

УДК616.89-008.441.1-039.31

*С. П. Колядко***РОЛЬ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ В СТРУКТУРЕ АГОРАФОБИИ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: агорафобия, пароксизмальные состояния

На современном этапе развития психиатрии значительное внимание уделяется пароксизмальным состояниям (ПС) в структуре невротических расстройств [1]. Эта проблема до конца остается не решенной, так как ПС могут возникать при разных типах невротических расстройств, влиять на их клиническую картину. В условиях патоморфоза невротические расстройства характеризуются полиморфизмом клинических проявлений и в их структуре ПС нередко являются доминирующими.

Агорафобии – одна из проблем пограничной психиатрии. Для больных с агорафобиями характерным является страх, который касается не только открытых пространств, но и близких к ним ситуаций. Преобладающими при этом являются аффективные нарушения, включающие тревогу, беспокойство, расстройства настроения, раздражительность, неуравновешенность. Эта симптоматика может носить как перманентный, так и приступообразный характер в виде ПС, которые возникают внезапно, сопровождаются усилением остроты переживаний, обострением психопатологической симптоматики. Эти приступы усиливают переживание больного, влияют на его социальное функционирование.

Согласно МКБ – X, агорафобии подразделяются на агорафобии с паническими расстройствами (F 40.00) и без панических расстройств (F 40.01). Агорафобии с паническими расстройствами характеризуются тем, что в период при-

ступообразного ухудшения состояния возникают, прежде всего, психические расстройства, отмечается высокий уровень аффекта и его самостоятельный характер по отношению к сомато-вегетативным нарушениям. Вегетативные нарушения при данной патологии имеют вторичный характер и в основном носят сенестопатическую окраску [2, 3].

Особую роль в формировании пароксизмальных состояний в структуре агорафобии играют личностные особенности и феномен индивидуальной значимости человека, которые очерчивают уровень реакции на внешнее неблагополучие [4]. У больных с паническими расстройствами в структуре агорафобии возникает стрессодоступность, легкость формирования внутренних конфликтов, готовность к психовегетативным пароксизмальным реакциям, которые внезапно возникают, сопровождаются колебанием артериального давления, головокружением, эмоциональными и двигательными нарушениями, несмотря на нормальный неврологический статус в межприступном периоде [5 - 7]. Вышеизложенное свидетельствует об актуальности изучения данной патологии, так как это связано с широким диапазоном проявлений ПС, их клиническим полиморфизмом, общим патоморфозом психических заболеваний.

Целью нашего исследования явилось изучение роли ПС и в структуре клинко-психопатологических особенностей агорафобии.

**Материалы и методы исследования**

Объектом исследования явились 70 больных агорафобией, среди них 35 больных, в клинической картине которых наблюдались ПС (основная группа) и 35 больных без ПС (контрольная группа). Больные проходили лечение в клинике неврозов и пограничных состояний Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины.

Обследование носило комплексный характер

и включало:

- а) клинко-психопатологический метод с анализом жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни, оценки сомато-неврологического и психического статуса;
- б) использование разработанной нами карты - опросника психопатологических симптомов при пароксизмальных состояниях в клинике невротических расстройств [8];

в) психологический метод с использованием: 1) теста фрустрационной толерантности Розенцвейга, предназначенного для исследования реакций на неудачу и средств выхода из ситуаций, которые препятствуют деятельности или удовлетворению потребностей личности; 2) опросника К. Томаса, направленного на определе-

ние стиля поведения в конфликтной ситуации, изучение личностной склонности к конфликтному поведению; 3) теста «Незаконченные предложения», предназначенного для исследования направленности личности, системы его отношений и степени конфликтности в различных сферах этих отношений [9].

### Результаты исследования и их обсуждение

В процессе клинико-психопатологического обследования больных изучаемых групп, нами были получены следующие данные. Среди обследованных больных агорафобией количество женщин и мужчин практически не отличалось. В основной группе было 17 (48,57 %) женщин и 18 (51,43 %) мужчин; в контрольной – 20 (57,14 %) женщин и 15 (42,86 %) мужчин. Возраст больных был в основном от 19 до 35 лет. Длительность болезни в основной группе до 1 года наблюдалась у 23 больных (65,71 %), до 2-х лет - у 12 больных (34,28 %). В контрольной группе длительность болезни до 1 года отмечалась у 10 человек (28,57 %), до 2-х лет – у 25 человек (71,42 %). Необходимо отметить, что в основной группе давность заболевания преобладала в интервалах «до 1 года», а в контрольной - «до 2-х лет». Диагноз больным устанавливался на основании жалоб, анамнеза болезни и жизни, объективных данных, исходя из критериев МКБ – X. В процессе обследования больных изучались причины, которые могли привести к развитию заболевания. Среди них ведущими психотравмирующими факторами в основной группе были: «потеря близких» – 10 больных (28,57 %), «служебные конфликты» – 12 больных (34,28 %), «вегетативные кризы» – 17 больных (48,57 %), «угроза жизни» – 12 больных (34,28 %). В группе контроля чаще встречались факторы: «потеря близких» – 11 больных (31,42 %) и «служебные конфликты» – 15 больных (52,50 %). Примечательным был тот факт, что в контрольной группе у большинства больных имела место многогранность психотравмирующих факторов (2 - 3 фактора), а для основной группы характерным было наличие одного, иногда двух факторов, причем их острота и актуальность на момент осмотра были достаточно значимыми.

В клинической картине больных агорафобией в обеих группах имело место сочетание тревожной и фобической симптоматики в виде беспокойства (64,28 %), волнения (35,71 %), различных страхов (50,00 %), тревоги (55,71 %). Нарушения сна, кошмарные сновидения, потерю интереса к окружающему отмечали 55,71 % боль-

ных. Как правило эти больные были привязаны к дому: никогда не оставляли его или делали это только в сопровождении кого-либо. При этой патологии отмечались снижение концентрации внимания, различные вегетативные нарушения.

Согласно результатам анамнеза болезни установлено, что у больных основной группы (85,71 %) до возникновения невротического расстройства отмечались приступообразные реакции в виде тревоги (73,33 %), раздражительности (80,00 %), колебания настроения (83,33 %) в ситуациях, которые больные не всегда могли «держать под контролем», или имел место значимый для них психогенный раздражитель (46,66 %). Эти реакции носили кратковременный характер по типу «психологической разрядки», после которых больные успокаивались и не фиксировали внимание на пережитых чувствах. В развитии пароксизмальных реакций инициирующими были либо психоэмоциональный фактор, либо вегетативная дисфункция (вегетативные кризы).

В клинической картине основной группы больных агорафобией с паническими расстройствами имели место ПС, которые по продолжительности были кратковременные, но носили выраженный характер, сопровождались преимущественно нарушениями, касающимися психической сферы (тревога, страх, раздражительность, парестезии), а также влияли на поведение больного, дезорганизуя его деятельность. Как правило, такие состояния сопровождались вегетативной окраской разной степени выраженности, которая после психической симптоматики занимала второстепенное место в структуре пароксизма. В структуре выделенных типов ПС заострялись существующие или появлялись новые симптомы полиморфного характера, касающиеся различных психических функций. ПС возникали при упоминании о психотравмирующей ситуации или когда больной попадал в условия, где он оказывался «беспомощным». Это происходило на улице, дома, при поездке в транспорте, но в некоторых случаях ПС возникали самостоятельно, без наличия какого

- либо психогенного раздражителя.

В результате проведения факторного анализа в основной группе были выделены психопатологические феномены, которые определяли структуру и клинические проявления различных типов ПС (табл. 1).

тологические феномены, которые определяли структуру и клинические проявления различных типов ПС (табл. 1).

Таблица 1

**Основные типы пароксизмальных состояний при агорафобии**

Основной фактор	Группа факторов, с которыми коррелирует основной фактор	Коэффициент корреляции, r	Статистическая значимость, p.	Коэффициент корреляции по группе факторов, r	Абсолютное количество	Относительная величина, %
<b>Фобический</b>						
Страх	тревога	0,68	0,001	0,58	8	22,85 ± 7,20
	настроение	0,60	0,001			
	парестезии	0,64	0,001			
<b>Тревожно-сенестопатический</b>						
Тревога	парестезии	0,74	0,001	0,62	12	34,28 ± 8,14
<b>Тревожно-аффективный</b>						
Расстройства настроения	тревога	0,75	0,001	0,78	15	42,85 ± 8,48
	сознание	0,77	0,001			
	раздражительность	0,82	0,001			

Как видно из таблицы 1, согласно данным факторного анализа, по коэффициенту корреляции были выделены следующие типы ПС: тревожно-аффективный (0,81), тревожно-сенестопатический (0,80), фобический (0,78). При этом у одного и того же больного могли наблюдаться различные типы ПС. Тревожно-аффективный тип (42,85 %) характеризовался преобладанием тревожной симптоматики, которая сопровождалась раздражительностью (86,66 %), резкими колебаниями настроения (93,33 %). Эти состояния легко провоцировались не только внешними факторами, но и могли возникать при их отсутствии. Тревожно-сенестопатический тип ПС наблюдался у 34,28 % больных. При этом типе пароксизма ведущими были сенестопатические ощущения. Эти симптомы наблюдались на фоне тревоги (91,66 %), усиливая ее выраженность. Больные с этим типом пароксизмов требовали к себе повышенного внимания со стороны окружающих. Фобический тип ПС (22,85 %) характеризовался преобладанием различных страхов, которые были эмоционально окрашены и носили витальный характер. В структуре пароксизма наблюдалась тревожная симптоматика. Также они сопровождалась выраженной вегетативной окраской в виде ощущения нехватки воздуха (37,50 %), сердцебиения (87,50 %), ознобоподобной дрожью (62,50 %). В поведенческой сфере частыми были панические формы поведения (75,00 %).

В клинической картине агорафобии были выделены ведущие синдромы. Так, тревожно-фобический синдром наблюдался у 22,85 % больных основной группы и у 37,14 % контрольной. Для него характерной была выраженная раздражительность (80,95 %), колебания настроения (90,47 %). У больных основной группы с тревожно-фобическим синдромом в клинической картине, были ПС фобического и тревожно-аффективного типов, при этом ПС влияли на формирование данного синдромокомплекса в процессе развития невротической симптоматики. Тревожно-аффективный синдром отмечался у 31,42 % больных основной и у 42,85 % больных контрольной групп. Ему были присущи: сниженное настроение (80,76 %), безразличие к окружающему (42,30 %), отмечалась раздражительность (92,30 %), беспокойство (84,61 %), нарушение сна (73,07 %), тревога (96,15 %). В основной группе с данным синдромом отмечались тревожно-аффективный и фобический типы ПС. Тревожно-сенестопатический синдром наблюдался у 45,71 % больных основной и у 20,00 % больных контрольной групп. Для него характерной была выраженная раздражительность (65,21 %), различные сенестопатические ощущения: от парестезий до болей в теле (80,76 %), которые способствовали остроте тревоги и страха. Больные отмечали навязчивые мысли относительно здоровья или особенностей психотравмирующей ситуации. В основной группе

больных с этим ведущим синдромом преобладали ПС тревожно-сенестопатического и фобического характера, что способствовало формированию в клинической картине болезни ипохондрической симптоматики.

В результате проведения патопсихологического исследования были получены следующие результаты. Больные с агорафобией чаще всего использовали стратегию «избегания» при столкновении с конфликтной ситуацией, не желали вступать в открытый спор с другими людьми, отстаивая свои собственные интересы: 60,45 % - для основной группы, 69,91 % - для контрольной группы (опросник Томаса).

Для больных агорафобией с ПС в большей мере, чем для контрольной группы, характерными были реакции агрессии, направленные на защиту себя от ситуации и на обвинение окружающих в возникновении конфликтной ситуации ( $p < 0,01$ ). В контрольной группе демонстрировалось избегание осуждения окружающих; а также сводилась к минимуму ответственность лица, вовлеченного во фрустрирующую ситуацию ( $p < 0,025$ ). Больные контрольной группы склонны были ожидать, когда ситуация разрешится сама ( $p < 0,05$ ), в то время, как больные основной группы были более активны и требовали помощи от окружающих ( $p < 0,05$ ) (тест Розенцвейга).

Группа больных агорафобией с наличием в клинической картине ПС отличалась высоким уровнем разнообразных страхов и опасений, среди которых был наиболее выражен страх одиночества, страх собственной болезни, страх меж-

личностных отношений и др. ( $p < 0,0001$ ); конфликтным отношением к себе ( $p < 0,0025$ ) и тревогой за будущее ( $p < 0,05$ ) (тест «Незаконченные предложения»).

Таким образом, у больных агорафобией с ПС в клинической картине были выделены их специфические типы, клиническая картина которых определялась симптомами, касающимися нарушений, прежде всего эмоционального и волевого круга. Необходимо отметить, что формирование ПС было достаточно быстрым (в течение года). Отмечалось влияние характера психотравмирующей ситуации на формирование различных типов ПС. Выделены взаимосвязи между типами ПС и ведущими синдромами в структуре агорафобии: при тревожно-фобическом синдроме чаще отмечались тревожно-фобический и тревожно-аффективный типы ПС, при аффективном синдроме преобладал тревожно-аффективный тип ПС, при тревожно-депрессивном синдроме преобладали тревожно-аффективный и тревожно-обсессивный типы ПС. Среди стратегий разрешения конфликтных ситуаций для больных агорафобией с ПС было характерно: - преобладание фиксации на самозащите; - разрешение фрустрирующих ситуаций осуществлялось путем активного требования помощи от окружающих. Среди факторов психической травматизации были выражены: - страх одиночества; - страх собственной болезни; - тревога за будущее; - конфликтное отношение к себе.

Эти данные целесообразно учитывать при диагностике и терапии агорафобии.

*С. П. Колядко*

## **РОЛЬ ПАРОКСИЗМАЛЬНИХ СТАНІВ В СТРУКТУРІ АГОРАФОБІИ**

Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України

В процесі комплексного дослідження хворих на агорафобію невротичного генезу були виділені основні типи пароксизмальних станів (ПС), які визначали особливості клінічної картини даного невротичного розладу. Вивчені патопсихологічні особливості хворих на агорафобію з пароксизмальними станами. Зроблений висновок про необхідність враховувати отримані результати при розробці терапевтичної тактики ведення даної категорії хворих. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2006. — № 1 (16). — С. 62-66).

*S. Kolyadko*

## **ROLE OF THE PAROXYSMAL STATES IN THE STRUCTURE OF AGORAPHOBIA**

Institute of neurology, psychiatry and narcology of AMS Ukraine

In the process of complex research of patients with agoraphobia the bases types of the paroxysmal states PS were selected. PS were determined the features of clinical picture that neurotic disorder. The pathopsychological features of patients with agoraphobia with the PS are studied. A conclusion about a necessity to take into consideration at elaborate methods therapy that patients were made. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 62-66).

## Литература

1. Марута Н. А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах – Харьков: АРСИС, 2000. – 160 с.
2. Дюкова Г. М., Алиева Х. Г., Хаспекова Н. Б. Пароксизмальные состояния при неврозах// Ж. Невропатологии и психиатрии Т. 89, - В. 11. - 1989. - С. 12 – 17.
3. Буртянский Д. Л. Особенности патоморфоза невротических состояний, развивающихся в связи с вегетативно-сосудистыми дистониями //Сб. Неврология и психиатрия 1986. - Вып.15.- С. 122 – 126.
4. Вейн А. М. Панические атаки// Международный медицинский журнал. – 1997.- № 3. - С. 75 –79.
5. Дюкова Г. М., Алиева Х. Г., Хаспекова Н. Б. Пароксизмальные состояния при неврозах// Ж.Невропатологии и психиатрии 1989. - Т. 89. - В. 11. - С. 12 – 17.
6. Вейн А. М., Дюкова Г. М., Попова О. П. Психотерапия в лечении вегетативных кризов (панических атак) и психофизиологические корреляты ее эффективности// Ж. Социальной и клинической психиатрии, 1993. - В. 4. - Т. 3. - С. 98 – 109
7. Колядко С. П. Деякі особливості пароксизмальних станів у клініці невротичних розладів// Нові технології в медицині. Матеріали підсумкової наукової конференції молодих учених ХМАПО. Х.-2002. – С.26
8. Марута Н. О., Колядко С. П. «Карта – опитувальник психічних симптомів при пароксизмальних станах в клініці невротичних розладів»/Авторське свідоцтво № 13945 від 22.08.05
9. Римская Р., Римский С./ Практическая психология в тестах. – М., 1997. – 393 с.

Поступила в редакцию 11.05.2006