агорафобии с паническим расстройством служило соответствие критериям DSM-4 с последующей квалификацией согласно МКБ-10. Указанный симптомокомплекс рассматривался как невротическое расстройство, соответствующее F40.01, а также как синдром, существующий в структуре аффективной патологии, в частности депрессивного эпизода (F32), рекуррентного депрессивного расстройства (F33) и шизотипического расстройства (F21.3). Пациенты имели продолжительность заболевания более 1 года, что позволяло оценить клиническую динамику и степень ее влияния на социальную адаптацию. **Критериями исключения** являлись злоупотребление психостимуляторами, эпилепсия, органические психические расстройства, гипертиреоз и феохромоцитома.

Таким образом, исследовательскую выборку составили 101 пациент с дебютом агорафобии с паническим расстройством в возрасте от 18 до 60 лет. В группе преобладали женщины (n=90, 89,11 %), остальные были представлены мужчинами (n=11; 10,89 %), средний возраст которых составил 39,2±10,5 и 40,6±11,2 года. По нозологической принадлежности больные распределились следующим образом: с невротическим (F40.01) – 34 (33,7 %), шизотипическим (F21.3) – 26 (25,7 %),

аффективным (F32—33) – 41 (40,6 %) расстройствами. Катамнез был исследован у 95 (94,05%) человек и составил: у 42 (44,21%) пациентов – от 6 до 12 месяцев, у 18 (18,95%) – от 1 года до 1,5 лет, у 16 (16,84%) – от 1,5 до 2 лет, у 16 (16,84%) – от 2 до 3 лет, у 3 (3,16%) – от 3 до 4 лет. Катамнестическая оценка проводилась при повторных поступлениях, а также во время контрольных визитов.

**Методы:** клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический, экспериментально-психологический и статистический. Тяжесть отдельных психопатологических расстройств, таких как панические атаки и избегающее поведение, оценивалась по классификации, приводимой Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок (1994), степень агорафобии и тревоги ожидания – в соответствии с разработанной в целях исследования оригинальной системы оценок. Агорафобия подразделялась на три степени тяжести в зависимости от степени генерализации. Тревога ожидания дифференцировалась от легкой (появление в фобической ситуации), умеренной (при мыслях о возможном столкновении с ситуацией, вызывающей страх) до выраженной (постоянный страх перед панической атакой) степени. Для объективизации данных применялись диагностические шкалы: Шкала депрессии Гамильтона (HAM-D-21, 1959), Шкала общего клинического впечатления (Clinical Global Impression's Scale – CGI, 1976, две субшкалы Severity of Illness и Global Improvement), Шкала тревоги Шихана (Sheehan Clinical Anxiety Rating Scale – SCARS). Диагностика по шкалам проводилась до лечения и при выписке из стационара. С целью определения личностного профиля пациентов использовался опросник Леонгарда-Шмишека (1981), вне обострения. Сопутствующие заболевания диагностировались по данным анамнеза, медицинской документации, результатов соматоневрологического обследования и методов нейровизуализации.

Все полученные данные вносились в специально разработанную стандартизированную карту. С целью статистической обработки данных применялись методы описательной статистики (среднее, стандартное отклонение), непараметрические методы (таблицы сопряженности – критерий  $\chi^2$ , критерий  $\chi^2$  для произвольной таблицы сопряженности, критерий Манна-Уитни и критерий Данна), факторный анализ. Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с использованием программ «Statistica 8.0», «SPSS Statistics 17.0».

## ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучая анамнез пациентов, было установлено, что из 101 обследованных пациентов до дебюта агорафобии с паническим расстройством ранее не обращались за психиатрической помощью 82 (81,19 %) чел., 8 (7,92 %) – лечились с диагнозом реактивной депрессии, 7 (6,93 %) – с депрессивным эпизодом, 2 (1,98 %) – с неврастенией, 1 (0,99 %) – с шизофренией, 1 (0,99 %) – с неустановленным диагнозом. Ранее госпитализировались по поводу тревожно-фобического расстройства

66 (65,35 %) чел., лечились амбулаторно – 21 (20,79 %), обратились к психиатру впервые – 14 (13,86 %). Продолжительность заболевания агорафобией с паническим расстройством была различной и составляла от 12 месяцев до 30 лет.

Длительность агорафобии с паническим расстройством от 1 года до 1,5 лет отмечалась у 27,7 % (n=28) пациентов, от 1,5 до 3 лет – у 21,8 % (n=22), от 3 до 6 лет – у 31,7 % (n=32), свыше 6 лет – у 18,8 % (n=19) больных.

Начало заболевания у 30 (29,70 %) пациентов было острым и дебютировало с приступов паники, в остальных случаях (n=71; 70,30 %) возникновению тревожно-фобического синдрома предшествовали другие психические нарушения. Среди них первое место занимали депрессивные состояния (n=37; 52,11 %), представленные следующими клиническими вариантами: тревожно-депрессивный (n=29; 78,38 %), депрессивно-ипохондрический (n=8; 21,62 %) синдромы. Кроме нарушений аффективного регистра выявлялись невротизированные синдромы (n=34; 47,89 %), в частности астеновегетативный (n=14; 41,18 %), соматовегетативный (n=11; 32,35 %), астеноипохондрический (n=8; 23,53 %), обсессивно-компульсивный (n=1; 2,94 %).

Феноменология панических пароксизмов отличалась значительным разнообразием и была представлена психическими и соматовегетативными симптомами. Среди последних были выделены нейровегетативные (n=96; 95,05 %), сенсорно-мышечные (n=91; 90,1 %), респираторные (n=93; 92,08 %), кардиоваскулярные (n=93; 92,08 %), гастроинтестинальные (n=50; 49,5 %) симптомы и расстройства со стороны мочевыделительной системы (n=34; 33,66 %). Психические симптомы (n=98; 97,03 %) в структуре панического пароксизма были условно подразделены на типичные и нетипичные [Павличенко А. В., 2005; Секунда Ю. И., 2007], присутствующие в большей степени невротическим состояниям или эндогенным [Наджаров Р. А., 1955; Смулевич А. Б., 1987; Павличенко А. В., 2005; Секунда Ю. И., 2007; Hoch H. et al., 1963; Simko A., 1968; Vanggaard T., 1978; Nutt D, Ballenger J., 2005]. Первые были представлены витальным страхом смерти и страхом умереть от различных причин, в том числе от инфаркта, инсульта, а также боязнью потерять сознание. К нетипичным симптомам были отнесены лиссофобия, сенестезии, сенестопатии, деперсонализационно-дереализационные расстройства.

В ходе исследования основное внимание было сосредоточено на изучении динамики САПР. Для этого анализировались типы редукции тревожно-фобической симптоматики в течение полугода и более, оценивалось течение заболевания с учетом данных ретроспективного и проспективного анализов, анализировались клинические факторы, оказывающие влияние на динамику САПР. Тип редукции тревожно-фобической симптоматики оценивался в зависимости от отсутствия или наличия составляющих САПР и депрессивных расстройств: панические атаки, агорафобия, избегающее поведение, ипохондрические расстройства, аффективные нарушения.

Были выделены следующие типы редукции САПР:

*Тип редукции 0* (отсутствие улучшения) – с полным отсутствием положительной динамики и высокой резистентностью к лечению (n=13; 12,87 %) с сохранением тревожно-фобических и аффективных расстройств не менее чем в 6-месячный период наблюдения после выписки из стационара. По CGI-I изменений в состоянии не регистрировалось.

*Тип редукции I* – присутствуют агорафобия, панические атаки, избегающее поведение, аффективные и ипохондрические расстройства, но по шкале CGI-I отмечается незначительное улучшение (n=15; 14,85 %).

*Тип редукции II* – панические атаки отсутствуют, сохраняются агорафобия, избегающее поведение, аффективные, ипохондрические расстройства (n=13; 12,87 %). Аффективные нарушения представлены депрессивными состояниями легкой и умеренной степени тяжести. Тревожные состояния, кроме агорафобии и избегающего поведения, проявлялись тревогой ожидания различной степени тяжести. Ипохондрические расстройства носили навязчивый или сверхценный характер. По CGI-I изменение состояния соответствовало существенному улучшению.

*Тип редукции III* – характеризуется редкими паническими атаками, панико-ассоциированными аффективными и ипохондрическими расстройствами, отсутствием агорафобии и поведения избегания (n=7; 6,94 %). По CGI-I отмечается существенное улучшение.

*Тип редукции IV* – отсутствуют панические атаки, агорафобия и избегающее поведение, но сохраняются аффективные нарушения, ипохондрические расстройства (n=21; 20,79 %). При данной степени улучшения при полном отсутствии тревожно-фобического синдрома у пациентов наблюдались тревожная мнительность в виде опасений за свое здоровье, готовность к непродолжительным тревожным и депрессивным реакциям при соматическом дискомфорте. По CGI-I регистрировалось выраженное улучшение.

*Тип редукции V* – полное отсутствие психопатологических симптомов (n=32; 31,68 %). У данной категории пациентов на момент выписки и в течение первого полугодия наблюдения полностью отсутствовали психопатологические проявления. По CGI-I отмечалось выраженное улучшение.

На основании оценки типа редукции симптомокомплекса агорафобии с паническим расстройством и аффективных расстройств, ретроспективной и катamnестической оценки течения тревожно-фобического расстройства независимо от его нозологической принадлежности были выделены несколько типов динамики САПР:

**I. Благоприятные формы динамики САПР.** Данная группа (32 чел. – 31,68 %) включала пациентов с полной редукцией САПР (n=25; 24,75 %) и больных с легкими изменениями личности в виде появления или заострения тревожно-мнительных черт характера (n=7; 6,93 %).

**1. Течение с полной редукцией тревожно-фобической симптоматики.** Агорафобия с паническим расстройством протекает в виде приступов с интермиссиями. Тревожно-фобический синдром формируется

в течение нескольких недель или месяцев. Панические атаки, как правило, частые, развернутые и быстро приводят к развитию агорафобии и избегающего поведения, которые в подавляющем числе достигают умеренной или тяжелой степени. Быстро присоединяются ипохондрические расстройства в виде повышенного внимания к своим ощущениям, у части пациентов возникают вторичные депрессивные расстройства. Тревожно-фобический синдром хорошо поддается терапии, полностью купируются все его проявления, восстанавливается трудоспособность.

**2. Течение с легкими изменениями личности в виде тревожно-мнительных черт характера.** Данный вариант характеризуется приступообразным течением. Агорафобия с паническим расстройством впервые возникает на фоне астеновегетативных и аффективных расстройств. Полностью синдром разворачивается за несколько месяцев, имеет разную степень тяжести панических атак и избегающего поведения с агорафобией. Хорошо поддается терапии, купируется полностью. Однако между обострениями, проявляющимися эскалацией тревожно-фобической симптоматики, отмечается появление тревожно-мнительных черт характера или заострение уже имеющегося тревожно-радикала личности, которые в последующих обострениях и ремиссиях являются сквозным симптомом, не препятствующим социальной адаптации и трудоспособности. Этот вид динамики отличается от относительно благоприятного отсутствием ипохондрических расстройств и выраженных изменений личности.

**II. Неблагоприятные формы динамики САПР.** Основным признаком неблагоприятной динамики является плохое качество ремиссий, в которых степень редукции тревожно-фобической симптоматики не является полной, что характерно для непрерывного течения агорафобии с паническим расстройством. Данная группа (50 чел. – 49,50 %) включала подгруппы пациентов с отсутствием редукции (n=32; 31,68 %) и с неполной редукцией САПР (n=18; 17,82 %) с разной остротой развития симптоматики.

**1. Течение с отсутствием редукции САПР.** Безремиссионный тип течения в целом характеризуется полной резистентностью САПР или незначительным послаблением симптоматики в процессе терапии.

**Тип А.** Течение с острым началом и быстрым развитием тревожно-фобических расстройств (n=6; 5,94 %). Заболевание начинается остро с ежедневных развернутых панических атак с выраженным чувством страха и массивными вегетативными проявлениями. После первых приступов развивается страх перед следующей панической атакой, появляется агорафобия, которая в течение 2—3 недель расширяется и выходит за рамки той ситуации, в которой возникла первая паническая атака. В этот же период нарастает избегающее поведение и достигает тяжелой степени, что приводит к существенному ограничению в передвижении пациента и его дезадаптации. На фоне частых панических приступов, тяжелой агорафобии и избегающего поведения нарастают ипохондрические расстройства, которые за короткий промежуток вре-

мени могут достигать сверхценного уровня, возникают депрессивные расстройства. Тревно-фобическая симптоматика полностью формируется в течение месяца до тяжелой степени, затем происходит стабилизация фобических проявлений. В дальнейшем динамика заключалась в усилении аффективных и ипохондрических нарушений, в некоторых случаях в появлении ритуального поведения и других обсессивно-компульсивных расстройств. Особенностью данного типа динамики является устойчивость к терапии основных проявлений ТФР (панических приступов, агорафобии, избегающего поведения). Можно наблюдать некоторое послабление симптоматики, которая полностью не исчезает в отличие от депрессивных расстройств, которые хорошо поддаются купированию и в дальнейшем могут носить характер периодических обострений.

*Тип Б.* Течение с подострым началом и постепенным развитием тревожно-фобических расстройств (n=23; 22,77 %). При этом типе динамики появлению панических атак в большинстве случаев предшествуют астеновегетативные, аффективные или ипохондрические расстройства, которые могут возникать за несколько месяцев до ТФР. Панические приступы у одних больных могут быть тяжелой степени с первых дней заболевания, у других – манифестация ТФР происходит с появления редких панических атак, которые в течение нескольких месяцев учащаются. У части больных со временем наблюдается усложнение пароксизмов за счет появления в их структуре страха сойти с ума, потерять контроль над собой, сенестезий, сенестопатий. Формирование тяжелого избегающего поведения и агорафобии занимает от нескольких месяцев до года. Скорость нарастания ипохондрических расстройств значительно опережает темпы развития агорафобии и избегающего поведения. Тревно-фобическая симптоматика всегда сопровождается депрессивными расстройствами, которые усиливаются в соответствии с выраженностью панических расстройств и агорафобии и ослабевают вплоть до полного исчезновения при лечении. У больных с данным типом течения сохраняются все составляющие САПР, можно говорить лишь об уменьшении частоты панических атак, тяжести агорафобии и избегающего поведения. Ипохондрическая симптоматика в процессе терапии может ослабляться, но полностью не исчезает. Больные постоянно прислушиваются к себе, часто реагируя на любой соматический дискомфорт паническим приступом.

*Тип С.* Течение с постепенным развитием и «мягким» течением тревожно-фобических расстройств (n=3; 2,97 %). Заболевание начинается с соматовегетативных расстройств, которые в основном представлены транзиторными нарушениями со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Первые панические атаки появляются спустя несколько месяцев и могут длительное время оставаться легкими и не вызывать чувства тревоги перед приступом. Агорафобия и избегающее поведение развиваются в течение нескольких лет и редко достигают тяжелых форм. Под влиянием терапии описанные проявления тревож-

но-фобического синдрома уменьшаются, но полностью не исчезают, ипохондрические расстройства и депрессивные проявления в процессе лечения полностью купируются.

*2. Течение с неполной редукцией САПР.* Данный вид течения характеризуется неполными ремиссиями, в которых отдельные составляющие САПР подвергаются полной, а остальные – частичной редукции.

*Тип А.* Течение с острым началом и быстрым развитием тревожно-фобических расстройств (n=10; 9,9 %). Заболевание начинается с развернутых и частых панических приступов, которые приводят к развитию тяжелых форм агорафобии и избегающего поведения в течение 2—3 недель. Быстро присоединяются ипохондрические и депрессивные расстройства. На фоне лечения отмечается неполная редукция САПР с уменьшением агорафобии и избегающего поведения и купированием панических атак, аффективных нарушений. Агорафобия и избегающее поведение становятся сквозной симптоматикой, на фоне которой происходит периодическое обострение панических атак, депрессивных расстройств. Ипохондрические расстройства под влиянием терапии не исчезают и проявляются в изменении образа жизни, избегании различного рода нагрузок, фиксации на внутренних ощущениях.

*Тип Б.* Течение с подострым началом и постепенным развитием тревожно-фобических расстройств (n=8; 7,92 %). Заболевание начинается на фоне астеновегетативных, ипохондрических или аффективных расстройств. Панические приступы могут иметь у разных больных различную степень тяжести. Агорафобия, как правило, ограничивается одной или двумя ситуациями, а избегающее поведение не достигает тяжелой степени. Развитие избегания фобических ситуаций и агорафобии занимает от нескольких месяцев до года после первых панических атак. Аффективные нарушения носят преходящий, кратковременный характер и являются реакцией на панические атаки. Ипохондрические расстройства в период обострения или манифестации имеют преимущественно навязчивый характер и проявляются опасениями за свое здоровье, мнительностью, фиксацией на внутренних ощущениях, контролем за своим физическим состоянием. Ремиссия при данном типе течения характеризуется купированием агорафобии и избегающего поведения, редкими паническими приступами с непродолжительными панико-ассоциированными депрессивными нарушениями, стойкими ипохондрическими расстройствами с появлением щадящего образа жизни и нарушением социальной адаптации.

*III. Относительно благоприятные формы динамики САПР* (19 чел. – 18,1 %). Заболевание начинается с соматовегетативных расстройств, к которым в течение нескольких месяцев присоединяется тревога, в редких случаях достигающая уровня паники. Панические приступы редкие и отмечаются несколько раз в месяц и реже. Агорафобия и избегающее поведение появляются спустя несколько месяцев или лет с момента возникновения панических атак и являются легкими. Вторичные аффективные нарушения ограничиваются кратковременными эмо-

циональными колебаниями, не достигающими уровня депрессии, в ответ на изменение соматического состояния. В процессе терапии купируются как панические атаки, так и поведение избегания, агорафобия. Однако остаются вторичные ипохондрические расстройства в виде тревоги за свое здоровье, мнительности, с появлением щадящего образа жизни. У одних больных при этом сохраняется трудоспособность, у других отмечается профессиональная дезадаптация.

В группе с благоприятным типом динамики САПР все пациенты были женщинами (средний возраст  $36,7 \pm 10,37$  года). Группа больных с неблагоприятным типом динамики была представлена мужчинами ( $n=9$ ; 18 %) и женщинами ( $n=41$ ; 82 %), средний возраст которых составил  $39,22 \pm 11,55$  и  $40 \pm 10,47$  года. Группа с относительно благоприятной динамикой включала 17 (89,47 %) женщин и 2 (10,53 %) мужчин, усредненные возрастные характеристики которых составили  $41,94 \pm 10,74$  и  $47 \pm 9,89$  года.

Сравнительный анализ различных типов динамики САПР выявил клинические предикторы неблагоприятного течения. При изучении феноменологии панических пароксизмов были установлены клинические особенности, характерные для неблагоприятной динамики. Среди широкого спектра клинических симптомов в структуре панических пароксизмов неблагоприятными в прогностическом отношении выступали нетипичные симптомы: расстройства самосознания ( $n=23$ ; 46 %,  $p<0,01$ ), сенестопатии ( $n=20$ ; 40 %,  $p<0,05$ ), сенестезии ( $n=15$ ; 30 %,  $p<0,05$ ), лиссофобия ( $n=25$ ; 50 %,  $p<0,005$ ). Среди соматовегетативных расстройств имели значение только гастроинтестинальные симптомы, которые реже наблюдались при благоприятном типе динамики ( $n=9$ ; 28,12 %,  $p<0,005$ ) в сравнении с неблагоприятным ( $n=31$ ; 62 %) и относительно благоприятным ( $n=10$ ; 52,63 %) вариантами течения. По данным исследования на динамику не оказывали влияния такие характеристики панических атак, как их продолжительность, тяжесть, частота и суточная зависимость.

При изучении других составляющих тревожно-фобического синдрома, таких как избегающее поведение, агорафобия, ипохондрия и тревога ожидания, было установлено, что негативное влияние данных расстройств на динамику зависит от степени их выраженности. Панагорафобия ( $n=14$ ; 28 %,  $p<0,001$ ), тяжелая степень избегающего поведения ( $n=35$ ; 70 %,  $p<0,001$ ), сверхценная ипохондрия ( $n=34$ ; 68 %,  $p<0,005$ ), тревога ожидания панического приступа, носящая постоянный характер ( $n=28$ ; 56 %,  $p<0,05$ ), чаще встречались при неблагоприятной динамике в сравнении с благоприятной.

Была также выявлена негативная прогностическая роль других психопатологических образований, наблюдающихся в клинике заболевания, к которым относились истероформная симптоматика ( $n=7$ ; 14 %,  $p<0,05$ ), сенесто-ипохондрические проявления ( $n=20$ ; 40 %,  $p<0,005$ ) и дефицитарные симптомы (эмоциональное снижение, своеобразие мышления, аутизм) ( $n=8$ ; 16 %,  $p<0,05$ ). Существенное отрицательное

влияние на течение агорафобии с паническим расстройством оказала принадлежность ее к шизотипическому расстройству, которое в группе лиц с неблагоприятной динамикой встречалась в 40 % случаев ( $p<0,001$ ).

Как показало исследование, в рамках одной нозологической группы встречаются разные типы динамики. В связи с этим были проанализированы клинические особенности агорафобии с паническим расстройством невротического генеза, при шизотипическом расстройстве и аффективных расстройствах при разных типах течения. Для неблагоприятного течения агорафобии с паническим расстройством в рамках аффективной патологии были характерны тяжелые агорафобия ( $p<0,005$ ), поведение избегания ( $p<0,01$ ), постоянная тревога ожидания ( $p<0,05$ ) и сверхценная ипохондрия ( $p<0,01$ ). Изучение клинических характеристик САПР у больных с разными видами динамики в рамках шизотипического расстройства показало, что для неблагоприятного течения более характерно тяжелое поведение избегания ( $p<0,05$ ).

Сравнение больных с разным течением агорафобии с паническим расстройством, относящейся к невротическим состояниям, показало, что при благоприятной динамике чаще встречались вечерние панические состояния ( $p<0,05$ ), легкое поведение избегания ( $p<0,05$ ) и навязчивая ипохондрия ( $p<0,05$ ). Тяжелое избегающее поведение отмечалось преимущественно при неблагоприятном течении ( $p<0,05$ ).

Исследование влияний гендерных характеристик и возраста появления САПР на тип динамики выявило, что дебют в возрасте старше 50 лет был более характерен для относительно благоприятного течения ( $p<0,05$ ), а лица мужского пола встречались чаще при неблагоприятных формах динамики ( $p<0,05$ ). Среди социальных факторов были изучены уровень образования и характер трудовой деятельности. Была установлена редкая встречаемость лиц с низким уровнем образования при благоприятном течении ( $p<0,05$ ). Среди предпринимателей и руководителей чаще наблюдались неблагоприятные формы динамики САПР ( $p<0,05$ ).

У пациентов с неблагоприятной динамикой САПР чаще наблюдались осложненные внутрисемейные взаимоотношения ( $p<0,005$ ), среди которых преобладающими являлись конфликты между супругами и другими членами семьи, в основном обусловленные низким уровнем семейного дохода, недостатком внимания со стороны родственного окружения, злоупотреблением ПАВ кем-либо из семьи. Равнодушное отношение ближайших родственников и отсутствие эмоциональной поддержки со стороны близких также было характерным для пациентов с неблагоприятной динамикой САПР ( $p<0,05$ ). При благоприятном течении микроклимат в семье был положительным у большинства пациентов ( $p<0,01$ ).

При рассмотрении личностных характеристик с использованием опросника Леонгарда-Шмишека были выделены несколько пиковых значений по шкалам эмотивности, циклотимности и аффективной экзальтированности. Сравнительный анализ групп пациентов с различными типами динамики тревожно-фобического симптомокомплекса выявил, что

низкие уровни тревожности ( $p<0,01$ ), дистимности ( $p<0,01$ ), возбудимости ( $p<0,05$ ) и педантичности ( $p<0,01$ ) являются предиктором благоприятного течения, а преобладание указанных характерологических черт более характерно для лиц с неблагоприятными и относительно благоприятными формами динамики, за исключением показателей дистимности, которые превалировали только у пациентов с неблагоприятным течением заболевания ( $p<0,01$ ).

Изучение периода, предшествующего заболеванию, выявило у большинства пациентов острые и подострые ( $n=8$ ; 7,92 %) психотравмирующие ситуации (потеря жилья, смерть близких родственников, развод, операции, увольнение с работы, трудоустройство на новое место с трудностями адаптации, выход на пенсию), затяжные (производственные перегрузки и конфликты, отсутствие работы, дисгармония семейных отношений, тяжелые заболевания у родственников) ( $n=36$ ; 35,65 %) и сочетанные психогении ( $n=17$ ; 16,83 %). Установлено патогенное влияние на динамику САПР затяжных психогений, которые приводили к хронизации заболевания, низкому качеству ремиссий, более частым обострениям ( $p<0,05$ ), в то время как острые и подострые психотравмы чаще выступали в качестве триггера панических приступов и агорафобии и не оказывали существенного влияния на течение.

Исследование качества жизни по самоотчетам пациентов показало, что среди опрошенных только 26,73 % ( $n=29$ ) были полностью удовлетворены своей жизнью, а 73,27 % ( $n=74$ ) демонстрировали различный уровень удовлетворенности отдельными ее сторонами, при этом наиболее низкая степень удовлетворенности семейными отношениями ( $p=0,06$ ) и межличностными контактами ( $p<0,05$ ) отмечалась при неблагоприятном течении.

Анализ распространенности соматических и неврологических расстройств среди больных с паническими атаками и агорафобией показал, что ведущее место занимала резидуально-органическая церебральная недостаточность ( $n=48$ ; 47,53 %), которая чаще встречалась при неблагоприятном течении ( $p<0,001$ ). Заболевания желудочно-кишечного тракта ( $n=29$ ; 28,71 %) были более характерны для больных с благоприятной динамикой САПР ( $p<0,05$ ). Другая соматическая патология была практически одинаково представлена при всех типах течения.

Пациенты после манифестации панических атак обращались в большинстве случаев к врачам общемедицинской сети ( $n=83$ ; 82,18 %) и лишь незначительному числу больных ( $n=18$ ; 17,82 %) оказывалась психиатрическая помощь на раннем этапе. Многочисленные обследования часто приводили к гипердиагностике соматических заболеваний и неправильной терапии больных, страдающих агорафобией с паническим расстройством, что способствовало позднему обращению к психиатру. Ошибочная диагностика и отсутствие положительных результатов лечения вызывали ятрогенное усиление тревожно-фобических и депрессивно-ипохондрических расстройств. Такие проявления ятрогении, как негативное отношение к лечению, недоверие к врачам, страх перед

неизвестной патологией, отмечались в группах пациентов с благоприятной (13 – 72,22 %), с неблагоприятной (34 – 94,44 %,  $p<0,05$ ), с относительно благоприятной (11 – 8,75 %) динамикой САПР.

В ходе исследования выяснилось, что несвоевременность обращения за психиатрической помощью являлась предиктором неблагоприятной динамики тревожно-фобических расстройств. Те больные, которые получали психофармакотерапию в течение первых месяцев заболевания, лучше поддавались лечению, у них достигалась более качественная ремиссия с полным купированием САПР ( $n=27$ ; 84,4 %,  $p<0,005$ ). В группе с неблагоприятным ( $n=23$ ; 46 %) и относительно благоприятным ( $n=9$ ; 47,36 %) течением оказание специализированной помощи в поздние сроки способствовало формированию и фиксации таких устойчивых к терапии психопатологических образований, как агорафобия, избегающее поведение, тревога предвосхищения, небредовая ипохондрия ( $p<0,05$ ).

У части пациентов с САПР наблюдалось ограничение жизнедеятельности различной степени выраженности. Экспертная оценка нарушений адаптации проводилась на основании адаптированных к настоящему исследованию оценочных категорий ограничения жизнедеятельности, применяемых при проведении медико-социальной экспертизы [Войтенко Р. М., Дубинина И. А. и др., 2003] и включала вид ограничения и выраженность ограничения, имеющую три степени тяжести. Среди категорий ограничения жизнедеятельности рассматривались: ограничение способности контролировать свое поведение; ограничение способности к самостоятельному передвижению; ограничение способности к трудовой деятельности и ограничение социальной активности. Сравнительная оценка пациентов с разными типами динамики САПР выявила более выраженную степень ограничения жизнедеятельности при неблагоприятном течении в отличие от относительно благоприятных и благоприятных форм ( $p<0,01$ ). При сопоставлении разных нозологических групп выяснилось, что пациенты с эндогенными заболеваниями не отличались между собой по выраженности дезадаптации, а больные с невротическими состояниями имели меньшую степень ограничения жизнедеятельности, чем при аффективном ( $p<0,05$ ) и шизотипическом ( $p<0,005$ ) расстройствах.

Результаты исследования показали, что с увеличением длительности течения агорафобии с паническим расстройством нарушение адаптации у пациентов нарастает. При длительности заболевания до 7 лет легкая степень дезадаптации встречалась у 53,57 % ( $n=45$ ), при давности агорафобии с паническим расстройством более 10 лет – у 11,76 % ( $n=2$ ,  $p<0,001$ ) больных.

Получены данные, свидетельствующие о значительной роли отдельных видов копинг-поведения в сохранении адаптации больных с САПР. Выделенные копинг-стратегии были разделены на две группы в зависимости от вектора копинг-поведения. Стратегии, направленные на совладание со страхом, были объединены в группу преимущественно



конструктивных (стратегия конструктивной активности, переключение на деятельность, самоконтроль, смена фокуса внимания), а стратегии ухода от противостояния страху получили название преимущественно неконструктивных (уединение, пассивность, смена обстановки, капитуляция, поиск поддержки). Установлено, что при выраженных нарушениях адаптации 90,3 % пациентов использовали неконструктивные копинг-стратегии ( $p < 0,001$ ).

С помощью факторного анализа были выделены predisпозиционные факторы, участвующие в формировании различных вариантов динамики САПР. Для группы пациентов с благоприятной динамикой выделены три фактора: *медицинский* [возраст манифестации агорафобии с паническим расстройством ( $a=0,790$ ), соматическая патология ( $a=0,771$ ), ятрогении ( $a=-0,700$ ), резидуально-органическая церебральная недостаточность ( $a=-0,645$ ), своевременность обращения к психиатру ( $a=0,624$ )]; *психогенный* [затяжные психогении ( $a=-0,848$ ), благоприятный микроклимат в семье ( $a=0,776$ ), высокая степень удовлетворенности различными сферами своей жизни ( $a=0,768$ )]; *психосоциальный* [состояние в браке ( $a=0,844$ ), гармоничность личности ( $a=0,748$ ), высокий уровень образования ( $a=0,642$ )].

В группе с относительно благоприятным типом динамики САПР выделены четыре фактора: *медицинский* [своевременность обращения к психиатру ( $a=0,915$ ), соматическая патология ( $a=0,848$ ), соблюдение поддерживающей терапии ( $a=-0,710$ ), резидуально-органическая церебральная недостаточность ( $a=-0,679$ )]; *психосоциальный* [высокая степень удовлетворенности различными сферами своей жизни ( $a=0,747$ ), состояние в браке ( $a=0,824$ )]; *личностно-социальный* [возраст манифестации агорафобии с паническим расстройством ( $a=0,844$ ), гармоничность личности ( $a=0,821$ ), благоприятный микроклимат в семье ( $a=0,741$ ), высокий профессиональный статус ( $a=0,678$ )]; *психогенный* [затяжные психогении ( $a=0,899$ ), ятрогении ( $a=0,789$ ), использование конструктивных копинг-стратегий ( $a=-0,733$ )].

Наибольшее (6) число факторов было выделено при анализе корреляций между переменными, влияющими на неблагоприятную динамику САПР: *медицинский* [соблюдение поддерживающей терапии ( $a=-0,897$ ), своевременное обращение за специализированной психиатрической помощью ( $a=-0,860$ )]; *микросоциальный* [высокий уровень профессионального статуса ( $a=0,847$ ) и высокий уровень образования ( $a=0,819$ )]; *психогенный* [ятрогении ( $a=0,910$ ), высокий уровень удовлетворенности различными сторонами своей жизни ( $a=-0,826$ )]; *личностно-социальный* [гармоничность личности ( $a=-0,685$ ), состояние в браке ( $a=0,675$ ), затяжные психогении ( $a=0,620$ ), место проживания (город, область) ( $a=-0,595$ )]; *социально-биологический* [благоприятный микроклимат в семье ( $a=-0,782$ ), возраст манифестации агорафобии с паническим расстройством ( $a=0,811$ )]; *фактор преморбиды* [резидуально-органическая церебральная недостаточность ( $a=0,943$ ), сопутствующая соматическая патология ( $a=0,585$ )].

Реабилитация пациентов с САПР проводилась по трем направлениям: медицинское, профессиональное и социальное. Медицинская реабилитация включала в себя психофармакотерапию, психотерапию, физиотерапию, ЛФК и другие методы лечения (акупунктура, массаж, мануальная терапия, гомеопатия и т. д.). В соответствии с разработанными режимами по поддержке и реабилитации «пограничного больного» (Семке В. Я., 1993) в медицинском реабилитационном процессе были выделены три этапа: кризисный, базисный и регрессионный, в зависимости от соотношения саногенных и патогенных влияний.

В «кризисный» период начальные реабилитационные мероприятия были направлены на установление доверительного контакта с пациентом, формирование правильного понимания внутренней картины болезни, создание лечебно-охранительного режима с постоянным наблюдением за больным. На этой стадии пациенту объяснялись возможные причины и механизмы развития заболевания, «разрушались» неправильные представления больного о своем страдании, подбирались терапия с обязательным информированием больного о программах лечения с разъяснением логики выбора того или иного препарата и объяснением «мишеней» его воздействия, формировалась мотивация на лечение. Целью медикаментозного лечения являлось скорейшее купирование «острой фазы» тревожно-фобического расстройства – панических атак, коррекции вегетативных нарушений и сопутствующих им аффективных расстройств, что достигалось назначением анксиолитиков, антидепрессантов и нейролептиков. На этом этапе основное внимание уделялось медикаментозным методам.

В «базисный» период реабилитация заключалась в коррекции ранее выбранных терапевтических схем с учетом переносимости лекарств и их эффективности. Кроме медикаментозного лечения применялись немедикаментозные методы: физиотерапия, психотерапия, культуротерапия, психообразовательные программы. На этом этапе реабилитации психофармакотерапия и психотерапия играли взаимодополняющую роль.

«Регрессионный» режим выполнялся в условиях полустационара и был направлен на реадaptацию пациента. В переходном состоянии от болезненного к компенсированному оттачивались схемы терапии, активно проводилась семейная, телесно-ориентированная, когнитивно-поведенческая психотерапия. Здесь важное место занимал психотерапевтический комплекс, обеспечивающий реадaptацию пациентов.

Медикаментозное лечение начиналось с монотерапии антидепрессантами в сочетании с транквилизаторами за исключением больных, в клинике заболевания которых наблюдались нарушения, не связанные с агорафобией с паническим расстройством: сенесто-ипохондрическая симптоматика, обсессивно-компульсивные расстройства, истероформный синдром и синдром негативных изменений. В этих случаях лечение начиналось сразу с комбинированной терапии. При недостаточной эффективности монотерапии в течение 2–3 недель доза антидепрессан-

тов повышалась до индивидуально переносимой. На 4—5-й неделе терапии антидепрессантами в случае отсутствия значительного улучшения по CGI-I и сохранения основных составляющих САПР (панические приступы, агорафобия, избегающее поведение, тревога ожидания и ипохондрические расстройства) пациентам дополнительно назначался нейролептик или нейролептик и нормотимик.

В случаях, когда у пациентов выявлялась резидуально-органическая церебральная недостаточность, на ЭЭГ регистрировались изменения, характерные для мозговой дисфункции – дизритмия, условно-пароксизмальная активность, явления раздражения со стороны срединных структур, назначался нормотимик. Нормотимик включался в схему и при психопатических чертах характера. Стабилизаторы настроения назначались в разные сроки терапии, как правило, на 3—4-й неделе при малой эффективности или нерезультативности предыдущих схем.

В соответствии с данными, полученными при анализе эффективности различных терапевтических схем, были созданы дифференцированные программы терапии, основанные на клинической оценке состояния пациента, а также данных диагностических шкал (Шкала общего клинического впечатления, Шкала тревоги Шихана, Шкала депрессии Гамильтона).

*Первая программа* проводится при легкой агорафобии и избегающем поведении, панико-ассоциированных ипохондрических и депрессивных реакциях, отсутствии в структуре панических пароксизмов симптомов деперсонализации и дереализации, сенестопатий, страха потерять контроль над своими поступками и мыслями, при агорафобии с паническим расстройством невротического генеза и депрессивными расстройствами легкой степени. Тяжесть панических атак, их продолжительность, частота не имеют значения для выбора терапии. Используются антидепрессанты в сочетании с транквилизаторами. Из анксиолитиков назначаются бензодиазепины, которые вводятся внутривенно в первые 10—15 дней терапии для купирования тревоги, панических атак и вегетативных нарушений. При невозможности парентерального приема анксиолитики назначаются перорально. Возможно применение феназепам в составе диэнцефальной смеси, состоящей из антигистаминного препарата, транквилизатора бензодиазепиновой структуры и альфа-адреноблокатора. Как показало исследование, в качестве антидепрессантов более эффективны СИОЗС, такие как пароксетин (20 мг/сутки), сертралин (50—100 мг/сутки), ципралекс (10—20 мг/сутки).

*Вторая программа* применяется при сложных в структурном отношении панических атаках с нетипичными симптомами (козвестетические расстройства, деперсонализации и дереализации, страх сойти с ума) либо при умеренной или тяжелой агорафобии и избегающем поведении, тревоге ожидания тяжелой степени, сверхценной ипохондрии в рамках агорафобии с паническим расстройством невротического генеза, депрессивных расстройствах легкой степени тяжести, шизотипическом расстройстве. Психофармакологический комплекс состоит из ан-

тидепрессанта и нейролептика, транквилизаторов. Лечение проводится в стационаре и начинается с инфузии бензодиазепинов курсом 10—15 дней с одновременным назначением антидепрессантов и нейролептиков. Из антидепрессантов рекомендуются СИОЗС (сертралин 50—100 мг/сутки или пароксетин 20—40 мг/сутки), из нейролептиков – сульпирид (100—200 мг/сутки), перфеназин (4—8 мг/сутки).

*Третья программа* проводится при умеренных депрессивных расстройствах, занимающих ведущее место в общей клинической картине заболевания, сопровождающихся сенесто-ипохондрической симптоматикой, а также при сопутствующих обсессивно-компульсивных расстройствах. В данном случае выбор терапии в малой степени зависит от особенностей тревожно-фобического синдрома. Назначаются, помимо анксиолитической терапии, антидепрессанты широкого спектра действия (кломипрамин, амитриптилин, венлафаксин, дулоксетин) в индивидуально переносимых дозах и нейролептики, среди которых предпочтительнее трифлуоперазин в небольших дозах (2,5—7,5 мг/сутки).

*Четвертая программа* используется при агорафобии с паническим расстройством, сочетающейся с резидуально-органической церебральной недостаточностью или истероидными и возбудимыми чертами характера. В зависимости от тяжести и особенностей проявлений САПР применяется тактика, описанная в первых трех терапевтических программах, но психофармакологический комплекс расширяется за счет включения в схему терапии нормотимика. Карбамазепин показал большую эффективность при наличии резидуально-органического фона, а вальпроевая кислота – при эмоциональной неустойчивости, связанной с истероидными и возбудимыми чертами характера.

Терапевтические программы дополнялись психообразованием, психотерапией, общеукрепляющей терапией, сосудистой и ноотропной терапией, физиотерапией, ЛФК, массажем, которые являлись неотъемлемой частью реабилитационного процесса и проводились независимо от особенностей клинической картины.

Психотерапия являлась обязательной и входила в комплекс реабилитационных программ. Ее мишенью служили как болезненные проявления, так и сфера межличностных контактов, семейных взаимоотношений, внутренние конфликты пациента. Психотерапия в «кризисный период» заключалась в разъяснении возможных причин и механизмов заболевания, информировании о терапевтической стратегии, обучении пациентов правильному поведению в период панической атаки, конструктивным копинг-стратегиям, способам релаксации. На «базисном» и «регрессионном» режимах психотерапевтический комплекс проводился с учетом спектра патогенных влияний, представленных психотравмирующими ситуациями, клиническими особенностями заболевания, отсутствием поддержки со стороны ближайшего окружения, личностными особенностями пациента, и включал индивидуальную и групповую работу. Психотерапевтические техники, объектом воздействия которых служили проявления болезненного состояния, были следующими: те-

лесно-ориентированная психотерапия, НЛП, когнитивно-поведенческая терапия. Для нормализации внутрисемейных отношений использовалась семейная психотерапия. Неотъемлемой частью терапевтического процесса являлись психообразовательные занятия, которые проводились в «базисный» период по оригинальному модулю «Тревожные расстройства», составленному в рамках настоящего исследования, несущие не только информационную, но и психотерапевтическую нагрузку.

Социальная реабилитация проводилась с учетом социально-психологических влияний, где первостепенное значение приобретали психотерапевтические методы: телесно-ориентированная, семейная и рационально-когнитивная ПТ. Ресоциализации способствовало посещение групповых психотерапевтических занятий – игровой психотерапии, арттерапии, тренингов самоуважения и уверенного поведения, которые помогали решать задачи и в других сферах деятельности, возвращали пациенту уверенность в своих силах, позволяли справляться с чувством собственной несостоятельности.

Анализ характера и условий труда у пациентов и их субъективного мнения о факторах, помогающих сохранять трудоспособность, несмотря на плохое качество ремиссии, позволил выделить следующие условия для профессиональной реабилитации. Это возможность трудоустройства вблизи от дома или надомная работа, исключающие переезды на общественном транспорте. Необходимым условием при трудоустройстве больных с САПР является отсутствие командировок, связанных с дальними переездами или перелетами, соблюдение особых требований к производственному помещению (просторное, хорошо проветриваемое и освещенное помещение с возможностью легкого и быстрого выхода). Важен гибкий индивидуальный график с возможностью выбирать время прихода на работу в соответствии со своим самочувствием, необходима организация труда, исключающая психоэмоциональные перегрузки, монотонный характер работы, ночные дежурства.

Оценка эффективности терапии проводилась на этапе выписки из стационара и на основании катamnестического исследования. У 53 (52,47%) пациентов на момент выписки из стационара отмечалась высокая эффективность лечения (IV и V типы редукции), у 48 (47,53%) больных – низкая эффективность терапии (0, I, II, III типы редукции). Катamnестическое исследование выявило отсутствие повторных поступлений у 27 (28,42%) человек, повторные госпитализации – у 68 (71,58%) пациентов, из которых 41 (60,29%) поступали 2 и более раз в год, 18 (26,47%) – госпитализировались в отделение ежегодно, 9 (13,24%) – обращались за психиатрической помощью 1 раз в несколько лет.

При анализе частоты повторных госпитализаций было установлено, что наиболее часто они встречались у больных в группе с низкой эффективностью терапии ( $n=37$ ; 77,08%,  $p<0,001$ ), оцениваемой на момент выписки из стационара в сравнении с пациентами, у кого терапия была более результативной ( $n=4$ ; 7,55%). Пациенты, не госпитализировав-

шиеся повторно ( $n=25$ ; 47,17%,  $p<0,001$ ), преобладали в группе пациентов с высокой эффективностью терапии в сравнении с группой больных с недостаточным эффектом от лечения ( $n=2$ ; 4,17%). Анализ частоты госпитализаций при различных нозологиях выявил преобладание частых госпитализаций среди пациентов с шизотипическим расстройством ( $n=20$ ; 48,78%) в сопоставлении с пациентами с аффективными расстройствами ( $n=12$ ; 29,27%) и невротическими состояниями ( $n=9$ ; 21,95%,  $p<0,05$ ). Сравнительный анализ пациентов с отсутствием повторных поступлений в стационар установил преобладание пациентов с невротизмом ( $n=13$ ; 48,15%) и аффективными состояниями ( $n=11$ ; 40,74%) над больными шизотипическим расстройством ( $n=3$ ; 11,11%,  $p<0,05$ ).

При исследовании катamnеза выяснилось, что 46 (48,42%) пациентов сохраняли социальную адаптацию, психопатологические расстройства при этом в ремиссии отсутствовали. В данной группе чаще встречались больные невротизмом ( $n=21$ ; 45,65%) и аффективными расстройствами ( $n=21$ ; 45,65%), чем пациенты с шизотипическим расстройством ( $n=4$ ; 8,7%,  $p<0,001$ ). Отдельные проявления тревожно-фобического синдрома, ограничение социальных контактов отмечались у 17 (17,9%) пациентов. Больные при этом сохраняли трудоспособность, но в стрессовых условиях не справлялись с профессиональными обязанностями. Среди пациентов этой группы преобладали больные с аффективной патологией ( $n=7$ ; 41,18%), в меньшей степени были представлены пациенты с шизотипическим расстройством ( $n=6$ ; 35,29%) и невротическими состояниями ( $n=4$ ; 23,53%). Сохранение тревожно-фобических расстройств в ремиссии, социальная дезадаптация, проявляющаяся ограничением социальных контактов, снижением трудоспособности с переходом на более легкий труд, выбором работы с удобным графиком и местоположением вблизи дома, избеганием любого рода нагрузок наблюдалось у 23 (24,21%) пациентов. Среди них с шизотипическим расстройством отмечалось 30,43% ( $n=7$ ), с аффективными расстройствами – 43,48% ( $n=10$ ) и с невротическими состояниями – 26,09% ( $n=6$ ) больных. Значительные нарушения адаптации со стойкой утратой трудоспособности и ограничением социальных контактов пределами семьи, щадящим образом жизни выявлялись у 9,47% ( $n=9$ ) больных, среди которых значительно преобладали пациенты с шизотипическим расстройством – 88,89% ( $n=8$ ,  $p<0,01$ ) против 11,11% ( $n=1$ ) больных с аффективной патологией. Пациенты с невротизмом среди данной группы больных отсутствовали.

## ВЫВОДЫ

1. На основании клинико-психопатологического анализа динамики симптомокомплекса агорафобии с паническим расстройством выделены три типа: I – благоприятные формы динамики с полной редукцией симптомокомплекса агорафобии с паническим расстройством (n=32; 31,68 %); II – неблагоприятные формы динамики (n=50; 49,50 %): а) течение с отсутствием редукции симптомокомплекса агорафобии с паническим расстройством (n=32; 31,68 %), б) течение с неполной редукцией с сохранением отдельных составляющих тревожно-фобического симптомокомплекса (n=18; 17,82 %); III – относительно благоприятные формы динамики с полным купированием панических атак, агорафобии, избегающего поведения, депрессивных проявлений, но с сохранением ипохондрических расстройств (n=19; 18,81 %).

2. Клиническими предикторами неблагоприятной динамики симптомокомплекса агорафобии с паническим расстройством являются гастроинтестинальные симптомы ( $p<0,005$ ), сенестезии ( $p<0,05$ ), сенестопатии ( $p<0,05$ ), лиссофобия ( $p<0,005$ ), расстройства самосознания ( $p<0,01$ ) в структуре панической атаки, развернутые и тяжелые панические приступы, тяжелые формы агорафобии ( $p<0,001$ ), избегающего поведения ( $p<0,001$ ), тревоги ожидания ( $p<0,05$ ), сверхценная ипохондрия ( $p<0,005$ ).

3. Тип динамики симптомокомплекса агорафобии с паническим расстройством зависит от клинической структуры панико-агорафобического комплекса и от нозологической принадлежности расстройства. Симптомокомплекс агорафобии с паническим расстройством протекает более неблагоприятно в рамках шизотипического расстройства ( $p<0,001$ ), чем при аффективным и невротическом расстройствах.

4. Степень ограничения жизнедеятельности больных с симптомокомплексом агорафобии с паническим расстройством в преимущественной степени определяется типом динамики, длительностью заболевания и эффективностью применяемых больными копинг-стратегий.

5. Системный анализ выделил predisпозиционные факторы, участвующие в формировании типов динамики симптомокомплекса агорафобии с паническим расстройством.

5.1. Благоприятный тип динамики соотносится с 3 факторами: *медицинским* (21,546 %) (возраст манифестации тревожно-фобических расстройств, наличие соматической патологии, отсутствие ятрогений и резидуально-органической церебральной недостаточности, своевременное обращение к психиатру), *психогенным* (18,843 %) (отсутствие тяжелых психогений, благоприятный микроклимат в семье, высокая степень удовлетворенности сторонами социальной сферы), *психосоциальным* (18,824 %) (состояние в браке, гармоничность личности, высокий профессиональный статус).

5.2. Относительно благоприятный тип динамики коррелирует с 4 факторами: *медицинским* (23,481 %) (своевременное обращение к психиатру, наличие соматической патологии, несоблюдение поддерживающей терапии, отсутствие резидуально-органической церебральной недостаточности), *психосоциальным* (19,599 %) (высокая степень удовлетворенности социальной сферой, состояние в браке), *личностно-социальным* (18,475 %) (возраст манифестации тревожно-фобических расстройств, гармоничность личности, благоприятный микроклимат в семье, высокий профессиональный статус), *психогенным* (18,184 %) (наличие затяжных психогений, ятрогений, использование неконструктивных копинг-стратегий).

5.3. Неблагоприятный тип динамики определяется 6 факторами: *медицинским* (17,256 %) (несвоевременное обращение к психиатру, несоблюдение поддерживающей терапии), *микросоциальным* (15,304 %) (высокие профессиональный статус и уровень образования), *психогенным* (15,143 %) (наличие ятрогений, низкий уровень удовлетворенности социальной сферой), *личностно-социальным* (12,599 %) (дисгармония личности, состояние в браке, наличие затяжных психогений, проживание в городе), *социально-биологическим* (10,498 %) (неблагоприятная обстановка в семье, возраст манифестации тревожно-фобических расстройств), *фактором преморбиды* (10,431 %) (наличие резидуально-органической церебральной недостаточности и соматической патологии).

6. Комплексная модель реабилитации пациентов с симптомокомплексом агорафобии с паническим расстройством зависит от клинических особенностей тревожно-фобического синдрома, нозологической принадлежности и от влияния predisпозиционных факторов, участвующих в формировании типа динамики, объединяет в себе медикаментозную терапию, психотерапевтический комплекс, социальную и профессиональную реабилитацию.

## Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Стаценко, О. А. Дифференцированный подход к терапии тревожно-фобических расстройств с учетом их клинико-динамических особенностей / О. А. Стаценко // Омский научный вестник. – 2006. – Приложение. – Ч. 1, № 3 (37) май–июнь. – С. 120–123.
2. Стаценко, О. А. Эффективность и переносимость препарата афобазол при терапии тревожных и невротических расстройств / Ю. В. Дроздовский, О. А. Стаценко, А. А. Хоменя, О. А. Малышева // Омская психиатрия: История и современность: сб. научно-практ. тр., посвящ. 110-лет. Омской психиатрической больницы. – Омск, 2007. – С. 74–77.
3. Стаценко, О. А. Рексетин в терапии агорафобии с паническим расстройством (клиническая эффективность и переносимость) / О. А. Стаценко // Актуальные проблемы возрастной наркологии: материалы регион. научно-практ. конф. с междунар. участием. – Челябинск, 2008. – С. 189–192.

4. Стаценко, О. А. Факторы, влияющие на качество ремиссии при агорафобии с паническим расстройством / О. А. Стаценко // Психическое здоровье населения — междомственный подход: тез. докл. междунар. научно-практ. конф. (Новокузнецк, 2009, 13—14 мая) / под ред. В. Я. Семке. — Томск, Новокузнецк, 2009. — С. 180—183.
5. Стаценко, О. А. Психофармакотерапия агорафобии с паническим расстройством невротического генеза / О. А. Стаценко // Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах: материалы общерос. конф. — М., 2009. — С. 287.
6. Стаценко, О. А. Особенности панических пароксизмов при различных вариантах течения агорафобии с паническим расстройством / О. А. Стаценко // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии. — Омск, 2010. — С. 96—100.
7. Стаценко, О. А. Типология ремиссий и варианты течения агорафобии с паническим расстройством / О. А. Стаценко, И. Г. Кузнецова // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии. — Омск, 2010. — С. 100—104.
8. Стаценко, О. А. Маркеры нозологической специфичности и предикторы прогноза агорафобии с паническим расстройством / О. А. Стаценко, И. Г. Кузнецова, О. А. Малышева, С. В. Шиманская // Онтогенетические аспекты психического здоровья населения: тез. докл. научно-практ. конф. (Омск, 19—20 апреля 2010 г.) / под ред. В. Я. Семке. — Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2010. — С. 192—194.
9. Стаценко, О. А. Клинические предикторы неблагоприятного течения агорафобии с паническим расстройством / О. А. Стаценко // Резидуально-органическая патология головного мозга (онтогенетический аспект): тез. докл. межрегион. конф. (Кемерово, 23 марта 2011 г.) / под ред. В. Я. Семке. — Томск, Кемерово, 2011. — С. 269—272.
10. Стаценко, О. А. Сульпирид в комплексной терапии агорафобии с паническим расстройством / О. А. Стаценко, Ю. В. Дроздовский, О. В. Краля // Российский психиатрический журнал. — 2011. — № 2. — С. 24—29.
11. Стаценко, О. А. Клинико-динамические особенности агорафобии с паническим расстройством / О. А. Стаценко, Т. И. Иванова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2011. — № 1 (64). — С. 27—30.
12. Стаценко, О. А. Виды ремиссий и типы динамики агорафобии с паническим расстройством / О. А. Стаценко // Психическое здоровье. — 2011. — №3 (58). — С. 55—57.
13. Стаценко, О. А. Ограничение жизнедеятельности и реабилитация пациентов, страдающих агорафобией с паническим расстройством / О. А. Стаценко, Т. И. Иванова // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: тез. докл. XV науч. отчет. сессии НИИ ПЗ СО РАМН (Томск, 6—7 сентября 2011 г.) / под ред. В. Я. Семке. — Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2011. — Вып. 15. — С. 100—102.
14. Стаценко, О. А. Патогенетические аспекты динамики агорафобии с паническим расстройством / О. А. Стаценко, Т. И. Иванова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2011. — № 5 (68). — С. 24—28.