

**В.Д. МЕНДЕЛЕВИЧ, А.А. АТАМАНОВ**

УДК 616.89

Казанский государственный медицинский университет

Анксиопатия и деморализация как специфические механизмы психологической защиты в рамках генерализованного тревожного и панического расстройств и их психопрофилактика

Менделевич Владимир Давыдовичдоктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой медицинской и общей психологии
420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49, тел. (843) 236-96-69, e-mail: vl_mendelevich@mail.ru

На примере 204 случаев генерализованного тревожного и 189 случаев панического расстройств было показано, что хроническое течение этих тревожных расстройств было невозможно без присутствия акцентированных демонстративных черт (по К. Леонгарду) в характере больных. Именно эти черты способствовали формированию стойких специфических механизмов психологической защиты, получивших названия анксиопатии при генерализованных тревожных расстройствах (ГТР) и деморализации при панических расстройствах (ПР). В статье дано концептуальное описание анксиопатии и деморализации, предложены пути психопрофилактики формирования, развития и декомпенсации этих защитных механизмов.

Ключевые слова: генерализованное тревожное расстройство, паническое расстройство, механизмы психологической защиты.

V.D. MENDELEVICH, A.A. ATAMANOV

Kazan State Medical University

Anxiopathy and demoralization as specific mechanisms of psychological defense within generalized anxiety and panic disorders and their psychoprophylaxis

On the example of 204 cases of generalized anxiety and 189 cases of panic disorders has been shown that these chronic anxiety disorders have been impossible without the presence of accented demonstrative features (by K. Leonhard) in the nature of the patients. It is these features contributed to the formation of persistent specific defense mechanisms, known as anxiopathy with generalized anxiety disorder (GAD) and panic disorder in demoralization (PR). In this paper we give a conceptual description anxiopathy and demoralization, the ways psychoprophylaxis formation, development and decompensation of these protective mechanisms.

Keywords: generalized anxiety disorder, panic disorder, defense mechanisms.

Тревожные реакции преимущественно проявляются в инициальной стадии большинства невротических расстройств [1]. Стойкие моносимптомные тревожные состояния с медленной

клинической динамикой являются относительной редкостью. В связи с этим генерализованное тревожное расстройство (ГТР), так же как и хронически текущее паническое расстройство

во (ПР), зачастую побуждает клиницистов считать их «масками» более грубых психопатологических синдромов [2]. Вместе с тем многие невротические расстройства способны длительно протекать амбулаторно, поскольку больные «приспосабливаются» к ним, изредка обращаясь за амбулаторной помощью и избегая госпитализации в стационар [3]. D. Sheehan [4] называет ПР «хроническим заболеванием, редко завершающимся без врачебного вмешательства». Условия хронического течения ГТР и ПР остаются недостаточно изученными. Описана их способность к самоактуализации [5], социальной субадаптации [6], самокомпенсации в виде спонтанных ремиссий [7]. Важной является роль механизмов психологической защиты, но они описаны в рамках психодинамических, а не клинических концепций. Концепция неврозогенеза В.Д. Менделевича [8] не исключает значения специфических механизмов психологической защиты, способствующих хронизации ряда невротических расстройств.

Цель настоящей работы — изучить роль специфических механизмов психологической защиты в формировании хронически текущих ГТР и ПР и определить меры первичной, вторичной и третичной профилактики.

Материалы и методы

Были обследованы 393 больных тревожными расстройствами. Из них 204 больных с диагнозом генерализованное тревожное расстройство в критериях МКБ-10 (ГТР). Женщины составили 62,7% от числа больных ГТР. Средний возраст больных ГТР — $35 \pm 11,5$ года. С диагнозом паническое расстройство в критериях МКБ-10 (ПР) обследованы 189 больных, из них 60,8% — женщины; средний возраст — $32,8 \pm 11,5$ года. В соответствии с целью исследования были разработаны нешкальные диагностические опросники, включавшие критерии ГТР и ПР, DSM-IV-TR, получившие условные названия «клинический опросник непрерывной тревоги» (КОНТ) и «клинический опросник пароксизмальной тревоги» (КОПТ). Оценивалась выраженность аффективных, когнитивных, вегетативных, моторных и поведенческих симптомов ГТР и ПР, а также суммарный балл КОНТ или КОПТ. Клинико-психологическое исследование включало шкалу тревожности Ч.Д. Спилбергера — Ю.В. Ханина, шкалу тревожности Д.В. Шихана, опросник самооотношения С.Р. Пантелеева (МИС) и характерологический опросник К. Леонгарда. Антиципационная способность оценивалась при помощи теста антиципационной состоятельности В.Д. Менделевича (ТАС). Комплексная оценка проводилась до и после терапии тревожных расстройств. Математическая обработка результатов исследования проводилась с помощью статистического пакета SPSS v. 13 и пакета MS Excel win XP-pro. Характер связи между переменными изучался при помощи непараметрического теста ассоциации Хи-квадрат Пирсона, а также корреляций — в виде факторного анализа. Факторный анализ включал анализ компонентов и анализ скрытых влияний. В статье приведены результаты анализа скрытых влияний. Результаты терапии сравнивались при помощи непараметрического критерия Манна — Уитни.

Результаты исследования

Сравнение факторных моделей ГТР и ПР позволило выявить ряд существенных закономерностей, определявших формирование специфических для каждого из расстройств защитных механизмов.

Как следует из таблицы 1, существенно различались при ГТР и ПР вторые факторы факторной модели. Вместе с тем характер внутренней картины ГТР и ПР также был различен. Напротив, спектр матримониальных нарушений и характер

Таблица 1.

Факторы факторных моделей ГТР и ПР

	ГТР	ПР
Фактор 1	Внутренней картины ГТР	Внутренней картины ПР
Фактор 2	Нарушений в преморбиде	Самоотношения
Фактор 3	Матримониальных нарушений	Матримониальных нарушений
Фактор 4	Наследственно-семейный	Наследственно-семейный

наследственно-семейной почвы при обоих тревожных расстройствах был одинаков.

Фактор 1 «Внутренней картины ГТР» составили положительно коррелировавшие с фактором тревожность по Д.В. Шихану 0,820; вегетативный компонент ГТР по КОНТ 0,664; характер врачебного наблюдения 0,642; педантичность по К. Леонгарду 0,603; длительность расстройства 0,601; самообвинение МИС 0,571. Также в него вошли отрицательно коррелировавшие с фактором экзальтированность по К. Леонгарду -0,851; демонстративность по К. Леонгарду -0,84; самопривязанность МИС -0,769; саморуководство МИС -0,76; самоуверенность МИС -0,689; самооценку МИС -0,672; самопринятие МИС -0,672. В целом по мере увеличения длительности расстройства и выраженности вегетативных нарушений в структуре ГТР становились выше самооценки уровня тревожности по Д.В. Шихану и вовлеченность терапевтической стратегии — в большей степени проявлялись педантичные черты характера и повышался уровень самообвинения. Напротив, при послаблении симптоматики расстройства усиливались проявления демонстративных и экзальтированных черт в характерах больных, сочетавшихся с преимущественно нарциссическими тенденциями самооотношения.

Фактор 1 «внутренней картины ПР» составили отрицательно коррелировавшие с ним педантичность по К. Леонгарду -0,812 и самообвинение МИС -0,719. Также в него входили положительно коррелировавшие с фактором неуравновешенность по К. Леонгарду 0,78; тревожность по Д.В. Шихану 0,749; аффективный 0,672 и когнитивный 0,646 компоненты ПР по КОПТ; демонстративность по К. Леонгарду 0,616; вегетативный компонент ПР по КОПТ (0,598) и характер врачебного наблюдения 0,581. В целом при послаблении симптоматики ПР у больных усиливались педантичные черты характера и уровень самообвинения. Напротив, при усилении аффективной, когнитивной и вегетативной симптоматики панического расстройства и росте самооценки тревожности по Д.В. Шихану, у больных отчетливо проявлялись неуравновешенные и демонстративные черты характера.

Сравнение внутренних картин ГТР и ПР в первую очередь обнаружило, что педантичные черты характера и самообвинение были максимальны на высоте клинических проявлений ГТР и при послаблении актуальной симптоматики ПР. Напротив, демонстративные и экзальтированные черты больных проявлялись при послаблении ГТР, а неуравновешенные и демонстративные черты характера больных — в обострении ПР. Другими словами, больные ГТР и ПР имели разнонаправленные характерологические особенности. Ведущий фактор ГТР положительно коррелировал с выраженностью исключительно вегетативных нарушений в структуре текущего обострения; напротив, внутренняя картина ПР включала в себя и панический аффект, и панический стиль мышления, и вегетативные



проявления. Также для внутренней картины ПР оказалась не существенной длительность расстройства. Самоотношение больных становилось нарциссичным при послаблении ГТР, и являлось неотъемлемой частью внутренней картины расстройства. У больных ПР характеристики самоотношения составили отдельный фактор.

Фактор 2 «нарушений в преморбиде ГТР» составили положительно коррелировавшие с ним количество профессиональных нарушений 0,86; качество профессиональных нарушений 0,857; количество медицинских вредностей в преморбиде 0,555; а также отрицательно коррелировавший с фактором профессиональный статус -0,680. В целом, у лиц с множественными и грубыми нарушениями в профессиональной сфере и большим количеством психо— и соматогений в преморбиде расстройства, был более низкий профессиональный статус — в полном соответствии с известными литературными данными. Также можно утверждать, что при послаблении симптоматики ГТР профессиональный статус больных повышался.

Фактор 2 «самоотношения больных ПР» составили исключительно шкалы МИС: положительно коррелировавшие с фактором самопривязанность (СПВ-МИС) 0,738; самоуверенность (СУ-МИС) 0,678; закрытость (З-МИС) 0,659; самопринятие (СПН-МИС) 0,588; саморуководство (СР-МИС) 0,585 и отрицательно коррелировавшая самооценочность (СЦ-МИС) -0,635. В целом такое самоотношение можно назвать нарциссическим, и оно проявлялось в обострении панического расстройства. Напротив, при послаблении панической симптоматики представления больных о ценности собственной личности становились лучше — в полном соответствии с известным в специальной литературе «паттерном малоценности», свойственным больным ПР.

Сравнение фактора 2 факторных моделей ГТР и ПР показало, что для ГТР была значима связь с профессиональными нарушениями. Для ПР нарциссическое самоотношение больных имело самостоятельное, но не первостепенное значение, и в отличие от больных ГТР, проявлялось на высоте расстройства.

Фактор 3 ГТР «матримониальный»: качество матримониальных нарушений 0,893; количество матримониальных нарушений 0,892; матримониальный статус 0,703. Фактор 3 ПР «матримониальный»: качество нарушений в матримониальной сфере 0,876; количество нарушений в матримониальной сфере 0,846; матримониальный статус 0,787. Больные ГТР и ПР имели идентичный спектр матримониальных проблем; их браки распадались с ростом продолжительности тревожных расстройств.

Фактор 4 ГТР «наследственно-семейный»: количество наследственных признаков 0,888; качество наследственных признаков 0,849; модель воспитания 0,816. Фактор 4 ПР «наследственно-семейный»: количество наследственных признаков 0,896, качество наследственных признаков 0,832; модель воспитания 0,704. Больные ГТР и ПР происходили из сходных семей со сходной «невротической наследственной отягощенностью», и получали сходное гиперопекающее воспитание.

В целом, факторные модели расстройств выявили, что при одинаковом «жизненном старте» невротизированных личностей с нарциссическим самоотношением, формирование ГТР или ПР зависело в первую очередь от их характерологических особенностей. Клиническое наблюдение показало, что максимальную продолжительность и ГТР, и ПР получили у лиц с демонстративной акцентуацией характера.

Антиципационные и психосемантические особенности больных ГТР и ПР также выявили ряд специфических различий между синдромами. Если антиципационная способность

у больных ГТР определялась на низком пограничном уровне, достаточном для социальной субадаптации, то антиципационная способность больных ПР была крайне низкой, не способствовавшей социальной адаптации. Психосемантические особенности показали, что больные ГТР в своей речевой продукции были способны различать коннотативный смысл понятий «страх», «тревога» и «паника»; в то время как больные ПР были погружены в денотатив, практически не имели способности к овладению коннотативным смыслом указанных понятий. Анализ денотативных характеристик понятий «тревога» и «паника» выявил интересные взаимоотношения больных с феноменом гетероагрессии. Так, больные ГТР были способны выдерживать гетероагрессию, направленную на них самих, но не были способны проявлять ее по отношению к окружающим даже в угрожающих ситуациях. Больные ПР не были способны ни выдерживать, ни проявлять гетероагрессию.

Совокупность клинических, клинико-психологических и психосемантических данных позволила выявить и клинически описать характер подлежащих ГТР и ПР защитных механизмов. Специфический механизм психологической защиты, подлежавший ГТР, получил название анксиопатии. Специфический механизм психологической защиты, подлежавший ПР, получил название деморализации. Анксиопатия являлась вариантом концептуализации, а деморализация — вариантом обесценивания (по Ф.Б. Березину, 1988).

Анксиопатия представляла собой самопричиненное и саморегулируемое тревожное состояние, способствовавшее стабилизации ГТР с формированием стойкой социальной субадаптации. Анксиопатия имела внутреннюю динамику развития, зависевшую от взаимодействия защитных возможностей личности и патогенетических аспектов ГТР. Исторически анксиопатия была наиболее близка тревоге-как-возможности С. Кьеркегора. В качестве клинико-психологического маркера анксиопатии неожиданно выступила в нашем исследовании личностная тревожность по Ч.Д. Спилбергеру — Ю.В. Ханину, которая оказалась крайне мало ассоциированной с другими переменными ассоциативной модели ГТР. Было обнаружено, что анксиопатия регулировала проявления патологической тревоги, способствуя ее соматизации. Защитный механизм, в силу своей простоты и невротической целесообразности, обеспечивал больным длительную, свыше 15 лет, социальную субадаптацию. У лиц с большей длительностью расстройства компенсаторная способность анксиопатии снижалась. Было выявлено, что на протяжении всего своего существования анксиопатия имела контр-терапевтическую направленность. Позволяя больным определенную реализацию болезненно нарциссических тенденций, анксиопатия предлагала им удобную «защиту от безумия» (под которым больные обычно понимали обсессивно-компульсивную симптоматику) путем соматизации тревожного напряжения. В результате больные длительно избегали систематического лечения, удерживая напряжение тревожного аффекта, содержание тревожных опасений и вегетативную лабильность на «удобном» для них уровне. При превышении вегетативной (соматизированной) тревогой компенсаторных возможностей анксиопатии, больные обращались либо в амбулаторную терапевтическую сеть с соматическими жалобами, либо краткосрочно и неполно «подлечивались» у психотерапевта с целью снижения выраженности вегетативной симптоматики ГТР до приемлемого уровня. Не случайно, что именно вегетативный компонент ГТР по КОИТ входил в ведущий фактор факторной модели расстройства: остальные компоненты патологической тревоги успешно компенсировались посредством анксиопатии. Анксиопатия «обучалась» и обучала больных рентабельному использованию ресурсов здравоохранения. Каждый амбулаторный психотерапевт может при-



помнить таких «исчезающих» пациентов с ведущей тревожной симптоматикой в структуре невротического расстройства.

Деморализация, специфический для ПР механизм психологической защиты, представляла собой критическое отключение ценностных структур сознания, облегчавшее паническое бегство. Действительно, паническое бегство невозможно без обесценивания самых значимых ценностей. В военном деле и спортивных единоборствах присутствует термин «деморализовать противника», то есть добиться от него отказа от борьбы. Такой отказ от борьбы реализуется перед развитием панической атаки критически, сама атака есть мгновенная соматизация протестного тревожного напряжения. Не случайно, что после атаки неизбежно присутствует чувство вины и самообвинение в трусости. В процессе исследования было осмыслено, что деморализация при ПР являлась не симптомом расстройства, а специфическим для расстройства защитным механизмом. Невротическая защитная «эффективность» деморализации больных ПР с демонстративной акцентуацией характера достигала более 10 лет. У этих больных деморализация носила гибкий и управляемый характер, позволяла им реализовывать нарциссические тенденции, избегая «расплаты» за гедонистические нарушения в поведении путем возобновления панических атак. Напротив, наличие тревожной акцентуации характера у больных ПР в течение 3-6 месяцев приводило к формированию агорафобии и углублению уровня психопатологии. Больные не успевали «освоить» возможности выработанного защитного механизма.

У больных ПР, в отличие от больных ГТР, ряд слабых связей носил зависимый от пола характер. Анализ слабых непараметрических чрезлинейных ассоциаций в подгруппах «мужской пол» и «женский пол» с ведущими переменными, составлявшими главный фактор факторной модели ПР выявил гендерные различия в характере защитного механизма деморализации. У женщин ведущее значение имела безусловная невротическая наследственность, связанное с ним гиперопекающее воспитание и высшее образование. Полнота объема клиники панической атаки была ассоциирована у женщин с представлением о неизменном совершенстве образа своего «Я» (самопривязанность (СПВ-МИС) в зоне несомненного нарциссического самоотношения). А выраженная на уровне несомненной акцентуации демонстративность по К. Леонгарду была ассоциирована с полнотой панического стиля мышления (все пропало, спасения нет), панического поведения (считающего преграды бегства) и выраженной личностной тревожностью по Ч.Д. Спилбергеру — Ю.В. Ханину. Таким образом, единственной причиной, побуждавшей женщин преимущественно использовать защитный механизм деморализации, приводивший к развитию панического расстройства, являлась конституциональная предрасположенность к неврозу.

У мужчин ведущее значение имели экзальтированная акцентуация характера по К. Леонгарду, возраст старше сорока лет и высшее образование. Важными оказались также невротическая наследственность и неприветливое отношение к труду, отчего неизбежно следовали чувствительные административные наказания. Полнота панического мышления у мужчин наиболее часто сочеталась с высокой самоуверенностью МИС по С.Р. Пантелееву. Беседы с пациентами мужчинами выявляли их крайнюю беспечность в ситуациях, требовавших решительных действий (низкая антиципационная способность), и, напротив, паническое мышление на пике затруднений, являвшихся результатами спонтанно принятых решений. Таким образом, причинами, побуждавшими мужчин преимущественно использовать защитный механизм деморализации, приводивший к развитию панического расстройства, являлись закрепившаяся в характере склонность к экзальтации, накопленный с возрас-

том багаж жизненных неудач, и утратившая компенсаторные механизмы невротическая конституция.

Обсуждение

Если терапевтические усилия должны быть сосредоточены на клинической симптоматике ГТР и ПР, то психопрофилактические мероприятия, безусловно, на защитных механизмах, подлежащих этим тревожным расстройствам. Первичная профилактика как ГТР, так и ПР должна быть направлена на скорейшее освоение больными стратегий эмоционального совладания (эмоциональный копинг по Р. Лазарусу, 1970). Целевой группой должны являться больные с участвовавшими тревожными реакциями; ведущая задача — предотвратить формирование анксиопатии или деморализации у склонных субъектов. Маркерами «склонности» должны являться наличие гистрионных черт характера, сниженный или крайне низкий уровень антиципационной способности, поведенческие затруднения в условиях гетероагрессии, а также проявления нарциссического самоотношения.

Вторичная профилактика как ГТР, так и ПР имеет три цели:

1. Демонстративно-экзальтированное (для ГТР) или демонстративно-неустойчивое (для ПР) «ядро» полиакцентуированного характера.
2. Нарциссическое самоотношение.
3. Защитный механизм анксиопатии или деморализации.

Известно, что изменение черты характера осуществимо в условиях трехлетней еженедельной одночасовой личностно-реконструктивной амбулаторной психотерапии, которую и следует профилактически осуществлять в период медикаментозной ремиссии ГТР или ПР. Осуществление психопрофилактических мероприятий также будет способствовать поддержанию комплаентности. Нарциссизм как психотерапевтический феномен чрезвычайно устойчив к терапевтической интервенции. Личностная реконструкция призвана постепенно демонтировать характерологические «опоры» нарциссизма, а опыты альтруистического поведения — составить ему действенную альтернативу. Следует решительно предостеречь психотерапевтов от попыток краткосрочных «штурмов» нарциссической концепции больного при помощи рациональной психотерапевтической тактики или приемов НЛП. Такие попытки суицидогенны. Также следует напомнить, что регресс терапевтического процесса немедленно приводит к активизации защитного механизма анксиопатии. Больной ГТР всегда готов сделать «уставшего» психотерапевта слугой своего гедонизма. Признаком анксиопатии станет частичное избегание, направленное на сеанс: опоздания, откладывание встречи на более поздний срок, ссыла на финансовые трудности и другие обстоятельства. Оживление анксиопатии требует возрастания усилий по актуализации стратегий совладания. Главным профилактическим мероприятием, направленным на предотвращение оживления анксиопатии, является ответственное ведение психопрофилактического процесса. Предотвращение возврата к использованию защитного механизма деморализации у больных ПР также осуществляется поддержанием необходимого вовлеченного уровня протекания психопрофилактического процесса.

Третичная профилактика заключается в мониторинге диссоциативной, обсессивно-фобической, биполярной или органической трансформации ГТР или ПР. Диагностическое беспокойство должно вызывать увеличение доли соответствующей коморбидной симптоматики в структуре тревожного расстройства. Коморбидная симптоматика требует самостоятельной коррекции. Успехом этого этапа профилактики станет недопущение утяжеления психиатрического диагноза.



Заключение

Защитные механизмы анксиопатии и деморализации требуют дальнейшего изучения, а опыт их клинического преодоления посредством психопрофилактических мероприятий — дальнейшего описания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карвасарский Б.Д. Неврозы. — 2-е изд. — М., 1990. — 576 с.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства / Психиатрия. Национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 331-340.

3. Свядош А.М. Неврозы. — М., 1982. — 368 с.
4. Sheehan DV. Current Concepts in the Treatment of Panic Disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 Suppl 18: 16-21.
5. Hale AS. ABC of mental health: Anxiety. *British Medical Journal* 1997; 314 (7098): 1886-1889.
6. Massion A.O., Warshaw M.G., Keller M.B. Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry*. 1993; 150: 600-607.
7. Somers J.M., Goldner E.M., Waraich P., Hsu L.: Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry* 2006/09/23 edition. 2006, 51 (2): 100-113.
8. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. — М.: Медпресс-информ, 2002. — 608 с.

УВАЖАЕМЫЕ АВТОРЫ!

Перед тем как отправить статью в редакцию журнала «Практическая медицина», проверьте:

- Направляете ли Вы отсканированное рекомендательное письмо учреждения, заверенное ответственным лицом (проректор, зав. кафедрой, научный руководитель).
- Текст статьи должен быть в формате .doc, но не .docx.
- Резюме 8-10 строк на русском и английском языках должно отражать полученные результаты, но не актуальность проблемы.
- Рисунки должны быть черно-белыми, цифры и текст на рисунках не менее 12-го кегля, в таблицах не должны дублироваться данные, приводимые в тексте статьи.
- Цитирование литературных источников в статье и оформление списка литературы должно соответствовать требованиям редакции.

Журнал «Практическая медицина» включен Президиумом ВАК в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.