

УДК 616.89-008.441.1

*А.Ю. Васильева***СОЦИАЛЬНЫЕ ФОБИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Донецкий государственный медицинский университет, Украина

Ключевые слова: социальные фобии, социально-демографические особенности, амбулаторная общесоматическая практика

Тревожно-фобические расстройства относятся к наиболее распространенным нарушениям. В последнее время наблюдается повышенный интерес исследователей к проблеме социальных фобий. Впервые термин «социальная фобия» предложил в 1966 году J.M. Marks как один из вариантов тревожных расстройств. Данные о распространенности этих расстройств среди населения варьируют от 3-5% [1] до 16% [2]. В поле зрения психиатров эти пациенты попадают сравнительно редко. По данным E. Weiller, 1996, только 5% пациентов с социальными фобиями пользуются специализированной помощью. Среди не охваченных лечебными мероприятиями, считает Katsching H., 1996, преобладают лица с подпороговыми социальными фобиями, не влияющими существенно на повседневную активность. Начавшись в раннем возрасте (до 95% случаев возникновения социальных фобий приходится на возрастной период до двадцати лет) и, будучи не леченым, это заболевание может продолжаться в течение всей оставшейся жизни больного [3]. Социальные фобии обнаруживаются в различных культурных средах. В некоторых популяционных исследованиях [4] была установлена более высокая распространенность их среди женщин, чем среди мужчин. Однако в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 социальная фобия одинаково часто встречается среди мужчин и женщин. Вероятно, что мужчины чаще, чем женщины, прибегают к выработке «компенсаторных стратегий» [5].

В основе социальных фобий лежит страх оказаться объектом внимания, сопровождающийся опасением негативной оценки окружающими, приводящий к избеганию социальных ситуаций.

Люди, страдающие социальной фобией, озабочены мыслью, что за ними критически наблюдают, хотя и осознают, что мысль эта беспочвенна [6,7,8]. Такое состояние у пациентов начинает развиваться в возрасте между 17 и 30 годами [9]. Этиология социальной фобии недостаточно понятна. Большинство социальных фобий начинается с внезапного приступа тревоги при обстоятельствах, сходных с теми, которые становятся раздражителями для фобии. Последующее развитие фобических симптомов происходит вследствие сочетания двух факторов: выработки условного рефлекса и патологических особенностей мышления. Главная особенность мышления, способствующая формированию социальных фобий, обозначается как «страх негативной оценки» – чрезмерная тревога по поводу возможной критики со стороны других людей [10]. Предшествует такое мышление расстройству или развивается вместе с ним – неизвестно, но в любом случае, оно усугубляет и поддерживает фобическую тревогу [11].

Страдающие фобическими расстройствами лица далеко не всегда обращаются за специализированной психиатрической или психотерапевтической помощью, что приводит к тяжелым расстройствам с затяжным течением, которые в дальнейшем вызывают значительные трудности при курации психиатрами [6].

Целью настоящей работы являлось изучение изолированных социальных фобий среди пациентов территориальной поликлиники промышленного города, никогда ранее не обращавшихся за психиатрической или психотерапевтической помощью.

Материал и методы исследования

Методом случайной выборки были исследованы 1000 взрослых пациентов общесоматической поликлиники. Исследование проводилось путем опроса респондентов врачом-психиатром с заполнением специально разработанных для

этой цели эпидемиологических карт. Для оценки клинической картины использовались диагностические критерии Международной классификации болезней 10-го пересмотра, степень выраженности фобического расстройства опреде-

лялась с помощью стандартизированной оценочной шкалы – Шкала социальных фобий Liebowitz [2], уровень тревожности оценивался с помощью методики Спилберга.

У 163 пациентов (16,9%) были выявлены социальные фобии. Из них, 43 пациента (26,4%) обратились в территориальную поликлинику по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, ВСД), 50 пациентов (30,7%) — по поводу заболеваний желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, хронический гастроэнтерит, хронический холецистит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки,

хронический колит), 18 пациентов (11,0%) — по поводу заболеваний дыхательной системы (хронический бронхит; ОРЗ или ОРВИ и грипп не учитывались), 15 пациентов (6,2%) — по поводу нефрологической патологии (хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь, мочекаменный диатез), 18 пациентов (11,0%) по поводу эндокринной патологии (сахарный диабет, тиреотоксикоз). К моменту обращения пациентов в поликлинику длительность соматических заболеваний составляла до 1 года у 7 человек (4,9%), от 1 года до 5 лет — у 30 пациентов (20,8%), от 5 до 10 лет — у 26 пациентов (18,1%), свыше 10 лет — у 21 пациента (14,6%).

Результаты исследований и их обсуждение

Фобические расстройства были выявлены у 163 пациентов из 1000 обследованных (16,3%): 30 мужчин (18,4%) и 133 женщины (81,6%). В возрасте до 20 лет социальные фобии встречались у 27 пациентов (16,6%), от 20 до 39 лет — у 70 пациентов (43,0%), от 40 до 59 — у 66 пациентов (40,4%). Чаще они выявлялись у лиц со средним образованием (109 пациентов, 66,9%), 52 пациентов (31,9%) имели высшее и 2 пациента (1,2%) — начальное образование.

Синдром социальной фобии диагностировался при выявлении следующих признаков: наличие выраженного или устойчивого страха, связанного с одной или несколькими социальными ситуациями, при которых человек находится в обществе незнакомых людей или под пристальным вниманием со стороны окружающих; понимание неразумности своего страха, избегание ситуаций, вызывающих страх или наличие выраженной тревоги при невозможности избежать ситуации.

Анализ распространенности социальных фобий в зависимости от вредностей, связанных с профессиональной деятельностью пациентов, позволил получить следующие результаты: 78 пациентов (47,8%) указали на наличие нервно-эмоциональных перегрузок, 36 пациентов (22,8%) — недостаточность физической активности, 31 пациент (19,0%) — физические перегрузки и 18 пациентов (11,0%) отметили отсутствие каких-либо вредностей на производстве.

Чаще фобии обнаруживались у пациентов, удовлетворенных своим материальным положением (102 пациента — 62,6%).

Большинство пациентов с фобическими расстройствами (111 человек — 68,1%) описывают семейные взаимоотношения спокойными и доброжелательными, у 43 пациентов (26,4%) периодически в семье возникают конфликтные си-

туации, у 9 (5,5%) — взаимоотношения в семье спокойные, холодно-формальные.

По уровню тревожности пациенты распределились следующим образом: у 14 пациентов (8,6%) выявлен низкий уровень реактивной тревожности, у 89 (54,6%) — средний уровень и у 60 (36,8%) — высокий уровень реактивной тревожности. Показатели личностной тревожности этого контингента были такими: низкий уровень выявлен у 4 пациентов (2,5%), средний — у 59 пациентов (36,2%) и высокий уровень — у 100 пациентов (61,3%).

Наиболее часто встречающейся ситуацией, в которой пациенты общесоматической поликлиники отмечали наличие сильно выраженного страха, — ситуация «выступать на собрании без предварительной подготовки» (73 случая — 44,8%), в 54 случаях (33,1%) пациенты отметили ситуацию «пытаться познакомиться с кем-то с целью сексуальных или романтических отношений», в 47 случаях (28,8%) — ситуацию «выполнять какие-либо действия или говорить перед аудиторией», в 31 случае (19,0%) — ситуацию «выступать с подготовленной речью», ситуацию «быть в центре внимания» пациенты отметили в 22 случаях (13,4%).

В зависимости от интенсивности клинических проявлений были выделены две группы фобических расстройств: I группа — нерезко выраженные фобии и II группа — умеренно выраженные фобии.

Фобии, отнесенные к первой группе, диагностировались в случаях, если общая сумма баллов по шкале Liebowitz попадала в диапазон от 25 до 48 баллов. Чувство смутного беспокойства возникает лишь временами, чаще при попадании пациентов в конкретную субъективно значимую ситуацию. Проявляет-

ся незначительным тремором рук, потливостью, сухостью во рту; при этом поза и движения остаются внешне спокойными, но временами изменяется мимика, появляется подвижный беспокойный взгляд, речь становится несколько сбивчивой, с обмолвками, запинками или излишней детализацией. При этом сохраняется критическое отношение к тревожному настроению, которое оценивается как «внутренний дискомфорт» и часто успешно подавляется. Целесообразная деятельность чаще не нарушается.

Пациенты, отнесенные к группе умеренно выраженных фобических расстройств, при по-

падании в ситуацию, где они становились объектом внимания окружающих, испытывали выраженное внутреннее беспокойство, проявляющееся тремором рук, ощущением перебоев в работе сердца, дрожью, потливостью, сухостью во рту, тошнотой, чувством жара, холода, императивными позывами к мочеиспусканию или дефекации. Пациенты были озабочены мыслью о том, что за ними критически наблюдают, опасались негативной оценки своей деятельности со стороны окружающих, активно избегали социальные ситуации. Общая сумма баллов по шкале Liebowitz соответствовала диапазону от 49 до 72 баллов.

Таблица 1

Сравнительная характеристика социально-демографических показателей в зависимости от пола в группе пациентов с нерезко выраженными фобиями

Социально-демографические показатели	Мужчины		Женщины	
	Абс.	Отн. %	Абс.	Отн. %
Возраст:				
- до 20 лет	6	27,3%	13	12,2%
- 20-40 лет	11	50,0%	46	42,9%
- 40-59 лет	5	22,7%	48	44,9%
Образование:				
- начальное	0		1	0,9%
- среднее	15	68,2%	71	66,3%
- высшее	7	31,8%	35	32,7%
Стаж работы:				
- до 10 лет	11	50,0%	35	32,7%
- 10-20 лет	2	9,1%	26	24,3%
- 20-30 лет	3	13,6%	27	25,3%
- свыше 30 лет	2	9,1%	16	14,9%
- нет стажа работы	4	18,2%	3	2,8%
Вредности на производстве:				
- нервно-эмоциональные перегрузки	8	36,4%	56	52,3%
- физические перегрузки	7	40,8%	19	17,8%
- недостаточность физической активности	5	22,7%	21	19,6%
- отсутствие вредностей	2	9,1%	11	10,3%
Материальное положение:				
- удовлетворительное	14	63,6%	65	60,7%
- неудовлетворительное	8	36,4%	42	39,3%
Взаимоотношения в семье:				
- доброжелательные	12	54,5%	78	72,9%
- конфликтные	10	45,5%	29	27,1%
Сопутствующая соматическая патология:				
- ССС	8		24	22,4%
- ЖКТ	1	36,4%	37	34,6%
- ДС	0	4,5%	12	11,2%
- нефрологическая	1		10	9,3%
- эндокринная	0	4,5%	16	14,9%
Длительность соматического заболевания:				
- до 1 года	0		5	4,7%
- 1-5 лет	6	27,3%	17	15,9%
- 5-10 лет	4	18,2%	15	14,0%
- свыше 10 лет	2	9,1%	15	14,0%

Нерезко выраженные фобии обнаружены у 129 пациентов (77,3%), большинство из которых составили женщины (82,9%). Чаще фобические расстройства выявлялись в возрасте от 20 до 39 лет. Обнаружены определенные зависимости развития этого вида патологии от уровня образования, стажа работы и профессиональных вредностей: расстройства чаще обнаруживались у пациентов, имевших среднее и средне специальное образование, которые по роду своей деятельности часто подвергались

нервно-эмоциональным перегрузкам, а стаж работы составлял до 10 лет. Пациенты были удовлетворены своим материальным положением, взаимоотношения в семьях были спокойными, доброжелательными. Многие пациенты имели сопутствующую соматическую патологию (наиболее часто встречалась патология желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы). Длительность соматического заболевания в большинстве случаев составляла от 1 года до 5 лет.

Таблица 2

Сравнительная характеристика социально-демографических показателей в зависимости от пола в группе пациентов с умеренно выраженными фобиями

Социально-демографические показатели	Мужчины		Женщины	
	Абс.	Отн. %	Абс.	Отн. %
Возраст:				
- до 20 лет	1	12,5%	7	26,9%
- 20-- 40 лет	4	50,0%	9	34,6%
- 40-- 59 лет	3	37,5%	10	38,5%
Образование:				
- начальное	0		1	3,8%
- среднее	5	72,5%	18	69,3%
- высшее	3	27,5%	7	26,9%
Стаж работы:				
- до 10 лет	4	50,0%	4	15,4%
- 10-20 лет	0		3	11,5%
- 20-30 лет	1	12,5%	8	30,8%
- свыше 30 лет	2	25,0%	8	30,8%
- нет стажа работы	1	12,5%	3	11,5%
Вредности на производстве:				
- нервно-эмоциональные перегрузки	3	37,5%	11	43,3%
- физические перегрузки	1	12,5%	4	15,4%
- недостаточность физической активности	3	37,5%	7	26,9%
- отсутствие вредностей	1	12,5%	4	15,4%
Материальное положение:				
- удовлетворительное	5	72,5%	18	69,2%
- неудовлетворительное	3	37,5%	8	30,8%
Взаимоотношения в семье:				
- доброжелательные	4	50,0%	17	65,4%
- конфликтные	4	50,0%	9	34,6%
Сопутствующая соматическая патология:				
- ССС	3	37,5%	8	30,8%
- ЖКТ	4	50,0%	8	30,8%
- ДС	2	50,0%	4	15,4%
- нефрологическая	1	12,5%	3	11,5%
- эндокринная	0	-	2	7,7%
Длительность соматического заболевания:				
- до 1 года	0	-	2	7,7%
- 1-5 лет	3	37,5%	4	15,4%
- 5-10 лет	2	25,0%	5	19,2%
- свыше 10 лет	1	12,5%	3	11,5%

Умеренно выраженные фобии были выявлены у 34 пациентов (20,9%), у 26 женщин (76,5%) и 8 мужчин (23,5%). Большинство пациентов этой группы были в возрасте от 40 до 59 лет, имели среднее и средне специальное образование, стаж работы превышал 30 лет, а профессиональная деятельность была связана с чрезмерным нервно-эмоциональным напряжением. Большинство пациентов были удовлетворены материальным положением и описывали семейные взаимоотношения благополучными. Все пациенты этой группы страдали хронической соматической патологией, среди которой преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы, длительностью от 5 до 10 лет.

Определение уровня тревожности выявило определенные тенденции: у пациентов с нерезко выраженными фобиями показатели реактивной тревожности колебались в диапазоне средних значений, в то время как у пациентов с умеренно выраженными фобиями показатели реактивной тревожности были высокими. У пациентов обеих групп определялся высокий уровень личностной тревожности. Эти результаты были подтверждены клинически: в группе нерезко выраженных фобических расстройств пациенты жаловались, что очень часто испытывают «внутренний дискомфорт по малейшему поводу, неадекватное ситуации волнение». Пациенты с умеренно выраженными фобиями указывали, что тревожное настроение носит постоянный характер, оценивали свое состояние как «внутреннее беспокойство» или «напряжение», «стеснение». Почти постоянными были мысли об опасности, угрожающей обстановке, тревожных событиях, ожидающихся в недалеком будущем.

В таблицах 1 и 2 представлены сравнительные данные социально-демографических показателей пациентов, страдающих фобиями различной степени выраженности в зависимости от пола.

В группе пациентов с нерезко выраженными фобическими расстройствами были выявлены следующие особенности: в возрастных группах «до 20 лет» и «от 20 до 39 лет» чаще фобическими расстройствами страдали мужчины, а в возрастной группе от 40 до 59 лет — женщины. Фобические расстройства практически одинаково часто встречались и у мужчин, и у женщин, имевших среднее и средне специальное образование и до 10 лет стажа работы. Большинство мужчин, страдающих фобическими расстройствами из производственных вредностей отмечали частые физические перегрузки, в то время как жен-

щины делали акцент на нервно-эмоциональных. Большинство и мужчин, и женщин были удовлетворены своим материальным положением, семейные взаимоотношения описывали спокойными, доброжелательными.

Большинство мужчин этой группы страдали заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в то время как женщины чаще обращались к врачам-интернистам по поводу заболеваний желудочно-кишечного тракта, причем длительность заболеваний и у мужчин, и у женщин не превышала 5 лет.

Анализ социально-демографических характеристики пациентов с умеренно-выраженными фобическими расстройствами показал, что в возрастных группах «до 20 лет» и «40-59 лет» чаще страдают женщины, а в группе «20-39 лет» эти расстройства чаще выявлялись у мужчин.

Большинство и мужчин, и женщин имели среднее и средне специальное образование. Мужчины чаще имели до 10 лет стажа работы, в то время как женщины — более 20 лет.

Большая часть мужчин с умеренно выраженными фобиями из производственных вредностей отметили и нервно-эмоциональные перегрузки, и недостаточность двигательной активности, а у женщин на производстве преобладали нервно-эмоциональные перегрузки. И мужчины, и женщины были удовлетворены своим материальным положением. Большинство женщин свои внутрисемейные взаимоотношения описывали благополучными, в отличие от мужчин, у которых чаще в семье возникали конфликтные ситуации. Мужчины чаще страдали заболеваниями желудочно-кишечного тракта и дыхательной системы, а женщины были более подвержены заболеваниям сердечно-сосудистой системы. Причем у женщин длительность соматической патологии была дольше (5-10 лет), мужчины же страдали соматической патологией до 5 лет.

Таким образом, полученные предварительные данные о распространенности, клинических проявлениях и степени тяжести социальных фобий у лиц, обращающихся по поводу различных соматических заболеваний в территориальную поликлинику свидетельствует о необходимости комплексной (многоосевой в понимании составителей МКБ-10) оценки состояния здоровья пациентов. Участие эмоционального фактора, сопровождающего хронические соматические заболевания, является основанием для проведения этому контингенту больных психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий.

СОЦІАЛЬНІ ФОБІЇ В АМБУЛАТОРНОЇ ЗАГАЛЬНОСОМАТИЧНОЇ ПРАКТИЦІ

Донецький державний медичний університет, Україна

У роботі представлені попередні результати клініко-епідеміологічного дослідження пацієнтів загальносоматичної поліклініки. Були обстежені 1000 дорослих пацієнтів, котрі ніколи раніше не зверталися за психотерапевтичною чи психіатричною допомогою. У 16,3% пацієнтів були виявлені соціальні фобії різного ступеня виразності. Установлено деякі залежності поширеності соціальних фобій від статевих, вікових і соціальних характеристик обстежених. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 37-42)

A. Yu. Vasilyeva

SOCIAL PHOBIAS IN OUT-PATIENT SOMATIC PRACTICE

Donetsk state medical university, Ukraine

In activity the preliminary outcomes of clinical and epidemiological research of the patients of somatic polyclinic are submitted. 1000 adult patients never earlier addressed for psychotherapeutic or the psychiatric help were inspected. For 16,3 % of the patients the social phobias of a different degree of manifestation were detected. Some relations of abundance of social phobias from social characteristics of the inspected faces are established. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 37-42)

Литература

1. Каплан Г.И., Седок Б.Дж. Клиническая психиатрия. – М: Медицина, 1994. – С. 391-400
2. Коста Дэ Сильва Ж.А., Ангст Й., Дэвисон Дж., Келлер М., Лепэн Ж.-П., Либовиц М., Лопес-Ибор Х.Х., Прист Р., Сигель Дж., Монтгомери С.А. Социальная фобия. – 1999. – 52 с.
3. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. – М., 1997. – 1 т. – С. 139-140
4. Чуркин А.А., Касимова Л.Н. Распространенность тревожных и фобических расстройств в популяции крупного промышленного города. // Российский психиатрический журнал. – М., 2000. – № 3. – С.14-21
5. Шейдер Р. Психиатрия. С.-П., 1998. – С. – 365
6. Amies, P.L., Gelder, M.G, and Shaw, P.M. Social phobia: a comparative clinical study // British Journal of Psychiatry, 1983. – № 142, p. 174-179
7. Gorman J.M., Liebowitz M.R., Fyer A.J. Treatment of social phobia with atenolol // J. Clin. Psychopharm., 1985. - № 5. - 298 p.
8. Liebowitz, M.R., Gorman, J.M., Fyer, A.J., and Klein, D.F. Social phobia: review of neglected anxiety disorder // Archives of General Psychiatry, 1985. - № 42. - P. 729-736
9. Beck, A.T., Emery, G., Greenberg, R. Anxiety disorders and phobias. – New York: Basic books. – 1985. – 207 p.
10. Eaton W.W. Progress in the epidemiology of anxiety disorders. Epidemiol Rew. – 1995. - № 17. – P. 32-33.
11. Regier D.A., Burke J.D., Burke K.C.// Comorbidity of mood and anxiety disorders/ Eds. Maser J.D., Cloninger C.R. – Washington DC, 1990. – P. 113-122.
12. Reich, J. The epidemiology of anxiety // J. Nerv. Ment. Dis. – 1986. – Vol.174: P.129-136.
13. Rapee R.M., Barlow D.H. (eds.). Chronic anxiety. – New York, 1991. –148 p.
14. Van Ameringen, M., Mancini, C., Streiner, D.L. Fluoxetine efficacy in social phobia // J. Clin. Psychiatry. –1993.- № 54. – P. 27-32.

Поступила в редакцию 14.06.2002г.