

УДК 615.851:616.34-009.1

Салиев М.М., Аграновский М.Л.,

Сарбаева Н.К., Муминов Р.К.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

**ЛЕЧЕНИЕ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У
ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОФОБИЧЕСКОМ СИНДРОМАМ
МЕТОДАМИ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

Резюме: На протяжении нескольких последних десятилетий многими исследователями были изучены и описаны различные проявления пограничной психической патологии при КФС. Как было отмечено во многих исследованиях, среди пограничных психических расстройств, сопровождающих данную патологию, наибольший удельный вес занимают тревожные, тревожно-фобические, тревожно-депрессивные расстройства.

Ключевые слова: тревожно-фобическая расстройства, кардиофобический синдром, психотерапия, пациент.

Saliev M.M., Agranovskiy M.L.,

Sarbaeva N.K., Muminov R.K.

Department of Psychiatry and Narcology

Andijan State Medical Institute

**TREATMENT OF ANXIETY-PHOBIC DISORDERS IN
PATIENTS WITH CARDIOPHOBIC SYNDROME BY METHODS OF
INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY**

Resume: Over the past few decades, many researchers have studied and described various manifestations of borderline mental pathology in FSC. As noted in many studies, among the borderline mental disorders accompanying this pathology, the largest share is occupied by anxiety, anxiety-phobic, anxiety-depressive disorders.

Key words: anxiety-phobic disorders, cardiophobic syndrome, psychotherapy, patient.

Актуальность. Уже достаточно продолжительное время кардиофобического синдрома (КФС) воспринимается как одна из самых распространенных форм психосоматической патологии. В изучении клиники и поисках эффективных схем терапии давно принимают участие как врачи-гастроэнтерологи, так и врачи-психиатры [3,6,8,10]. Нередко к этой патологии, рассматриваемой современными исследователями как био-психо-социальное расстройство [3,6], проявляют интерес и психотерапевты, и клинические психологи. До настоящего времени сохраняется интерес к изучению личностных особенностей и психоэмоциональных проблем, характерных для пациентов с данной функциональной патологией сердечно-сосудистой системы [1,3,4,7].

В ряде публикаций приведено описание успешного применения при КФС психофармакотерапии (преимущественно транквилизаторов и антидепрессантов разных фармакологических групп), с акцентом на использование в последние годы антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), а также «малых» нейрорептиков (эглонил, флюанксол) в небольших терапевтических дозах. Отмечен хороший эффект при применении комбинированных схем лечения, включающих традиционную терапию синдрома раздраженного кишечника в сочетании с психотропными препаратами [2,7,8].

С семидесятых годов прошлого века имеется также значительное количество исследований, описывающих применение в лечении СРК различных психотерапевтических техник. В ряду наиболее часто применяемых техник входят релаксационные приемы, различные виды гипносуггестивных техник, аутогенная тренировка, метод биообратной связи, элементы рациональной терапии [5]. В зарубежных публикациях по

этой теме немало сообщений по включению в терапию когнитивно-поведенческой терапии [4,6].

При этом в оценках эффективности психотерапии при кардиофобическом синдроме отмечается большое разнообразие мнений и расхождений точек зрения (от сообщений о малой эффективности психотерапевтических техник до отзывов о крайне высоком эффекте даже краткосрочной терапии) [5,7].

Цель исследования. Целью работы являлось описание опыта психотерапевтической работы с тревожно-фобическими расстройствами в рамках кардиофобического синдрома (КФС).

Материалы и методы исследования. Первоначально было обследовано 220 больных с КФС в возрасте 17–55 лет (57 муж., 163 жен.). Диагноз «кардиофобический синдром» был верифицирован врачами-кардиологами.

Для проведения исследования были выбраны 107 пациентов КФС, имеющие тревожно-фобическую симптоматику.

Все больные прошли комплексное психологическое тестирование, подтвердившее наличие тревожно-фобических расстройств. Из общей группы пациентов с КФС были выделены две группы.

В первую, основную группу вошли 58 пациентов с КФС, с которыми проводились психотерапевтические занятия в сочетании с стандартными кардиологическими методами терапии.

Во вторую группу вошли 49 пациентов, которым в дополнении к стандартной терапии были назначены психотропные препараты (антидепрессанты).

На протяжении всего курса лечения (состоящего из 6 недель базового лечения и 6 недель поддерживающей терапии) проводилось динамическое исследование состояния пациентов.

Результаты исследования. При первичном обследовании отобранной группы пациентов от подавляющего большинства обследованных (94 из 107 чел.) получены сведения о наличии у них склонности к тревожно-фобическому реагированию еще до установления основного кардиологического диагноза (КФС).

Тревожные расстройства, как известно, сопровождаются частыми, явно чрезмерно преувеличенными опасениями, возникающими по поводу различных событий и ситуаций, и проявляются выраженным соматическим и психическим дискомфортом.

При описании тревожных расстройств пациенты отмечали у себя сочетание тревоги с фобиями, паническими атаками, элементами обсессивно-компульсивного расстройства, раздражительностью, неустойчивым настроением.

Психологическое тестирование в основной и контрольной группах с помощью опросника СМОЛ (Мини-Мульт) показало у обследованных пациентов с КФС преобладание в личностном профиле 1-ой и 7-ой шкал (шкал ипохондрии и психастении), что подтверждает у них наличие тревожно-фобических переживаний.

В обеих группах в начале терапии у пациентов с КФС наблюдались также повышенные показатели реактивной и личностной тревожности (по опроснику Спилбергера – Ханина).

Как уже отмечалось выше, в основную группу вошли 58 человек, которые наряду со стандартной схемой терапии при КФС (это лечение назначалось кардиологом) начали посещать индивидуальные психотерапевтические занятия. Основной курс психотерапевтических занятий проходил в течение 6 недель через день. Продолжительность стандартных занятий составляла около часа, а в ряде случаев эти занятия по необходимости продлевались на более продолжительное время (до 1,5–2 часов). Затем, в течение последующих 1,5–2 месяцев пациенты

переходили на поддерживающую амбулаторную психотерапию, с частотой встреч 1–2 раза в неделю.

В качестве основных мишеней психотерапии при КФС были выбраны: проблемная самооценка таких больных, повышенная истощаемость психических процессов с астено-вегетативными проявлениями (вызывающая необходимость ресурсирования), жесткие негибкие (ригидные) социальные установки, имеющиеся коммуникативные проблемы широкого круга (в семье, на работе, с медицинским персоналом, включая и врачей), различные аффективные расстройства (преимущественно тревожно-фобического плана), часто испытываемый внутренний дискомфорт и напряжение, внутриличностные конфликты, «уход в болезнь» с преувеличенной фиксацией на плохом самочувствии, готовностью к созданию различных драматических и систематизированных неадекватных представлений о причинах абдоминальных проблем, возникающие канцерофобические и иные стойкие фобические переживания, сопровождающиеся катастрофизацией и потерей веры в выздоровление.

В качестве психотерапевтического подхода, примененного к 58 пациентам с тревожно-фобическими расстройствами, был использован интегративный (мультимодальный) подход, включающий комплексное применение: техник гипнотерапии («абдоминальный вариант» гипноза), аутотренинга, релаксационных техник, некоторых приемов нейрорлингвистического программирования (НЛП), гештальт-терапии, арт-терапевтических техник, элементов когнитивно-поведенческой терапии.

Гипнотические техники включали использование ресурсных трансовых состояний, терапевтических метафор, техники «вставленных» сообщений. При этом использовались разнообразные пошаговые внушения, акцентированные на позитивные изменения и разрешения на включение внутренних ресурсов. На первых занятиях преимущественно

использовались ресурсные трансы с «путешествием в ресурсное место», «сопровождением в ресурсные воспоминания» [1,2]. Часть сеансов проходила с использованием персональных метафор здоровья, описанных перед началом сеансов самими пациентами, или рождающихся прямо по ходу занятий в режиме эпистемологической метафоры [1]. В ходе «кардиологического варианта» гипноза после наведения транса внушалось появление тепла, комфорта, расслабленности в теле, и особенно в сердечной зоне. Помимо этого в ходе занятий закреплялись как способность решать значительный круг проблем, предписывалось постепенное пошаговое формирование навыков управления своим самочувствием, так и постепенный рост своей уверенности.

При использовании релаксационных приемов и самовнушения, овладением приемов аутотренинга пациенты тренировались вызывать у себя комфортные ощущения в теле за счет формирования навыков управления собственным мышечным тонусом и уровнем напряжения.

При применении нейролингвистического программирования работа шла с опорой на персональные стратегии пациентов, использованием позитивных, помогающих выздоровлению внутренних убеждения и коррекцией «блокирующих», затрудняющих терапию установок. За счет использования техник НЛП более четкой становилась работа с детальным описанием понятий «болезнь»/«здоровье», а также «тревоги»/«успокоения» (контрастный анализ субмодальностей), четкой и конкретной формулировки целей лечения и выздоровления («Хорошо сформулированный результат», «выравнивание нейробиологических уровней»), созданию и конкретизации нового образа себя, обладающего способностью справиться с тревогой и страхами («Новый "я"»; «Генератор нового поведения»), доступа к ресурсным состояниям и переживаниям (использование техник «якорения»), проработке прежних проблемных ситуаций и работе с конфликтующими внутренними частями («реимпринт

формата», «диалог с конфликтующими частыми», различные виды рефрейминга, «четырёхпозиционное описание»), структурирования этапов выздоровления (с использованием «нейробиологических уровней», «временной линии»). Весьма полезным в работе с тревожно-фобическими переживаниями являлись использование диссоциативных техник НЛП, позволяющих в ряде случаев снизить/прервать начинающиеся приступы тревоги, и при желании пациентов – обучить их технике отстраненного, диссоциированного восприятия ряда ситуаций из позиции эмоционально невключенного внешнего «наблюдателя».

В ряде случаев (с 7 пациентами с тревожными расстройствами при КФС) при фиксации пациентов на прежних негативных незавершенных переживаниях с их согласия проводилась работа по выходу из болезненного эмоционального «застывания» с помощью техник гештальт-терапии. Применялся целый ряд приемов и упражнений, описанных в классическом гештальт-подходе, включая использование известной гештальт-техники «двух стульев», где воссоздавался в режиме «здесь и сейчас» диалог между фигурами из негативного прошлого. Проводилась работа, помогающая выражению заблокированных чувств и уменьшению давления от гнета прошлого. Аналогичный прием работы с «двумя стульями» использовался и при наличии внутриличных конфликтов в случаях тревожно-фобического варианта КФС, при котором одной из частей обычно была боязливая, тревожная, зажато-беспомощная маленькая часть – «жертва», которая не осмеливалась выразить свои потребности из-за выраженного жесткого следования установкам другой, надзидательной «нормативной части "Я"» с большим количеством запретных интроектов.

Включение в лечение тревожных больных с КФС приемов арт-терапии позволяло в метафорической рисуночной форме изобразить образы «здоровья» и «болезни», создать в своем воображении, а затем и наглядно отразить на бумаге ресурсные образы («мир гармонии», «мои

ресурсы»). Использовались различные рисуночные автопортреты («я – как стихия», «если бы я был бы определенным предметом/растением, я был бы...»), триптихи («я в прошлом, настоящем, будущем», «я – обычный, я – в беде/неприятной ситуации, и я – успешно преодолевший эту ситуацию»). Для более активного выражения себя, презентации себя и преодоления неуверенности делался рисунок «здравствуй, это я». Широко использовалась также рисуночная техника «силуэт чувств», в которой пациентам последовательно предлагалось нарисовать вначале свое нынешнее состояние, затем – желаемое состояние, а вслед за этим – промежуточное состояние между нынешним и желаемым. Таким образом, создавалась цепочка рисунков, позволяющая не только видеть альтернативу болезни, но и запустить динамику процесса ухода от болезни к состоянию здоровья, выразив и описав постепенный процесс улучшения самочувствия и необходимые для этого условия. Больные также рисовали рисунки своих страхов и опасений, и альтернативных им состояний (чаще всего рисуночные метафоры покоя и уверенности). В качестве арт-техники, помогающей войти в ресурсное состояние, использовалась рисуночная техника «круг ресурсов и заботы», где рисовались те фигуры из окружения пациента, от которых можно получить поддержку и принятие, необходимые ресурсы. Хорошим терапевтическим ресурсом обладали и терапевтические занятия с использованием специально подобранной релаксационной музыки.

Использование в терапии приемов когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) включало в себя разбор различных ситуаций и реакций на них пациентов. При работе с тревожными пациентами с КФС акцент делался в начале занятий на распознавании приступов тревоги и страхов и создании персональных шкал тревоги/страхов, затем – описании интенсивности и частоты приступов тревоги, ведении дневников самоконтроля и оценки состояния. В дальнейшем, спустя несколько занятий пациенты пробовали

научиться четче различать дисфункциональные мысли при тревожных состояниях, и менять их на более адаптивные мысли и оценки своего состояния, переключаться на более позитивное состояние, управлять своими состоянием и эмоциями.

Описанный интегративный курс психотерапии применялся в режиме регулярных занятий по 3 раза в неделю в течение 6 недель.

По результатам повторного тестирования опросником Спилбергера – Ханина за этот шестинедельный период отмечено снижение показателей реактивной и личностной тревоги как в группе из 58 пациентов, проходящих психотерапию, так и у 49 человек, получающих лекарственную терапию психотропными препаратами в дополнении к основному лечению.

В обеих группах пациенты при динамических опросах отмечали субъективное улучшение самочувствия, уменьшение/или исчезновение мышечного напряжения, существенное уменьшение фиксации на состоянии здоровья. Исчезли/или существенно уменьшились астено-вегетативные жалобы. Однако примерно 1/4 часть пациентов, получающих лекарственную терапию, спустя первые 6 недель высказывала опасения возобновления тревожности и страхов после отмены приема препаратов, тогда как в группе проходящих психотерапию и не принимавших антитревожные лекарственные средства таких опасений не возникало. Следует отметить, что к концу первого этапа исследования (через 1,5 мес. от начала) в обеих группах (основной и контрольной) пациенты были настроены на дальнейшее продолжение терапии, отмечая ее пользу для себя.

В течение последующих 1,5 месяцев пациенты из основной группы продолжали получать поддерживающую психотерапию на фоне базового, назначенного кардиологом лечения в более экономном по времени режиме. Частота психотерапевтических занятий была уменьшена вначале

до 2 занятий во второй месяц терапии, а затем и до 1 занятия в неделю. Увеличился удельный вес домашних заданий, самостоятельных занятий с использованием выученных ранее навыков саморегуляции. В терапии продолжали использоваться приемы суггестивной поддержки, арт-терапия, гештальт-терапия, элементы КПТ.

Пациенты из контрольной группы в последующие 1,5 месяца также продолжили принимать назначенные препараты (антидепрессанты группы СИОЗС).

Через 2,5–3 месяца от начала терапии позитивный эффект от проводимой терапии по-прежнему наблюдался как в основной, так и в контрольной группе. Субъективно и по данным анкетирования, врачебных осмотров, у пациентов после 3 месяцев терапии вне зависимости от выбранного типа терапии в случаях ее продолжения держались сниженные показатели тревожности, расширение круга интересов и качества жизни, существенное уменьшение/или исчезновение абдоминальной симптоматики.

Однако, так же как и спустя первые 1,5 месяца, часть пациентов контрольной группы (хотя их число уменьшилось вдвое до 1/8) высказывали опасения перед завершением курса терапии и были настроены на дальнейшее продолжение приема препаратов в течение еще последующих нескольких месяцев с постепенной их отменой. При примерно равных показателях тревожности пациенты, прошедшие курс психотерапии, отмечали несколько более высокую инициативность и меньшую фиксацию на самочувствии по сравнению с прошедшими курс психотерапии.

Выводы. Проведенное исследование показало сопоставимость эффектов воздействия как психотерапевтических техник, так и психотерапии на тревожно-фобическую симптоматику у пациентов с кардиофобическим синдромом. Шестинедельный курс

терапии пациентов с КФС с включением психотерапевтических техник привел к снижению показателей тревоги, субъективному улучшению самочувствия, формированию начальных навыков самоуправления, уменьшению коммуникативных проблем, значительному снижению/или полному исчезновению напряжения, уменьшению фиксации на состоянии здоровья. Спустя 2,5–3 месяца от начала терапии позитивный эффект от проведенной терапии наблюдался как в основной, так и в контрольной группе, сохраняясь и дальше при условии продолжения занятий/либо приеме лекарств. У пациентов после 3 месяцев терапии вне зависимости от выбранного типа терапии в случаях ее продолжения держались сниженные показатели тревожности, расширение круга интересов и качества жизни.

Таким образом, для повышения лечебного эффекта и улучшения самочувствия при наличии у пациентов с КФС тревожно-фобических расстройств может быть использована как психотерапия, так и психофармакотерапия (с применением антидепрессантов из группы СИОЗС).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гордеев М.Н. Фундаментальное руководство по эриксоновскому гипнозу. – М.: Психотерапия, 2015. – 357 с.
2. Доморацкий В.А. Краткосрочные методы психотерапии. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2008. – 304 с.
3. Елфимова Е.В., Елфимов М.А., Березкин А.С. Психосоматические взаимоотношения при заболеваниях желудочно-кишечного тракта на модели синдрома раздраженного кишечника // Экспериментальная и клин. гастроэнтерология. – 2015. – № 4 (116). – С. 83-88.
4. Климушева Т.А. Синдром раздраженного кишечника глазами психиатра // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2008. – Т.18, № 4. – С.82-86.

5. Левин О.С., Ляшенко Е.А. Тревога и коморбидные состояния // Нервные болезни. – 2016. – № 1. – С.28-34.

6. Марилов В.В., Коркина М.В., Есаулов В.И. Личностные особенности и характер психических нарушений при синдроме раздраженной толстой кишки. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т. 10, № 4. – С. 21-27.

7. Циммерман Я.С. Синдром раздраженной кишки: какова его истинная сущность? // Клиническая медицина. – 2014. – № 7. – С.19-29.

8. Ford A.C., Talley N.J., Schoenfeld P.S., et al. Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and metaanalysis // Gut. – 2009. – Mar. 58(3). – P.367–378.

9. Lackner, J.M., Jaccard, J., Krasner, S.S., et al. Self-administered cognitive behavior therapy for moderate to severe irritable bowel syndrome: clinical efficacy, tolerability, feasibility // Clin. Gastroenterol. Hepatol. – 2008. 6 (8). – P.899-906.

10. Li L., Lishou X., Schenghong Zh., et al. (2014) Cognitive-behavioral therapy for irritable bowel syndrome : A meta-analysis // Journal of Psychosomatic Research. – 2014 July. – Vol. 77. –Issue 1. – P. 1-12.